

07

ASIA

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/08.09S / JC1527S (versión española, abril de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/08.09E JC1527E, marzo de 2008:

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@unaids.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 : Asia.

«ONUSIDA/08.09S».

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

ISBN 978 92 9 173685 0

(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@unaids.org
www.unaids.org

ASIA

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**



ASIA

China

Aunque se han notificado infecciones por el VIH en todas las provincias de **China**, se cree que la mayoría de las personas infectadas en este país vive en las provincias de Henan, Guangdong, Guangxi, Xinjiang y Yunnan (Ministerio de Salud de China, 2006). En esta última, la vigilancia epidemiológica del VIH en centros de asistencia prenatal constató que el 0,3% [0,21-0,31%] de las mujeres embarazadas estaban infectadas por el VIH, aunque la prevalencia llegaba hasta el 1,6% en algunos condados (Zhang, Hu y Hesketh, 2006).

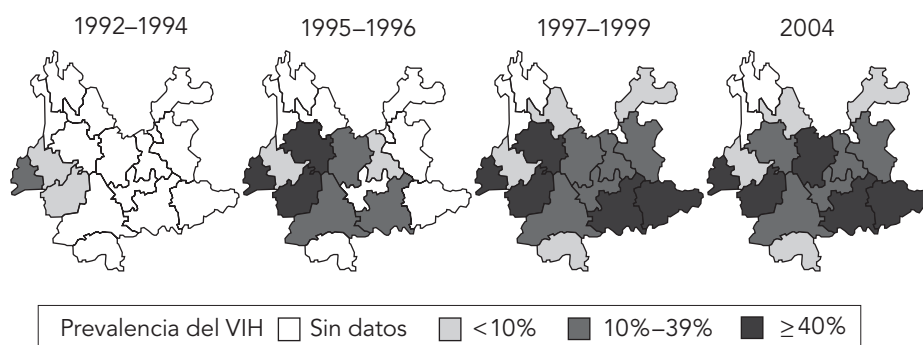
Se cree que algo menos de la mitad de las 700 000 [390 000-1,1 millones] personas que se estima que vivían con el VIH en **China** en 2006 se infectaron durante la inyección de drogas con equipos contaminados, mientras que una proporción similar contrajo el virus en el curso de relaciones sexuales no protegidas (Ministerio de Salud de China, 2006; Lu et al, 2006). Cuando el VIH se introduce en redes de inyección de drogas, tiende a propagarse con rapidez, en especial si escasea el conocimiento sobre el VIH y

acostumbran a compartirse los equipos de inyección no esterilizados. En diversas zonas rurales de la provincia de Guangxi, en 2002 se inició un estudio que midió la prevalencia inicial o de referencia de uno de cada cuatro (25%) usuarios de drogas inyectables. Tras hacer el seguimiento de nuevas infecciones a lo largo del siguiente año, se encontró una *incidencia* anual del VIH del 3,1% entre los 702 usuarios de drogas inyectables que participaron en el estudio (Liu et al, 2006a). Se han observado situaciones similares en otras provincias, como Guangxi, Sichuan, Xinjiang y Yunnan, donde se ha detectado una alta prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables (Choi, Cheung y Chen, 2006). En una ciudad del sudoeste de la provincia de Sichuan, la prevalencia del VIH en usuarios de drogas inyectables aumentó del 11% en 2002 al 18% en 2004 (Zhang et al, 2006).

Más de la mitad (58%) de los usuarios de drogas inyectables encuestados en ocho centros de rehabilitación de toxicomanías en la provincia de Yunnan dijeron que habían utilizado equipos de inyección no estériles

Figura 1

Prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables en la provincia de Yunnan, China, 1992-2004



Fuente: Xiao Y et al. (2006). Expansion of HIV/AIDS in China: lessons from Yunnan Province. *Social Science & Medicine*, 64(3):665-675. Publicación electrónica, 14 de noviembre de 2006.

(Hesketh et al, 2006), al igual que el 39% de los inscritos en centros de desintoxicación en otras partes de la provincia (Christian et al, 2006). En este último estudio, uno de cada cinco (20%) usuarios de drogas inyectables no sabía que el uso de agujas no estériles acarrea un riesgo muy alto de transmisión del VIH; casi las dos terceras partes (64%) habían tenido relaciones sexuales remuneradas no protegidas durante el último mes, y cerca de la mitad (45%) nunca habían comprado un preservativo. A pesar de ello, más de la mitad (57%) de los usuarios de drogas inyectables, la mayoría varones, creían que tenían un riesgo mínimo o nulo de contraer el VIH (Christian et al, 2006).

Los esfuerzos de reducción de daños, aunque todavía parciales y dispersos, están empezando a obtener resultados positivos. **China** ha establecido más de 700 centros de intercambio de agujas. En los seis centros que informaron sobre la utilización de agujas no estériles en una encuesta nacional de 2005, el 12-56% de los usuarios de drogas inyectables dijo que todavía empleaba agujas no estériles, en comparación con el 27-79% que así lo hacía cuando se iniciaron los proyectos a principios de

los años 2000 (Wu et al, 2006). En un proyecto similar en la provincia de Hunan, el uso notificado de agujas no estériles disminuyó del 43% al 23%, y los niveles de sensibilización y conocimiento sobre el VIH se cuadruplicaron, hasta el 80%, entre 2003 y 2005 (Chen Y et al, 2006). Estos desarrollos positivos subrayan la necesidad de seguir mejorando y ampliando los programas de reducción de daños en **China**, con atención especial al número creciente de mujeres que se inyectan drogas utilizando equipos no estériles (Zhang y Wu, 2002) y a las formas en que la dinámica de género influye el riesgo de VIH (Choi, Cheung y Chen, 2006) (véase el recuadro).

La imbricación entre uso de drogas inyectables y comercio sexual es un aspecto importante en la epidemia de VIH de **China**. Un número creciente de mujeres chinas se está inyectando drogas y, en algunos lugares, hasta la mitad de las que lo hacen también comercian con el sexo (véase el recuadro). Muchos usuarios masculinos de drogas inyectables también pagan por tener relaciones sexuales, a menudo sin utilizar preservativos. En el estudio realizado en centros de rehabilitación de Yunnan, sólo un tercio

DOBLE COMPROMISO: GÉNERO Y RIESGO DE VIH ENTRE LAS USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES

En **China**, como en el resto del mundo, la mayoría de los usuarios de drogas inyectables son hombres. Sin embargo, dado que las mujeres que se inyectan drogas también practican a menudo comercio sexual, pueden correr un mayor riesgo de contraer el VIH. En algunos estudios chinos, hasta el 30-40% de los usuarios de drogas inyectables eran mujeres (Phariss y Thomson, 2004; Jia et al, 2003), y una proporción sustancial de ellas también tenía relaciones sexuales comerciales (Choi et al., 2007; Li et al, 2006). En 2003-2004, en una ciudad en el sudoeste de la provincia de Sichuan, comerciaban con el sexo más de la mitad (57%) de las usuarias de drogas inyectables encuestadas. En consecuencia, las mujeres que se inyectaban drogas tenían más probabilidades de presentar infecciones de transmisión sexual que sus homólogos masculinos. También era más probable que pidieran prestadas agujas a sus parejas sexuales, en comparación con los usuarios masculinos de drogas inyectables (Choi, Cheung y Chen, 2006). En la provincia de Anhui, el 39% de las usuarias de drogas inyectables dijo que había utilizado equipos de inyección no estériles durante el último mes, más del doble que el 18% de los usuarios masculinos que habían hecho lo mismo. Más de la mitad (56%) de las mujeres dijeron que habían comerciado con el sexo durante el año precedente, pero poco más de la mitad (53%) de ellas habían utilizado preservativos «la mayoría de las veces». Aun así, las tres cuartas partes (78%) de las usuarias de drogas inyectables afirmaban que estaban «seguras» de que no se infectarían con el VIH (Liu H et al, 2006).

Por otra parte, el contexto en el que las mujeres consumen drogas y comercian con el sexo (esto último generalmente para costear lo primero) incrementa a menudo los riesgos de infección por el VIH. Cuando se penaliza el comercio sexual y las autoridades persiguen a las profesionales del sexo, resulta más difícil conseguir clientes, y esto puede comprometer la capacidad de las mujeres para defender prácticas sexuales seguras (Choi, Cheung y Chen, 2006). En otro estudio en la provincia de Sichuan, menos de una de cada tres usuarias de drogas intravenosas que comerciaban con el sexo comunicaron el uso regular de preservativos con sus clientes (He et al, 2003). Las iniciativas de paliación del daño y otros programas preventivos deben tener en cuenta estas diferencias de género y las desigualdades en el riesgo de VIH.

(36%) de los usuarios de drogas inyectables sexualmente activos dijo que alguna vez había utilizado un preservativo (Hesketh et al, 2006). Aunque el uso de equipos contaminados de inyección todavía es el principal modo de transmisión del VIH en la provincia de Yunnan, la proporción de infecciones notificadas por el VIH atribuibles a transmisión sexual se multiplicó por más de dos entre 1996 y 2004, del 5,3% al 12% (Lu et al, 2005). En la misma provincia, también se ha demostrado que el uso de drogas inyectables es uno de los factores clave asociados al VIH entre los profesionales del sexo, el 21% de los cuales resultaron VIH-positivos en un estudio reciente (Wang et al, 2006a).

Los casos notificados de infecciones de transmisión sexual, como sífilis, han aumentado espectacularmente desde los años 1980. A mediados de esa década sólo se habían comunicado oficialmente 194 casos de sífilis en todo el país; en 2005, esta cifra se había elevado a 113 000, según un ejercicio reciente de vigilancia epidemiológica. Los investigadores estiman que, a nivel nacional, el 0,5% de las mujeres embarazadas, el 0,8% de los profesionales del sexo y el 15% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están infectados por sífilis (Chen Z-Q et al, 2006). La rapidez de los cambios sociales y económicos en **China** está contribuyendo a esta tendencia. Las estrictas medidas policiales durante la segunda mitad del siglo XX ayudaron a limitar el comercio sexual y lo convirtieron en clandestino. Sin embargo, las reformas económicas y sociales desde los años ochenta se han acompañado de un ensanchamiento de las diferencias de ingresos y de un clima cultural más liberal (Nolan, 2003), que han facilitado el resurgimiento del comercio sexual (Gill et al, 1996).

Los esfuerzos de reducción de daños, aunque todavía parciales y dispersos, están empezando a obtener resultados positivos en China.

Se cree que una relación desequilibrada de género a nivel nacional (se estima que la relación hombres/mujeres era de 117:100 en 2000) (Guilmoto, 2005) y un incremento de la migración también están contribuyendo a la demanda de comercio sexual (Tucker et al, 2005). Las investigaciones entre hombres que se habían desplazado de zonas rurales a Beijing, Nanjing y Shanghai han demostrado que uno de cada diez (10%) había pagado por tener relaciones sexuales y que uno de cada cinco (20%) tenía una historia de infecciones de transmisión sexual (Wang et al,

2006b). Varios otros estudios han constatado comportamientos de riesgo sexual entre algunos grupos de migrantes (Yang y Xia, 2006; Smith y Yang, 2005). Una encuesta de 2003 en el sudoeste de **China** comprobó que los migrantes temporeros, en comparación con los no migrantes, tenían como mínimo una probabilidad cinco veces mayor de tener relaciones sexuales con una pareja ocasional y siete veces mayor de tener relaciones sexuales comerciales. Las mujeres migrantes temporeras, en comparación con las no migrantes, tenían una probabilidad 14 veces mayor de tener relaciones sexuales con una pareja ocasional y 80 veces mayor de comerciar con el sexo (Yang y Xia, 2006). Esto las coloca en una situación de mayor riesgo de exposición al VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Al mismo tiempo, los bajos niveles de conocimiento sobre el VIH y salud reproductiva, la renuencia de los clientes a utilizar preservativos y la ilegalidad del comercio sexual en **China** acrecientan aun más el riesgo de exposición al VIH de las profesionales femeninas del sexo. En un estudio entre profesionales del sexo de Hong Kong, una minoría (43%) de las mujeres utilizaba regularmente preservativos con los clientes (en los últimos tres meses), y se comprobó que un porcentaje similar (42%) tenía como mínimo una infección de transmisión sexual (Choi, 2006). Se ha comunicado que el uso regular de preservativos con clientes es especialmente bajo entre las mujeres que trabajan en los escalones inferiores del comercio sexual (en la calle, o en parques, salones o fondas): por debajo del 20%, en comparación con el 57% entre las profesionales que trabajan en hoteles caros, según otro estudio (Parish y Suiming, 2006). De hecho, la asunción de riesgos sexuales parece ser la norma entre los clientes masculinos. Sólo un tercio (36%) de los casi 1000 clientes de profesionales del sexo que participaron en un estudio reciente en la provincia de Sichuan dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que habían pagado por tener relaciones sexuales; el 6% de ellos había padecido alguna infección de transmisión sexual en los seis meses anteriores (Wan y Zhang, 2006).

Aunque todavía escasos en número, los proyectos de promoción de preservativos enfocados a los profesionales del sexo y sus clientes ya están deparando resultados. Iniciado en 2003, un programa de uso sistemático de preservativos establecido en barberías (que a veces también sirven como centros de comercio sexual) de la ciudad de Liuzhou, en la provincia de Guangxi, condujo a un incremento del 48% al 80% en el uso de preservativos entre profesionales del sexo, junto con un descenso del 8,6% al

2,2% en los casos de blenorragia en el curso de dos años (Li, 2006). En Wuhan, la capital de la provincia oriental de Hubei, los niveles de uso de preservativos aumentaron del 33%, cuando se inició un proyecto similar en 2002, al 69% un año más tarde, y la proporción de profesionales del sexo con clamidia se redujo a la mitad, hasta el 15% (Wei et al, 2006). Los informes de proyectos parecidos en las provincias de Guangxi, Hainan, Hubei, Hunan y Jiangsu también revelan resultados positivos (OMS, 2004). Si son suficientes en número y calidad, estos proyectos podrían resultar vitales en los esfuerzos de China para invertir el curso de su epidemia.

La propagación del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha recibido una atención relativamente escasa en **China**, aunque hasta el 7% de las infecciones por el VIH podría atribuirse a relaciones sexuales peligrosas entre hombres, según algunas estimaciones (Lu et al, 2006). Los estudios han registrado una prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que va desde el 1,5% en Shanghai (Choi et al, 2007) y el 1,7% en el sur (Tao et al, 2004; Zhu et al, 2005) hasta el 3,1-4,6% en Beijing (Choi et al, 2003; Ma et al, 2006).

Varios estudios indican patrones de comportamiento que podrían dar lugar a una exposición más generalizada al VIH dentro y más allá de las redes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La mayoría de los participantes en el estudio de Shanghai (antes citado) tenía un conocimiento razonable acerca de la transmisión del VIH, de modo que el 52% creía que corría un bajo riesgo de infectarse y el 38% pensaba que no corría ningún riesgo. A pesar de ello, más de la mitad (57%) de los hombres encuestados habían tenido relaciones sexuales anales no protegidas con otros hombres durante los últimos seis meses, y el 13% había tenido relaciones sexuales no protegidas tanto con hombres como con mujeres. El 14% de los hombres estaban infectados por sífilis (Choi et al, 2007). Se han documentado niveles muy altos de comportamientos sexuales arriesgados en un estudio en Beijing, en el que las dos terceras partes (68%) de los hombres encuestados dijeron que habían tenido relaciones sexuales no protegidas con otros hombres durante los últimos seis meses. En ellos, la prevalencia del VIH era del 4,6% (Ma et al, 2006). Otro estudio en la misma ciudad reveló niveles ligeramente más bajos de infección por el VIH (3,2%), pero los mismos comportamientos sexuales de asunción de riesgos entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, una proporción significativa (29%) de los cuales también las tenía con mujeres. Menos de

una cuarta parte (21-24%) de los hombres utilizaban preservativos de forma sistemática con parejas masculinas estables; menos de la mitad (35-42%) los utilizaban con parejas masculinas no habituales, y sólo una tercera parte (33%) los empleaba con sus parejas femeninas (Ruan et al, 2007).

En la ciudad de Guangzhou, en la provincia meridional de Guangdong, los hallazgos eran similares: el 55% de los hombres encuestados indicó que había tenido relaciones sexuales no protegidas con otros hombres, y la prevalencia de sífilis entre ellos era del 11%. Dado que una cuarta parte (26%) de estos hombres estaban casados y casi un tercio (32%) tenían parejas femeninas estables, existe el potencial para que las infecciones de transmisión sexual se propaguen más allá de las redes sexuales masculinas (He et al, 2006), tal como ya está ocurriendo en Beijing y Shenyang, donde los estudios han comprobado que el 28% y el 36%, respectivamente, de los hombres que tenían relaciones sexuales con varones también habían tenido parejas femeninas recientes (Choi et al, 2004; Gu et al, 2004). Los hallazgos de estos estudios subrayan la necesidad de programas de prevención que refuercen las redes sociales de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en **China** y promuevan prácticas sexuales más seguras dentro de ellas.

Otros factores que complican la respuesta al sida en **China** son las limitaciones de capacidad, los bajos niveles de implicación de la sociedad civil y el estigma significativo que se asocia al VIH. Por ejemplo, entre las cerca de 4000 enfermeras encuestadas en Guangxi, Sichuan y Yunnan en 2005, casi una de cada cinco (18%) dijeron que debería aislarse a los pacientes con el VIH, y casi la mitad (45%), que preferían no trabajar en salas de sida. En otro estudio, el 43% de 1100 proveedores sanitarios encuestados apoyaba las pruebas obligatorias del VIH para todas las personas que utilizaran instalaciones hospitalarias (Sun et al, 2006).

En conjunto, sin embargo, **China** ha avanzado en su respuesta a la epidemia de VIH durante los últimos años. Se dispone de pruebas gratuitas del VIH en más de 3000 centros en la totalidad de las 31 provincias (Wu et al, 2007), y se estima que unos 30 000 pacientes estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico a final de 2006 (Wu et al, 2007). No obstante, las investigaciones sugieren que la respuesta se beneficiaría considerablemente de una coordinación más sólida entre las organizaciones y actores pertinentes, así como de un foco más concertado en los grupos con máximo riesgo (Gill, Huang y Lu, 2007). Además, el afrontamiento conjunto del VIH y la tuberculosis debería

constituir una prioridad e incluir mejor diagnóstico de laboratorio, comienzo más temprano del tratamiento antirretrovírico, observancia más estricta de las estrategias y mayor sensibilización de la comunidad. Los estudios de campo están notificando niveles significativos de coinfección por el VIH y la tuberculosis. En un estudio rural en 2003–2005, casi una cuarta parte (22%) de las personas con el VIH también tenían tuberculosis. Las tasas de mortalidad entre ellas eran altas, debido principalmente a las bajas tasas de finalización del tratamiento antituberculoso (Dahmane et al, 2006).

En resumen, aunque se han documentado altos niveles de comportamientos de riesgo en algunas provincias de **China** y está aumentando la prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en ciertos grupos de población, resulta difícil generalizar a partir de esta información. La epidemia de VIH de **China** es heterogénea y está evolucionando a diferentes velocidades en las distintas regiones.

India

Las nuevas estimaciones más precisas indican que aproximadamente 2,5 [2–3,1] de millones de personas en la **India** estaban viviendo con el VIH en 2006 y que la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,36%. Aunque la proporción de personas que viven con el VIH es más baja que la estimada anteriormente, la epidemia de la **India** sigue siendo sustancial en números absolutos.

Estas últimas estimaciones se basan en un sistema ampliado de vigilancia epidemiológica, mejores datos (incluida una encuesta nacional de población sobre el VIH efectuada en 2005–2006) y la utilización de una metodología más sólida y perfeccionada. Las estimaciones confirman datos previos sobre el VIH basados en la población, que sugerían que podrían haberse sobrestimado las cifras de prevalencia a nivel estatal y nacional derivadas de la vigilancia centinela. Las investigaciones en el distrito de Guntur, en el estado meridional de Andhra Pradesh, habían constatado que la prevalencia del VIH en un estudio

COMPRENDER LAS NUEVAS ESTIMACIONES DEL VIH EN LA INDIA

Las estimaciones revisadas del VIH en la **India** son el resultado de varios desarrollos fundamentales, que incluyen un sistema de vigilancia epidemiológica del VIH ampliado y mejorado y la adaptación de la metodología de estimación para incorporar los nuevos datos.

Un avance importante ha sido la encuesta nacional por hogares (la Encuesta Nacional de Salud Familiar 3, efectuada en 2005–2006), que muestreó cerca de 100 000 hogares y que, por primera vez, incorporó un componente sobre el VIH (NFHS-3, 2007). Esta encuesta constituye una fuente totalmente nueva de datos sobre la **India** y es la encuesta de población más extensa con un componente del VIH que jamás se ha realizado en el país. Se han llevado a cabo encuestas similares en muchos países de África subsahariana, donde también han proporcionado la base para mejorar las estimaciones del VIH.

La **India** también ha ampliado su sistema de vigilancia epidemiológica del VIH en los últimos años. El sistema ha crecido de 155 centros de vigilancia (en 1998) a 1100 centros (en 2006). En la actualidad recopila datos de mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales, personas que acuden a dispensarios de infecciones de transmisión sexual y grupos de población que corren un mayor riesgo de infección por el VIH. Estos últimos datos son especialmente importantes porque tales grupos (incluidos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables y profesionales del sexo) son ignorados a menudo en las encuestas de población. Así pues, estas diversas fuentes de datos se complementan mutuamente.

Por último, la **India** ha actualizado sus métodos para analizar los nuevos datos recopilados mediante las encuestas y los esfuerzos de vigilancia epidemiológica del VIH. Expertos nacionales e internacionales han revisado la metodología para generar estimaciones consolidadas de la prevalencia del VIH en adultos, el número de personas que viven con el VIH y otros indicadores relacionados.

El resultado es una comprensión más completa y precisa de la epidemia de VIH de la **India**, un paso adelante crucial para mejorar la programación sobre prevención del VIH e informar acerca de las necesidades de tratamiento, atención y apoyo. En concreto, la nueva información permite a la **India** enfocar sus esfuerzos sobre el sida allí donde más se necesitan y donde es probable que resulten más eficaces.

de población era aproximadamente la mitad que la observada en la vigilancia centinela (Dandona et al, 2006a). Entre los cerca de 100 000 adultos (de 15 a 49 años de edad) que se sometieron a la prueba del VIH en la encuesta nacional más reciente basada en la población (NFHS-3, 2007), la prevalencia obtenida fue del 0,28% [0,23-0,33%].

La epidemia de la **India** es sumamente variada entre los estados y regiones, y se aprecian tendencias diversas en las distintas partes de este enorme país. La prevalencia del VIH varía incluso en los cuatro estados del sur (Andra Pradesh, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu), donde se cree que vive la gran mayoría de las personas con el VIH en la **India**, y la epidemia tiende a concentrarse en ciertos distritos (NACO, 2005a; Banco Mundial, 2005). La prevalencia del VIH comunicada en adultos en los seis estados incluidos en la reciente encuesta nacional

con hombres en unos pocos estados. Aunque el VIH se ha propagado a la población general y, en algunos estados, está afectando a un número cada vez mayor de mujeres consideradas de bajo riesgo, la epidemia de la **India** es consecuencia en gran medida de la transmisión del virus dentro de las poblaciones de máximo riesgo, entre ellas y hacia sus allegados más próximos. Exceptuando el nordeste del país, donde los equipos de inyección contaminados constituyen el factor de riesgo clave, el VIH parece estar propagándose esencialmente como resultado de relaciones sexuales no protegidas entre profesionales del sexo, sus clientes y sus demás parejas respectivas (Kumar et al, 2005).

El porcentaje de hombres indios que visitan a profesionales del sexo o tienen relaciones sexuales ocasionales varía considerablemente entre las distintas áreas y subgrupos. Menos del 1% de los hombres entrevistados en la encuesta nacional basada en la

UNA SORPRESA EN EL SUR

Un estudio de base comunitaria en el distrito de Bagalkot, en el norte de Karnataka, ha revelado una prevalencia del VIH en adultos sorprendentemente alta, del 2,9%. También era inusual la prevalencia significativamente mayor en las zonas rurales (3,6%) que en las urbanas (2,4%). La prevalencia del VIH en las 10 aldeas encuestadas oscilaba entre cero y el 8,2%. Casi las tres cuartas partes (70%) de los participantes en el estudio nunca habían visto un preservativo, y menos de uno de cada diez (9%) (menos del 3% en el caso de las mujeres rurales) lo habían utilizado alguna vez (Becker et al, 2007). Estas bolsas de alta prevalencia se están atribuyendo al gran volumen de comercio sexual en el distrito y al hecho de que la mayoría de los profesionales del sexo sean jóvenes, de castas inferiores y analfabetos (Becker et al, 2007; Blanchard et al, 2005; O'Neil et al, 2004; Centro de Investigación sobre la Población, 2003).

basada en la población (NFHS-3, 2007) oscilaba entre 0,07% en Uttar Pradesh, 0,34% en Tamil Nadu, 0,62% en Maharashtra, 0,69% en Karnataka, 0,97% en Andhra Pradesh y 1,13% en Manipur. En 2000-2004, la prevalencia del VIH en el conjunto de los estados meridionales era unas cinco veces mayor que en los estados del norte (Kumar R et al, 2006). Sin embargo, se han identificado bolsas de prevalencia significativa del VIH (sobre todo en grupos de población con un alto riesgo de exposición al virus) en partes de algunos estados del norte (como Bihar, Orissa, Rajasthan y Bengala Occidental), y también se han detectado niveles inesperadamente altos de infección, de casi el 3%, en la población general de un distrito de Karnataka, en el sur (véase el cuadro).

En conjunto, los datos de la vigilancia centinela ampliada en 2006 indican una alta prevalencia del VIH entre profesionales del sexo, y posiblemente una prevalencia creciente entre usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales

población en 2006 (NFHS-3, 2007) comunicaron haber tenido relaciones sexuales comerciales en los 12 meses previos al estudio. Los porcentajes más elevados de varones que tienen relaciones sexuales comerciales se encontraron entre los sikhs (1,8%), los budistas/neobudistas (1,5%), los hombres que estaban alejados del hogar durante más de un mes seguido (1,4%), los hombres que no vivían con una esposa, o que estaban divorciados, separados o eran viudos (1,2%) y los varones de 20 a 24 años de edad (1,2%). Entre los hombres encuestados que afirmaron haber pagado para tener relaciones sexuales, el 62% comunicaron que habían utilizado un preservativo en su última relación sexual comercial. Entre los hombres y mujeres de 15-49 años encuestados en la NFHS-3, solamente una de cada 1000 mujeres (0,1%) y dos de cada 1000 hombres (2%) señalaron que habían tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses, mientras que la proporción de los que tuvieron relaciones sexuales con personas distintas a sus esposos

o esposas o a la pareja con la que convivían fue más alta (0,2% en las mujeres y 5% en los hombres) (NFHS-3, 2007). La utilización del preservativo en las relaciones sexuales de riesgo de esta índole fue baja: el 15% entre las mujeres y el 38% entre los hombres. En otros estudios, el 8-13% de los hombres y el 1-4% de las mujeres indicaron que habían tenido una pareja sexual esporádica durante el último año (Kumar R. et al, 2006). En cualquier caso, cuando los hombres pagan por tener relaciones sexuales, siempre existe la posibilidad de que las tengan con alguien que sea VIH-positivo, y aun así, muchos deciden no utilizar preservativos. Casi la mitad (49%) de las profesionales femeninas del sexo que participaron en una encuesta en 14 distritos de Karnataka dijeron que habían tenido relaciones sexuales no protegidas con un cliente al menos una vez durante el mes anterior (Mondal et al, 2006). En el mismo estado se registró una prevalencia del VIH del 16% entre las profesionales del sexo que trabajaban en casa, 26% entre sus homólogas de la calle y 47% entre las que operaban en prostíbulos (Ramesh et al, 2006).

La proporción de personas que viven con el VIH en la India es menor de lo que se había estimado anteriormente, pero la epidemia sigue afectando a un número sustancial de personas.

El conocimiento del VIH registrado en la encuesta nacional basada en la población difirió de forma significativa entre los hombres y las mujeres en la India (NFHS-3, 2007). Sólo el 61% de las mujeres adultas y el 84% de los varones adultos habían oído hablar del sida en el momento de la encuesta. Cerca del 40% de las mujeres y el 70% de los varones tenían algunos conocimientos de métodos de prevención del sida, mientras que las ideas erróneas eran habituales (por ej., solamente el 38% de las mujeres y el 61% de los varones sabían que una persona de aspecto sano puede estar infectada por el VIH). Tan solo el 3% de las mujeres y el 4% de los varones de la India se habían sometido a la prueba del VIH (NFHS-3, 2007), mientras que la proporción de mujeres que se habían hecho la prueba y solicitaron los resultados oscilaba entre el 0,2% en Rajastán y el 15% en Goa.

Los estudios indican que entre la mitad y los dos tercios de los clientes masculinos de profesionales del sexo están casados o tienen parejas femeninas habi-

tuales (APAC Project y Voluntary Health Services, 2004a, 2004b; NACO, 2001a). En consecuencia, se cree que una proporción significativa de las mujeres con el VIH se ha infectado a partir de sus parejas regulares, que contrajeron el virus durante relaciones sexuales remuneradas no protegidas (Lancet, 2006).

Parece que algunos programas de prevención enfocados a los profesionales del sexo están deparando resultados positivos. Así, la prevalencia del VIH está disminuyendo aparentemente entre profesionales del sexo en zonas donde se han llevado a cabo esfuerzos orientados de prevención, especialmente Tamil Nadu y otros estados del sur. Las intervenciones que involucran a colectivos de profesionales del sexo (como las que se pusieron en práctica en el proyecto de Sonagachi, en Kolkata) parecen ser las más eficaces (Kumar, 1998). Una encuesta entre profesionales del sexo en Karnataka comprobó que los mayores niveles de colectivización se asociaban a un mejor conocimiento del VIH y a tasas más altas de uso de preservativos (Halli et al, 2006). Sin embargo, estas actividades siguen siendo limitadas y a menudo tienen que luchar contra la resistencia o indiferencia de las autoridades (Dandona R. et al, 2006b). Una cuarta parte (25%) de las profesionales femeninas del sexo que participaron en una encuesta en Andhra Pradesh nunca había utilizado un preservativo (ni con clientes ni con parejas habituales) (Kumar GA et al, 2006).

Los esfuerzos de prevención se ven obstaculizados con frecuencia por la naturaleza dispar del comercio sexual. En algunos estados del sur se estima que la mayor parte del comercio sexual tiene lugar en la calle y en casas particulares, mientras que los prostíbulos (donde pueden aplicarse con mayor facilidad actividades preventivas) representan tan sólo el 10% o menos de las relaciones sexuales remuneradas (Char, Piller y Shirke, 2003). Los hallazgos de la investigación también señalan la necesidad de prestar mayor atención y dirigir actividades preventivas a las personas *más jóvenes* que se inician en el comercio sexual. En Bengala Occidental, la prevalencia del VIH entre profesionales del sexo jóvenes (menos de 20 años) que trabajaban en prostíbulos era más de dos veces superior a la de sus homólogos de mayor edad (13% frente a 5,4%). (Sarkar et al, 2006). Las mujeres y muchachas que son víctimas de trata de blancas se enfrentan a riesgos de exposición al VIH especialmente elevados. En un estudio reciente en Mumbai, que se considera el mayor centro de tráfico sexual en la **India** (Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2005), resultaron VIH-positivas

aproximadamente una de cada cuatro (23%) mujeres y muchachas objeto de trata de blancas. Entre estas mujeres, la probabilidad de infección por el VIH aumentaba a medida que se prolongaba su confinamiento en el prostíbulo: cada mes adicional en el prostíbulo incrementaba un 3-4% el riesgo de contraer el VIH (Silverman et al, 2006).

El uso de drogas inyectables sigue siendo un factor importante en la transmisión de la epidemia, especialmente en el nordeste del país. En Manipur, en 2005, se comprobó que eran VIH-positivos casi una cuarta parte (24%) de los usuarios de drogas inyectables, como lo eran el 5% de sus homólogos en Nagaland y Mizoram (NACO, 2006). El uso de equipos de inyección no estériles también contribuye en grados variables a las epidemias en grandes ciudades de otras partes del país (como Chandigarh, Chennai, Delhi y Mumbai) (Chandrasekaran et al, 2006; NACO, 2005a, 2005b). Se ha comunicado que, en 2004, estaban infectados por el VIH entre el 31% (Srikrishnan et al, 2006) y el 39% (NACO, 2005b) de los usuarios de drogas inyectables en Chennai, así como el 28% en Mumbai (NACO, 2005b).

Aunque el VIH se ha propagado a la población general, la epidemia de la India es consecuencia principalmente de la transmisión del virus dentro de las poblaciones con máximo riesgo, entre ellas y hacia sus allegados más próximos.

La imbricación entre uso de drogas inyectables y comercio sexual es un factor potencialmente importante en la epidemia de la **India** (Chandrasekaran et al, 2006). La intersección de estos factores de riesgo resultaba evidente en un estudio efectuado en dispensarios de infecciones de transmisión sexual en Mumbai. Eran VIH-positivos más de uno de cada diez (12%) usuarios de drogas inyectables que acudían a estos dispensarios; entre ellos, ocho de cada diez habían pagado —y casi tres de cada diez (27%) habían cobrado— por tener relaciones sexuales en los tres meses anteriores (Yu et al, 2006).

Las relaciones sexuales entre hombres constituyen un aspecto significativo, pero poco investigado, de la epidemia de VIH en la **India**. No se sabe hasta qué punto están generalizadas las relaciones sexuales entre hombres en este país. En una encuesta transversal entre 2910 hombres rurales que vivían en cinco distritos de cinco estados (Haryana, Karnakata,

Orissa, Rajastán y Uttar Pradesh), cerca del 10% de los hombres solteros y el 3% de los casados dijeron que habían tenido relaciones sexuales anales con otros hombres durante el último año (Verma y Collumbien, 2004), mientras que casi el 7% de los hombres en suburbios urbanos de Chennai (Tamil Nadu) indicaron que habían tenido relaciones sexuales con un hombre como mínimo (Go et al, 2004). Sin embargo, en un gran estudio de población en Andhra Pradesh, sólo el 2% de los hombres comunicó que alguna vez había tenido relaciones sexuales con otro hombre (Dandona R et al, 2006a).

La prevalencia del VIH varía considerablemente entre los estudios en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, desde el 1,7% en Goa hasta casi el 7% en Tamil Nadu, 10-13% en Mumbai (NACO, 2005b; Kumta et al, 2006), 18% en 10 dispensarios de Andhra Pradesh (Sravankumar, Prabhakar y Mythri STI/HIV Study Group, 2006) y 19% en Pune (Gupta et al, 2006). Entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, menos de la mitad de los encuestados en Andhra Pradesh y Bangalore dijeron que utilizaban preservativos durante las relaciones sexuales anales (Banerjee y Sengupta, 2006; Anthony et al, 2006). Los profesionales masculinos del sexo, en concreto, corren un alto riesgo de infección. Entre los que solicitaron tratamiento por infecciones de transmisión sexual en Mumbai, un tercio estaba infectado por el VIH y el 21% nunca había utilizado un preservativo durante el coito anal (Jerajani et al, 2006).

Una proporción significativa de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están casados y/o tienen relaciones sexuales esporádicas con mujeres. En el estudio realizado en cinco estados entre hombres rurales casados que tenían parejas masculinas (véase más arriba), casi uno de cada diez (8%) visitaban a profesionales femeninas del sexo y más de un tercio (36%) también tenían parejas femeninas no habituales (Verma y Collumbien, 2004). Alrededor de una cuarta parte de los hombres VIH-positivos en Andhra Pradesh y Mumbai indicaron que tenían relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres (Sravankumar, Prabhakar y Mythri STI/HIV Study Group, 2006; Kumta et al, 2006). En una encuesta en dispensarios de infecciones de transmisión sexual en Pune (al sur de Mumbai), estaban casados más de un tercio (36%) de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres; las tres cuartas partes (73%) de ellos refirieron relaciones sexuales con una profesional femenina del sexo, y más de la mitad (57%) habían tenido al menos una pareja femenina no habitual

(Gupta et al, 2006). En Andhra Pradesh, la mitad (51%) de los hombres encuestados que tenían relaciones sexuales con hombres indicaron que también las habían tenido con una mujer durante los tres meses anteriores, y sólo uno de cada seis (16%) dijo que había utilizado un preservativo la última vez que había tenido relaciones sexuales con una mujer (Dandona et al, 2005).

Estos patrones de comportamiento sexual tienden posibles puentes entre diversos grupos de población de alto y de bajo riesgo, y subrayan la necesidad de mejorar la calidad y alcance de los programas dirigidos a prevenir la transmisión del VIH dentro de las redes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y más allá de ellas.

Es esencial que la **India** incremente la cobertura de prevención para sus poblaciones con máximo riesgo y que asegure la existencia de un entorno jurídico e institucional más propicio que permita ponerla en práctica. También son importantes estrategias que incluyan una amplia cobertura de intervenciones inter pares de calidad, como las introducidas en Kolkata y, últimamente, en Bengala Occidental (Kumar R et al, 2006; Roy et al, 2006; Kumar, 1998). Además, es necesario potenciar el acceso y la aceptación de los servicios de tratamiento y asistencia. Se han establecido unos 3600 centros públicos de pruebas del VIH, y la India ha ampliado su programa de tratamiento, de modo que unas 57 000 personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en 103 centros a finales de enero de 2007 (Steinbrook, 2007). Sin embargo, los pacientes que recibían tratamiento antirretrovírico en tres clínicas privadas de Mumbai entre 2004 y 2005 indicaron que tenían que esforzarse para costear los fármacos y que gastaban en el tratamiento una mediana del 60% de sus ingresos mensuales. En ausencia de apoyo gubernamental, es probable que los regímenes antirretrovíricos más caros de segunda línea resulten inasequibles para la mayoría de los pacientes del sector privado (Shah et al, 2007).

En el vecino **Pakistán**, el escaso conocimiento sobre el VIH y sus vías de transmisión, junto con comportamientos peligrosos generalizados entre los grupos con máximo riesgo, proporciona el potencial para que la epidemia siga creciendo. En Karachi, un estudio ha comprobado que la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables aumentó de menos del 1% a comienzos de 2004 al 26% en marzo de 2005 (Emmanuel, Archibal y Altaf, 2006), mientras que otros estudios han constatado que la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables ha llegado al 24% en Quetta (junto a la frontera con el

Afganistán) (Achakzai, Kassi y Kasi, 2007), 12% en Sargodha, casi el 10% en Faisalabad (Nai Zindagi and Associates, 2006) y 8% en Larkana (Abbasi, 2006).

La prevalencia del VIH en otros grupos de riesgo parece ser relativamente baja. Entre profesionales femeninas del sexo en Karachi, por ejemplo, en 2005 se registró una prevalencia del VIH del 2%, mientras que fue inferior al 1% en Lahore y Rawalpindi (Ministerio de Salud del Pakistán, 2005; Programa Nacional de Control del Sida del Pakistán, 2005). Pero el hecho de que hasta el 70% de las profesionales del sexo encuestadas haya comunicado síntomas de infecciones de transmisión sexual indica que las relaciones sexuales no protegidas son una práctica habitual (Ministerio de Salud del Pakistán, 2005). De hecho, en encuestas de comportamiento, casi las tres cuartas partes (73%) de las profesionales femeninas del sexo en Rawalpindi y más de la mitad (51%) en Karachi dijeron que no habían utilizado preservativos durante el mes anterior (Ministerio de Salud del Pakistán, 2006). Y en estudios previos, sólo el 11% de los clientes masculinos en varias ciudades indicaron que habían empleado un preservativo la última vez que habían pagado por tener relaciones sexuales. Únicamente el 7% de los profesionales masculinos del sexo comunicó el uso de preservativos la última vez que había comerciado con sexo anal (Ministerio de Salud del Pakistán, 2005).

La evolución de la epidemia de VIH del **Pakistán** estará determinada en gran medida por la magnitud y la imbricación de los comportamientos de asunción de riesgos entre las poblaciones más vulnerables, así como por la cobertura y eficacia de los programas preventivos dirigidos a estos modos de exposición. Una gran proporción de los usuarios de drogas inyectables son sexualmente activos (a menudo con prácticas inseguras) y, una vez infectados por el VIH, podrían transmitir el virus a sus parejas sexuales. En una encuesta de 2005, ocho de cada diez (79%) usuarios de drogas inyectables en Karachi y seis de cada diez (58%) en Rawalpindi indicaron que eran sexualmente activos, mientras que en un estudio en Quetta más de una cuarta parte (26%) estaban casados (Achakzai, Kassi y Kasi, 2007). En Karachi, el 13% de los usuarios de drogas inyectables había pagado por tener relaciones sexuales con una profesional femenina durante los seis meses anteriores, y el 8% había hecho lo propio con un profesional masculino; en Rawalpindi, las proporciones correspondientes eran del 28% y 27%, respectivamente. A pesar de ello, casi nueve de cada diez (86%) encuestados en el estudio de Karachi *nunca* habían utilizado preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas en

los seis meses anteriores, al igual que la mitad (49%) de los encuestados en Rawalpindi. Además, hasta uno de cada cinco usuarios de drogas inyectables en diversas ciudades del **Pakistán** dijo que también intercambiaba sexo por dinero o narcóticos. Un porcentaje pequeño pero significativo de los profesionales masculinos del sexo (7% y 9% en Karachi y Rawalpindi, respectivamente) y de las profesionales femeninas (5% en Karachi) también se inyecta drogas (Ministerio de Salud del Pakistán, 2006).

Preocupa igualmente el papel potencial de la mano de obra migratoria en la epidemia del **Pakistán**. En Lahore, uno de cada diez (11%) trabajadores migratorios masculinos no casados dijo que había tenido relaciones sexuales remuneradas no protegidas durante el último año (Faisel y Cleland, 2006). Si aumentan los niveles de infección por el VIH entre los profesionales del sexo, los trabajadores migratorios podrían constituir un puente potencial para la transmisión del virus hacia la población general. En 2006 se estimó que las actividades de prevención del VIH sólo llegaban al 5% de las profesionales femeninas del sexo (Programa Nacional de Control del Sida del Pakistán, 2006).

Se calcula que la prevalencia nacional del VIH en adultos en **Nepal** es inferior al 1% (Ministerio de Salud de Nepal, 2006; ONUSIDA, 2006a), pero se han registrado prevalencias superiores entre poblaciones con un mayor riesgo de exposición al VIH. Las encuestas de comportamiento más recientes (en 2005) revelaron una prevalencia del VIH del 52% entre usuarios de drogas inyectables en Kathmandú, 32% en los distritos de Terai Oriental, 22% en Pokhara y 12% en los distritos de Terai Occidental (New Era y SACTS, 2005a, 2005b, 2005c). La mayoría de los usuarios de drogas inyectables (casi todos ellos hombres) son sexualmente activos, pero los niveles de uso de preservativos son bajos (Ministerio de Salud de Nepal, 2006).

En el valle de Kathmandú, en 2001, se comprobó que eran VIH-positivas hasta el 16% de las profesionales femeninas del sexo que trabajaban en la calle (Centro Nacional para el Control del Sida y las ETS de Nepal et al, 2006), pero estudios más recientes han registrado niveles de infección mucho más bajos, del 2% o inferiores entre profesionales femeninas del sexo de Kathmandú, Pokhara y la región oriental del país (New Era y SACTS, 2005a, 2005b y 2005d). La vigilancia de comportamiento entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Kathmandú demostró que la prevalencia del VIH era aproximadamente del 4% en este grupo, y del 5%

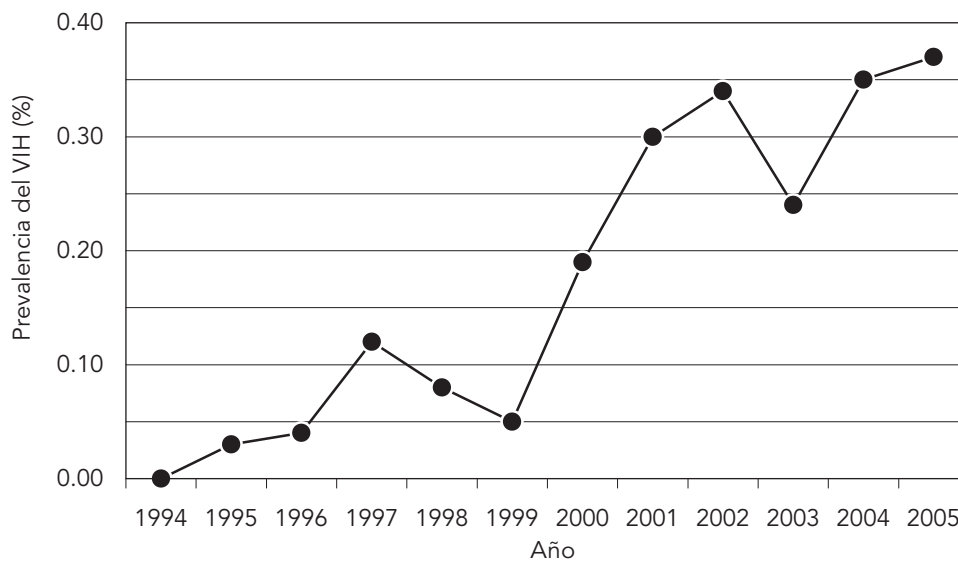
entre profesionales masculinos del sexo (Centre for Research on Environment Health and Population Activities and Family Health International, 2005).

Varios factores —incluidos el deterioro de las condiciones económicas, la baja condición socioeconómica de las mujeres, el tráfico de drogas y los altos niveles de mano de obra migratoria— contribuyen al potencial de crecimiento de la epidemia de VIH en **Nepal**. Preocupa especialmente la perspectiva de una mayor propagación del virus entre trabajadores migratorios que retornan al país. Se estima que entre 600 000 y 1,3 millones de hombres nepaleses migran a la India en busca de trabajo. A comienzos del siglo XXI se registró una prevalencia del VIH del 8% entre trabajadores migratorios que retornaban de Mumbai (New Era y Family Health International, 2006), pero en estudios más recientes en Achham y Kailali se han observado niveles más bajos (3% o inferiores) (New Era y Family Health International, 2006). Se calcula que casi la mitad de todas las personas que viven con el VIH en **Nepal** han trabajado como mano de obra migratoria (OMS, UNICEF y ONUSIDA, 2006). Las mujeres y jóvenes nepalesas que han sido objeto de tráfico sexual corren un riesgo especialmente elevado de infección por el VIH. Se ha detectado una prevalencia del VIH del 38% entre mujeres repatriadas víctimas de tráfico sexual, y eran VIH-positivas la mitad de las mujeres y jóvenes conducidas a Mumbai (India) por redes de tráfico (Silverman et al, 2007).

Se estima que menos del 0,1% [$<0,2\%$] de los adultos en el populoso **Bangladesh** estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006b). Aquí también, los comportamientos de riesgo entre algunos grupos de población —especialmente usuarios de drogas inyectables— pueden contribuir a ampliar la transmisión del VIH. En la región de Dhaka, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables es comparativamente baja (7%), aunque ha aumentado respecto al 1,4% en 2000 (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, 2007). Aun así, la vigilancia de comportamiento en el centro del país ha constatado que más de las tres cuartas partes (77%) de los usuarios masculinos de drogas inyectables habían utilizado equipos no estériles la última vez que se habían inyectado, y más de un tercio (35%) habían pagado por tener relaciones sexuales durante el año anterior, la mayoría de ellos sin utilizar preservativos (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, 2004). En un estudio reciente entre usuarias femeninas de drogas inyectables en la región de Dhaka se comprobó que ninguna de ellas estaba infectada por el VIH (Azim et al, 2006). La prevalencia del VIH registrada en profesionales

Figura 2

Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas en Viet Nam, 1994-2005



Fuente: Ministerio de Salud, datos de la encuesta de vigilancia centinela

femeninas del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres todavía no ha superado el 1% (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, 2007).

La prevalencia del VIH en **Sri Lanka** también parece ser baja. En 2005, la prevalencia era inferior al 0,1% entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales, y del 0,1% entre profesionales femeninas del sexo (Programa Nacional de Control de ETS y Sida de Sri Lanka, 2005).

Asia meridional y sudoriental

Aunque la prevalencia global del VIH en adultos en Asia meridional y sudoriental todavía es relativamente baja (0,3% [0,2-0,4%]), la epidemia afecta a un gran número de personas: se estima que en 2007 había unos 4,0 [3,3-5,1] millones de personas que vivían con el VIH en esta subregión.

Las tendencias epidémicas en esta subregión son variables. La prevalencia del VIH está aumentando en **Viet Nam** e **Indonesia** (especialmente en la provincia de Papua), mientras que las epidemias en **Myanmar**, **Tailandia** y, sobre todo, **Camboya** muestran descensos en la prevalencia del VIH.

Actualmente, en Asia, sólo **China**, la **India** y **Tailandia** tienen más personas que viven con el VIH que **Viet Nam**, donde la epidemia parece estar creciendo. Aunque aproximadamente una de cada tres personas con el VIH vive en las agrupaciones provinciales del Delta del Río Mekong y la ciudad Ho Chi

Minh, se han comunicado infecciones por el VIH en la totalidad de las 64 provincias y en más del 90% de los 659 distritos del país (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2007; Comisión de Viet Nam para la Población et al, 2006). A nivel nacional, el número estimado de personas que viven con el VIH se multiplicó por más de dos entre 2000 y 2005, pasando de 122 000 a 263 000 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005), y se calcula que el 0,5% [0,3-0,9%] de los adultos estaba viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006b). Pero en las agrupaciones provinciales de la Costa Norte y la ciudad Ho Chi Minh, la prevalencia en adultos superó el 1% en 2005 (Comisión de Viet Nam para la Población et al, 2006).

Los principales factores que explican la infección por el VIH son el uso de equipos contaminados de inyección y las relaciones sexuales no protegidas con parejas esporádicas (Tuang et al, 2007). Conforme evoluciona la epidemia, un número creciente de mujeres está contrayendo el VIH a partir de hombres que se habían infectado durante relaciones sexuales remuneradas sin protección o por uso de drogas inyectables. Se estima que, en 2006, un tercio de las personas con el VIH eran mujeres (Comisión de Viet Nam para la Población et al, 2006). Sin embargo, la mayoría de las infecciones por el VIH todavía se relaciona directa o indirectamente con el uso de drogas inyectables.

En **Viet Nam**, la prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables es muy alta. A nivel nacional se estima que uno de cada tres (34%) estaba viviendo

con el VIH en 2005, un incremento sustancial respecto al 9% en 1996 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006 y 2005). En las provincias de Hai Phong y Quang Ninh, respectivamente, el 57% y el 58% de los usuarios de drogas inyectables resultaron VIH-positivos en 2005, al igual que más del 40% en Dien Bien y la ciudad Ho Chi Minh (Comisión de Viet Nam para la Población et al, 2006; Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005) y el 32% en la provincia de Long An (Tran et al, 2006). El VIH se está transmitiendo con rapidez entre los nuevos usuarios de drogas inyectables. En la ciudad Ho Chi Minh, más de una de cada cuatro (28%) personas que se habían estado inyectando durante menos de un año ya estaban infectadas por el VIH, según una encuesta de 2006 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006).

El notable solapamiento entre comportamientos sexuales de riesgo y uso de drogas inyectables podría conducir a un ulterior crecimiento de la epidemia. En una encuesta de 2005/2006, entre el 20% y el 40% de los usuarios de drogas inyectables (dependiendo del lugar) dijeron que habían pagado por tener relaciones sexuales durante los 12 meses precedentes, y hasta el 60% tenía relaciones sexuales regulares con una pareja estable (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006). En otros estudios, el 40% o más de los usuarios de drogas inyectables en Bac Ninh, Da Nang, Hai Phong y Hanoi indicaron que habían pagado por tener relaciones sexuales durante el último año (Schumacher, 2006; Ministerio de Salud de Viet Nam, Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y Family Health International, 2001). El uso de preservativos, sin embargo, era infrecuente. En la encuesta de 2005/2006, dependiendo del lugar, sólo entre el 16% y el 36% de los usuarios de drogas inyectables dijeron que habían utilizado preservativos sistemáticamente con sus parejas estables (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006). La alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual constatada entre los usuarios de drogas inyectables (30% en un estudio en el norte de Viet Nam, por ejemplo) pone de manifiesto el riesgo significativo de transmisión sexual del VIH de usuarios de drogas inyectables VIH-positivos a profesionales del sexo y otras parejas sexuales (Go et al, 2006).

Aparte de la variación geográfica, los niveles de infección por el VIH entre profesionales femeninas del sexo tienden a ser considerablemente mayores en las mujeres que también se inyectan drogas. En algunas ciudades, sobre todo Hanoi y Hai Phong, un gran porcentaje de las profesionales del sexo también se inyecta drogas, lo que acrecienta su riesgo de contraer el VIH (Tran et al, 2005; Ministerio de Salud de Viet Nam, Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología

y Family Health International, 2001). En Hanoi, un tercio (32%) de las profesionales del sexo encuestadas dijo que se inyectaba drogas, y el 12% de ellas eran VIH-positivas (Tran et al, 2005), en comparación con una prevalencia promedio del VIH del 6,5% entre profesionales del sexo a nivel nacional (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006). De forma similar, la alta prevalencia del VIH registrada entre profesionales del sexo en Hai Phong —el 30% de las cuales resultaron VIH-positivas en un estudio— parece relacionarse con la gran proporción (29%) de mujeres que también se inyectan drogas (Luu Thi Minh et al, 2006). Al mismo tiempo, las prácticas sexuales seguras son infrecuentes entre las profesionales del sexo de Viet Nam. En el estudio de Hanoi antes citado, menos de las dos terceras partes (63%) de las mujeres indicaron que siempre utilizaban preservativos con clientes ocasionales; menos de la mitad (41%), con clientes habituales, y unas pocas (5%), con sus parejas estables (Tran, Detels y Lan, 2006).

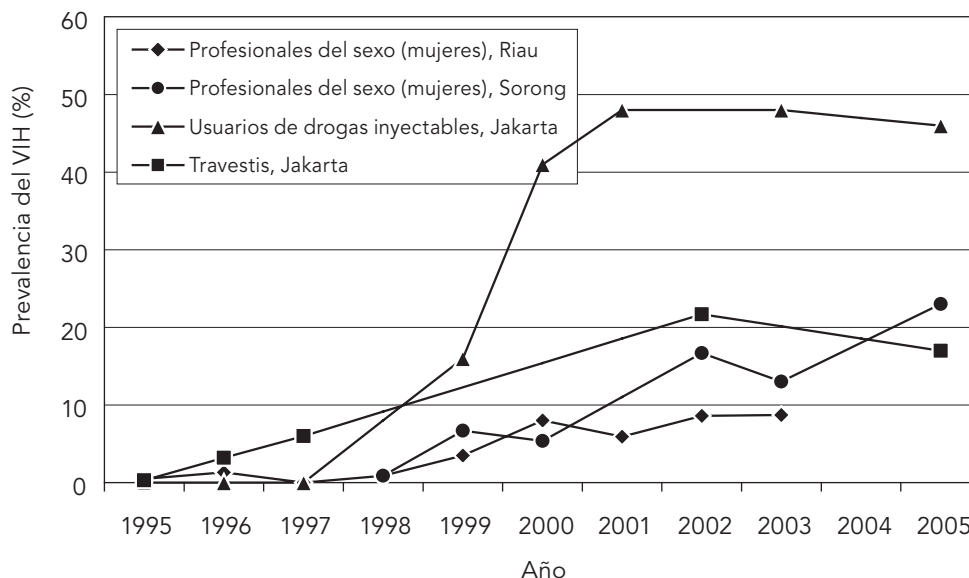
El número estimado de personas que viven con el VIH en Viet Nam se ha multiplicado por más de dos entre 2000 y 2005.

El hecho de que, en 2005, resultaran VIH-positivos al menos el 4% de los pacientes atendidos en dispensarios de infecciones de transmisión sexual en seis provincias sugiere que los comportamientos sexuales de riesgo están lo suficientemente extendidos para facilitar una transmisión sexual más amplia del VIH en ciertas partes del país (Comisión de Viet Nam para la Población et al, 2005). Las encuestas indican que una gran proporción de los hombres jóvenes solteros de Viet Nam visita a profesionales del sexo. En una encuesta de 2003-2004, casi una cuarta parte (22%) de todos los hombres jóvenes (15-24 años) solteros sexualmente activos —y un tercio (34%) en las zonas urbanas— dijeron que habían pagado por tener relaciones sexuales (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2005).

De todos modos, hay pruebas en Viet Nam de que los proyectos de prevención pueden dar lugar a comportamientos más seguros. Después de la introducción de un proyecto de promoción de preservativos de ámbito comunitario en cinco provincias (Dien Bien, An Giang, Kien Gian, Dong Thap y Quang Tri), se triplicó la proporción de profesionales del sexo de la calle que utilizaban preservativos con sus clientes (desde un 20% en 2001 hasta el 60% en 2004), mientras que el uso de preser-

Figura 3

Prevalencia del VIH en poblaciones con comportamientos de alto riesgo en Indonesia, 1995-2005



Fuente: Dirección General de Control de Enfermedades Transmisibles y Salud Ambiental, Indonesia.

vativos con los maridos y amantes se multiplicó por más de dos, del 16% al 38%. También se registraron cambios impresionantes entre los usuarios masculinos de drogas inyectables, la mitad de los cuales, al final del proyecto, dijo que utilizaba preservativos cuando pagaba por tener relaciones sexuales (en comparación con menos de una cuarta parte antes de que se iniciara el proyecto), y casi una tercera parte (30%) comunicó el uso de preservativos con esposas y amantes (frente al 12% en 2001) (Comisión de Viet Nam para la Población et al, 2006). En otra iniciativa, que se orientó a mejorar el acceso a servicios agradables de infecciones de transmisión sexual para profesionales del sexo en cinco provincias fronterizas, la prevalencia del VIH entre las mujeres participantes disminuyó del 4,5% al 3,6% durante el proyecto (Vu Thuong et al, 2007).

Aunque limitada, la información disponible sobre el papel de las relaciones sexuales entre hombres en la epidemia de **Viet Nam** apunta a niveles elevados de asunción de riesgos y una probabilidad significativa de transmisión del VIH dentro y más allá de este grupo de población. En 2001, una encuesta de comportamiento en la ciudad Ho Chi Minh comprobó que el 60% de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres no había utilizado un preservativo durante el último contacto anal (Colby, 2003). En estudios más recientes, cerca de las dos terceras partes de los hombres que tienen rela-

ciones sexuales con hombres en las dos ciudades más grandes del país (69% en Hanoi y 63% en ciudad Ho Chi Minh) dijeron que no habían utilizado preservativos de forma regular durante el último mes (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2006). Algunos estudios indican que una gran proporción de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales remuneradas (compradas o vendidas) y se inyectan drogas. En consecuencia, las encuestas sobre el VIH en este grupo de población revelan niveles elevados de infección. Por ejemplo, se comprobó que eran VIH-positivos el 8% de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres evaluados en más de 70 centros de la ciudad Ho Chi Minh, así como el 33% de los profesionales masculinos del sexo que había entre ellos y el 7% de los transexuales (Nguyen et al, 2007).

La epidemia de VIH en **Indonesia** es una de las que está creciendo con mayor rapidez en Asia. Aunque la prevalencia nacional en adultos todavía es baja (se estima que era del 0,2% en 2006), casi 200 000 personas estaban viviendo con el VIH en este archipiélago extremadamente poblado (Centros de Control de Enfermedades y Salud Ambiental y Comisión Nacional del Sida, 2006). Una epidemia que al principio se centró mayoritariamente en usuarios de drogas inyectables de Bali, Yakarta y Java Occidental, se extiende actualmente a muchas

de sus parejas sexuales no toxicómanas, así como a reclusos, profesionales del sexo y sus clientes, y se ha propagado a 32 provincias y 169 distritos. En 2000, sólo había notificado algún caso de VIH o sida la mitad de estas provincias (Ministerio de Salud y Estadística de Indonesia, 2007).

Parece que la mayoría de las infecciones por el VIH se está produciendo como consecuencia del uso de equipos de inyección contaminados, relaciones sexuales remuneradas no protegidas y, en menor medida, relaciones sexuales peligrosas entre hombres. En estos grupos se han detectado altos niveles de infección por el VIH (véase la Figura 3). Uno de cada cuatro (25%) usuarios de drogas inyectables en Bandung, casi uno de cada tres (32%) en Yakarta y tres de cada cuatro (78%) en Denpasar dijeron que siempre habían utilizado agujas no estériles (Estadísticas de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). En un estudio de 2005 resultaron VIH-positivos más del 40% de los usuarios de drogas inyectables en Yakarta (OMS y Ministerio de Salud de Indonesia, 2007), al igual que un 13% en Java Occidental (Ministerio de Salud de Indonesia, 2006b).

Dado que muchos usuarios de drogas inyectables también pagan o cobran por tener relaciones sexuales, el VIH se ha establecido en las redes de comercio sexual (Estadísticas de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). En 2005, aproximadamente una cuarta parte de los usuarios de drogas inyectables en Bandung, Yakarta y Medan indicó que había tenido relaciones sexuales remuneradas no protegidas en el último año (Estadísticas de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). Se ha documentado una prevalencia del VIH del 6-8% entre profesionales femeninas del sexo en Jambi, Riau, Java Occidental y Yogyakarta (Ministerio de Salud de Indonesia, 2006b); la prevalencia superaba el 20% en Sorong, en la provincia de Papua (véase más abajo) (OMS y Ministerio de Salud de Indonesia, 2007). En algunos lugares, como Depok (Yakarta), los comportamientos de asunción de riesgos son tan frecuentes que, en 2006, se comprobó que eran VIH-positivos casi tres de cada cuatro (71%) usuarios de drogas inyectables y uno de cada cuatro (23%) profesionales del sexo (OMS y Ministerio de Salud de Indonesia, 2007).

La sensibilización y los programas de prevención del VIH han contribuido a fomentar un comercio sexual más seguro. Según encuestas de comportamiento realizadas en 2004-2005 en las principales ciudades del país, el 61% de los profesionales del sexo que trabajan en prostíbulos y el 57% de los que no

trabajan en prostíbulos dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que habían comerciado con el sexo (Estadísticas de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006). Del mismo modo, los esfuerzos para reducir el uso de equipos de inyección no estériles están deparando resultados positivos. Entre usuarios de drogas inyectables a los que han llegado estos proyectos en ciertas partes de Yakarta y Medan, más del 80% indicaron que siempre habían utilizado agujas limpias (Estadísticas de Indonesia y Ministerio de Salud de Indonesia, 2006).

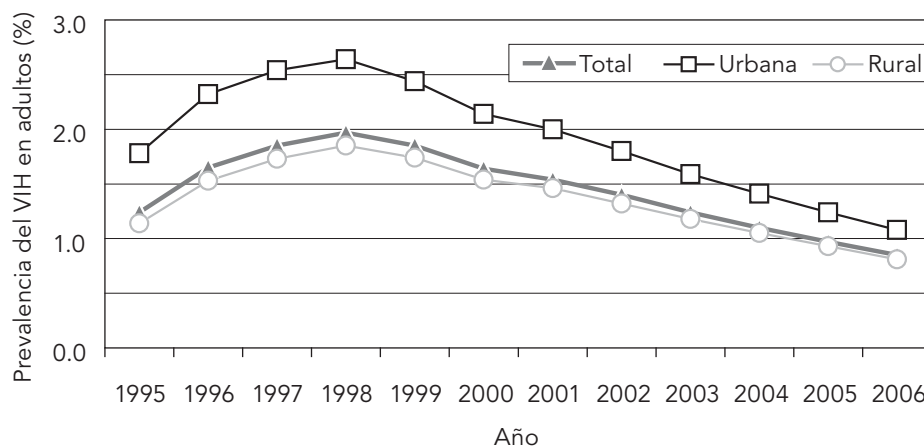
Se han realizado muy pocos estudios para determinar la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El más reciente de ellos (efectuado en 2002) constató niveles de infección del 2,5% en Yakarta, 3,6% entre profesionales masculinos del sexo y 22% entre profesionales del sexo *waria* (transexuales), junto con comportamientos generalizados de riesgo sexual. Los dos tercios (65%) de los profesionales del sexo y más de la mitad (53%) de los otros hombres que tenían relaciones sexuales con hombres dijeron que habían realizado coito anal no protegido con parejas masculinas. Más de la mitad (54%) de los profesionales del sexo también habían tenido relaciones sexuales con mujeres durante el año anterior (Pisani et al, 2004; TREAT Asia, 2006).

La epidemia muestra una variación geográfica significativa. En las provincias de Bali, Java, Sulawesi Sur, Sumatra y Kalimantan Occidental, la inmensa mayoría de las infecciones por el VIH se relaciona directa o indirectamente con el uso de equipos de inyección contaminados. Pero hay en curso una epidemia distinta en la provincia de Papua, frontera con **Papua Nueva Guinea** (véase continuación), que también está experimentando una grave epidemia. En una encuesta de población en toda la provincia de Papua en 2006, se estimó que la prevalencia del VIH en adultos era del 2,4% y llegaba al 3,2% en las tierras altas remotas y al 2,9% en zonas de tierras bajas menos accesibles. Entre los individuos de 15-24 años, la prevalencia era del 3% (Ministerio de Salud y Estadística de Indonesia, 2007).

El uso de drogas inyectables es un fenómeno excepcional en Papua, donde las relaciones sexuales no protegidas constituyen el principal modo de transmisión del VIH. Varios factores parecen estar facilitando la propagación rápida del virus. El conocimiento sobre el VIH y el sida es muy escaso. Menos de la mitad (48%) de la población en la provincia de Papua ha oído hablar del VIH, y casi las dos terceras partes (65%) no saben que utilizar un preservativo puede prevenir la transmisión. Una proporción sustancial

Figura 4

Prevalencia del VIH entre la población general de Camboya, 1995-2006



Fuente: Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS (NCHADS), Camboya.

de los hombres tiene relaciones sexuales de alto riesgo: una cuarta parte (25%) de los hombres indicó que había tenido relaciones sexuales con una pareja esporádica durante el año anterior, y uno de cada cinco (20%) dijo que había tenido más de una pareja. Casi la mitad de los hombres con parejas ocasionales afirmaron que habían pagado por tener relaciones sexuales. Sin embargo, el uso de preservativos es infrecuente. Sólo un 14% de los hombres que habían pagado por tener relaciones sexuales dijeron que habían utilizado preservativos durante tales encuentros, y menos del 3% de todos los hombres habían empleado sistemáticamente preservativos con parejas ocasionales durante el último mes (Ministerio de Salud y Estadística de Indonesia, 2007). En consecuencia, se ha detectado una prevalencia del VIH del 14-16% entre profesionales del sexo de Nabire, Merauke y Sorong (Comisión Nacional del Sida de Indonesia, 2006). La educación sexual y los programas de promoción y distribución de preservativos son una prioridad urgente en Papua.

Dos factores adicionales también parecen desempeñar un cierto papel en la epidemia creciente de Papua. Como en la vecina **Papua Nueva Guinea**, las encuestas indican que es frecuente la violencia sexual, de modo que una de cada ocho (12%) mujeres afirma que ha sido obligada a tener relaciones sexuales, en la mayoría de los casos por la pareja doméstica (Ministerio de Salud y Estadística de Indonesia, 2007). Los estudios en otras partes

del mundo han revelado que existen vínculos claros entre violencia con la pareja íntima y riesgo de exposición al VIH (Maman et al, 2002; Dunkle et al, 2004; Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999). El estado de circuncisión también podría ser un factor. Se ha comprobado que la prevalencia del VIH en hombres con parejas esporádicas era casi seis veces mayor entre los incircuncisos que entre los circuncisos (5,6% frente a 1%) (Ministerio de Salud y Estadística de Indonesia, 2007).

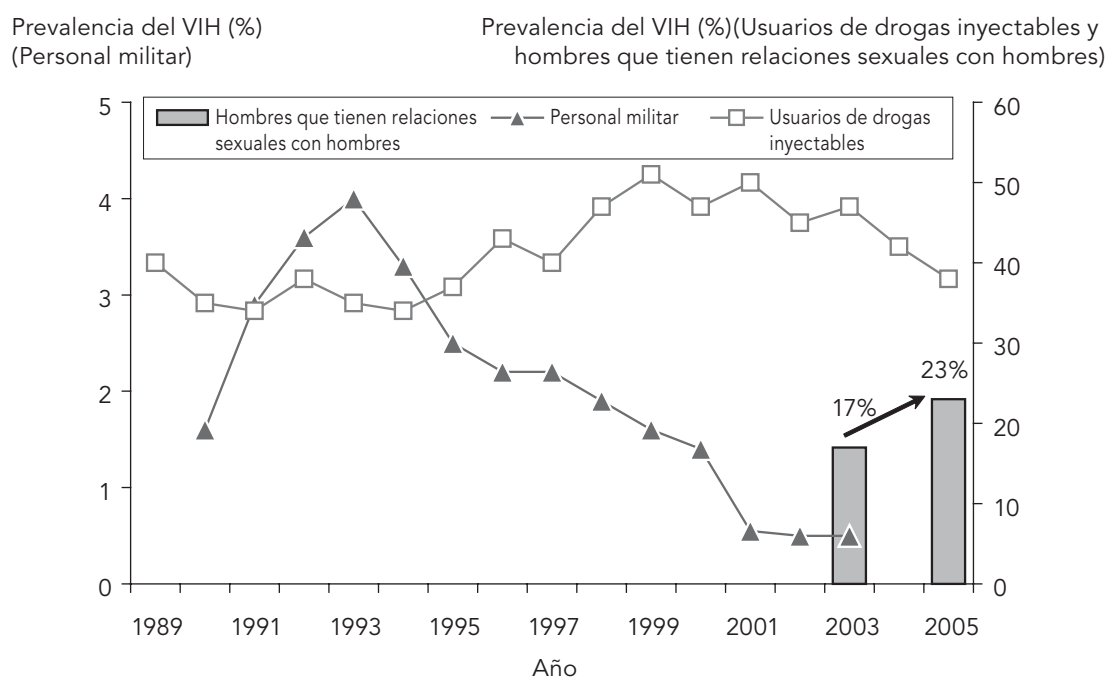
Mientras tanto, **Camboya** aporta evidencia de que los esfuerzos de prevención bien enfocados y sostenidos pueden ayudar a revertir una epidemia de VIH. A nivel nacional, en 2006, la prevalencia del VIH había disminuido hasta una cifra estimada del 0,9% en la población adulta (15-49 años), un descenso respecto a las estimaciones revisadas del 1,2% en 2003 y de la cota máxima del 2% en 1998 (Centro Nacional para el VIH/Sida, Dermatología e ITS, 2007).¹

El descenso en la prevalencia del VIH es una consecuencia a largo plazo de la mortalidad combinada con una reducción sustancial en el número de nuevas infecciones por el VIH, que se estima que comenzó a finales de los años 1990. Los programas de prevención implantados por el gobierno de **Camboya** han asegurado que no rebroten las tasas de infección desde entonces. Estos programas tienen que mantenerse para lograr un impacto duradero sobre la vida de miles de camboyanos.

<?>Las últimas estimaciones se basan en metodologías perfeccionadas y datos más exhaustivos recopilados a partir de la encuesta centinela sobre el VIH de 2006/2007 y la Encuesta de Demografía y Salud efectuada en 2005 (Ministerio de Salud de Viet Nam, 2007; Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y ORC Macro, 2006). La encuesta centinela incluyó a profesionales femeninas del sexo que trabajaban en prostíbulos, muchachas de alterne y cantantes de karaoke, agentes de policía y mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales.

Figura 5

Prevalencia del VIH entre determinados grupos de Tailandia, 1989-2005



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Oficina regional para Asia sudoriental, 2007. El VIH/Sida en la región de Asia sudoriental: 2007.

Especialmente importantes han sido los programas de prevención dirigidos a reducir la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales comerciales. A lo largo de la última década ha aumentado significativamente el uso de preservativos durante el comercio sexual en prostíbulos, y parece haber menos hombres que paguen por tener relaciones sexuales (Gorbach et al, 2006; Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS, 2005). En los estudios camboyanos se considera a menudo a los policías como «sustitutos» de los clientes de profesionales del sexo. Así, por ejemplo, un tercio de los policías encuestados en 2003 dijo que había pagado por tener relaciones sexuales durante el año anterior, en comparación con el 8% de los hombres camboyanos que participaron en una encuesta por hogares (Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS, 2005). Entre los policías, la prevalencia del VIH disminuyó del 4,5% en 1997 al 2,7% en 2003, como consecuencia de la combinación de mortalidad y cambio significativo de comportamiento. El porcentaje de policías que comunicaron relaciones sexuales extramaritales en los 12 meses previos disminuyó del 48% al 36% durante el mismo periodo, mientras que el uso regular de preservativos (en los últimos tres meses) con profesionales del sexo que trabajaban en prostíbulos aumentó del 59% al 94%. El uso regular de preservativos por

parte de policías que tenían parejas fortuitas también se incrementó del 11% en 1997 al 41% en 2003 (Ministerio de Salud de Camboya, 2006; Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS, 2004a).

Aunque todavía alta (del 21% en 2003), la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo que trabajaban en prostíbulos era menos de la mitad que la prevalencia del 46% registrada en encuestas centinela en 1998 (Ministerio de Salud de Camboya, 2006). De particular importancia es el hecho de que la prevalencia del VIH entre profesionales del sexo jóvenes (20 años o menos) que trabajan en prostíbulos haya estado disminuyendo de forma más acusada que entre sus homólogas de mayor edad: del 44% en 1998 al 8% en 2003, en comparación con un descenso del 47% al 26% durante el mismo periodo entre las profesionales del sexo mayores de 20 años. Esto sugiere que la *incidencia* del VIH entre las profesionales del sexo ha estado disminuyendo (Ministerio de Salud de Camboya, 2006). Aquí también, las prácticas sexuales más seguras han sido un factor contribuyente importante. Entre profesionales del sexo que trabajan en prostíbulos, el uso sistemático de preservativos con los clientes aumentó del 53% en 1997 al 96% en 2003 en Battambang, Kampong Cham, Phnom Penh, Siem Reap y Sihanoukville (Gorbach et al, 2006).

Sin embargo, otras formas de comercio sexual están al alza. En una encuesta de 2003, el 40% de las «muchachas de alterne» y el 56% de las cantantes de karaoke dijeron que habían cobrado por tener relaciones sexuales durante los últimos 12 meses (Ministerio de Salud de Camboya, 2006). Generalmente, en comparación con el comercio sexual en prostíbulos, el movimiento de clientes en el comercio sexual fuera de prostíbulos tiende a ser menor, pero se cree que el uso de preservativos también es menos frecuente. Aun así, en cinco ciudades importantes de **Camboya**, el uso sistemático de preservativos entre profesionales del sexo que no trabajan en prostíbulos ha aumentado sustancialmente, del 30% en 1997 al 84% en 2003 (Gorbach et al, 2006). Estas tendencias todavía no son uniformes en todo el país. Una de cada cuatro «muchachas de alterne» en Battambang resultó VIH-positiva en un estudio reciente, y sólo el 39% de las mujeres encuestadas dijo que empleaba preservativos sistemáticamente (Kim et al, 2005). Además, entre estas mujeres, el riesgo de infección crece considerablemente al aumentar el tiempo que pasan en la profesión. En una encuesta de 2003 se comprobó que eran VIH-positivas el 14% de las «muchachas de alterne» mayores de 20 años, en comparación con el 4% de las menores de esta edad (Ministerio de Salud de Camboya, 2006). Es necesario ampliar y sostener los esfuerzos de prevención enfocados al comercio sexual fuera de los prostíbulos si se pretenden mantener las recientes tendencias a la baja en la prevalencia del VIH.

Camboya proporciona evidencia de que las actividades de prevención sostenidas y bien dirigidas pueden ayudar a revertir una epidemia de VIH

En conjunto, la proporción de nuevas infecciones anuales por el VIH atribuibles *directamente* a relaciones sexuales remuneradas peligrosas ha disminuido hasta una quinta parte aproximadamente, según algunas estimaciones (OMS, 2003). Al mismo tiempo, los cónyuges y parejas habituales de personas que contrajeron el VIH durante relaciones sexuales comerciales representan un porcentaje creciente de las nuevas infecciones (Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS, 2004b). Un estudio entre hombres que visitaban prostíbulos en tres provincias comprobó que el 9% eran VIH-positivos. Casi la mitad de estos clientes dijeron que también tenían

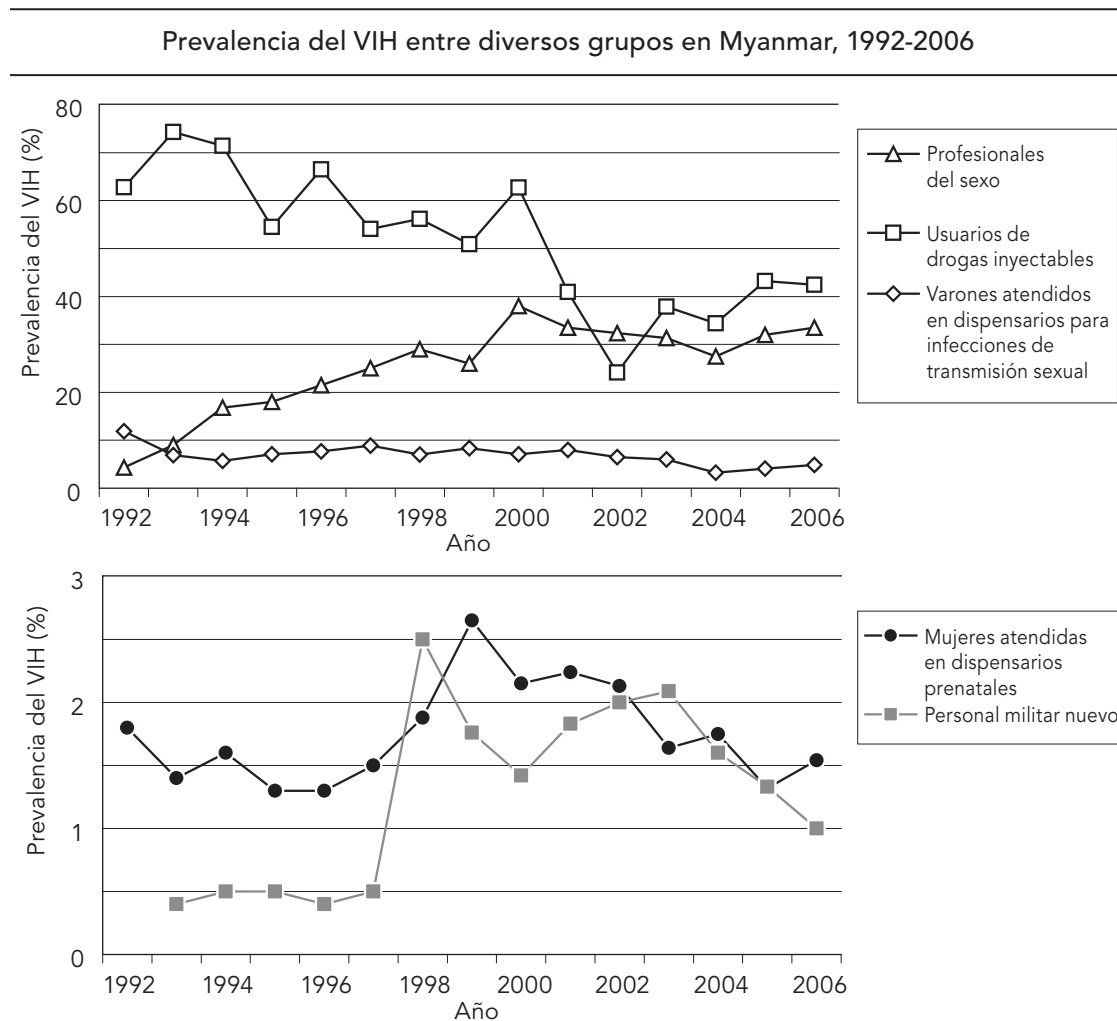
relaciones sexuales con sus esposas y amantes, pero apenas utilizaban preservativos en tales encuentros (Hor et al, 2005). Animar a los clientes de profesionales del sexo a que conozcan su estado del VIH y protejan a sus parejas regulares contra la infección todavía sigue siendo un reto pendiente.

Las pocas investigaciones que se han realizado sobre las tendencias del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en **Camboya** indican altos niveles de comportamientos de riesgo y una prevalencia significativa del VIH en este grupo de población. En 2000, una encuesta entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres en Phnom Penh (la mayoría de los cuales también ejercía el comercio sexual) constató una prevalencia del VIH del 14% (Girault et al, 2004). En fechas más recientes se ha comprobado que la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es del 9% en Phnom Penh y del 0,8% en Battambang y Siem Reap (ONUSIDA, 2007a). En estas dos últimas ciudades, sin embargo, sólo uno de cada seis (16%) hombres encuestados dijo que utilizaba preservativos sistemáticamente durante el coito anal, en comparación con más de uno de cada dos (54%) en la capital, Phnom Penh (Phalkun et al, 2006).

El número de nuevas infecciones anuales por el VIH en **Tailandia** sigue disminuyendo. Se estima que en 2006 se produjeron menos de 16 000 nuevas infecciones, en comparación con cerca de las 140 000 anuales que se registraban cuando la epidemia del país alcanzó su cota máxima a principios de los años noventa (Over et al, 2007). Se calcula que el 1,4% [0,7-2,1%] de los adultos de **Tailandia** estaba viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2006b).

Los patrones de transmisión del VIH en **Tailandia** han cambiado con el tiempo, de modo que el virus se está propagando cada vez más a personas consideradas de bajo riesgo. Más de cuatro de cada diez (43%) nuevas infecciones en 2005 se dieron en mujeres, la mayoría de las cuales contrajo el VIH probablemente a partir de esposos o parejas que se habían infectado durante relaciones sexuales remuneradas peligrosas o por inyección de drogas (OMS, 2007). Puesto que la incidencia del VIH en esta población es baja —alrededor de 0,03 por 100 individuos y año (Gouws et al, 2006)—, la magnitud de la epidemia global ha seguido disminuyendo, aunque parece que el descenso en la prevalencia del VIH se está ralentizando a medida que un mayor número de personas accede a tratamientos antirretrovíricos que prolongan la vida.

Figura 6



Fuente: Propagación de la epidemia de VIH en Myanmar, Congreso Internacional sobre el Sida en Asia y el Pacífico. Colombo, Sri Lanka, agosto de 2007.

Al mismo tiempo, una proporción sustancial de las nuevas infecciones por el VIH incide en las poblaciones con máximo riesgo. Aunque han dejado de ser la principal vía de transmisión del VIH en **Tailandia**, las relaciones sexuales comerciales inseguras continúan siendo un factor importante en la epidemia. Se estima que casi una de cada cinco (18%) nuevas infecciones por el VIH en 2005 afectaron a profesionales del sexo, sus clientes y las demás parejas de estos clientes. Los cambios en la industria del sexo en los últimos años (que están desplazando cada vez más las relaciones remuneradas afuera de los prostíbulos) hacen difícil determinar la magnitud de la propagación del VIH entre los profesionales del sexo. Según la vigilancia centinela nacional del VIH, en 2005 vivían con el virus aproximadamente el 8% de las profesionales femeninas del sexo que trabajaban en prostíbulos y el 4% de las que no trabajaban en prostíbulos (Plipat y Teeraratkul, 2006).

A pesar de los logros generales en la reversión de la epidemia de VIH en **Tailandia**, la prevalencia

entre usuarios de drogas inyectables ha permanecido uniformemente elevada durante los últimos 15 años, entre el 30% y el 50% (OMS, 2007) (véase la figura 5). Se calcula que los usuarios de drogas inyectables y sus parejas representaron aproximadamente el 7% de las nuevas infecciones por el VIH en 2005 (Gouws et al, 2006). La tasa estimada de incidencia —el porcentaje de individuos infectados *de novo* por el VIH cada año— entre usuarios de drogas inyectables en **Tailandia** es del 3-10% (Kawichai et al, 2006). En el centro de tratamiento de toxicomanías de Thanyarak, la *incidencia* del VIH entre usuarios de drogas fue del 7,3% en 2002, mientras que la *prevalencia* era del 37% entre los que se inyectaban heroína (Verachai, Phutiprawan y Sawanpanyalert, 2005). Es necesario ampliar programas de alcance social que puedan proporcionar servicios integrales de reducción del daño a los usuarios de drogas inyectables. Lo mismo se aplica a las poblaciones reclusas, entre las cuales se ha registrado una prevalencia del VIH del 25% en una prisión de Bangkok (Thaisri et al, 2003). Dado que hasta las dos terceras partes de los reclusos están

encarcelados por delitos relacionados con las drogas, es probable que la prevalencia del VIH entre ellos sea elevada. Se cree que el uso de drogas inyectables dentro de las prisiones ha disminuido en los últimos años, pero, cuando ocurre, es altamente probable que los equipos de inyección no sean estériles. El uso de equipos colectivos de tatuaje también acarrea un alto riesgo de infección por el VIH (Wilson, Ford y Ngammee, 2007).

En conjunto, hasta una de cada cinco (21%) nuevas infecciones por el VIH en 2005 en **Tailandia** afectó a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, según una estimación (Gouws et al, 2006), y la prevalencia del VIH en este grupo está aumentando (véase la figura 5). En Bangkok, la prevalencia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres pasó del 17% en 2003 al 28% en 2005. El 81% de los hombres que resultaron VIH-positivos pensaban que eran VIH-negativos o no se habían realizado la prueba con anterioridad. Esto, junto con el hecho de que en 2005 resultaran VIH-positivos más de uno de cada cinco (22%) de estos hombres de edad igual o inferior a 22 años, indica que los esfuerzos de prevención del VIH no están llegando a este grupo de población (Van Griensven et al, 2006). De hecho, el Programa de Uso Sistemático de Preservativos de **Tailandia** nunca se dirigió explícitamente a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Existe la necesidad urgente de introducir programas de prevención que permitan reducir la propagación del VIH en este grupo.

Se han realizado progresos significativos en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. En 2005, el 98% de las mujeres que dieron a luz en centros del sector público recibieron asesoramiento y pruebas del VIH, y se administró terapia antirretrovírica preventiva al 94% de las que resultaron VIH-positivas (OMS, 2007). Según un estudio efectuado en 84 hospitales públicos de seis provincias entre 2001 y 2003, el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH se redujo hasta un 10%, en conjunto, y hasta un 4% en las madres e hijos que recibieron un régimen completo de zidovudina junto con otros antirretrovíricos (como nevirapina) (Pliat et al, 2007).

La epidemia en el vecino **Myanmar** está mostrando signos de retroceso, con una prevalencia del VIH en mujeres embarazadas atendidas en dispensarios prenatales que ha disminuido del 2,2% en 2000 al 1,5% en 2006 (Programa Nacional del Sida de Myanmar, 2006). A pesar del descenso global en la prevalencia, preocupan los altos niveles de infección registrados entre los jóvenes (2,2% en 2005) (Programa Nacional

del Sida de Myanmar, 2006, 2005), así como la prevalencia persistentemente elevada del VIH entre los grupos de población con máximo riesgo (véase la figura 6). La prevalencia del VIH es particularmente alta en unas cuantas zonas (Programa Nacional del Sida de Myanmar, 2005). En 2006, la prevalencia del VIH entre hombres atendidos en dispensarios de infecciones de transmisión sexual superó el 10% en Kawthaung, Mandalay y Meiktila, y llegó al 15% en Yangon y Taungngu. Entre mujeres embarazadas que acudían a dispensarios prenatales, la prevalencia del VIH comunicada por centros de vigilancia centinela fue del 3% en Yangon, 5,5% en Kawthaung y 6,5% en Muse (Programa Nacional del Sida de Myanmar, 2007).

La respuesta al sida de **Myanmar** ha crecido considerablemente durante la última década, e incluye programas enfocados a prevenir infecciones por el VIH entre profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Williams et al, 2007; ONUSIDA, 2007b), pero sus efectos todavía no son evidentes en estos grupos de alto riesgo. Aunque hay un número limitado de centros de vigilancia centinela que controlan las tendencias en la prevalencia del VIH entre los grupos con máximo riesgo, en 2006 resultaron VIH-positivos uno de cada tres (34%) profesionales del sexo (dos centros en Yangon y Mandalay) y casi uno de cada dos (43%) usuarios de drogas inyectables (cuatro centros en todo el país) (Programa Nacional del Sida de Myanmar, 2006).

Por desgracia, la información más reciente sobre comportamiento se remonta a 2003 (cuando sólo se encuestó a personas jóvenes y a la población general), lo que dificulta el análisis de las tendencias y patrones de comportamiento que subyacen a la alta prevalencia del VIH constatada en los grupos de máximo riesgo. Oficialmente, desde 1996, no se han recopilado datos sobre el VIH —y se dispone de muy poca información de comportamiento— entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En la población general, el conocimiento sobre el VIH es relativamente escaso: sólo la mitad (50%) de los adultos encuestados en 2005 podía citar como mínimo tres formas de prevenir la transmisión del virus, aunque esto suponía un avance respecto a los menos del 40% que pudieron hacerlo en un estudio similar realizado tres años antes (Ministerio de Salud de Myanmar y UNFPA, 2005).

En conjunto, se han logrado progresos sustanciales en la magnitud y diversidad de los servicios proporcionados, como actividades de alcance social para

las poblaciones de alto riesgo y suministro de tratamiento antirretrovírico. Pero estos desarrollos no bastan para llegar a la mayoría de las personas que necesitan servicios relacionados con el VIH o el sida, y se requiere un mayor esfuerzo si el país pretende llegar a controlar su epidemia.

La epidemia de VIH en **Malasia** se concentra principalmente en torno a las prácticas inseguras de inyección de drogas, y se estima que más de las dos terceras partes de las infecciones por el VIH comunicadas hasta ahora se han producido entre usuarios de drogas inyectables (Reid, Kamarulzaman y Sran, 2007). Se ha comprobado que son VIH-positivos uno de cada cinco (19%) usuarios de drogas inyectables en Muar, uno de cada tres (31%) en el estado de Kelantan y cuatro de cada diez (41%) en el estado de Terengganu (Chawarski, Mazlan y Schottenfeld, 2006; Ministerio de Salud de Malasia y OMS, 2004). Se ha estimado que, en conjunto, la prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,5% en 2006 (ONUSIDA, 2006b).

Como en otros países de la región, las autoridades adoptaron al principio una política esencialmente punitiva contra el uso de drogas ilícitas, pero no está claro el efecto que ha tenido esto sobre los comportamientos de consumo de drogas ni sobre la transmisión del VIH en este grupo de población. En los últimos años, sin embargo, se han introducido proyectos piloto de terapia de sustitución (especialmente con metadona y buprenorfina) (Chawarski, Mazlan y Schottenfeld, 2006). Se ha comunicado oficialmente que se permitiría que los programas de mantenimiento con metadona avanzaran más allá de la fase piloto, y también podrían establecerse programas de intercambio de agujas y jeringas (Reid, Kamarulzaman y Sran, 2007).

La epidemia de VIH en **Filipinas** sigue siendo pequeña, con una prevalencia nacional estimada del

VIH en adultos muy por debajo del 0,1% [$<0,2\%$] (ONUSIDA, 2006b). Aunque todavía insignificante, el número anual de nuevos casos comunicados de VIH ha aumentado recientemente, de 193 en 2003 a 309 en 2006 (Departamento de Salud de Filipinas, 2006). La mayoría de las infecciones se atribuye a coito heterosexual no protegido (Centro Nacional de Epidemiología, 2006).

Incluso entre las poblaciones con máximo riesgo, la prevalencia del VIH se ha mantenido muy baja hasta ahora. En una encuesta de 2005 se comprobó que eran VIH-positivos el 0,8% de los usuarios de drogas inyectables y el 0,2% de los profesionales del sexo (Departamento de Salud de Filipinas, 2005). En Manila y la ciudad de Baguio no se detectaron infecciones por el VIH entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (Hernandes e Imperial, 2005).

Sin embargo, las prácticas de riesgo confieren el potencial para el crecimiento de la epidemia. En algunos lugares es habitual el uso de equipos de inyección de drogas no estériles (Wi et al, 2002; Mateo et al, 2003), como reflejan los niveles muy altos de infección por hepatitis C hallados entre usuarios de drogas inyectables (hasta el 81% en algunas zonas) (Departamento de Salud de Filipinas, 2005). Al mismo tiempo, sólo el 10% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Manila había utilizado preservativos de forma regular durante el último mes, y únicamente el 2% lo había hecho en la ciudad de Baguio, según un estudio de 2005 (Hernandes e Imperial, 2005). En 2004, en ambas ciudades, se comprobó que casi un tercio (32%) de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres padecían al menos una infección de transmisión sexual (Departamento de Salud de Filipinas, 2005).



BIBLIOGRAFÍA

ASIA

- Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: serious threat of a generalized epidemic. Resumen CDC0274. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Achakzai M, Kassi M, Kasi PM (2007). Seroprevalences and co-infections of HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus in injecting drug users in Quetta, Pakistan. *Tropical Doctor*, 37(1):43–5.
- APAC Project, Voluntary Health Services (2004a). Prevalence of STI and HIV among women in prostitution: executive summary. Tamil Nadu, India.
- APAC Project, Voluntary Health Services (2004b). HIV risk behavioral survey in Tamil Nadu, wave IX, 2004. http://www.apacvhs.org/Pdf/BSS_tamilnadu.pdf
- Anthony J et al. (2006). Men who have sex with men in southern India: typologies, behaviour, and implications for preventive behaviour. Resumen CDD0331. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Azim T et al. (2006). Vulnerability to HIV infection among sex workers and non-sex worker female injecting drug users in Dhaka, Bangladesh: evidence from the baseline survey of a cohort study. *Harm Reduction Journal*, 3(33).
- Banerjee A, Sengupta S (2006). Prevalence of unprotected anal sex and use of condoms and lubricants among men who have sex with men in Andhra Pradesh, India. Resumen CDC1024. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Becker ML et al. (2007). Prevalence and determinants of HIV infection in South India: a heterogeneous, rural epidemic. *AIDS*, 21(6):739–47.
- Blanchard J et al. (2005). Understanding the social and cultural contexts of female sex workers in Karnataka, India: implications for prevention of HIV infection. *Journal of Infectious Diseases*, 191 (Suppl. 1):S139–46.
- Centros de Control de Enfermedades y Salud Ambiental y Comisión Nacional del Sida (2006). *Estimates of adults vulnerable to HIV infection, Indonesia, 2006*. Ministerio de Salud de Indonesia. Yakarta.
- Centros de Control de Enfermedades y Salud Ambiental y Actividades relacionadas con la Población y Family Health International (2005). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among MSM population in Kathmandu Valley*. Katmandú. http://www.crehpa.org.np/reports_and_publications.html
- Chandrasekaran P et al. (2006). Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *Lancet Infectious Diseases*, 6(8):508–21.
- Char A, Piller A, Shirke S (2003). HIV/AIDS intervention among women working in bars and lodges in Thane district of Maharashtra, India. Resumen 1168. Segunda Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH. 13–16 de julio. París.
- Chawarski MC, Mazlan M, Schottenfeld RS (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug and Alcohol Dependency*, 82 (Suppl. 1):S39–42.
- Chen Y et al. (2006). Outreach-based needle and syringe exchange among injection drug users in China's Hunan province. Resumen TUPE0564. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Chen Z-Q et al. (2006). Syphilis in China: results of a national surveillance programme. *Lancet*, 369(9556):132–8.
- Choi K et al. (2003) Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361(9375):2125–6.

- Choi, KH et al. (2004). High levels of unprotected sex with men and women among men who have sex with men: a potential bridge of HIV transmission in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 16 (1):19–30.
- Choi KH et al. (2007). The influence of social and sexual networks in the spread of HIV and syphilis among men who have sex with men in Shanghai, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(1):77–84.
- Choi SYP (2006). Violence against sex workers in mainland China and its association with STD infection. Resúmen CDD0173. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Choi SYP, Cheung YW, Chen K (2006). Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan province, China. *Social Science & Medicine*, 62(7):1672–84.
- Christian J et al. (2006). Risk behaviour among intravenous drug users and improved programming in Yunnan province, China. Resúmen MOPE0479. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Colby DJ (2003). HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1(32):80–5.
- Dahmane Z et al. (2006). High death rates in HIV-positive individuals diagnosed with tuberculosis in a rural region in China. Resúmen WEPE0918. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Dandona L et al. (2005). Sex behaviour of men who have sex with men and risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *AIDS*, 19(6):611–9.
- Dandona L et al. (2006a). A population-based study of human immunodeficiency virus in south India reveals major differences from sentinel surveillance-based estimates. *BMC Medicine*, 4(31).
- Dandona L et al. (2006b). Is the HIV burden in India being overestimated? *BMC Public Health*, 6(308).
- Dandona R et al. (2006a). First sex episode with a man and sexual identity in a population-based sample of MSM in India. Resúmen CDD 0360. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Dandona R et al. (2006b). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC International Health and Human Rights*, 6(5).
- Departamento de Salud de Filipinas (2005). *2005 Integrated behavioral and serologic surveillance findings, summary report*. Manila, Departamento de Salud, Centro Nacional de Epidemiología.
- Departamento de Salud de Filipinas (2006). *2005 HIV estimates in the Philippines—consensus report*. Manila, Departamento de Salud, ONUSIDA, OMS.
- Dunkle KL et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415–21.
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: a risk factor analysis. Resúmen MOPE0524. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Faisal A, Cleland J (2006). Migrant men: a priority for HIV control in Pakistan? *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):307–10.
- Gill B, Huang Y, Lu X (2007) *Demography of HIV/AIDS in China: a report of the task force on HIV/AIDS*. Julio. Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales. Washington. http://www.csis.org/component/option,com_csis_pubs/task/view/id,3977/type,1/
- Gill VE et al. (1996). Prostitutes, prostitution and STD/HIV transmission in mainland China. *Social Science and Medicine*, 42(1):141–52.
- Girault P et al. (2004). HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 6(1):31–44.
- Go V et al. (2006). High HIV sexual risk behaviors and sexually transmitted disease prevalence among injection drug users in Northern Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(1):108–115.
- Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(3):314–319.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(2):242–7.
- Gouws E et al. (2006). Short-term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82:iii51–5.
- Gu Y et al. (2004) Survey of knowledge, attitude, behavior and practice related to STI/HIV among male homosexuality in Shenyang. *Chinese Journal of Public Health*, 20:573–4.
- Guilmoto CZ (2005). A spatial and statistical examination of child sex ratio in China and India. In Attané I and Véron J (Eds.) *Gender Discrimination in Asia*. IFP-Ceped. Pondicherry, 133–67.

- Gupta A et al. (2006). Same-sex behavior and high rates of HIV among men attending sexually transmitted infection clinics in Pune, India, (1993–2002). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4):483–90.
- Halli SS et al. (2006). The role of collectives in STI and HIV/AIDS prevention among female sex workers in Karnataka, India. *AIDS Care*, 18(17):739–49.
- He O et al. (2006). Potential bridges for HIV infection to men who have sex with men in Guangzhou, China. *AIDS and Behavior*, 10(4):S17–23.
- He YX et al. (2003). Community-based survey of drug use and behavior among female injection drug users. *Chinese Journal of AIDS & STD*, 9(6):343–346.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore, Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Programa de Información sobre la Población. Diciembre.
- Hernandes L, Imperial R (2005). *Sexually transmitted and blood-borne infection prevalence assessment in a high risk population: males-who-have-sex-with-males (MSM) in the Philippines*. Manila, Centro de Estudios Multidisciplinarios sobre Salud y Desarrollo.
- Hesketh T et al. (2006). Risk behaviours in injecting drug users in Yunnan province, China: lessons for policy. Resumen CDD0591. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Hor LB et al. (2005). The role of sex worker clients in transmission of HIV in Cambodia. *International Journal of STD and AIDS*, 16(2):170–4.
- Jerajani H et al. (2006). Sexual behaviours and STIs among male sex workers in Mumbai, India. Resumen CDC0621. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Jia M et al. (2003). Analysis of surveillance results of the first round of BSS among intravenous drug users in Yunnan Province. *Disease Surveillance*, 18(7): 249–252.
- Kawichai S et al. (2006). HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in northern Thailand: evidence of an urgent need for HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2):186–93.
- Kim AA et al. (2005). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among indirect sex workers in Cambodia. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(12):745–51.
- Kumar GA et al. (2006). Access to condoms for female sex workers in Andhra Pradesh. *National Medical Journal of India*, 19(6):306–12.
- Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) Background Papers—Burden of Disease in India. Septiembre. Nueva Delhi, Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia.
- Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517):1164–72.
- Kumar S (1998). Model for sexual health found in India's West Bengal. *Lancet*, 351(9095):46.
- Kumta S et al. (2006). Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India. Resumen WEPE0736. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Lancet (2006) India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876.
- Li L (2006). 100% condom use project (CUP) in the entertainment establishments in Liuzhou city of Guangxi, China. Resumen CDDo552. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–7.
- Liu W et al. (2006). HIV incidence, retention and changes of high-risk behaviours among rural injection drug users in Guangxi, China. *Substance Abuse*, 27(4):53–61.
- Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: Increasing or decreasing? Resumen MOPE0462. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Lu L et al. (2005). Analysis of HIV/AIDS prevalence in Yunnan province. *Journal of Chinese AIDS/STD Prevention and Control*, 11(3):172–174.
- Luu Thi Minh C et al. (2006). HIV prevalence and risk behaviours among female sex workers in Hai Phong and Ho Chi Minh City, Vietnam. Resumen CDC0320. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Resumen MOPE0526. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Maman S et al. (2002). HIV-1 positive women report more lifetime experiences with violence: findings from a voluntary HIV-1 counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *The American Journal of Public Health*, 92:1331–7.

- Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):43–52.
- Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia de Bangladesh (2004). *National HIV Serological and behavioral surveillance, 2003–2004 Bangladesh, fifth round technical report*. Dhaka.
- Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia de Bangladesh (2007). *National HIV serological surveillance, 7th round technical report, 2005–2006 Bangladesh*. Dhaka.
- Ministerio de Salud de Camboya (2006). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia, 2003*. Julio. Phnom Penh.
- Ministerio de Salud de China (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministerio de Salud de China, ONUSIDA y OMS.
- Ministerio de Salud de Indonesia (2006b). *HIV/AIDS surveillance report*. Yakarta.
- Ministerio de Salud de Indonesia, Estadísticas de Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Yakarta.
- Ministerio de Salud de Indonesia, Estadísticas de Indonesia (2007). *Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006*. Yakarta.
- Ministerio de Salud de Malasia y OMS (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur.
- Ministerio de Salud de Myanmar, UNFPA (2005). *Reproductive Health End of Programme Community Survey*. Yangon.
- Ministerio de Salud de Nepal (2006). *UNGASS National Report: Nepal 2005*. Katmandú.
- Ministerio de Salud del Pakistán (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high risk groups in Lahore and Karachi, March–August 2004*. Islamabad.
- Ministerio de Salud del Pakistán (2006). *Integrated biological and behavioural surveillance: A pilot study in Karachi and Rawalpindi, 2004–2005*. Islamabad.
- Ministerio de Salud de Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, Dirección General de Medicina Preventiva y Control del VIH/Sida, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Viet Nam (2006). *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Hanoi.
- Ministerio de Salud de Viet Nam (2007). *HIV report*. Hanoi.
- Ministerio de Salud de Viet Nam, National Institute of Hygiene and Epidemiology, Family Health International (2001). *HIV/AIDS behavioral surveillance survey, Viet Nam*. Hanoi.
- Mondal S et al. (2006). Condom use and experience of violence: evidence from polling booth surveys among female sex workers in Karnataka, India. Resumen MOPE 0605. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Nai Zindagi and Associates (2006). *Baseline study on HIV and STIs risks among IDUs in Lahore, Sargodha, Faisalabad and Sialkot, Junio-julio, Islamabad*.
- Comisión Nacional del Sida de Indonesia (2006). *Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005*. Jakarta.
- Organización Nacional de Control del Sida de la India (2005a). An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India. Nueva Delhi. http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- Organización Nacional de Control del Sida de la India (2005b). Observed HIV prevalence levels state-wise, 1998–2004. Nueva Delhi. http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm
- Organización Nacional de Control del Sida de la India (2001a). *National baseline high risk and bridge population behavioural surveillance survey, part-I*. Nueva Delhi.
- Organización Nacional de Control del Sida de la India (2001b). *National baseline general population behavioural surveillance survey*. Nueva Delhi.
- Organización Nacional de Control del Sida y Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia de la India (2006). *India: HIV/AIDS epidemiological Surveillance & Estimation report for the year 2005*. Abril. <http://www.nacoonline.org>
- Programa Nacional de Control del Sida del Pakistán (2005). *Pilot study under the HIV/AIDS surveillance project*. Marzo. Islamabad.
- Programa Nacional de Control del Sida del Pakistán (2006). *UNGASS indicators country report: Pakistan, reporting period January 2003–December 2005*. Islamabad.
- Programa Nacional del Sida de Myanmar (2005). *HIV sentinel surveillance 2005*. Yangon.
- Programa Nacional del Sida de Myanmar (2006). *Response to HIV & AIDS in Myanmar: progress report, 2005*. Yangon.

- Programa Nacional del Sida de Myanmar (2007). *Sentinel Survey Data for March–April 2006*. Yangon.
- Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS de Camboya (2004a). *Behaviour surveillance survey trends 1997–2003*. Marzo. Phnom Penh.
- Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS de Camboya (2004b). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS de Camboya (2005). *Cambodia 2003 behavioural surveillance survey report*. Phnom Penh.
- Centro Nacional del VIH/Sida, Dermatología y ETS de Camboya (2007). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2006/2007: results, trends and estimates*. Phnom Penh.
- Centro Nacional de Control del Sida y las ETS de Nepal et al. (2006). *Review of the national HIV surveillance system: strengthening the HIV second generation surveillance in Nepal*. Marzo. Katmandú.
- Centro Nacional de Epidemiología de Filipinas (2006). *HIV and AIDS registry: monthly update*. Junio. Manila, Departamento de Salud. <http://www.doh.gov.ph/NEC/HIV.htm>
- Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística de Camboya, ORC Macro (2006). *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*. Phnom Penh y Calverton.
- Programa Nacional de Control del Sida y las ETS de Sri Lanka (2005). *HIV sentinel surveillance report 2005*. Colombo, Ministerio de Salud.
- New Era, Family Health International (2006). *Integrated bio-behavioural survey among female sex workers in Kathmandu Valley: Round II*. Katmandú.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005a). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among male injecting drug users (IDUs) In Western to Far Western Terai*. Katmandú.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005b). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among male injecting drug users (IDUs) in Eastern Terai*. Katmandú.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005c). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among male injecting drug users (IDUs) in the Kathmandu Valley*. Katmandú.
- New Era, STD/AIDS Counselling and Training Services (SACTS) (2005d). *Integrated bio-behavioral survey (IBBS) among female sex workers and behavioral surveillance survey (BSS) among clients in Pokhara Valley—2004*. Katmandú.
- NFHS-3 (2007). National Family Health Survey 3, India. Disponible en <http://www.nfhsindia.org/chapters.html>. Consultado el 19 de octubre de 2007.
- Nguyen TA et al. (2007). Prevalence and risk factors associated with HIV infection among men having sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behaviour*. Hanoi. En prensa.
- Nolan P (2003). *China at the crossroads*. Oxford, Polity Press.
- O’Neil J et al. (2004). Dhandha, dharma and disease: traditional sex work and HIV/AIDS in rural India. *Social Science & Medicine*, 59(4):851–60.
- Over M et al. (2007). The economics of effective AIDS treatment in Thailand. *AIDS*, 21(Suppl. 4):S105–S116.
- Parish WL, Suiming P (2006) “Sexual partners in China: risk patterns for infection by HIV and possible interventions,” in Kaufman et al. eds., *Social policy and HIV/AIDS in China*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Phalkun M et al. (2006) HIV, sexually transmitted infections and related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men. CDC0618. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Phariss A, Thomson D (2004). Women and HIV/AIDS in China. CSIS Freeman Chair in China Studies. (Citado en Choi et al., 2005).
- Pisani E et al. (2004). HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sexually Transmitted Infections*, 80(6):536–40.
- Plipat T et al. (2007). Reduction in mother-to-child transmission of HIV in Thailand, 2001–2003: results from population-based surveillance in six provinces. *AIDS*, 21:145–151.
- Plipat T, Teeraratkul A (2006). National HIV incidence surveillance using BED capture immunoassay among pregnant women. Resumen CDC0356. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Population Research Centre (2003). *Female commercial sex workers in Karnataka: a baseline survey 2002, Dhanwad (Karnataka, India)*. Report no. 120. Population Research Centre. <http://www.spc.uchicago.edu/prc/publications.php#2003>
- Ramesh B et al. (2006). Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Resumen WEAC0305. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.

- Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK (2007). Malaysia and harm reduction: the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*, 18(2):136–40.
- Roy G et al. (2006). The importance of sex worker's organization in increasing coverage in the state of West Bengal, India. Resumen CDC1065. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Ruan Y et al. (2007). Relationship between syphilis and HIV infections among men who have sex with men in Beijing, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(8):592–7.
- Sarkar K et al. (2006). Young age is a risk factor for HIV among female sex workers—an experience from India. *Journal of Infection*, 53(4):255–9.
- Schumacher CM et al. (2006). High-risk sexual behaviour among injection drug users in northern Vietnam. Resumen CDD0588. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Shah B et al. (2007). Adherence to antiretroviral therapy and virologic suppression among HIV-infected persons receiving care in private clinics in Mumbai, India. *Clinical Infectious Diseases*, 44(9):1235–44.
- Silverman JG et al. (2006). HIV prevalence and predictors among rescued sex-trafficked women and girls in Mumbai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(5):588–93.
- Silverman JG et al. (2007). HIV prevalence and predictors of infection in sex-trafficked Nepalese girls and women. *Journal of the American Medical Association*, 298(5):536–42.
- Smith CJ, Yang X (2005). Examining the connection between temporary migration and the spread of STDs and HIV/AIDS in China. *The China Review*, 5(1):109–37.
- Sravankumar K, Prabhakar P, Myrthi STI/HIV Study Group (2006). High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India. Resumen MOPE0582. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Srikrishnan AK et al. (2006). Incidence and prevalence of HIV and co-infections among injecting drug users in Chennai, India—cause for concern. Resumen MOPE0441. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Steinbrook R (2007). HIV in India—the challenges ahead. *New England Journal of Medicine*, 356(12):1197–201.
- Sun S et al. (2006). Health providers' attitudes towards mandatory HIV testing in China. Resumen TUPE0782. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Tao X et al. (2004) Survey of related high risk behaviors of MSM in Shenzhen city. *Modern Preventive Medicine*, 31:247–8.
- Thaisri H et al. (2003). HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 3:25.
- Tran TN et al. (2005). HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):581–6.
- Tran TN et al. (2006). HIV prevalence and factors associated with HIV infection among male injecting drug users under 30: a cross-sectional study in Long An, Vietnam. *BMC Public Health*, 6:248.
- Tran TN, Detels R, Lan HP (2006). Condom use and its correlates among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *AIDS and Behaviour*, 10(2):159–167.
- TREAT Asia (2006). MSM and HIV/AIDS risk in Asia: What is fuelling the epidemic among MSM and how can it be stopped? Bangkok, amFAR.
- Tuan NA et al. (2007). Human immunodeficiency virus (HIV) infection patterns and risk behaviours in different population groups and provinces in Viet Nam. *Bulletin of the WHO*, 85(1):35–41.
- Tucker JD et al. (2005). Surplus men, sex work and the spread of HIV in China. *AIDS*, 19:539–547.
- ONUSIDA (2006a). Status of the HIV epidemic in Nepal. November Fact Sheet. Katmandú.
- ONUSIDA (2006b) *Situación de la epidemia mundial de sida*. Ginebra.
- ONUSIDA (2007a). *HIV infection and associated risk behaviors among men who have sex with men in the Asia-Pacific region: implications for policy and programming*. Bangkok.
- ONUSIDA (2007b). *National progress report: Myanmar*. Yangon.
- Departamento de Estado de los EE.UU. (2005). *Victims of trafficking and violence protection act of 2000: trafficking in persons report*. Washington, DC.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–848. 11 de agosto.
- Verachai V, Phutiprawan T y Sawanpanyalert P (2005). HIV infection among substance abusers in Thanyarak Institute on Drug Abuse, Thailand: 1987–2002. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(1):76–79.

- Verma RK y Collumbien M (2004). Homosexual activity among rural Indian men: implications for HIV interventions. *AIDS*, 18(13):1845–7.
- Comisión de Viet Nam para Asuntos de Población et al. (2005). *Monitoring the impact of project community's action for AIDS prevention and control in Dien Bien, Quang Tri, An Giang, Kien Giang and Dong Thap Provinces*. Hanoi.
- Comisión de Viet Nam para Asuntos de Población et al. (2006). *HIV/AIDS in Viet Nam*. Hanoi, Ministerio de Salud, Oficina de Referencia de Población.
- Vu Thuong N et al. (2007). Impact of a community sexually transmitted infection/HIV intervention project on female sex workers in five border provinces of Vietnam. *Sexually Transmitted Infections*, 83(5):376–82.
- Wan S, Zhang J (2006). Research on HIV/AIDS-related behaviours of 986 clients of sex workers in Sichuan province, China. Resumen WEAX0401. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Wang N et al. (2006a). HIV infection and other sexually transmitted infections among female sex workers in a mining township in Yunnan. Resumen TUPE0297. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Wang N et al. (2006b). HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China. Resumen MOAC0305. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Wei SB et al. (2006). Effectiveness and feasibility of a 100% condom use program in reducing transmission of HIV/STDs in female sex workers in China. Resumen THPE0351. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- OMS (2003). “AIDS threat from prostitution drops in Thailand and Cambodia.” Comunicado de prensa. 15 de agosto. Ginebra.
- OMS (2004). *Experiences of the 100% condom use programme in selected countries of Asia*. Ginebra.
- OMS (2007). *HIV/AIDS in the South-East Asia region*. Marzo. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental. <http://www.searo.who.int/hiv-aids>
- OMS y Ministerio de Salud de Indonesia (2007). *Review of the health sector response to HIV and AIDS in Indonesia, 2007*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_REVIEW_HIV_AIDS_Indonesia_2007.PDF
- OMS, UNICEF y ONUSIDA (2006). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections: Nepal. Diciembre. Ginebra, OMS. http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2006/EFS_PDFs/EFS2006_NP.pdf
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manila, Departamento de Salud y Family Health International.
- Williams B et al. (2007). *Increase coverage of HIV and AIDS services in Myanmar*. Yangon, ONUSIDA.
- Wilson D y Ford N, Ngamsee V (2007). HIV prevention, care and treatment in two prisons in Thailand. *PLoS Medicine*, 4(6):988–92.
- Banco Mundial (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Agosto. Washington.
- Wu Z et al. (2006). Needle exchange programmes in China. Resumen CDC0905. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Wu Z et al. (2007). Evolution of China's response to HIV/AIDS. *Lancet*, 369(9562):679–90.
- Yang X, Xia G (2006). Gender, migration, risky sex and HIV infection in China. *Studies in Family Planning*, 37(4):241–50.
- Yu M et al. (2006). Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. Resumen CDD0594. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Zhang L et al. (2006). Continued spread of HIV among injecting drug users in southern Sichuan province, China. Resumen MOPE0304. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Zhang WY, Wu JY (2002). The characteristics of sexual behaviour, sexually transmitted diseases and HIV/AIDS of female intravenous drug users in China: a summary. *China Journal of STD/AIDS Prevention and Control*, 8:368–370.
- Zhang Y, Hu S, Hesketh T (2006). HIV prevalence in China not as high as predicted: evidence from antenatal testing in Yunnan province. Resumen CDC0389. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.
- Zhu TF et al. (2005). High risk populations and HIV-1 infection in China. *Cell Research*, 15(11-12):852–7.

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 Asia.*



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 GINEBRA 27
SUIZA

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

www.unaids.org