



CARIBE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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