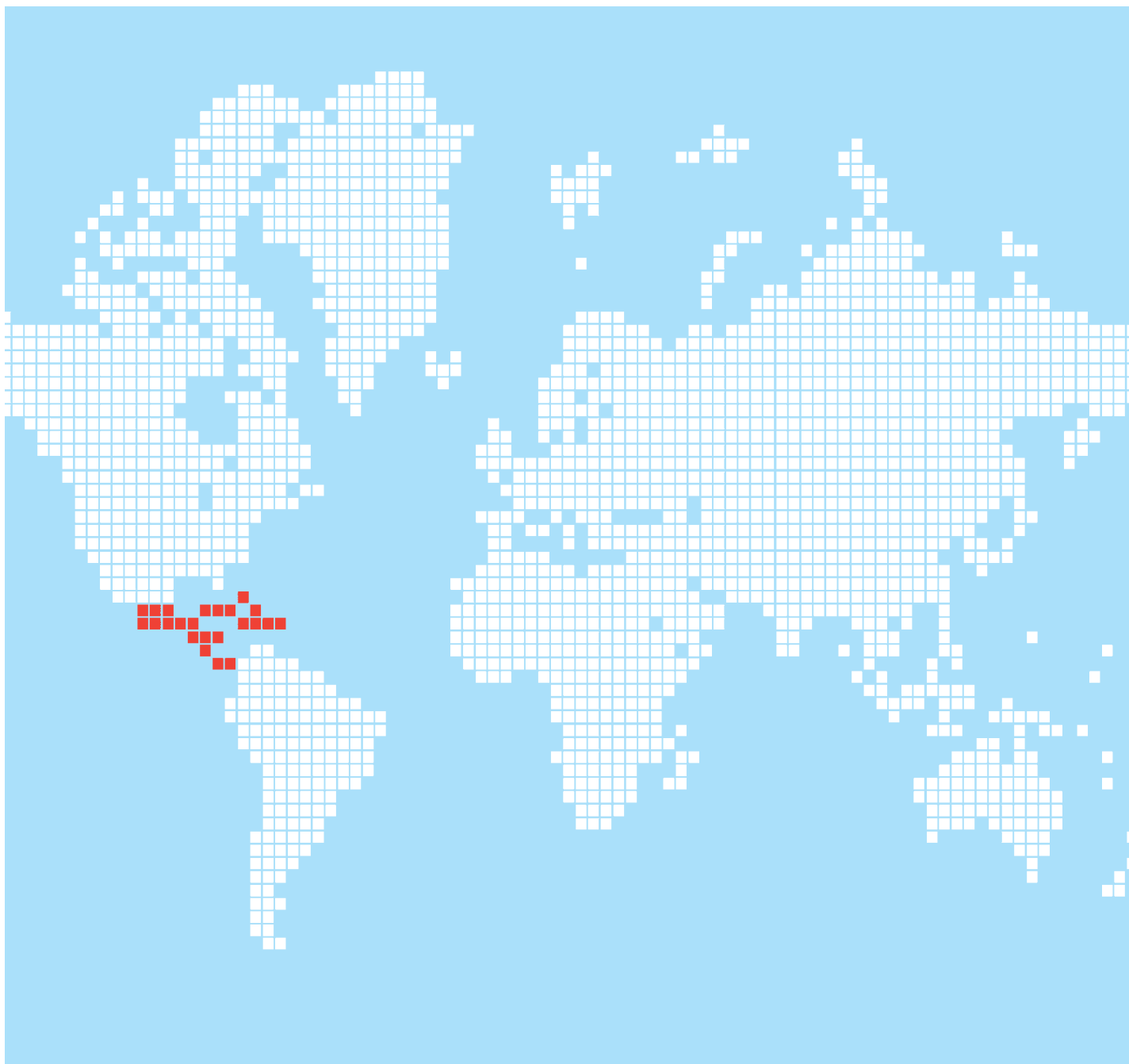


07

Caribe

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/08.10S / JC1528S (versión española, abril de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/08.10E JC1528E, marzo de 2008:

Caribbean: AIDS epidemic update: regional summary

Traducción – ONUSIDA

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

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas conjuntamente por el ONUSIDA y la OMS pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4835) o por correo electrónico (publicationpermissions@unids.org).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA o de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA o la OMS los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA y la OMS no garantizan que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabilizan de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Situación de la epidemia de sida : Caribe.

«ONUSIDA/08.10S».

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

ISBN 978 92 9 173667 6

(Clasificación NLM: WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

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

distribution@unids.org
www.unids.org

Caribe

Situación de la epidemia de sida

Resumen regional



CARIBE

La prevalencia del VIH en adultos en el Caribe, estimada en 1,0% [0,9-1,2%] en 2007, sigue siendo la segunda más elevada del mundo, después de África subsahariana (estimada en 5,0%[4,6-5,5%]). Las epidemias de VIH más grandes de la región afectan la isla La Española, la **República Dominicana** y **Haití**, que juntos suman casi las tres cuartas partes de las 230 000 [210 000-270 000] personas que viven con el VIH en el Caribe (CAREC, 2007a), incluidas las 17 000 [15 000-23 000] nuevas infecciones de 2007. Se estima que 11 000 [9800-18 000] personas fallecieron a causa del sida durante este año en el Caribe. El sida sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre personas de 25 a 44 años en el Caribe, pero la creciente disponibilidad de tratamiento antirretrovírico podría reducir el número de personas VIH-positivas que contraigan el sida y a la larga fallezcan de enfermedades relacionadas con esa enfermedad (CAREC/OPS/OMS, 2005). Se estima que 28 000 personas VIH-positivas habían comenzado un tratamiento antirretrovírico en la región a finales de 2006, un número que casi se ha multiplicado por cinco en menos de tres años.

La prevalencia del VIH alcanzó o superó el 1% en las **Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Haití, Jamaica, Suriname** y **Trinidad y Tobago** (ONUSIDA, 2006). La mayoría de los países de la región registran una disminución o estabilización de la prevalencia del VIH, principalmente en zonas urbanas, mientras que han habido pocos cambios en zonas semiurbanas y rurales. Pero los sistemas insuficientes de vigilancia del VIH de varios países hacen difícil evaluar las tendencias recientes de sus epidemias.

La principal vía de transmisión en la región es el coito sexual; las relaciones sexuales sin protección entre profesionales del sexo y sus clientes es un factor clave en la propagación del VIH. Las epidemias del Caribe se desarrollan en contextos con altos niveles de pobreza y desempleo, desigualdades por razón del sexo y de otro tipo, y considerable estigma. Todos estos factores pueden contribuir a la propagación del VIH y entorpecer

los esfuerzos para controlar las epidemias. Las mujeres jóvenes corren un alto riesgo de exposición al VIH. Un factor importante que contribuye a esta vulnerabilidad es la práctica común de mantener relaciones con hombres mayores, que, debido a su edad, tienen más probabilidades de haber contraído el VIH (CAREC, 2007a). El consumo peligroso de drogas inyectables es responsable de una mínima parte de las infecciones por el VIH, y contribuye significativamente a la propagación del virus sólo en las **Bermudas** y **Puerto Rico**.

La prevalencia nacional del VIH en adultos se ha estabilizado en varios países del Caribe, incluidos la República Dominicana y Haití, donde se ha observado que disminuye en algunas zonas urbanas.

Las relaciones sexuales sin protección entre varones es una faceta significativa, pero por lo general oculta, de las epidemias en la región. Al igual que las profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están muy estigmatizados y son objeto tanto de discriminación social como de acoso institucional. Como consecuencia, muy pocos programas relacionados con el VIH llegan a ellos, y se enfrentan a riesgos desmesurados de contraer el VIH. Entre las profesionales del sexo, se ha registrado una prevalencia del 3,5% en la **República Dominicana**, del 9% en **Jamaica** y del 31% en **Guyana**, (Gupta et al., 2006; Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005b; OPS, 2007; Gebre et al., 2006; Allen et al., 2006). Se ha investigado poco en el Caribe sobre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, pero los datos disponibles indican que por lo menos una de cada diez (12%) infecciones notificadas es consecuencia de relaciones sexuales sin protección entre hombres (Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe, 2005; Inciardi, Syvertsen y Surratt, 2005). Un estudio reciente de **Trinidad y**

Tobago indicó una prevalencia del 20% entre hombres que tienen relaciones con hombres, 25% de los cuales comunicaron que también tenían relaciones sexuales con mujeres ((Lee et al., 2006).

La población penitenciaria es otro grupo con niveles altos de infección por el VIH. Las encuestas efectuadas en seis países registraron niveles de infección por el VIH del 2% al 4% entre los internos (diversos ministerios de salud/ CAREC/OPS, 2005), mientras que un estudio realizado en la prisión central de Belice indicó una prevalencia del 5% entre los reclusos (Ministerio de Salud de Belice, 2005).

Haití, con unas 170 000 personas que viven con el VIH, sigue siendo el país más castigado por el VIH del Caribe. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales descendió de manera significativa: del 5,9% en 1996 al 3,1% en 2004 (Gaillard et al., 2006). Sin embargo, los resultados de la vigilancia centinela entre mujeres embarazadas de 2006 muestran una estabilización en la prevalencia del VIH (Ministerio de Salud Pública y Población de Haití, 2007). Una encuesta nacional de población estimó la prevalencia nacional en adultos en un 2,2% en 2005 (Cayemittes et al., 2006). Pero la tendencia a la baja se debe principalmente a la reducción de los niveles de infección en la capital, Puerto Príncipe, y otras ciudades, en las cuales la prevalencia del VIH en mujeres de 15 a 44 años cayó del 5,5% al 3% entre 2000 y 2005. La modelización indica que, en parte, fueron los cambios de comportamiento de protección los responsables de dichas disminuciones (Gaillard et al., 2006). Las encuestas de comportamiento ponen de relieve un descenso del 20% en el número promedio de parejas sexuales entre 1994 y 2000, mientras que la utilización del preservativo aumentó, en especial en las relaciones sexuales con parejas no habituales (Cayemittes et al. 2006; Hallet et al., 2006; Gaillard et al. 2006). Según una encuesta nacional de comportamiento efectuada en 2001, sólo el 14% de las mujeres adultas y el 26% de los hombres adultos dijeron que habían usado un preservativo durante su última relación sexual con otra persona distinta del cónyuge o la pareja con la que cohabitaban (Cayemittes et al., 2001). En una encuesta similar efectuada en 2005, el 26% de las mujeres y el 42% de los hombres dijeron que habían usado un preservativo la última vez que habían mantenido ese tipo de relaciones sexuales de alto riesgo (Cayemittes et al., 2006). Los niveles de uso del preservativo, aunque siguen siendo relativamente bajos, han aumentado de forma significativa.

Resulta preocupante el hecho de que los niveles de infección por el VIH no hayan disminuido en las comunidades rurales de **Haití**, donde los comportamientos de protección siguen siendo la excepción más que la regla (Gaillard et al., 2006). Al responder a una encuesta, sólo el 16% de las mujeres y el 31% de los hombres que viven con el VIH en zonas rurales manifestaron haber usado un preservativo durante la última relación sexual (Cayemittes et al., 2006). También hay

signos preocupantes de que podría estar disminuyendo el uso del preservativo en las relaciones sexuales remuneradas. (Véase también el recuadro “Atención a las diferencias”). En un estudio efectuado en la región de Artibonita, sólo el 60% de los clientes dijo que siempre hacía uso del preservativo con los profesionales del sexo. La prevalencia del VIH en estos clientes fue del 7,2%, tres veces mayor que en la población general de la región. Menos de uno de cada cinco clientes (17%) se había sometido anteriormente a la prueba del VIH, y sólo uno de cada tres (33%) respondió que siempre utilizaba el preservativo con su pareja sexual habitual (Couturel et al., 2007). Estas tendencias subrayan la necesidad de centrar más eficazmente los esfuerzos de prevención en los profesionales del sexo y sus clientes.

Con unas 170 000 personas que viven con el VIH, Haití es el país más castigado por el VIH en el Caribe.

Estos patrones de disminución del uso del preservativo no se limitan al ámbito del comercio sexual. Por ejemplo, sólo una minoría de jóvenes comunicó el uso del preservativo la última vez que mantuvo relaciones sexuales con una pareja ocasional (Gaillard et al., 2006). Apenas una de cada cuatro (28%) mujeres jóvenes sexualmente activas (de 15 a 24 años) hizo uso del preservativo la última vez que mantuvo una relación sexual con una pareja ocasional, al igual que cuatro de cada diez (42%) hombres jóvenes (Cayemittes et al., 2006). Esto parece indicar que los programas de prevención no llegan de forma eficaz a la juventud de **Haití**.

Pero las noticias con respecto al suministro de tratamiento son mejores, ya que **Haití** es una buena prueba de que se puede proporcionar terapia antirretrovírica de forma eficaz en entornos empobrecidos. La cobertura es aún baja —aproximadamente el 39% de las personas que necesitan tratamiento lo recibieron en 2006 (OMS, ONUSIDA y UNICEF, 2007)—, pero un estudio de cohortes realizado en Puerto Príncipe ha demostrado que la tasa de supervivencia de un año a partir del comienzo del tratamiento antirretrovírico en adultos era del 87%, en comparación con la tasa de supervivencia de un año del 30% en adultos con sida y sin terapia (Severe et al., 2005). Entre los niños infectados, el 98% seguía con vida un año después del inicio del tratamiento. Sin embargo, los esfuerzos de prevención de la transmisión materno-infantil siguen estando a la zaga. En 2005, se estimaba que sólo el 12% de las embarazadas infectadas por el VIH recibía fármacos antirretrovíricos para prevenir la transmisión vertical del VIH (OMS, ONUSIDA y UNICEF, 2007).

En la mitad oriental de la isla La Española, la epidemia de la **República Dominicana** parece haberse estabilizado. Las estimaciones más recientes de la prevalencia

del VIH en adultos son del 0,9% (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2007). Como en la mayoría de los países del Caribe, el comercio sexual es un factor destacado en la epidemia de la **República Dominicana**. Los grandes esfuerzos que se han hecho para posibilitar que los profesionales del sexo (y sus clientes) se protejan de la infección por el VIH parecen haber dado buenos resultados, especialmente en los principales centros urbanos y turísticos. Por ejemplo, según un estudio, el uso del preservativo se incrementó del 75% al 94% en 12 meses entre los profesionales del sexo que participaron en un proyecto solidario de prevención comunitaria en la capital, Santo Domingo (Kerrigan et al., 2006).

Los elevados niveles de infección detectados en los *bateyes* (barrios de barracas que albergan a trabajadores de las plantaciones de caña de azúcar, mayoritariamente de **Haití**) siguen siendo una seria preocupación (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, 2005a). En hombres de 15 a 49 años, se han observado niveles de prevalencia del 5%, mientras que en el grupo de 40 a 44 años alcanza el 12% en algunos *bateyes* (Cohen, 2006).

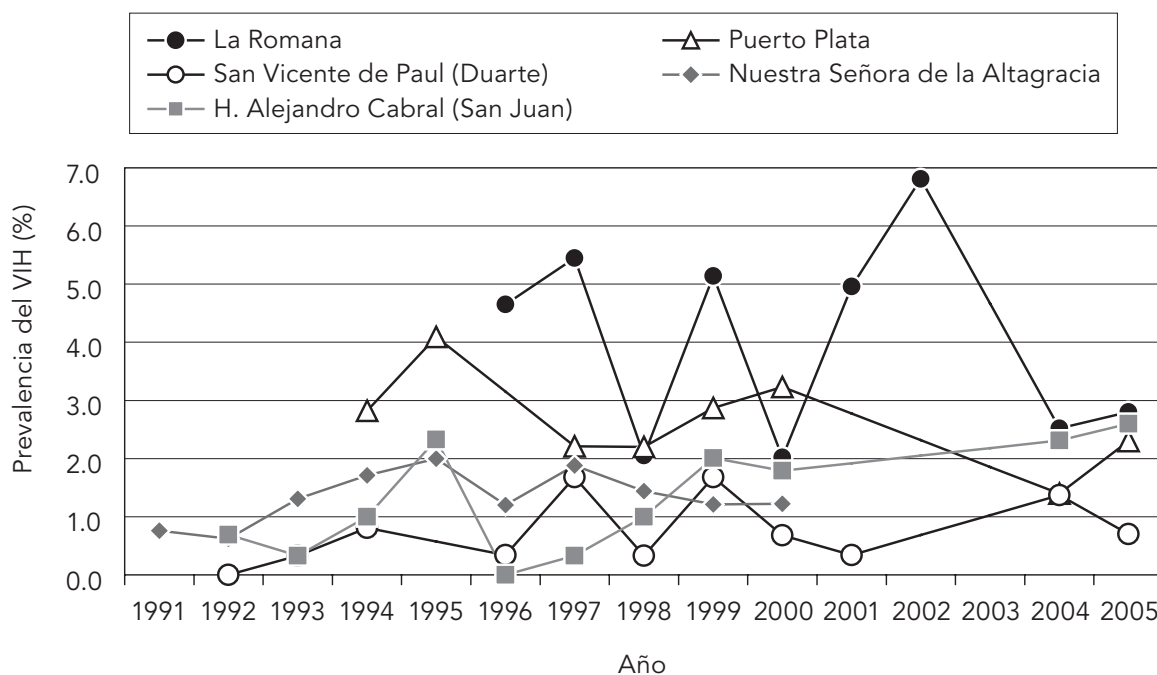
Los avances en materia de suministro de tratamiento y atención son evidentes, pero continúan las diferencias en los esfuerzos del país para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH. En el 95% de los partos que tuvieron

lugar en los hospitales públicos, cuatro de cada diez mujeres embarazadas VIH-positivas seguían sin recibir tratamiento para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil (OPS y UNICEF, 2007)

La epidemia de **Jamaica** parece haberse estabilizado, con una prevalencia nacional del VIH en adultos que se ha mantenido debajo del 2% durante varios años. La estimaciones más recientes sitúan la prevalencia del VIH en el 1,5% [0,8%–2,4%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Los niveles de conocimiento sobre el VIH han aumentado entre las mujeres: alrededor del 60% de las encuestadas adultas identificó correctamente dos métodos de prevención y rechazó tres ideas erróneas sobre el VIH, por encima del 47% en 2004 (Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y Gobierno de Jamaica, 2005). Sin embargo, no está claro hasta qué punto esos conocimientos se traducen en comportamientos más seguros. Una proporción significativa de la población continúa comunicando que tiene relaciones sexuales sin protección, parejas sexuales múltiples, patrones de comportamiento aparentemente basados en desigualdades sociales (especialmente por razón del sexo) y sistemas socio-culturales discriminatorios (Ministerio de Salud de Jamaica, 2007a). El comercio sexual, que florece en los 14 distritos de **Jamaica** (Taylor, 2006), sigue siendo un factor importante en la epidemia del país (Gebre et al., 2006). Mientras tanto, a pesar de

Figura 1

Prevalencia del VIH entre embarazadas en la República Dominicana, 1991-2005



Fuente: Informes de vigilancia del Ministerio de Salud, 1991-2006.

algunos progresos, el estigma y la discriminación de las personas que corren mayor riesgo de infección —como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres— siguen siendo fuertes (Ministerio de Salud de Jamaica, 2007a) y podrían poner en peligro los esfuerzos para detener la epidemia y sus repercusiones (Human Rights Watch, 2004).

La principal vía de transmisión del VIH en la región es el coito heterosexual sin protección; las relaciones sexuales no protegidas entre profesionales del sexo y sus clientes son un factor clave en la propagación del VIH.

No obstante, en otros aspectos, la respuesta al sida de **Jamaica** señala importantes éxitos. Alrededor del 90% de las mujeres embarazadas que acude a los dispensarios públicos prenatales se somete en la actualidad a la prueba del VIH (un número que se ha multiplicado por siete desde 2002), al igual que la mitad de las personas que acude a los dispensarios de infecciones de transmisión sexual. Aproximadamente el 80% de

las madres VIH-positivas que van a los dispensarios públicos prenatales recibe en la actualidad tratamiento antirretrovírico para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos (comparado con el 65% en 2005) (Ministerio de Salud de Jamaica, 2007b).

La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales en las **Bahamas** se ha mantenido en un 3% desde 2000; los datos más recientes la sitúan en el 2,9% en 2004 (Ministerio de Salud de las Bahamas, 2006). Un mayor acceso a los fármacos antirretrovíricos ha reducido la transmisión maternoinfantil de VIH; las tasas de transmisión disminuyeron aproximadamente del 25% en 1997 al menos del 5% en 2003. (Ministerio de Salud de las Bahamas 2007). El aumento del número de personas que recibe terapia antirretrovírica (de 467 en 2002 a 3243 en 2005) corresponde a un descenso de la proporción de fallecimientos anuales atribuidos al sida (del 18% en 1996 al 9% en 2005) (Departamento de Estadística de las Bahamas, 2005). Estos avances podrían potenciarse. Aunque el 61% de la personas que lo necesitaban recibían tratamiento antirretrovírico a finales de 2005, las limitaciones de infraestructura, la escasez de recursos humanos y el estigma permanente rela-

ATENCIÓN A LAS DIFERENCIAS

En muchos países del Caribe, siguen existiendo amplias diferencias entre los elevados niveles generales de sensibilización y conocimientos con respecto al VIH y los tipos de comportamientos que pueden reducir el riesgo de infección. Por ejemplo, los haitianos, cuando son entrevistados, demuestran un elevado grado de conocimientos sobre el VIH; tres de cada cuatro personas son capaces de citar los tres métodos principales de evitar la infección por el VIH a través de las relaciones sexuales (abstinencia de las mismas, fidelidad a una pareja no infectada y uso sistemático del preservativo) (Gaillard et al., 2006). Sin embargo, en **Haití** sólo el 26% de las mujeres y el 43% de los hombres que comunicaron haber mantenido relaciones sexuales con parejas ocasionales durante el año anterior dijeron que habían usado un preservativo durante tales encuentros (Cayemittes et al., 2006). Persiste una fuerte renuencia al uso del preservativo. Poco más de la mitad (55%) de los profesionales del sexo encuestados en 2006 reconoció un uso sistemático del preservativo, comparado con el 92% de una encuesta de 2003, y sólo una tercera parte de dichos encuestados no tenía conceptos erróneos acerca del modo de transmisión del VIH, en comparación con el 44% de los que fueron encuestados en 2003 (Centro de Evaluación e Investigación Aplicada (CERA) y Family Health International, 2006). Además, una tercera parte de los profesionales del sexo admitió que había mantenido relaciones sexuales sin protección a cambio de más dinero, y la mitad de las parejas serodiscordantes afirmó que seguía manteniendo relaciones sexuales no protegidas (Gaillard et al., 2006). En las encuestas del Caribe oriental, más de ocho de cada diez encuestados sabían que el uso sistemático del preservativo protegía de la infección por el VIH. Sin embargo, menos de la mitad de los hombres sexualmente activos y sólo una de cada cinco mujeres dijeron que usaban siempre preservativos con las parejas ocasionales (CAREC, 2007b).

La disparidad entre conocimiento y comportamiento también es evidente en los altos niveles de estigma que se mantienen. En el Caribe occidental, la mayor parte de los encuestados (un promedio de siete de cada diez) conocía las principales vías de transmisión del VIH y sabía que compartir una comida con alguien que vive con el VIH no comporta riesgo de infección. Sin embargo, menos de dos de cada diez personas se mostraron dispuestas a comprar comida a un comerciante infectado por el VIH. Apenas un 15% de los encuestados manifestó una actitud de aceptación hacia las personas que viven con el VIH (CAREC, 2007b).

cionado con elVIH ralentizan progresos que podrían ser mayores en este frente (Ministerio de Salud de las Bahamas, 2006 y 2007).

Se ha investigado poco sobre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, pero los datos disponibles indican que por lo menos una de cada diez infecciones notificadas es consecuencia de relaciones sexuales sin protección entre varones.

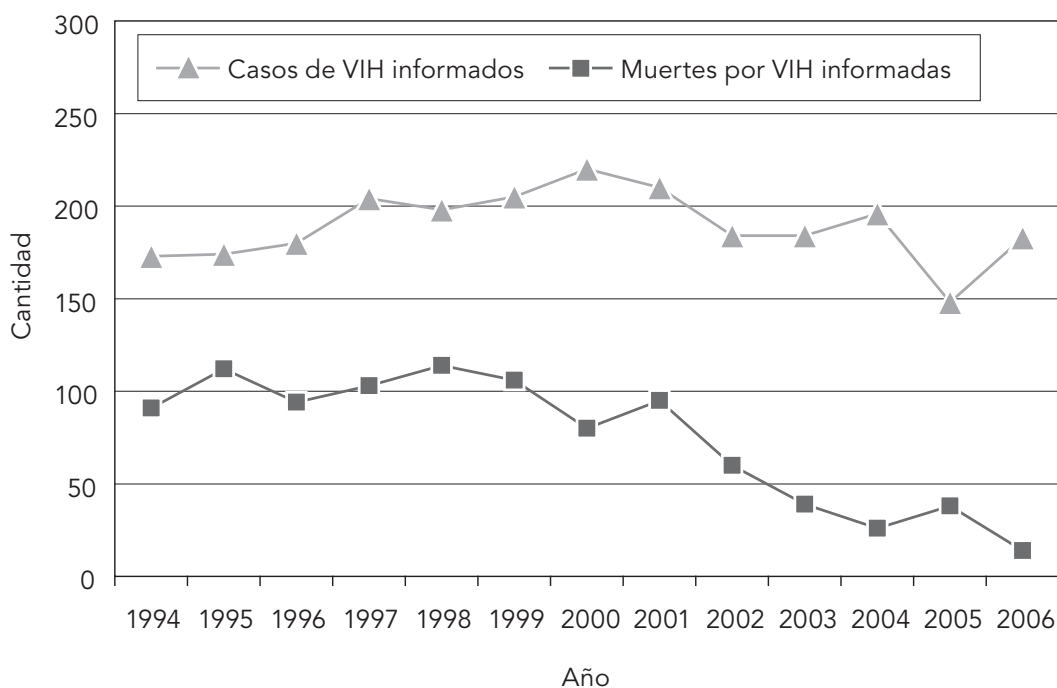
En **Trinidad y Tobago**, el aumento de las pruebas delVIH entre las mujeres embarazadas que acuden a centros prenatales públicos (95% de las cuales se sometieron a la prueba en 2005) indica un ligero descenso en la prevalencia delVIH: del 1,9% de 2000 al 1,6% de 2005 (OPS y OMS, 2006). Aquí también un mayor acceso a la terapia antirretrovírica (gratuita para las personas que la solicitan) ha ayudado a reducir el número de fallecimientos relacionados con el sida (en un 53% entre 2002 y 2006) (Ministerio de Salud de Trinidad y Tobago, 2007)

En **Barbados**, el número de nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas anualmente se ha mantenido relativamente estable desde finales de la década de 1990, entre 180 y 220 (con la excepción de 2005, en que se diagnosticaron 148 nuevas infecciones). Esto sugiere que los esfuerzos para prevenir la transmisión sexual del VIH no están a la altura de otros logros de la respuesta al sida del país. Estos esfuerzos también se ven limitados por el hecho de que no se han efectuado estudios sobre seroprevalencia en **Barbados**, lo que dificulta el análisis correcto de los patrones y modos de transmisión delVIH (Ministerio de Salud de Barbados, 2007). Sin embargo, son evidentes los efectos positivos de la ampliación del acceso a la terapia antirretrovírica: el número de defunciones atribuibles al sida ha disminuido un 85% entre 2001 (poco después de la introducción de la terapia antirretrovírica gratuita) y 2006 (Kumar et al., 2006; Ministerio de Salud de Barbados, 2007). De igual forma, las tasas de transmisión maternoinfantil se han reducido a menos del 3%, un logro comparable al de los países industrializados (Ministerio de Salud de Barbados, 2007).

Una imagen más clara de la epidemia comienza a emerger en **Guyana**, donde la transmisión delVIH tiene lugar fundamentalmente a través de las relaciones sexuales sin protección. La última encuesta en dispensarios prenatales muestra una prevalencia delVIH del 1,6% en

Figura 2

Cantidad de informes de casos y muertes por VIH en Barbados, 1994-2006



Fuente: Programa Nacional de VIH/Sida, Barbados. The 2006 epidemiologic overview of HIV in Barbados.

mujeres embarazadas. Resulta más baja que la del 2,3% observada en una encuesta similar de 2004, aunque las diferencias metodológicas exigen cautela cuando se comparan las dos series de datos. La prevalencia en las zonas urbanas (2,2%) fue casi el doble que la observada en las zonas rurales (1,2%), y más alta en la Región 4, que incluye a la capital, Georgetown, y donde se han notificado hasta la fecha aproximadamente el 80% de las infecciones por el VIH del país. El hecho de que la prevalencia en mujeres embarazadas de 15 a 24 años disminuyera del 2% en 2004 al 1% en 2006 en sitios incluidos en ambas encuestas sugiere que las tasas de nuevas infecciones por el VIH podrían estar descendiendo (Ministerio de Salud de Guyana, 2007).

En una encuesta de población de 2005, alrededor del 40% de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) y el 80% de los hombres jóvenes comunicaron que habían tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional durante el año anterior, y alrededor de las dos terceras partes (68% y 62% respectivamente) dijeron que habían hecho uso del preservativo. Porcentajes similares de mujeres y varones jóvenes, solteros y sexualmente activos —64% y 70%, respectivamente—, comunicaron que habían usado preservativos en la última relación sexual. (Ministerio de Salud de Guyana, Asociación para una Paternidad Responsable de Guyana y ORC Macro, 2006).

Los sistemas de vigilancia del VIH continúan siendo insuficientes en varios países, lo que hace difícil evaluar las tendencias recientes de sus epidemias.

Otras encuestas y estudios observan elevados niveles de prevalencia del VIH en algunos grupos de población, especialmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales femeninas del sexo y algunas poblaciones migrantes. En la Región 4, se ha detectado que hasta el 27% de las profesionales del sexo y el 21% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son VIH-positivos. Más de ocho de cada diez (84%) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres dijeron que también habían tenido relaciones sexuales con mujeres (Ministerio de Salud de Guyana, 2005). Las encuestas efectuadas en dispensarios de infecciones de transmisión sexual en 2005 pusieron de manifiesto que el 17% de los pacientes masculinos y femeninos eran VIH-positivos (Ministerio de Salud de Guyana, 2007), mientras que un estudio anterior efectuado entre mineros que trabajaban en el interior del país registró una prevalencia del VIH del 3,9% (Palmer, 2002).

Todo esto apunta a la necesidad de criterios de prevención del VIH mejor dirigidos, con un mayor enfoque en las poblaciones de más riesgo (especial-

mente en zonas y entornos urbanos donde tiene lugar un desarrollo económico rápido). También son necesarios sistemas de vigilancia del VIH fortalecidos. Los mayores retos en **Guyana** siguen siendo refutar las ideas erróneas sobre el VIH, reducir los comportamientos de riesgo y abordar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. El estigma parece problemático incluso entre las poblaciones de mayor riesgo de infección. En las encuestas, una de cada cinco (22%) profesionales del sexo dijo que se podía contraer el VIH compartiendo una comida con una persona infectada, y un tercio (32%) de los hombres que tiene relaciones con hombres pensaba que había que aislar a las personas infectadas por el VIH del resto de la sociedad (Ministerio de Salud de Guyana, 2005).

El programa de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH de **Guyana** también está en expansión; alrededor de 94 sitios ofrecen este tipo de servicios en ocho regiones (Comisión Presidencial de Guyana sobre el VIH/Sida, 2006). Según una encuesta de 2006, alrededor del 80% de las mujeres embarazadas aceptaba los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil cuando se lo ofrecían (Ministerio de Salud de Guyana, 2007).

Suriname, con un prevalencia nacional del VIH estimada en 1,9% [1,1-3,1%] en 2005 (ONUSIDA, 2006), también ha incrementado sus esfuerzos de tratamiento. En mayo de 2007, 514 personas recibían fármacos antirretrovíricos, es decir, que el número se multiplicó por cinco en 30 meses (Ministerio de Salud de Suriname, 2007). Además, también aumentan los esfuerzos relacionados con la prueba del VIH.

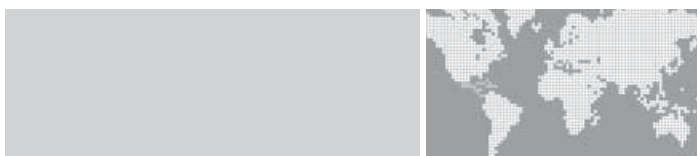
En las islas **Dominica** y **Granada** hay epidemias mucho más pequeñas. En la primera, casi las tres cuartas partes (71%) de las 319 infecciones por el VIH notificadas hasta la fecha han ocurrido en hombres (Ministerio de Salud y Seguridad Social de Dominica, 2007). Las encuestas muestran niveles elevados de relaciones sexuales de riesgo entre jóvenes de ambos países, al igual que en otras naciones-isla del Caribe oriental (incluidas **Antigua y Barbuda, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas**). Entre el 31% y el 46% de los jóvenes (de 15 a 24 años) de estos países dijeron que habían tenido múltiples parejas sexuales ocasionales durante el año anterior; sin embargo, el uso sistemático del preservativo con parejas ocasionales variaba bastante: del 16% en **Saint Kitts y Nevis** al 44% en **Dominica** (USAID, FHI y OPS, 2007). El alto grado de estigmatización y discriminación de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y de las profesionales del sexo dificulta evaluar el alcance de la propagación del VIH entre dichos grupos de población en algunos de estos países (CAREC, 2007b).

En contraste con el resto de la región, el consumo de drogas inyectables es un factor clave en la transmisión del VIH en las epidemias de **Bermudas** y **Puerto Rico**. Siguen observándose altos niveles de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables en **Puerto Rico**, donde la tasa de infección por el VIH (26 por 100 000) duplica a la de los Estados Unidos continental, y donde más de las dos terceras partes de las infecciones por el VIH se han registrado en hombres (AIDS Action, 2007).

La epidemia de **Cuba** sigue siendo la más pequeña de la región, con una prevalencia nacional en adultos estimada en menos del 0,1% (Zipperer, 2005). Sin embargo, la prevalencia del VIH en las provincias de Isla de la Juventud y de Ciudad de La Habana es del 0,18% y 0,13% respectivamente. Los hombres constituyen la gran mayoría (más del 80%) de los casos de VIH notificados y las relaciones sexuales sin protección entre ellos es la principal vía de transmisión. Pero cada vez hay más mujeres infectadas por el VIH. En 2006,

se diagnosticaron 202 nuevos casos en mujeres, un aumento del 30% en relación a 2005. En total, en 2006 se efectuaron 1110 nuevos diagnósticos de VIH, casi un 20% más que el año anterior (Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida de Cuba, 2006). Los esfuerzos de prevención (incluidas una mayor promoción y una disponibilidad más amplia de preservativos) deben adaptarse a estas nuevas tendencias.

Cuba, que empezó a producir sus propias versiones genéricas de fármacos antirretrovíricos en 2001, es el único país de la región que dispone de acceso universal a la terapia antirretrovírica, un logro facilitado por su baja prevalencia nacional del VIH (OMS, ONUSIDA y UNICEF, 2007; Pérez, 2007; Fawthrop, 2003). Todas las mujeres embarazadas se someten a la prueba del VIH, y las que obtienen un resultado VIH-positivo reciben fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión a sus hijos. En el país se han registrado sólo 28 casos de transmisión maternoinfantil del VIH (Pérez, 2007).



BIBLIOGRAFÍA

CARIBE

- AIDS Action (2007). *State facts: HIV/AIDS in Puerto Rico*. AIDS Action. Washington.
- Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(1):96–101.
- CAREC (2007a). *The Caribbean HIV/AIDS epidemic and the situation in member countries of the Caribbean Epidemiology Centre*. Febrero. Puerto España. Disponible en <http://www.carec.org/data/caribbean-population-distribution-pyramids/2005>
- CAREC (2007b). *Behavioural surveillance surveys in six countries of the Organization of Eastern Caribbean States, 2005–2006*. Marzo. Puerto España.
- CAREC/OPS/OMS (2005). *Leading causes of death and mortality rates (counts and rates) in Caribbean Epidemiology Centre member countries (CMCs):1985 1990 1995 2000*. Puerto España.
- Grupo Técnico de Expertos del Caribe (2004). *Strengthening the Caribbean regional response to the HIV epidemic: report of the Caribbean Technical Expert Group meeting on HIV prevention and gender*. Documento de trabajo en curso. 28–29 octubre. Kingston.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétiönville et Calverton, Instituto Haitiano de la Infancia/ORC Macro.
- Cayemittes M et al. (2001). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, Haïti 2000*. Calverton, Maryland, Ministerio de Salud Pública y Población, Instituto Haitiano de la Infancia y ORC Macro.
- Centre d'Evaluation et de Recherche Appliquée (CERA)/Family Health International (2006). *Résultats préliminaires. Enquêtes de surveillance des comportements*. Haïti, 2006, FHI BSS III.
- Cohen, J (2006). A sour taste on the sugar plantations. *Science*, 313:473–475.
- Departamento de Estadística de las Bahamas (2005). *Registered event*. Nassau.
- Fawthrop T (2003). *Cuba: is it a model in HIV/AIDS battle?* Diciembre. Londres, Panos.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Abril.
- Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Resumen CDC0313. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13–18 de agosto. Toronto.
- Gupta S et al. (2006). Comparison of three methods to detect recent HIV-1 infection in specimens collected cross-sectionally in a cohort of female sex workers in the Dominican Republic. Resumen MOPE0439. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13–18 de agosto. Toronto.
- Comisión Presidencial de Guyana sobre el VIH/Sida (2006). *Status of the national response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: For the reporting period of January 2003 to December 2005*. Georgetown.
- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1–i8.
- Human Rights Watch (2004). *Hated to death: homophobia, violence and Jamaica's HIV/AIDS epidemic*. Noviembre. Nueva York.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.

Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.

Kumar A et al. (2006). Changing HIV infection-related mortality rate and causes of death among persons with HIV infection before and after the introduction of highly-active antiretroviral therapy: analysis of all HIV-related deaths in Barbados, 1997–2005. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 5(3):109–114.

Lee RK et al. (2006). Risk behaviours for HIV among men who have sex with men in Trinidad and Tobago. Resúmen CDD0366. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 13-18 de agosto. Toronto.

Ministerio de Salud Pública y Población de Haití (2007). Etude de serosurveillance par methode sentinelle de la prevalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haiti, 2006/2007. Julio. Puerto Príncipe.

Ministerio de Salud y Asistencia Social de Antigua y Barbuda y CAREC/OPS/OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in Antigua and Barbuda. Efectuado el 11 y 12 de mayo de 2005. Julio.

Ministerio de Salud y Seguridad Social de Dominica (2007). *HIV/AIDS epidemiology and information in Dominica*. Roseau.

Ministerio de Salud y Seguridad Social de Dominica y CAREC/OPS/OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in the Stock Farm Prison in Dominica. Efectuado el 18 y 19 de mayo de 2005. Julio.

Ministerio de Salud y Medioambiente de Granada y CAREC/OPS/OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in Grenada. Efectuado el 2 y 3 de agosto de 2005. Octubre.

Ministerio de Salud y Medioambiente de Saint Kitts y Nevis y CAREC/OPS/OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in St. Kitts and Nevis. Efectuado el 24 y 25 de agosto de 2004. Enero.

Ministerio de Salud y Medioambiente de San Vicente y las Granadinas y CAREC/OPS/OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in St. Vincent and the Grenadines. Efectuado el 12 y 13 de abril de 2005. Julio.

Ministerio de Salud de las Bahamas (2007). Datos estadísticos sobre el VIH/sida. Disponibles en http://www.bahamas.gov.bs/MOHE/MOH_STATS_Statistics.aspx

Ministerio de Salud de las Bahamas (2006). Informe nacional sobre el seguimiento de la Declaración de compromiso del UNGASS. Abril. Nassau.

Ministerio de Salud de Barbados (2007). *The 2006 epidemiological overview of HIV in Barbados*. Documento de trabajo en curso. Julio. Bridgetown.

Ministerio de Salud de Belice (2005). *HIV seroprevalence in inmates at the Kolbe Foundation Belize Central Prison*. Junio.

Ministerio de Salud de Guyana (2007). *Guyana HIV antenatal care seroprevalence survey, 2006*. Georgetown.

Ministerio de Salud de Guyana/Asociación de Guyana para una Paternidad Responsable/ORC Macro (2006). *Guyana HIV/AIDS Indicator Survey 2005*. Calverton, Maryland, EE. UU.

Ministerio de Salud de Guyana (2005). *Behavioural surveillance survey, round I: 2003/2004 —executive summary*. Georgetown.

Ministerio de Salud de Jamaica (2007a). *HIV and AIDS in Jamaica National Strategic Plan 2007–2012*. Julio. Programa Nacional del VIH/ITS, Ministerio de Salud, Kingston.

Ministerio de Salud de Jamaica (2007b). *ARV Database*. Julio. Programa Nacional del VIH/ITS, Ministerio de Salud, Kingston.

Ministerio de Salud de Santa Lucía y CAREC/OPS/OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Bordelais Correctional Facility in St. Lucia. Efectuado el 5, 8 y 9 de noviembre de 2004. Junio.

Ministerio de Salud de Suriname (2007). Patient Monitoring database.

Ministerio de Salud de Trinidad y Tobago (2007). *HIV/AIDS morbidity and mortality report*. Informe del primer trimestre. 22 de mayo.

OPS/UNICEF (2007). Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH/SIDA en la República Dominicana. Mayo. Santo Domingo, OPS/UNICEF.

OPS (2007). *AIDS in the Americas: the evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC.

OPS/OMS (2006). Assessment report for the evaluation of national services for the prevention of mother to child transmission of HIV and syphilis, 2000–2005.

Pérez J. (2007). *Approaches to the Management of HIV/AIDS in Cuba*. Junio. La Habana, OMS.

Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida (2006). *Actualización de la situación Nacional hasta el 31 de Dic 2006*. Diciembre. Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP. La Habana.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2007). *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/SIDA Nacionales de la República Dominicana 2006*. Junio. Santo Domingo.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2005a). De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004. Marzo. Santo Domingo, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo.

Seguy N et al. (en preparación), HIV and syphilis infection among gold and diamond miners: Guyana 2004. *Emerging Infectious Diseases*.

Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *New England Journal of Medicine*, 353(22):2392–4.

Soto JC et al. (2007). HIV prevalence and risk behaviors among clients of female sex workers in Gonaives and St. Marc, Haití. Resumen ISSTD.

Taylor M (2006). An in-depth look at Jamaican go-go dancers/sex workers. Resumen CDD0082. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.

ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra.

Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida/Gobierno de Jamaica, Jamaica (2005). *Multiple indicator cluster survey*. Diciembre. Kingston.

USAID/FHI/OPS (2007). *Behavioural surveillance surveys (BSS) in six countries of the Organization of Eastern Caribbean States, 2005–2006*. Informe final. Mayo.

OMS/UNAIDS/UNICEF (2007). Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. 17 de abril. Ginebra, OMS.

Zipperer M (2005). HIV/AIDS prevention and control: the Cuban response. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(7):400.

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 Caribe.*



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