

En último análisis, los profesionales de salud pública en ejercicio en todo el mundo deben determinar el posible curso de la epidemia del SIDA en sus países y tomar medidas adecuadas para controlar la propagación del VIH. Debido a la naturaleza de este virus y de la epidemia del SIDA, el Dr. Langmuir fue verdaderamente temerario al predecir que en los Estados Unidos la epidemia pronto llegaría a su punto máximo.

### Agradecimiento

El autor desea expresar su agradecimiento a sus colegas, en particular a los doctores M. Bullock-DuCasse y A. Braithwaite.

### Referencias

- 1 Centro de Epidemiología del Caribe. AIDS in the Caribbean: An update. *CAREC Surveillance Report* 14(5), 1988.
- 2 Junta Nacional de Planificación de la Familia en colaboración con Powell, D., Jackson, J. *et al.* Young Adult Reproductive Health Survey, Jamaica, 1987; Preliminary Report, September 1987. Junta Nacional de Planificación de la Familia, Kingston, 1987. Documento mimeografiado.
- 3 Ministerio de Salud de Jamaica, Market Research Services Ltd. y The Futures Group (SOMARC). Jamaica AIDS/STD KAP Study, 1988. Kingston, 1988.
- 4 Braithwaite, A. STD Control Programme Annual Report, 1987. Jamaica, 1988.
- 5 Jillson-Boostrom, I., Boostrom, E. y Figueroa, J. P. Simplified approaches to estimating trends in cases of AIDS. Presentado en la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Estocolmo del 12 al 16 de junio de 1988. Libro de resúmenes 2, resumen 4691, p. 234.

## EL PATRON CAMBIANTE DE LA TRANSMISION DEL VIH EN EL CARIBE

*David C. Bassett<sup>1</sup> y Jai P. Narain<sup>1</sup>*

El Dr. Langmuir demuestra con eficacia admirable que toda previsión con respecto al SIDA, a menos que sea muy prudente y a muy corto plazo, debe ser puesta seriamente en duda. Sus propias previsiones detalladas se aplican a los Estados Unidos de América, donde existe el patrón 1 de transmisión, y no al África y el Caribe, donde prevalece el patrón 2.

Su artículo contiene algunas verdades bastante obvias, tales como que una progresión geométrica no puede continuar indefinidamente en una población finita, y al menos la "impresión", que muchos comparten, de que el SIDA no está a punto de avasallar a la población de los Estados Unidos. Las enfermedades de transmisión sexual nunca se han abatido sobre toda una población, pero tampoco han desaparecido, incluso cuando pueden ser tratadas con facilidad.

Sería maravilloso si la porción derecha de la curva gaussiana que Langmuir propone representara realmente el futuro de la epidemia; pero existen razones para dudar. Para que la

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, Centro de Epidemiología del Caribe. Dirección postal: PO Box 164, Port of Spain, Trinidad y Tabago.

epidemia llegara a su punto máximo en 1988, la curva de la infección por el VIH debería haber alcanzado el pico máximo hace algunos años, quizá antes de que se identificara la enfermedad, y la incidencia de la seroconversión debería haber declinado desde entonces. ¿Existen pruebas de ello?

Además, la porción izquierda de la curva tal vez no represente verdaderamente los acontecimientos ocurridos hasta la fecha y quizá haya conducido a la falsa expectativa de que la epidemia alcanzaría el punto máximo en el futuro inmediato.

La opinión del Dr. Langmuir de que los casos de SIDA se limitarán a los grupos de riesgo reconocidos parece no tener en cuenta ese 50% de casos heterosexuales que son de especial interés para nosotros en el Tercer Mundo: es decir, aquellas personas que no han tenido contacto con dichos grupos de alto riesgo.

Evidentemente, los grupos en riesgo no son homogéneos. Por ejemplo, en el grupo de varones homosexuales el grado de promiscuidad varía de una persona a otra. Dejando de lado por el momento las diferencias en las prácticas sexuales, se puede prever que, en general, las personas más promiscuas serán las primeras en contraer la infección. Si imaginamos algún tipo de "curva de distribución de la promiscuidad" (que difícilmente sería una distribución normal), los primeros casos y las tasas más elevadas de transmisión se observarían en la porción más alejada del extremo derecho de la curva. No se dispone de datos para trazar una curva de este tipo, pero es razonable postular que, a medida que avanzamos de derecha a izquierda en la curva, la transmisión es más lenta, aun-

que ocurre entre un número cada vez mayor de personas susceptibles, hasta que se alcanza un punto en el que la tasa de transmisión (es decir, el período de duplicación) excede el período medio de incubación (o el tiempo durante el cual sigue siendo sexualmente activa una persona infectada por el VIH, si consideramos que algunas nunca desarrollarán el SIDA propiamente dicho). Cabe suponer que, pasado ese punto crítico, la epidemia no se propagará en el sector menos promiscuo del grupo de riesgo de los homosexuales.

Langmuir descarta el efecto del ascenso en el número de nuevos homosexuales, pues considera que este es insuficiente para sostener el aumento geométrico, pero no se puede negar la posibilidad de que dicha alza permita una mayor incidencia de infecciones nuevas.

Si aplicamos el concepto de "distribución de la promiscuidad" al grupo de heterosexuales sin contacto conocido con otros grupos de riesgo, tampoco disponemos de datos para trazar una curva verdadera, pero sabemos que la transmisión heterosexual es un hecho y que las personas más promiscuas, ubicadas en el extremo derecho de la curva, serán las que correrán el mayor riesgo. ¿Hasta qué punto se puede seguir produciendo la transmisión si avanzamos hacia la izquierda en esta curva imaginaria?

En algunas sociedades, las personas heterosexuales que inician su actividad sexual —en su gran mayoría jóvenes de ambos sexos— se ubicarán más a la derecha de la curva durante su juventud que en la edad madura. Por consiguiente, si se dispusiera de datos, se podría trazar la "distribución de la promiscuidad" según el sexo, los grupos de edad de las personas sexualmente activas, la cultura, la religión, el grupo socioeconómico, la ocupación, etc.

Para cada curva imaginaria cabría preguntarse una vez más hasta qué punto se puede seguir produciendo la transmisión del VIH, al desplazarse hacia la izquierda de la misma, y qué sector de la población se encuentra en la zona residual y puede considerarse exenta de riesgo.

Se puede aceptar la opinión de Langmuir de que en un momento dado se debe alcanzar un pico máximo, pero la fecha que escoge para que esto ocurra y su suposición sobre el aspecto que tendría el resto de la curva no parecen estar muy bien fundados.

La zona izquierda de la curva que propone tal vez comience siendo demasiado vertical y termine en una forma excesivamente horizontal. Si se tiene en cuenta que desde el principio de la epidemia aumentó la capacidad de diagnóstico, el número de casos notificados en 1982 tal vez sea muy inferior al número real, aun si se incluyen los diagnósticos retrospectivos. Esta discrepancia disminuiría durante los años siguientes. La proporción de casos diagnosticados y notificados posiblemente alcanzó el punto máximo una vez generalizada la eficiencia diagnóstica en los Estados Unidos, pero tal vez haya disminuido desde entonces. Se acepta que existe una gran subnotificación; al haber poco que ganar y mucho que perder, algunos pacientes tratan de evitar el diagnóstico (y, por lo tanto, esto impide la notificación).

¿Ha disminuido el porcentaje de casos notificados a medida que las cifras absolutas continuaban aumentando? De ser así, lo que quizás haya aplanado artificialmente la parte superior de la curva de Langmuir, exagerando cualquier prolongación real del tiempo de duplicación que se haya producido, es no

solo la notificación tardía, sino también la falta de notificación. La curva verdadera tal vez sea más lineal, con un gradiente menor y un pico máximo no evidente todavía.

Todo intento de predecir las repercusiones del SIDA en la población general de los Estados Unidos debe basarse en la información disponible sobre la transmisión heterosexual, que ha afectado con una frecuencia desproporcionada a dos grupos minoritarios: los negros y los hispanos (26 y 13% de los casos de SIDA, respectivamente), en comparación con el porcentaje de habitantes estadounidenses negros (12%) e hispanos (6%) (1). Estos dos grupos representan 70% de los casos en hombres heterosexuales, 70% en mujeres y 75% en niños. El número de mujeres nacidas en los Estados Unidos que han contraído el SIDA a través del contacto heterosexual es cada vez mayor (2), y junto con los niños constituyen el grupo de enfermos de SIDA que está aumentando más rápidamente. Es aun más importante el hecho de que los estudios del VIH revelan que, en algunas zonas de Nueva York, la seroprevalencia en mujeres en edad de procrear oscila entre 2 y 5,9% (3); esto indica que el grado de infección en algunos grupos heterosexuales es elevado, lo cual ocasionará en el futuro un aumento del número de casos de SIDA en hombres heterosexuales, mujeres y niños.

Los cambios que se están produciendo en la epidemiología del SIDA en el Caribe nos pueden enseñar cosas importantes. El análisis de los datos sobre los casos de SIDA notificados revela que puede ocurrir una transición de la transmisión por contacto homosexual/bisexual al contagio por contacto heterosexual y que, cuando eso sucede, la diseminación entre personas heterosexuales puede ser muy rápida y eficaz (véanse las páginas 517 y 527). En los países cuya población es más pequeña y homogénea,

como los del Caribe, esa transición y sus repercusiones se observan más fácilmente que en los países grandes, especialmente porque, en nuestra opinión, todavía nos encontramos en las fases iniciales de la epidemia de SIDA.

En los 18 países de habla inglesa del Caribe y Suriname (cuya población oscila entre 8 000 y 2,3 millones de habitantes) los primeros casos de SIDA se notificaron en 1983. Hasta 1985, los casos notificados correspondían únicamente a hombres homosexuales o bisexuales. Después, comenzaron a aumentar los casos en personas heterosexuales. En Trinidad y Tabago representaban 13% del total en 1985; esta proporción aumentó a 25 y 47% en 1986 y 1987, respectivamente. En consecuencia, comenzó a notificarse un número creciente de casos de SIDA en mujeres, y la razón de casos hombre/mujer comenzó a disminuir, pasando de 5,9:1 en 1985 o antes a 3,3:1 en 1986 y 2,4:1 en 1988. Hasta septiembre de 1988, 52% de los casos notificados en Trinidad y Tabago y la mayoría de los casos dados a conocer en las Bahamas se habían producido en hombres y mujeres heterosexuales. Asimismo, en las Bermudas los casos de SIDA al principio correspondían predominantemente a toxicómanos por inyección intravenosa, pero se ha observado una transición hacia los casos de transmisión heterosexual. En 1985, 80% de los casos notificados correspondían a toxicómanos que se inyectan; ese porcentaje ha disminuido, y al mismo tiempo ha aumentado la proporción de casos de transmisión heterosexual, que pasó de 6% en 1985 a 24% en 1987.

Por el contrario, en Guyana, donde no se notificó ningún caso hasta 1987, 98% de los casos se han producido en hombres, principalmente homosexuales o bisexuales. Teniendo en cuenta lo que ha sucedido en el Caribe, es pro-

bable que esta situación cambie en el futuro.

La razón fundamental de esta transición ha sido la transmisión de la enfermedad de varones bisexuales a mujeres, ya que la mayoría de los hombres bisexuales en el Caribe están casados. El comportamiento sociocultural y sexual de la población probablemente haya facilitado la propagación ulterior del SIDA (4, 5). Otros factores importantes que influyen en la transmisión son la inestabilidad de las relaciones entre hombres y mujeres, la costumbre de los hombres de tener varias compañeras sexuales, las relaciones sexuales de los adolescentes sin ningún tipo de protección y el aumento sostenido de la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual, en particular la sífilis. Teniendo en cuenta el tamaño de la población heterosexual, la transmisión continuará aumentando inevitablemente, así como el número de casos de SIDA en hombres y mujeres heterosexuales y en niños.

El que la situación en los Estados Unidos siga un camino similar al observado en el Caribe dependerá del comportamiento sociocultural y sexual de los distintos grupos demográficos.

Aceptamos que, sobre la base de los datos actuales, el número de casos en los Estados Unidos comenzará a disminuir gradualmente a medida que se agote el de individuos susceptibles (tanto homosexuales como toxicómanos por inyección) y quizá también debido al efecto de las campañas de educación para la salud dirigidas a esos grupos. Sin embargo, la transmisión heterosexual tal vez continúe aumentando en un futuro previsible y probablemente constituya un motivo de gran preocupación, espe-