

# EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA Y DE LA INFECCION POR EL VIH EN EL CARIBE

*Jai P. Narain,<sup>1</sup> B. Hull,<sup>1</sup> C. J. Hospedales,<sup>1</sup>  
S. Mababir<sup>1</sup> y D. C. Bassett<sup>1</sup>*

---

## INTRODUCCION

Desde que se notificó el primer caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en los Estados Unidos de América en 1981, el número de casos notificados de esta enfermedad está aumentando en todo el mundo, incluso en los países del Caribe. Se estima que existen entre 5 y 10 millones de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el agente causante del SIDA, en todo el mundo (1). En las Américas, donde se notifica la mayor parte de los casos mundiales de SIDA, cinco países —los Estados Unidos, el Brasil, el Canadá, Haití y México— han dado origen a 95 % de todos los casos notificados (2). Los datos también muestran tasas de SIDA excepcionalmente elevadas en toda el área del Caribe. Este artículo describe la magnitud del SIDA y de la infección por el VIH en los 18 países de habla inglesa del Caribe y en Suriname y considera las implicaciones de los cambios observados en el patrón epidemiológico de la enfermedad en esta zona.

## ANTECEDENTES

Desde sus inicios en 1975, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) ha recogido y analizado los datos que provienen de la vigilancia de las enfermedades transmisibles en sus 19 países miembros: Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Dominica, Grenada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago. Estos países comprenden una población total de 6,3 millones de habitantes y tienen en común una historia de colonización y problemas similares, especialmente en el campo de la salud.

La vigilancia del SIDA en la región comenzó en 1982; desde 1985, los países han notificado sistemáticamente al CAREC los casos de SIDA, utilizando el formulario estándar de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Las pruebas para detectar anticuerpos

---

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

contra el VIH se iniciaron en 1985, primero en Trinidad y Tabago y posteriormente en muchos otros países. En agosto de 1988, casi todos los países y territorios ya disponían de equipos y suministros para efectuar las pruebas de detección del VIH y habían capacitado a sus técnicos con la colaboración del CAREC.

## MÉTODOS

Se revisaron y analizaron los datos de los casos de SIDA notificados trimestralmente por los 19 países del Caribe al CAREC en Puerto España, Trinidad y Tabago. La información se resume en el formulario de notificación de acuerdo con la distribución de los casos por edad, sexo y categoría de transmisión. Los países también notifican el número de pruebas de detección del VIH realizadas en la sangre donada y el de otras pruebas efectuadas con fines diagnósticos.

La información sobre la infección del VIH en grupos específicos de población se recogió mediante encuestas y estudios llevados a cabo en diferentes países, aunque la mayoría no han sido publicados todavía.

Para efectos de vigilancia y de notificación al CAREC, una muestra serológica se define como positiva cuando da una relación repetidamente positiva a la presencia de anticuerpos contra el VIH en un ensayo inmunoenzimático (ELISA), seguida de una prueba confirmatoria positiva con el ensayo de inmunoelectrotransferencia de Western. Todos los países utilizan la definición de casos de SIDA aceptada por la OPS/OMS.

## RESULTADOS

Según la notificación del primer caso de SIDA confirmado en el Caribe, este ocurrió en Jamaica en 1982. En Trinidad y Tabago se notificaron ocho casos en 1983, todos ellos en varones homosexuales o bisexuales.

Hasta el 30 de junio de 1988, los países miembros del CAREC habían notificado 827 casos, 80% de los cuales se habían comunicado desde enero de 1986 (cuadro 1). En 1986 se notificaron 187 casos y en 1987, 306, lo que representa un incremento de 63%. Del total de 827 casos acumulados, 492 fallecieron y la tasa de letalidad general correspondiente fue de 59,4%.

Casi 90% de los casos se notificaron en cinco países: Trinidad y Tabago, Bahamas, Bermudas, Barbados y Jamaica; 75% de los casos corresponden a los tres primeros (figura 1).

Las distribuciones de los casos acumulados y de las defunciones en los países seleccionados fueron: Trinidad y Tabago (310 casos y 200 defunciones), Bahamas (214 y 104), Bermudas (75 y 58), Barbados (63 y 43) y Jamaica (62 y 38). En Guyana, los primeros 12 casos se notificaron en 1987; hasta junio de 1988 se habían notificado 20 casos adicionales. De forma similar, Jamaica notificó 6 casos en 1986 y 33 en 1987. Montserrat y las Islas Vírgenes Británicas son los dos únicos territorios de las Américas que no han notificado ningún caso de SIDA hasta el momento.

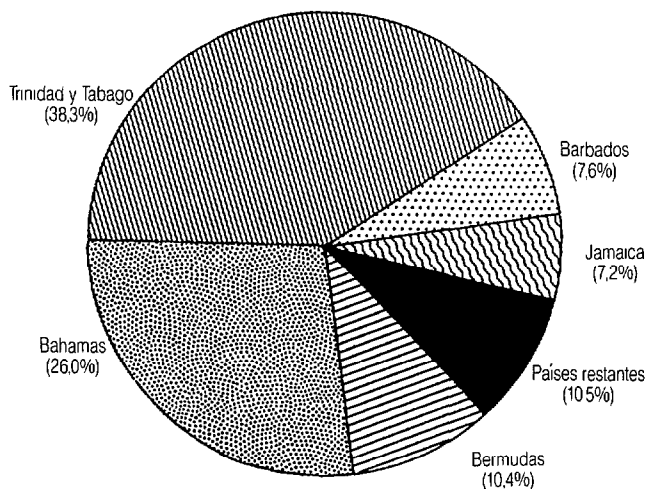
Las tasas de incidencia anual de los casos notificados en algunos países del Caribe se encuentran entre las más elevadas del mundo. Durante 1987, las tasas por 100 000 habitantes oscilaban entre 0 y 38,3, con una mediana de 4,27. Los países con tasas elevadas fueron Bahamas (38,3), Bermudas (35,3), Barbados (9,4) y Trinidad y Tabago (7,0)

**CUADRO 1. Casos de SIDA notificados en el área del Caribe, por año y país, hasta el 30 de junio de 1988**

País	Año							Total
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988 <sup>a</sup>	
Anguila	...	...	...	...	2	...	1	3
Antigua	...	...	...	...	2	1	0	3
Bahamas	...	...	...	36	50	90	38	214
Barbados	...	...	2	9	20	24	8	63
Belice	...	...	...	...	1	7	0	8
Bermudas	...	...	...	30	21	21	3	75
Dominica	...	...	...	...	...	5	1	6
Grenada	...	...	...	2	1	5	3	11
Guyana	...	...	...	...	...	12	20	32
Islas Caimán	...	...	...	1	1	1	1	4
Islas Turcas y Caicos	...	...	...	...	2	2	...	4
Islas Vírgenes Británicas	...	...	...	...	...	...	...	0
Jamaica	1	0	1	4	6	33	17	62
Montserrat	...	...	...	...	...	...	...	0
San Kitts y Nevis	...	...	...	...	...	1	...	1
San Vicente y las Granadinas	...	...	1	0	2	6	3	12
Santa Lucía	...	...	...	4	0	7	0	11
Suriname	...	...	...	...	2	5	1	8
Trinidad y Tabago	...	8	19	45	77	86	75	310
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>131</b>	<b>187</b>	<b>306</b>	<b>171</b>	<b>827</b>

<sup>a</sup> Datos para seis meses solamente

**FIGURA 1. Casos de SIDA notificados por los países miembros del CAREC hasta el 31 de marzo de 1988**



(cuadro 2). De los cinco países que han notificado la mayoría de los casos, Bermudas es el único que no ha comunicado un incremento de las tasas de 1986 a 1987. Globalmente, la mayoría de los casos se encuentran en el grupo de edad de 20 a 44 años; el número máximo de casos notificados se encuentra en el grupo de edad de 25 a 34 años (cuadro 3).

De los 737 casos en adultos ( $\geq 15$  años de edad) notificados hasta junio de 1988, 564 (76,5%) eran varones y 173 (23,5%) mujeres; la razón hombre/mujer fue 3,3:1. La mayoría de los casos de SIDA notificados en mujeres ha aumentado año tras año. Si bien ninguno de los 31 casos de SIDA notificados hasta 1984 correspondían a mujeres, la proporción aumentó a 18,3%, 23,0%, 25,5% y 28,9% en 1985, 1986, 1987 y 1988 (hasta junio), respectivamente.

El cuadro 4 muestra la distribución de los casos notificados en adultos por categorías de transmisión sexual: varones homosexuales o bisexuales (45,0%), varones y mujeres heterosexuales (44,1%), toxicómanos que se inyectan (7,8%), receptores de transfusiones de sangre (1,9%), y hemofílicos (0,3%). En general, la transmisión sexual del VIH fue la causa de 89% de todos los casos notificados hasta junio de 1988. De los 45 toxicómanos por inyección que pade-

cen SIDA, 44 (98%) se notificaron en Bermudas.

Los primeros casos pediátricos de SIDA notificados en el Caribe ascendieron a 11 en 1985, 14 en 1986 y 30 en 1987. La razón hombre/mujer de los casos acumulados en niños es 1,4:1. Todas las madres de niños con SIDA menores de cinco años tenían anticuerpos contra el VIH. Bahamas notificó la proporción más elevada de SIDA asociado a transmisión perinatal; 19% de los casos notificados eran niños, comparado con un porcentaje global de 10,3% en todo el Caribe.

La comparación de los datos referentes a los comportamientos de riesgo durante los últimos cinco años muestra que ha ocurrido un cambio, desde la diseminación predominantemente homosexual observada en las etapas iniciales de la epidemia, hacia el patrón actual de transmisión básicamente heterosexual (figura 2). El número de homosexuales y bisexuales con SIDA sigue aumentando, aunque el incremento relativo de los que han contraído el SIDA a través de relaciones heterosexuales es mucho mayor.

**CUADRO 2. Casos notificados en el área del Caribe en 1987, por país, y tasa de casos acumulados (por 100 000 habitantes) hasta el 30 de junio de 1988**

Pais <sup>a</sup>	Población a mediados de 1987	No. de casos notificados en 1987	Tasa de casos 1987	Tasa de casos acumulados
Bahamas	235 000	90	38,3	91,1
Barbados	256 000	24	9,4	24,6
Bermudas	59 400	21	35,3	126,3
Guyana	988 000	12	1,2	3,2
Jamaica	2 400 000	33	1,4	2,6
Trinidad y Tabago	1 230 000	86	7,0	25,2

<sup>a</sup> No se incluyen los países que notificaron menos de 10 casos en 1987.

**CUADRO 3. Distribución por sexo y edad de los casos de SIDA notificados por los países miembros al CAREC hasta el 30 de junio de 1988<sup>a</sup>**

Edad (años)	Varones	Mujeres	Total	% <sup>b</sup>
< 1	22	12	34	5,3
1-4	15	13	28	4,4
5-14	2	2	4	0,6
15-19	9	2	11	1,7
20-24	53	28	81	12,6
25-34	187	77	264	41,2
35-44	98	24	122	19,1
45-54	47	15	62	9,7
> 55	27	7	34	5,3
Desconocida	143	20	163	...
Total	603	200	803	100,00

<sup>a</sup> En 24 casos, se desconocía el sexo de los pacientes.

<sup>b</sup> Porcentajes basados en el total de casos con edades conocidas

**CUADRO 4. Distribución de los casos de SIDA en adultos notificados por los países miembros al CAREC según las principales categorías de transmisión, 1982 a junio de 1988**

Categoría de transmisión	Varones	Mujeres	Desconocidos	Total	% <sup>a</sup>
Homosexuales	170	...	...	170	29,5
Bisexuales	89	...	...	89	15,5
Heterosexuales	121	102	31	254	44,1
Toxicómanos que se inyectan	40	5	0	45	7,8
Receptores de transfusiones	5	2	4	11	1,9
Hemofílicos	2	0	0	2	0,3
Otros factores de riesgo	0	0	0	0	0,0
Sin factor de riesgo conocido	4	1	0	5	0,9
Desconocida	108	32	36	176	...
Total	539	142	71	752	100,0

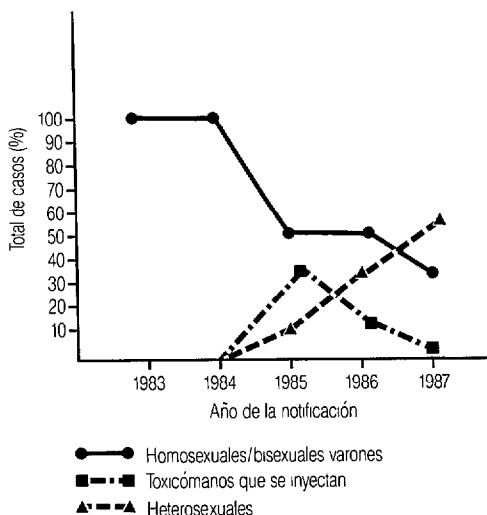
<sup>a</sup> Los porcentajes se calcularon con un denominador igual a 576, excluyendo a aquellos sujetos sin factor de riesgo conocido.

Por consiguiente, la proporción de personas heterosexuales que contraen el SIDA ha aumentado constantemente, mientras que entre los homosexuales y bisexuales ha disminuido. De los casos notificados en 1986, 27% eran personas que habían tenido contactos heterosexuales; esta proporción aumentó a 56,2% en 1987, y a 61,1%

entre los casos notificados en 1988 (hasta junio). Los casos debidos a transmisión heterosexual han incrementado en todos los países que han notificado más de 60 casos acumulados.

Entre las personas que han contraído el SIDA a través del contacto sexual en Trinidad y Tabago, la proporción atribuible al contacto heterosexual ha aumentado desde 0 en 1983 y 1984, hasta 13%, 25% y 47% durante 1985, 1986 y 1987, respectivamente. Los datos

**FIGURA 2. Proporción de casos notificados según los principales grupos de riesgo, 1983 a 1987**



de 1985 a 1987 procedentes de Bermudas muestran un incremento de los casos contraídos mediante transmisión heterosexual (de 6 a 24% del total) y un descenso de los notificados en toxicómanos que se inyectan. En Guyana, país que comenzó a notificar casos en 1987, todos excepto 2 de los 34 casos se descubrieron en varones, predominantemente homosexuales y bisexuales.

## Infeción por el VIH

En el Caribe se han llevado a cabo algunos estudios de seroprevalencia para conocer la propagación de la infección por el VIH en grupos específicos de población; estos datos están resumidos en el cuadro 5.

En Trinidad y Tabago se realizó uno de los primeros estudios serológicos en homosexuales (3); posteriormente se efectuaron encuestas serológicas y pruebas de detección masiva en personas pertenecientes a otros grupos de riesgo identificado, específicamente prostitutas y personas que acuden a consul-

torios de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en busca de tratamiento. En cuanto a los integrantes de poblaciones sexualmente activas de bajo riesgo, se han realizado encuestas en mujeres que acuden a clínicas de atención prenatal y en individuos sin factores de riesgo conocido, como los donantes de sangre. La seroprevalencia del VIH oscila entre 15 y 40% en los varones homosexuales y bisexuales; 4 y 10% en los prisioneros; 0 y 13% en las prostitutas; 2% en los cocaínómanos, y 0 y 2,5% en los pacientes que acuden a clínicas de ETS.

En julio de 1988 llegaban a 15 los países caribeños que efectúan pruebas de detección del VIH en muestras de sangre donada. La prevalencia de la infección por el VIH en nueve países que han divulgado datos oscila entre 0,04% y 1,5%, con una mediana de 0,26% (cuadro 6).

El brote de hepatitis que ocurrió en Trinidad y Tabago en 1982 ofreció una oportunidad para obtener muestras de suero de una muestra representativa (983 adultos) de la población general. De ellos, dos personas (0,2%) tenían anticuerpos contra el VIH y ambas pertenecían a grupos de riesgo conocido. Entre 4 000 manipuladores de alimentos examinados en Jamaica durante 1985 y 1986, no se encontró ningún portador de anticuerpos contra el VIH (4).

## DISCUSION

El análisis de los casos notificados al CAREC revela que el SIDA en el Caribe ocurre principalmente entre adultos jóvenes y de mediana edad y, aunque todavía suele afectar más a los varones que a las mujeres, esta diferencia es

**CUADRO 5. Seroprevalencia del VIH en varios grupos de población del Caribe, 1985 a 1988**

Grupos de población	País	Año	No. de sujetos examinados	Positivos (%)
Homosexuales/bisexuales varones	Trinidad y Tabago	1983	100	40,0
	Jamaica	1985-1986	125	15,0
Presos	Trinidad y Tabago	1987-1988		
	Varones		217	3,7
	Mujeres		59	10,2
Prostitutas	Jamaica	1988	12	8,3
	Antigua	1986-1988	408	2,0
	Guyana	1987	77	0,0
Cocainómanos	Trinidad y Tabago	1988	223	13,0
	Trinidad y Tabago	1987	150	2,0
Enfermos con ETS <sup>a</sup>	Guyana	1986	26	0,0
	Jamaica	1985-1986	2 400	0,1
	Trinidad y Tabago	1987-1988	1 700	2,5
Agricultores migratorios	Dominica	1985-1987	202	0,0
	Grenada	1985-1987	133	0,0
	Jamaica	1985-1986	7 470	0,6
	San Vicente y las Granadinas	1985-1987	1 038	1,1
	Santa Lucía	1985-1986	1 086	1,6
Adultos sanos participantes en una encuesta sobre la hepatitis vírica	Trinidad y Tabago	1983	983	0,2
	Trinidad y Tabago	1988	203	0,0
Asistentes a un consultorio prenatal	Trinidad y Tabago	1988	203	0,0
Manipuladores de alimentos	Jamaica	1985-1986	4 000	0,0
Pacientes hospitalizados sin ETS <sup>a</sup> ni cáncer	Trinidad y Tabago	1985-1986	370	0,5

<sup>a</sup> ETS = Enfermedades de transmisión sexual.

**CUADRO 6. Seroprevalencia del VIH (%) en donantes<sup>a</sup> de sangre de nueve países del Caribe**

País	1986	1987
Bahamas	...	0,30
Barbados	...	0,11
Bermudas	0,04	0,09
Grenada <sup>b</sup>	...	0,26
Islas Caimán <sup>b</sup>	...	0,49
Jamaica	0,27	0,23
San Vicente <sup>b</sup> y las Granadinas	...	0,45
Suriname	...	0,04
Trinidad y Tabago	1,5	1,55

<sup>a</sup> Datos basados en un sistema de notificación trimestral

<sup>b</sup> Datos basados en menos de 500 donantes examinados.

cada vez menor. La proporción de nuevos casos atribuible a la transmisión heterosexual está aumentando. En vista del patrón prevaleciente de comportamiento sexual y, en algunos países, de la diseminación del VIH por las personas bisexuales y posiblemente por los toxicómanos que se inyectan a las personas heterosexuales, si se considera el tamaño de la población heterosexual, es inevitable que la transmisión sexual siga ocurriendo y aumentando en el Caribe. Por consiguiente, esto afectará directa o indirectamente a la transmisión perinatal del VIH, que ya constituye un problema considerable en muchos países de la zona.

El Programa Global OPS/OMS sobre el SIDA en las Américas ha descrito tres distintos patrones epidemiológicos del SIDA en el mundo. En términos generales, la epidemiología en el Caribe no se adapta muy fácilmente a ninguno de esos patrones. En los países grandes, la epidemia comenzó entre los homosexuales (patrón 1) y luego cambió rápidamente al patrón 2, en el que la transmisión heterosexual es el modo de diseminación predominante. La razón hombre/mujer hasta 1985 fue 5,9:1 pero desde entonces la diferencia ha disminuido de forma constante.

El SIDA es un grave problema en los países del Caribe, donde la tasa de incidencia anual es una de las más elevadas del mundo. Como el virus se introdujo a finales de la década de los setenta, al principio entre la población homosexual por homosexuales y bisexuales que viajaban del Caribe a América del Norte, y teniendo en cuenta que el SIDA con frecuencia tiene un período de incubación de 7 a 8 años o más, el incremento anual de los casos de transmisión heterosexual

ha sido extremadamente rápido. En cierto modo, ello podría ser explicado por factores relacionados con el comportamiento sexual de la población, tales como una mayor razón varones bisexuales/homosexuales que en América del Norte, la naturaleza de las relaciones sexuales y maritales, y quizá el grado creciente de enfermedades de transmisión sexual. En general, se piensa que la mayoría de los homosexuales que viven en la zona del Caribe, a diferencia de los que viven en los Estados Unidos, tienden a ser bisexuales porque la homosexualidad es menos tolerada en dicha zona. La fuerte desaprobación social y religiosa hace difícil seguir un estilo de vida abiertamente homosexual; muchos homosexuales están casados, tienen hijos y quizá continúan manteniendo relaciones homosexuales y bisexuales a la vez. El VIH probablemente se introdujo en la población heterosexual a través del contacto de varones bisexuales con mujeres. Esta hipótesis está apoyada por datos procedentes de Trinidad y Tabago que muestran que, si bien los primeros casos transmitidos por contacto heterosexual eran mujeres con compañeros bisexuales, 72% de los casos heterosexuales notificados en 1987 ocurrieron en varones cuyo único comportamiento de riesgo era que tenían relaciones sexuales frecuentes con mujeres (5), lo que indica la transmisión del VIH de mujer a hombre.

La diseminación posterior del VIH en la comunidad puede haber sido facilitada por el hecho de que tanto hombres como mujeres suelen tener múltiples compañeros sexuales (6). En muchas comunidades, parece que es frecuente disociar el sexo del matrimonio y de la paternidad o maternidad: los episodios sucesivos de unión consensual son comunes y los matrimonios monógamos duraderos, sancionados civilmente, constituyen una minoría (S. Mintz, citado en 5). En varios estudios antropológicos (7,



8) se ha documentado la fluidez de las relaciones sexuales y la costumbre de los varones de tener relaciones sexuales con una variedad de personas. Además, ciertos factores de riesgo como la práctica de los adolescentes de tener relaciones sexuales sin protección (9) y el aumento creciente de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente la sífilis, han contribuido aun más a la rápida diseminación del VIH en el Caribe.

Este incremento de la transmisión heterosexual en el Caribe ha redundado, inevitablemente, en un aumento del número de personas infectadas por el VIH y de los casos pediátricos de SIDA. Estos últimos constituyen un problema considerable en muchos países, ya que 10% de los casos de SIDA notificados corresponden a niños. Estas cifras son mucho más altas que las de América del Norte y Europa, donde la proporción de casos pediátricos es inferior a 3% (10, 11). Sin embargo, algunos países del Caribe se encuentran todavía en las etapas iniciales de la epidemia; por ejemplo, en Guyana, donde los primeros casos no se notificaron hasta 1987, actualmente el SIDA solo ocurre entre varones. A juzgar por la tendencia general observada en la mayoría de los otros países del Caribe, es de esperar que esa situación cambie.

Los gobiernos de todos los países del Caribe, enfrentados con la creciente amenaza del SIDA y de la infección por el VIH, han tratado muy seriamente el problema: se han establecido comités nacionales sobre el SIDA, se ha comenzado a educar a los trabajadores de salud y al público general, y actualmente en casi todos los países se realizan pruebas de detección del VIH en la sangre donada. La mayoría de países han comenzado a llevar a cabo programas a corto plazo (un año) para la prevención y el control del SIDA, y muchos han elaborado planes a mediano plazo (tres

años) que cuentan con la colaboración del Programa OPS/OMS sobre el SIDA en las Américas y del CAREC.

Las prioridades y estrategias de los programas a mediano plazo para el control del SIDA en el Caribe están basadas en la información epidemiológica disponible. Estas prioridades incluyen el dirigir y fortalecer la vigilancia epidemiológica a través de encuestas serológicas y estudios de serovigilancia, y la prevención de la transmisión sexual y perinatal mediante estrategias de información y educación dirigidas tanto a las personas que mantienen comportamientos de alto riesgo como a la población general. Para estos fines es importante llevar a cabo encuestas sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, especialmente de los grupos diana específicos, y seguirlas con intervenciones apropiadas. Estas encuestas se han llevado a cabo en algunos países, entre los que se encuentran Grenada y Jamaica. También es importante tomar medidas para reducir el impacto económico y social del VIH en los individuos, grupos y sociedades. En ausencia de una vacuna o de un tratamiento eficaz, el desarrollo y fortalecimiento de las campañas de información, educación y de los servicios de orientación personal en todos los países del Caribe siguen siendo las estrategias más importantes para contener la diseminación del virus.

# RESUMEN

Una revisión de los datos de vigilancia del SIDA y de la infección por el VIH realizada en los 18 países de habla inglesa del Caribe y en Suriname sugiere que el patrón de la epidemia del SIDA en esa zona está cambiando y que los distintos países se encuentran en diferentes etapas de transición. La epidemia comenzó en 1983 entre varones homosexuales y bisexuales, pero a continuación aumentó el número de casos de SIDA transmitidos por contacto heterosexual, que es actualmente el modo predominante de transmisión del VIH en Trinidad y Tabago, Bahamas, Jamaica, Barbados y en otros muchos países. Esta rápida transición de la transmisión homosexual a la heterosexual ha sido facilitada por patrones socioculturales y de comportamiento que pueden ser considerados típicos de la población del Caribe. En conjunto, la razón hombre/mujer tiende a igualarse excepto en Guyana donde, hasta el momento, solo se han notificado casos de SIDA en varones. La transmisión perinatal ya constituye un problema de máxima importancia en muchos países; en Bahamas, 19% de los casos ocurren en niños menores de 15 años. Las encuestas serológicas realizadas en Trinidad y Tabago, Jamaica, Antigua, San Vicente y las Granadinas, y otros países muestran la existencia de una elevada seroprevalencia del VIH entre los homosexuales (14-40%), prisioneros (4,0-10,0%), prostitutas (1,5-13%) y cocainómanos (2,0%); actualmente, la prevalencia en la población general sigue siendo baja. □

# REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud, Programa Global sobre el SIDA. Update on AIDS, July 1988.
- 2 St. John, R., Clifford, M. y Zacarías, F. Epidemiology of AIDS in the Americas. Presentado en la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Estocolmo, 12 a 16 de junio de 1988. Libro de resúmenes 1, resumen 5087, p. 336.
- 3 Bartholomew, C., Saxinger, C., Clard, J. W., Gail, M., Dudgeen, B., Mahabir, B., Hull-Drysdale, H., Cleghorn, F., Gallo, R. C. y Blattner, W. A. Transmission of HTLV-I and HIV among homosexual men in Trinidad. *JAMA* 257(19):2604-2608, 1987.
- 4 Murphy, E., Figueroa, P., Gibb, W. N. *et al.* Retroviral epidemiology in Jamaica. West Indies: Introduction of HIV into an HTLV-I endemic island. Documento presentado en la III Conferencia Internacional sobre el SIDA, Washington, DC, 1987.
- 5 Cleghorn, F. *et al.* London Conference on Global Impact of AIDS, marzo de 1988, p. 55.
- 6 Bishop, J. Family life in the Caribbean—Sociocultural issues which affect AIDS prevention strategies. Presentado en el CAREC Workshop on Prevention Counselling, julio de 1988.
- 7 Kerr, M. *Personality and Conflict in Jamaica*. Londres, Collins, 1963.
- 8 Hodge, M. Young women and the development of stable family life in the Caribbean. *A Journal of the Caribbean Artists Movement*, 1977.
- 9 Jagdeo, T. P. Myths, misconceptions and mistakes: A study of Trinidad adolescents. The Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1986.
- 10 Centros para el Control de Enfermedades. Reports on selected racial/ethnic groups. *MMWR* 37:1-3, 1988.
- 11 Reino Unido, Health Education Authority and Public Health Laboratory Service AIDS Centre. A quarterly epidemiological briefing on AIDS/HIV in the United Kingdom. Número 1, marzo de 1988.

# SUMMARY

## EPIDEMIOLOGY OF AIDS AND HIV INFECTION IN THE CARIBBEAN

A review of surveillance data on AIDS and HIV infection in the eighteen English-speaking Caribbean countries and Suriname suggests an evolving pattern of AIDS epidemic in the Caribbean, with different countries at various stages of transition. The epidemic began in 1983 among homosexual and bisexual males, and then was followed by an increase in AIDS cases resulting from heterosexual contact, the current predominant mode of HIV transmission in Trinidad and Tobago, the Bahamas, Jamaica, Barbados, and many other countries. This rapid transition

from homosexual to heterosexual transmission appears to have been facilitated by socio-cultural and behavioral patterns which may be considered typical of the Caribbean population. Overall, there has been a declining trend in male to female ratio of cases, except in Guyana, which so far has only reported cases among males. Perinatal transmission is already a major problem in many countries—19% of cases in the Bahamas are among children under 15 years of age. Serosurveys conducted in Trinidad and Tobago, Jamaica, Antigua, St. Vincent, and other countries show high HIV seroprevalence among homosexuals (14–40%), prisoners (4.0–10.0%), prostitutes (1.5–13%) and cocaine users (2.0%); at present prevalence in the general population continues to be low.

### Investigación en el Caribe

Entre los numerosos proyectos internacionales de investigación sobre el SIDA que realiza o en los cuales interviene el Instituto Nacional de la Alergia y las Enfermedades Infecciosas, de los Estados Unidos de América, destaca la investigación que está llevando a cabo en el Caribe en colaboración con la OPS. Como parte de esta investigación, varios científicos pertenecientes al Instituto trabajan junto con colegas haitianos para identificar los patrones epidemiológicos y de transmisión del SIDA en Haití, y en Trinidad y Tabago otro grupo de científicos está estudiando los factores genéticos y sociales que influyen en la adquisición del VIH y la manifestación del SIDA. Asimismo, con la ayuda del Instituto, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), de la OPS, ha establecido instalaciones de investigación especializada para apoyar los estudios epidemiológicos y sobre la historia natural del SIDA en los 19 países miembros.