

La epidemia del VIH en la isla de la Hispaniola

Jesús M. García
Calleja¹
Jaime E. Ollé Goig²

¹Asociación Africanista
Manuel Iradier (AAMI)

²Asociación Catalana
para la Prevención
y Tratamiento
de la Tuberculosis
en el Tercer Mundo
(ACTMON)

Resumen

La cuenca del Caribe es, después del África sub-Sahariana, la zona geográfica más afectada por la epidemia del VIH. Haití y la República Dominicana presentan los niveles más altos de infección en la población adulta con un 5,2% y un 2,8%, respectivamente. Las diferencias socioeconómicas y de los indicadores sanitarios entre los dos países que ocupan la isla son también marcadas en lo que se refiere a la infección por el VIH. Las altas tasas de enfermedades de transmisión sexual y de infección por VIH en los llamados grupos de riesgo en Haití podrían explicar estas diferencias, pero en ambos casos la tendencia de la epidemia parece estar en su fase ascendente, por lo que su mayor impacto está todavía por verse entre la población de la isla, habiéndose estimado que la tasa de la mortalidad general aumentará un 20% en Haití. Teniendo en cuenta las altas tasas estimadas de prevalencia del VIH en la población más joven (del orden del 2% al 3%), la expansión de la epidemia del VIH entre la población de la isla parece asegurada. Por otra parte, la falta de recursos adecuados disponibles en la actualidad para controlar la epidemia no contribuirá a su contención.

Palabras clave: Sida. VIH. Haití. República Dominicana. Epidemia.

Summary

The Caribbean region, after sub-Saharan Africa, is the region more severely affected by the HIV epidemic. In this geographical zone, Haiti and the Dominican Republic present the highest infection rates: 5.2% and 2.8% of the adult population, respectively. The differences in the socio-economical conditions and in the health indicators between the two countries that share the island of Hispaniola are also significant in relation to the HIV infection. The high rates of sexually transmitted diseases and of the HIV infection among the denominated groups at risk in Haiti could explain some of these differences but in both countries the epidemic is in its ascending phase and this means that the more severe impact of the epidemic on the population has not been seen yet; it has been estimated that the mortality will increase a 20% in Haiti. Considering the high prevalence rates of HIV infection calculated among the youngest (between 2% and 3%) the

expansion of the epidemic seems assured. On the other hand, the lack of adequate financial resources available at present to control the epidemic will not contribute to its containment.

Key words: AIDS. HIV. Haiti. Dominican Republic. Epidemic.

Introducción

Desde la aparición del sida en 1981, los países caribeños, y más concretamente Haití, han estado asociados con la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En los primeros años, el afán por identificar la causa del sida, originó que expertos de los EE UU, con fines epidemiológicos, identificaran unos grupos de alto riesgo, denominados de las "cuatro H": homosexuales, usuarios de heroína, hemofílicos y haitianos¹. Tal como se vio más tarde, la creación del grupo haitiano no tenía ninguna justificación epidemiológica² y ello indujo a la estigmatización y demonización, durante largo tiempo, de los ciudadanos de esta nacionalidad³. Investigaciones posteriores descartaron a Haití como origen geográfico de la epidemia y lo situaron en África central, pero esto no ha excluido a la isla de la Hispaniola de la pandemia del sida, donde en la parte haitiana se le sigue denominando popularmente, a menudo, como katrach (cuatro haches).

Los primeros casos de sida en Haití fueron descritos por el grupo GHESKIO de Puerto Príncipe en 1983, pero ya en 1978, en el hospital Albert Schweitzer de Deschappelles (en un área rural apartada en el valle del Artibonita), una autopsia practicada a un joven que murió con convulsiones generalizadas demostró una toxoplasmosis del sistema nervioso central⁴; en el mismo centro, en 1981, uno de los autores llevó a cabo una autopsia en un joven que falleció como consecuencia de una diarrea de origen desconocido y la única anomalía patológica que se pudo

Correspondencia:
J E Ollé Goig
Amigó 76
08021 Barcelona
Email: jaimeolle@terra.es

detectar fue una hipertrofia reactiva de los ganglios linfáticos⁵. Las primeras hipótesis sugerían que las importaciones de sangre de donantes haitianos y el turismo sexual de la comunidad gay de los EE UU a dicho país podían representar factores importantes en la extensión del VIH¹. Posteriormente, cuando se extendió la teoría del origen centroafricano del virus, la epidemia en Haití se asoció al retorno de varios miles de haitianos que habían trabajado con las Naciones Unidas en el Congo durante el proceso de descolonización⁶.

Los primeros casos de infección por VIH en la República Dominicana (RD) se notificaron en 1983⁷, y desde 1986 el sida fue agregado a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. El origen de la epidemia en la RD tampoco se conoce con exactitud y las diferentes hipótesis apuntaban, tanto a los turistas extranjeros como a los vecinos haitianos, sin embargo, la RD ha estado exenta de la estigmatización sufrida por Haití.

El presente artículo presenta la situación actual de la epidemia del VIH en la isla de la Hispaniola, sus posibles determinantes y su impacto en las sociedades dominicana y haitiana.

Datos sociodemográficos

Los dos países que ocupan la isla de la Hispaniola, Haití y la RD, además de compartir un espacio geográfico, tienen mucha historia en común que no se ha caracterizado, con frecuencia, como un entendimiento y convivencia entre buenos vecinos. Aunque ambos tienen una población similar (unos ocho millones de habitantes en cada país), la RD ocupa dos tercios de la superficie de la isla. No obstante, a pesar de su vecindad, son mayores las diferencias que las similitudes entre los dos. Haití está considerado como el país más pobre de América Latina con 250 \$ de renta anual por habitante frente a 1.500 \$ en la RD⁸. Las dos repúblicas presentan, sin embargo, similitudes en el alto crecimiento de la población (alrededor del 2% anual) (Tabla 1) y en la tendencia migratoria, tanto oficial como clandestina, de sus habitantes hacia los países del norte y, en especial, a los EE UU, donde reside aproximadamente el 20% de la población total de la isla⁹. No son infrecuentes en los diarios de la isla las noticias referentes a las yolas o pateras desaparecidas o requisadas con emigrantes hacia EEUU o Puerto Rico.

Los indicadores de salud no son nada favorables a Haití (Tabla 2). Ambos países presentan importantes tasas de enfermedades infecciosas, que constituyen todavía

Indicadores	Haití	R. Dominicana
Población total	7,4 millones	8 millones
Tasa anual de crecimiento de la población (%)	1,9	2
Renta per capita anual (\$)	250	1.460
Tasa población urbana (%)	51	62
Tasa de emigración (%)	0,45	0,4

Tabla 1.
Principales indicadores sociodemográficos

Indicadores	Haití	R. Dominicana
Esperanza media de vida (años)	51	71
Mortalidad infantil (<5 años por 1000 nacimientos vivos)	94	45
Mortalidad materna (por 100.000 embarazos)	1.000	110
Tasa fertilidad (%)	4,7	3,2
Tasa de vacunación completa en <1 año (%)	19	80

Tabla 2.
Principales indicadores de salud

una causa importante de morbilidad y mortalidad. En la RD, empero, en el patrón de morbi-mortalidad de la población las enfermedades de carácter crónico y degenerativo están adquiriendo una importancia creciente. La RD y, especialmente, Haití presentan claras deficiencias en los servicios de salud, tal como lo demuestra la alta tasa de mortalidad materna, que en Haití alcanza 1000 mujeres fallecidas por cada 100.000 embarazos. El descenso de la mortalidad infantil en la RD en los últimos años contrasta con la alta tasa que todavía padece Haití¹⁰.

Los dos países presentan altas tasas de fertilidad aunque ha habido una clara disminución en la última década. El alto índice de fertilidad y la tasa neta de emigración explican que el crecimiento de la población en el último quinquenio haya sido del orden del 2% anual¹⁰.

La baja cobertura de vacunación en los menores de un año en Haití es un reflejo de la ineficacia del sistema de salud, mientras que la RD mantiene una alta cobertura en el mismo grupo de edad, debido sobre todo a las campañas nacionales masivas realizadas en los últimos cinco años.

Estado actual de la epidemia del VIH

Notificación de casos de sida

Las diferencias importantes de los indicadores básicos de salud también se repiten por lo que respecta a la infección del VIH y sida. Ambos países notificaron los primeros casos de sida a principios de los 80 pero el avance de la epidemia ha sido más marcado en Haití. Estas diferencias no deben, sin embargo, enmascarar el aumento de la epidemia en ambas repúblicas.

Haití ha notificado un total de 8.899 casos acumulados de sida a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Haití dejó de notificar durante el período del golpe de estado militar de 1992), mientras que la RD ha notificado aproximadamente la mitad (4.733). La proporción de casos en los que se asume la transmisión sexual como modo de contagio es del 69% en la RD y del 85% en Haití, y la relación hombre/mujer de los enfermos es de 2/1 en la RD y 1/1 en Haití¹¹. Aunque existen otros grupos de comportamiento de alto riesgo, estos datos confirman que es el contacto sexual la principal vía de transmisión del VIH en la isla.

Vigilancia centinela del VIH

Las limitaciones de la notificación de los casos de sida para hacer el seguimiento correcto de la epidemia son obvias puesto que a los problemas de subdiagnóstico, subregistro y subnotificación se añade el del largo periodo de incubación del sida. Por estas razones la OMS recomendó en 1989 el establecimiento de un sistema de vigilancia centinela para obtener mejores datos sobre la tendencia de la epidemia¹². La vigilancia del VIH es indispensable para observar la evolución de la epidemia. El sistema de vigilancia establecido en cada país dependerá del tipo de epidemia y, a ser posible, debe acompañarse con datos sobre el comportamiento relacionados con las vías de transmisión.

Se han establecido sistemas de seguimiento del VIH en diferentes grupos de población con más o menos éxito en los dos países. Las recomendaciones de la OMS establecían la necesidad de realizar el seguimiento de la infección del VIH especialmente en algunos grupos: trabajadoras sexuales y pacientes con enfermedades de transmisión sexual (ETS), como poblaciones con comportamiento de riesgo, y mujeres embarazadas, como representantes de la población con comportamiento de bajo riesgo.

República Dominicana

La RD ha establecido desde 1991 un sistema relativamente eficaz de seguimiento del VIH en las mujeres embarazadas, así como en los otros dos grupos considerados con comportamiento de riesgo: trabajadoras sexuales y pacientes con ETS.

La metodología empleada en el caso de las mujeres embarazadas es la obtención de muestras anónimas y no ligadas, ya que se emplean los restos de sangre utilizados en los exámenes rutinarios para la detección de la sífilis en los controles prenatales (el 90% de las mujeres dominicanas da a luz en centros de salud)¹³. En la RD las trabajadoras sexuales deben someterse a exámenes médicos periódicos y es durante estas revisiones donde se realizan los estudios de seroprevalencia. Estos análisis se llevan a cabo también de manera anónima y no ligada. Igualmente, los pacientes con ETS se identifican en las clínicas de ETS y los estudios son de carácter anónimo. Es obvio que la utilización de los servicios de salud para determinar el grado de infección en la población general tiene sesgos y limitaciones, mas permite conocer las tendencias en estos grupos y el nivel de infección alcanzado. La Figura 1 presenta los datos obtenidos en estos grupos en la RD.

La seroprevalencia en las mujeres embarazadas presenta un incremento lento pero constante en los últimos años, habiendo pasado de 0,7% en 1991 a 1,4% en 1998 en la ciudad de Santo Domingo¹⁴. Las tasas encontradas en los grupos de trabajadoras sexuales y pacientes con ETS son ligeramente más elevadas pero no alcanzan las cifras que se observan en otros países con epidemias generalizadas como es el caso del África sub-Sahariana. Se observa una tendencia estabilizadora en las trabajadoras sexuales y una ligera disminución en los pacientes con ETS que puede ser debido al descenso del número de pacientes atendidos en los servicios durante los últimos años, lo que dificulta su interpretación.

Haití

Desdichadamente, no existe un sistema similar en Haití que aporte datos de seroprevalencia de una forma sistemática pero se han realizado numerosas encuestas en diferentes grupos de población (Tabla 3)¹⁵, que aportan suficientes datos para poder determinar la extensión de la infección por el VIH y que demuestran las diferencias considerables que existen en algunos grupos (tales como los pacientes con ETS y las trabajadoras sexuales) al compararse con la RD. Estas cifras muestran igualmente la pronta implantación del VIH y el origen más temprano de la

epidemia del sida en Haití. Las tasas de seroprevalencia que presenta Haití en todos los grupos son sensiblemente superiores a las de la RD.

Llama la atención las altas tasas de prevalencia del VIH encontradas en los grupos de riesgo que son similares a las cifras encontradas en los países africanos más afectados por el VIH.

Magnitud de la epidemia

Se han utilizado diferentes tipologías durante los últimos años para clasificar la epidemia, según los tipos I, II y III, según zonas geográficas similares¹⁶, o las más recientes acordadas por diversas organizaciones internacionales. Actualmente, la epidemia del VIH se clasifica en el glosario internacional en tres categorías: epidemia de baja intensidad o nivel bajo (cuando la tasa de seroprevalencia del VIH en los grupos de comportamiento de alto riesgo es inferior al 5%), epidemia concentrada (cuando la tasa de seroprevalencia está por encima del 5% en los grupos de alto riesgo) y epidemia generalizada (cuando dicha tasa ha llegado al 1% en las mujeres embarazadas)¹⁷.

La gran variabilidad de la epidemia del VIH entre países también se repite dentro de los grupos de población de un mismo país, pudiendo haber grandes diferencias de grados de infección entre diferentes grupos o entre distintas áreas geográficas.

El programa conjunto mundial de las Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA) publica regularmente estimaciones del nivel de infección por regiones y por países. Los datos aportados en el último informe presentan una clara diferencia en la extensión de la infección del VIH entre los dos países que nos ocupan. Se han llevado a cabo diferentes estimaciones y proyecciones sobre el impacto de la epidemia del VIH y, aunque existen discrepancias sobre sus resultados, los investigadores han utilizado metodologías similares y las diferencias se basan en los supuestos adoptados para estimar las tasas de seroprevalencia futuras en las poblaciones más afectadas. La metodología empleada para realizar las estimaciones está descrita en otras publicaciones¹⁸.

La tasa actual estimada de seroprevalencia en Haití es de 5,5% en la población de 15 a 49 años y de 2,8% en la RD¹⁹. Estas cifras se traducen en una estimación de aproximadamente 210.000 personas infectadas en Haití y 130.000 en la RD, actualmente. La temprana implantación del VIH en Haití explica el alto número de muertes ocasionado por el sida. La Tabla 4 presenta los principales indicadores de la epidemia estimados por ONUSIDA.

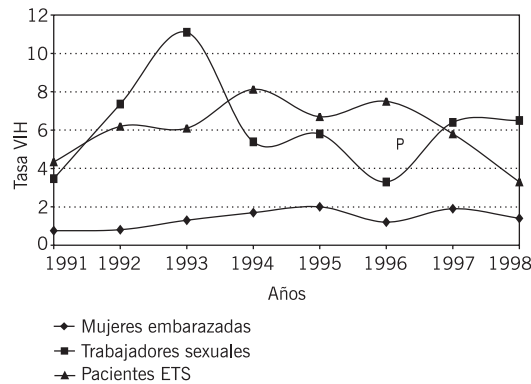


Figura 1. Tasa seroprevalencia VIH Santo Domingo, República Dominicana 1991-1998

Grupo	Año	Tasa VIH + (%)
Trabajadoras sexuales	1987	61
	1990	72
	1993	42
	1996	98
Mujeres embarazadas	1986	6
	1987	7,8
	1989	4,5
	1990	16,7
	1996*	4,5 - 13 (media 6)
Pacientes con ETS	1986	42
	1988-89	54
	1991-94	Hombres: 27 Mujeres: 25

Tabla 3. Resultados de encuestas de seroprevalencia del VIH en Haití

*9 centros departamentales excepto Puerto Príncipe

Sin duda el impacto en la población ha sido mayor en Haití, como lo demuestran tanto el número de personas infectadas por VIH, como el número de fallecimientos por sida que es ocho veces superior en Haití. Sin embargo, la prevalencia estimada de la infección en los grupos de menor edad (15-24 años) es bastante similar, lo que sugiere un incremento de la epidemia en los próximos años.

Por otra parte la tendencia de la tasa de infección de VIH en la población de 15-49 años en los últimos 15 años ha aumentado en toda la isla, tal como lo muestra la Figura 2. Ambos países presentan todavía una tendencia al alza de la epidemia y no se vislumbra una estabilización del nivel de prevalencia a corto plazo.

Discusión

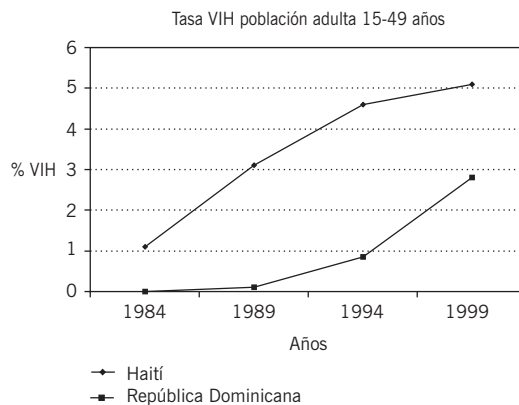
Los estudios epidemiológicos han mostrado que existe una tendencia natural de saturación del VIH en las

Tabla 4.
Datos básicos sobre
la epidemia del VIH

Indicadores	Haití	RD
Numero estimado de personas con VIH/sida en 1999	210.000	130.000
Tasa de VIH+ en mujeres de 15-24 años (%)	2,5-3,2	2,4-3,1
Número acumulado estimado de casos de sida	91.000	11.000
Número acumulado estimado de muertes por sida hasta 1999	22.000	5.000
Numero estimado de huérfanos por sida*	74.000	7.900
Tasa de VIH+ en adultos de 15-49 años (%)	5,5	2,8

(*): se considera huérfano a toda persona de <15 años que ha perdido al padre, a la madre o a ambos progenitores.

Figura 2.
Tasa infección VIH
población adulta



poblaciones afectadas. Una vez que la epidemia ha alcanzado su grado máximo de saturación en las personas más susceptibles o a riesgo de infectarse, la tendencia natural es la disminución de la incidencia y, por lo tanto, de la prevalencia, aunque esta sea a muy largo plazo. El problema principal consiste en saber cuando la epidemia ha alcanzado su máximo nivel y la duración de la meseta antes de su disminución. Existen poblaciones y países en África donde el nivel de saturación de la epidemia se ha situado alrededor del 2% (Senegal) y en el 10% (Uganda)^{20,21}, mientras que en otros países del África sub-Sahariana se han alcanzado cifras del 25% de infección en la población adulta.

En el caso de la isla de la Hispaniola es difícil predecir el nivel de saturación de la epidemia pero parece que no alcanzará las cifras máximas observadas en

África. Sin duda el impacto del VIH será mucho mayor en Haití pero aunque no se alcancen niveles de seroprevalencia tan elevados como en África la isla sufrirá cada vez con más fuerza los efectos de la infección por el VIH.

Se han identificado numerosos factores que determinan el curso de la epidemia en los países de escasos recursos. Una de las primeras teorías elaboradas identificaba a los llamados grupos de riesgo como las poblaciones puente para el paso del VIH a la población general¹⁶. Sin duda las altas cifras de infección presentes en los grupos de riesgo en Haití, en comparación con la RD, pueden explicar la fuerte presencia del VIH en la población general haitiana, representada por las mujeres embarazadas. Sabemos que el nivel de las ETS en una población actúa como un cofactor contribuyente a la extensión de la epidemia²². Mientras que en la RD el nivel de las ETS ha descendido en los últimos años¹⁰, en Haití la inestabilidad política de la última década y el subsiguiente deterioro de los servicios de salud, han acompañado al aumento considerable de las ETS. Además el bloqueo económico de Haití durante los años del régimen militar ha tenido un gran impacto en el ámbito de la población y de los servicios²³. Al no ser las ETS de notificación obligatoria en dicho país, sólo estudios específicos pueden arrojar algo de luz sobre el nivel de prevalencia de las ETS. En Cité Soleil, uno de los barrios más pobres de la capital, el 45% de las mujeres embarazadas presentaba una ETS y el 11 % tenía una prueba serológica de sífilis positiva¹⁰. Ambos países presentan un alto porcentaje de embarazos en adolescentes con un 2,3% en Haití y un 6% en la RD a los 15 años, alcanzando casi el 40% a los 19 años^{13,24}. Estos datos confirman el inicio temprano de las relaciones sexuales no protegidas de un gran segmento de la población y por lo tanto la susceptibilidad a la infección del VIH.

En un área donde la principal vía de contagio es a través de la relación heterosexual, hay que tener en cuenta que las mujeres raras veces pueden controlar su actividad sexual por completo, ya que no pueden ignorar el papel dominante de sus compañeros y los múltiples condicionantes sociales que las afectan²⁵. A un buen número de mujeres les parecerá irreal no desear embarazarse cuando el tener hijos es el único modo de legitimarse ante su pareja y de afirmarse socialmente; para otras el tener múltiples parejas será su único medio de acceder a los bienes materiales deseados. Mann ya afirmó que la eliminación de las desigualdades relacionadas con el género podría constituir el paso más importante para la prevención de la transmisión del VIH¹⁶.

El control de la transmisión del VIH se basa (una vez se ha asegurado el suministro de sangre no infectada y de material quirúrgico y de inyección estéril o de un solo uso), principalmente, en los cambios de comportamiento a través de la disminución de los contactos sexuales, la protección mediante preservativos y el tratamiento de las ETS. Para la aplicación efectiva de estas estrategias es necesario una educación encaminada a obtener cambios conductuales. Sin embargo, está demostrado que la adquisición de nuevos conocimientos no es suficiente para que estos se lleven a la práctica. En el mismo Haití, Pape pudo verificar como la educación y la consejería a parejas con uno o ambos miembros infectados por el VIH no conllevaba la adopción sistemática del uso del preservativo: a los dos años casi una cuarta parte de las mujeres había quedado embarazada; las campañas a través de los medios de comunicación aumentaron los conocimientos de la población sobre el virus pero las conductas de riesgo no desaparecieron entre los encuestados²⁶.

Los procesos rápidos de urbanización en la década de los setenta se han identificado también como cofactores en el aumento de las ETS y del VIH¹⁶. La población urbana es del 51% en Haití y del 62% en la RD y ambos países sufren un aumento de los asentamientos en barrios marginales de las principales ciudades desprovistos de la mayoría de servicios de higiene pública. Estas tendencias se han exacerbado por el aumento de las diferencias económicas entre las clases sociales. La urbanización suele acarrear un aumento de la prostitución, un aumento de los contactos entre diferentes grupos sociales y un cambio de costumbres y hábitos, entre ellos los sexuales. El condón se promueve como medida de prevención de las ETS y del sida. El 7,7% de las mujeres lo usan en Haití²⁴, lo que contrasta con el 16,8% en la RD¹³. Aunque estas cifras son sin duda insuficientes para disminuir la extensión de la epidemia del VIH podrían contribuir, en parte, a explicar las diferencias existentes entre Haití y la RD en cuanto a la evolución de la epidemia.

Varios estudios han mostrado el impacto que tiene la infección por el VIH en los 29 países africanos más afectados²⁷: aumento de la mortalidad general, disminución de la esperanza media de vida, y menor crecimiento de la población en todos ellos. La desaparición de una parte importante del grupo de población de edad adulta en los países en vías de desarrollo está produciendo graves consecuencias económicas debido al aumento de los gastos en salud y a la falta de mano de obra en ciertos sectores¹⁹. La epidemia del VIH en Haití tendrá un marcado impacto sobre la tasa de mortalidad general, habiéndose

estimado que para el año 2005 habrá aumentado un 20% debido al sida. En la ausencia del sida, en Haití se podría haber observado una ligera disminución de la tasa general de mortalidad que hubiese alcanzado 9 por 1.000 pero debido al sida dicha tasa se aproximará al 10,8 por 1.000²⁷. Existen pocos datos o estimaciones sobre los costos directos del VIH en la isla; el impacto macroeconómico de la epidemia en América Latina aún no se ha podido estimar pero los costos a nivel microeconómico en las familias son muy importantes. En 1990 se realizó un estudio en el Hospital Albert Schweitzer que calculó que los gastos de los enfermos VIH+ en el Departamento de Medicina (después de haber estimado el gasto anual por enfermo en 860 \$) representarían el 5,6% del presupuesto total del Hospital²⁸. Las estimaciones de los costos de la epidemia en estos países se enfrenta al grave problema del registro de datos. Pape afirmaba que en Haití sólo se notificaba el 30% de los casos de sida en 1993²⁶.

Es posible efectuar estimaciones a partir de las experiencias de otros países. Brasil tiene, posiblemente, el programa de prevención de la infección por VIH y atención al enfermo de los más avanzados de América Latina, y el 80% de los enfermos recibe terapia antiretroviral²⁹. Si se utiliza esta situación como objetivo ideal, el coste de la cobertura médica de todos los pacientes con sida en la RD sería de 21 millones \$ lo que representa el 1,2% del gasto público³⁰, pero si el tratamiento también se aplicase al 50% de las personas seropositivas el gasto alcanzaría el 15% del mismo. Si se toman en cuenta las necesidades en materia de prevención, la RD necesitaría 7 millones \$ anuales para establecer programas similares al de Brasil. Estas cifras deberían, sin duda, multiplicarse por dos en Haití. Desdichadamente, los fondos destinados al control de la transmisión del VIH en la Hispaniola distan mucho de alcanzar dichos montos.

El desarrollo turístico, sobre todo en la RD, ha tenido un aumento exponencial en los últimos años y el crecimiento económico de éste país en el último quinquenio ha sido espectacular³¹. Es conocido también que el turismo sexual se está constituyendo en un atractivo importante de la RD. No parece que las cifras macroeconómicas del turismo se hayan visto afectadas por la epidemia del VIH pero tampoco se ha alertado a los visitantes sobre el problema real que la infección del VIH representa.

Ya hemos indicado que fuera del ámbito de África sub-Sahariana, el Caribe es la zona más afectada por el VIH. Los países que rodean dicha cuenca (Surinam, Guyana, Honduras, Guatemala, Belice, Trinidad y Tobago, Jamaica) presentan en su mayo-

ría una epidemia de carácter generalizado con la transmisión sexual como principal mecanismo de infección. Puerto Rico y Cuba (dentro de las grandes islas) son la excepción. Puerto Rico sufre una epidemia de carácter concentrado en poblaciones de homosexuales y usuarios de drogas por vía endovenosa, y sin duda se ha beneficiado de la pronta respuesta a la epidemia y de las medidas de prevención adoptadas en los EE UU. Cuba, a pesar de compartir la misma cultura, tener hábitos similares y un creciente industria turística, sólo ha notificado 846 casos, de los cuales únicamente el 38% se atribuye al contacto heterosexual¹¹. No se conocen estudios de seroprevalencia en la isla y el tipo de respuesta promovido por las autoridades de salud de Cuba ha sido cuestionado por diferentes grupos³². El nivel de seroprevalencia se ha estimado en 0,02%³³, lo que constituye la excepción, por su bajo nivel, en la región del Caribe. Una baja tasa de ETS (con un sistema de salud conocido por su buen funcionamiento) podría explicar estas diferencias.

Conclusiones

Desde los mismos inicios de la epidemia el VIH está teniendo un impacto notable en la Hispaniola. Su influencia sobre la salud y la economía no está bien cuantificada pero todo parece indicar que sus efectos son graves e importantes en toda la isla, mucho más en Haití que en la RD. Es muy probable que a corto y mediano plazo, y a falta de un tratamiento curativo de bajo precio, de corta duración y fácil aplicación, y de una vacuna efectiva, la gravedad de la situación provocada por el sida vaya en aumento en ambos países.

La actitud marginalizadora de buena parte del personal de salud, la obtención indiscriminada de pruebas serológicas con ánimo de no atender a las personas infectadas y la escasez de medicamentos para gran parte de los enfermos son factores que no contribuyen a un mejor control de la epidemia. Ciertas actitudes de algunas autoridades religiosas constituyen otro tipo de escollo que hay que tener muy en cuenta y que dificultan la prevención efectiva de todas las infecciones que se transmiten por el contacto sexual y de los embarazos no deseados³⁴.

Finalmente, hay que destacar que los factores económicos tienen una influencia fundamental en el control del sida; los programas de ajuste estructural que se aplican en la región conllevan, al menos a corto plazo, un empeoramiento de las condiciones en las que el sida se desarrolla³⁵. De un lado de la frontera,

la inestabilidad política y el deterioro crónico de la situación socioeconómica en Haití dificultan su prevención³⁶, mientras que, del otro lado, el marcado crecimiento de la economía dominicana no se acompaña de una distribución más equitativa de las riquezas generadas³⁷. Por todo ello, la isla de la Hispaniola no será una excepción en la lucha emprendida en todo el mundo contra esta epidemia devastadora y el combate será largo y difícil puesto que su control está íntimamente ligado a la justicia social^{4,38}.

Bibliografía

1. Hooper E. *The River*. Boston: The Penguin Press. Little, Brown and co. 1999
2. Ollé-Goig JE. Groups at high risk for aids. *N Engl J Med* 1984;311:124.
3. Farmer P. *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1992.
4. Pape JW, Liautaud B, Thomas F, *et al*. Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Haiti. *N Engl J Med* 1983;309:945-50.
5. Ollé Goig JE. Del "Haz el amor y no la guerra" a la práctica del "sexo seguro": historia personal del sida y algunas reflexiones. *Med Clínica (Barc)* 1994; 103:181-5.
6. Piot P. AIDS in a heterosexual population in Zaire. *Lancet* 1984;2:68-72
7. Gómez E, Sweat M, Arbaje M, Butler M. *El SIDA y la infección VIH en la República Dominicana. Situación actual e impacto futuro*. SESPAS/PROCETS, Publicación Científica No. 4., Santo Domingo, República Dominicana, 1994.
8. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA)*, Epi fact sheets for Haití. 1999.<http://www.unaids.org>
9. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) 1993.
10. Pan American Health Organization (PAHO). *La salud en las Américas* 1998.
11. World Health Organization, (WHO). *Weekly Epidemiological Report* No. 48, 3 Diciembre 1999.
12. World Health Organization /GPA. *Sentinel surveillance for HIV infection*. Ginebra: WHO/GPA/DIR/88.8.
13. Encuesta demográfica y de salud (ENDESA) 1996. CESDEM, PROFAMILIA, ONAPLAN, Santo Domingo, República Dominicana 1997.
14. Programa de Control de las ETS (PROCETS). *Informe Vigilancia Centinela del VIH*. Santo Domingo, República Dominicana 1998.

15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Analyse de la situation sanitaire* 1998.
16. Mann J, Tarantola DJM, Newtter T, eds. *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard Press 1992.
17. UNAIDS/WHO. *Guidelines for second generation surveillance*. WHO/CDS/CRS/2000.5.
18. Schwartländer B, et al. *Country-specific estimates and models of HIV and AIDS: methods and limitations*. *AIDS* 1999;13:2445-58.
19. UNAIDS. *Report on the Global HIV/AIDS epidemic*. Ginebra: Junio 2000.
20. UNAIDS. *Acting early to prevent AIDS: the case of Senegal*. UNAIDS 99,34.E
21. UNAIDS. *Trends in HIV incidence and prevalence: natural cause of the epidemic or results of behavioural change?* UNAIDS 99.12E
22. Laga M, et al. Interrelationship of sexually transmitted diseases and HIV: where are we now? *AIDS* 1994; 8 (Suppl 1):S119-S124.
23. Gibboms E, Garfield R. The impact of economic sanctions on health and human rights in Haiti 1991-1994. *Am J Public Health* 2000;1:140.
24. Haiti Demographic Health Survey. Macro International, 1995.
25. Heise LL, Elias C. Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. *Soc Sci Med* 1995;40:931-43.
26. Pape JW, Johnson, Jr. WD. AIDS in Haiti: 1982-1992. *Clin Infect Dis* 1993;17(Suppl 2):S341-345.
27. UNAIDS/UNFPA. *The demographic impact of HIV/AIDS*. Report on a technical meeting: New York, 10 Noviembre 1998.
28. Ollé-Goig JE, Rodés A, Casabona J. The impact of HIV infection in a rural hospital in Haiti. *J Trop Med Hyg* 1994;97:21-5.
29. Isazola JA. *Cuentas nacionales de SIDA en Brasil, México, Guatemala y Uruguay*. Fundación Mexicana para la Salud, 2000.
30. Isazola JA, et al. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. *SIDALAC* 1998.
31. El Banco Mundial: la economía de la RD es la "nueva estrella" de AL. *Listín Diario*. Santo Domingo, 10 Febrero 2000.
32. Burr C. Havana. Assessing Cuba's approach to contain AIDS and HIV. *Lancet* 1997;350:647.
33. Editorial. HIV in Latin America and the Caribbean. *Lancet* 2000;355:2087.
34. *Los preservativos en la mira del cardenal*. Rumbo. Santo Domingo, 4 Octubre 1999.
35. Lurie P, Hintzen P, Lowe RA. Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the roles of the International Monetary Fund and the World Bank. *AIDS* 1995;9:539-46.
36. *Un informe de la ONU destaca la pobreza existente en el país*. *Listín Diario*. Santo Domingo, 18 Noviembre 1999.
37. Donovan B, Ross MW. Preventing HIV: determinants of sexual behaviour. *Lancet* 2000; 355:1897-1901.
38. Ollé Goig JE. Sida y mujer. *Med Clíin (Barc)* 1997; 108:315.