



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



126.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 26 al 30 de junio de 2000

Punto 4.2 del orden del día provisional

CE126/9 (Esp.)

24 abril 2000

ORIGINAL: INGLÉS

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMÉRICAS

En este documento se presenta un resumen de la situación de la infección por el VIH/SIDA en las Américas, así como un breve informe sobre las actividades pertinentes. Además, se pone al día al Comité Ejecutivo sobre varios temas tratados en su sesión anterior. De interés particular son el estado de la vigilancia de segunda generación de la infección, el “Modelo de elementos de atención integral” para la atención de la enfermedad, y la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH.

Se solicita al Comité que examine el documento y formule los comentarios pertinentes para ayudar a la Organización a definir y aplicar políticas, en particular con relación a los siguiente dos temas: a) fortalecimiento de la prevención primaria, lo que abarca las estrategias de comunicación social, y b) mejores respuestas ante el aumento de la demanda de atención generada causada por la infección por el VIH/SIDA.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Situación actual de la epidemia de infección por el VIH/SIDA.....	3
2. Estrategias y beneficios de la prevención primaria	6
3. Prevención de la transmisión de madre a hijo.....	8
4. Respuesta al reto del aumento de la demanda de atención	9
5. Informe de avance y perspectivas futuras	10

Anexo

1. Situación actual de la epidemia de infección por el VIH/SIDA

La epidemia de infección por el VIH/SIDA en las Américas ha entrado en su tercer decenio y sigue creciendo en forma sostenida. Actualmente, en la Región hay cerca de 2,6 millones de personas que viven con el VIH; de ellos, 1,3 millones en América Latina, 360.000 en el Caribe, y aproximadamente 1 millón en América del Norte. Estas cifras siguen aumentando y se calcula que cada día hay entre 600 y 700 nuevos infectados por el VIH en esta Región. La mortalidad a fines de 1999 había llegado a más de medio millón de personas. Por otro lado, la epidemia de VIH en las Américas todavía se encuentra contenida, en el sentido de que no tiene amplia repercusión sobre la población general. Sin embargo, hay algunas zonas donde la epidemia ha alcanzado proporciones preocupantes. Seguidamente se encontrará un breve resumen de la epidemia en la Región.

El Caribe. La gran mayoría de las personas VIH positivas en el Caribe se han infectado por mantener relaciones heterosexuales sin protección. Haití es el país más afectado en la subregión. En algunos estudios, 13% de mujeres embarazadas resultaron positivas a la infección por el VIH en 1996. El país calcula que alrededor de 10% de adultos de las zonas urbanas y 4% de las zonas rurales están infectados por el VIH. Guyana, las Bahamas y República Dominicana también se han visto golpeados fuertemente por la epidemia. Guyana detectó que cerca de 7,1% de mujeres embarazadas y 46% de trabajadoras sexuales en Georgetown, la ciudad capital, arrojan resultados positivos a la infección por el VIH. En las Bahamas la prevalencia fue de 3,6% entre mujeres embarazadas en 1995, y el doble de esa cifra (7,2%) en grupos de alto riesgo (pacientes con infecciones de transmisión sexual [ITS] distribuidos en todo el país). En 1998, la prevalencia de infección por el VIH entre las trabajadoras sexuales, en República Dominicana, promediaba 5,5% lo cual representa un aumento de 3,3% con respecto a la cifra de apenas 2 a 3 años atrás.

En Puerto Rico se notificaron 24.387 casos de SIDA y 15.190 defunciones debidas a esta enfermedad. Las principales categorías de exposición están relacionadas con el consumo de estupefacientes intravenosos en los hombres (55% de casos) y con el contacto heterosexual en las mujeres (59% de los casos).

Centroamérica. Algunos de los países de Centroamérica se encuentran entre los más afectados por la epidemia en América Latina. En Honduras hay señales de que la epidemia se está transmitiendo a la población general (1,4% de las mujeres embarazadas distribuidas en todo el país en 1998). Los estudios epidemiológicos de la infección por VIH entre otros grupos, como trabajadoras sexuales en San Pedro Sula, mostraron que una de cada cinco estaba infectada por el VIH. En otras cinco ciudades (1998) la prevalencia promediaba 10% entre los trabajadores sexuales. En Belice, El Salvador, y Guatemala, la epidemia ya es motivo de inquietud (prevalencia de 1,4% de

infección por el VIH entre mujeres embarazadas en Belice). Otras poblaciones mostraron cifras considerablemente mayores, por ejemplo, en Puerto Barrios (Guatemala) 11% de profesionales del sexo resultaron VIH positivas, en comparación con 4,7% en la Ciudad de Guatemala. En El Salvador, 6% de los pacientes con ITS dieron resultados seropositivos al VIH en 1995-1996. En Costa Rica y Panamá, la epidemia es más grave entre los hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con otros hombres.

México. El Programa Nacional contra el SIDA calcula que a fines de 1999, en México, había cerca de 174.000 personas que viven con el VIH. La epidemia sigue siendo encabezada por hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con otros hombres. En algunos estudios, 14,2% de este grupo estaba infectado por el VIH y probablemente actúa como puente hacia la población general. La epidemia es especialmente grave en el grupo de edad de 25 a 44 años. Actualmente, en México el SIDA es la tercera causa más común de muerte en hombres y la sexta causa más común de muerte en mujeres.

Brasil. El país ha notificado 66.636 casos de SIDA y calcula que, para fines de 1999, alrededor de 540.000 personas vivían con el VIH y el SIDA. La mayoría de las infecciones están concentradas en las principales zonas urbanas y entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Aunque el último grupo sigue siendo importante en la transmisión del VIH, en años recientes el consumo de drogas que se inyectan ha contribuido en medida considerable al aumento del número de personas infectadas por VIH. Entre las mujeres embarazadas de 13 a 24 años de edad, las tasas de prevalencia de infección por el VIH variaban de 1,7% en el sudeste del país a principios de 1997 a un 0,2% en el norte un año después. En el país en su totalidad, una prueba anónima realizada en marzo de 1998 demostró que la prevalencia de infección por VIH entre 6.290 mujeres embarazadas de 13 a 24 años de edad era de 0,4%. En clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual (ETS), 3,7% de los varones y 1,7% de las mujeres dieron resultados positivos al VIH el mismo mes. Entre los pacientes en las salas de urgencias de hospitales, 1,7% de hombres y 1,2% de mujeres dieron resultados seropositivos al VIH.

En el *Cono Sur*, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los consumidores de drogas inyectables siguen siendo los grupos más afectados por la epidemia. Se cree que entre un 5% y un 10% de los adultos se infectan con el VIH por compartir jeringas o agujas y otros elementos que usan los consumidores de drogas inyectables. Al uso de drogas inyectables se atribuye el desplazamiento de la epidemia hacia un grupo de menos edad (de 30-49 a 20-34 años), y el número creciente de mujeres que se están infectando, que pasó de cero casos en 1985 a más de 20% de casos en 1996. En particular en la Argentina, el consumo de drogas inyectables ha desempeñado un papel considerable en la propagación de la epidemia casi desde sus comienzos, y desde 1990 es la categoría de riesgo más predominante. Según cifras más recientes, al consumo de

drogas inyectables se atribuía más del 40% de los casos notificados de SIDA. En Chile se ha hallado que la infección por VIH es limitada en la población general en varias zonas del país, entre otras Santiago, la capital, donde se piensa que el comportamiento de riesgo es más alto. Entre las mujeres embarazadas entre 1992 y 1997, las tasas de prevalencia de infección por el VIH han quedado por debajo de 1 por 1.000. En Uruguay se registraron tasas igualmente bajas entre más de 8.000 trabajadores evaluados en 1997. Apenas 0,26% de las muestras resultaron VIH positivas.

El *Área Andina* parece estar relativamente poco afectada por el VIH hasta la fecha, aunque no hay que dormirse sobre los laureles puesto que el comportamiento de riesgo está bien establecido en varios países. En Colombia se calculó que 67.000 personas vivían con el VIH en 1998. A mediados de los años noventa, la tasa general de seroprevalencia era de 0,24% en una campaña nacional (130.000 personas analizadas) para promover la orientación y las pruebas voluntarias para detectar el VIH. Desde su inicio, la epidemia ha afectado principalmente a los hombres. Sin embargo, la razón hombre-mujer ha bajado, de 37:1 en 1987 a 5:1 en 1998. En los altiplanos, el VIH se transmite principalmente mediante relaciones sexuales sin protección entre hombres, mientras en las zonas costeras la epidemia se alimenta en gran parte de relaciones heterosexuales sin protección. En 1996, Bogotá tenía una prevalencia de 0,1% entre mujeres embarazadas en comparación con 0,4% en Cali. En Perú, en 1998, la prevalencia de infección por el VIH entre mujeres embarazadas era de 0,23% y de 0,07% entre donantes de sangre. Entre grupos de alto riesgo, un estudio en curso de las trabajadoras sexuales ha encontrado 1,6% de resultados positivos al VIH, en Lima, y 0,6% en las provincias. En todos los grupos la prevalencia fue mayor en las ciudades que en las zonas rurales. En Bolivia, la vigilancia centinela regular entre las mujeres embarazadas encontró poca infección por VIH. En 1997, apenas 0,5% de 980 mujeres embarazadas dieron resultados positivos para el VIH. Entre las trabajadoras sexuales evaluadas en Santa Cruz, se encontró que solo 0,3% eran VIH positivas en 1998.

En *América del Norte* el uso amplio de terapias antirretrovirales combinadas ha reducido la mortalidad y retardado el avance de la infección por VIH a SIDA. De más de 700.000 casos de SIDA notificados en Estados Unidos hasta junio de 1999, casi 90% de los casos se dieron entre hombres que tuvieron relaciones sexuales con otros hombres o consumidores de drogas inyectables. Solo 10% se atribuyó a transmisión heterosexual. Las tendencias recientes de la infección por VIH revelan que ambos grupos (varones homosexuales y consumidores de drogas inyectables) siguen siendo los grupos más afectados, aunque la transmisión heterosexual entre las mujeres no ha dejado de aumentar. Estas tendencias son particularmente notorias en las zonas urbanas deprimidas y entre grupos marginados. En Canadá, la prevalencia de infección por el VIH es muy baja, pero la transmisión del VIH está cada vez más relacionada con el contacto heterosexual y los usuarios de drogas inyectables como principales fuentes de

transmisión. Al comienzo de la epidemia (1985), las relaciones homosexuales entre varones solían representar la mayoría de los casos de VIH (75%); 10 años después solo 36,5% de los casos sigue estando relacionado con esta categoría. Por contraste, el uso de drogas inyectables que, en 1994 representaba apenas 9% de los casos, actualmente es causante de entre 29% y 33,5% de todas las infecciones por el VIH. La proporción entre hombres y mujeres entre los casos nuevos de VIH notificados en 1985 fue de 9,4 varones infectados por cada mujer infectada, cifra que aumentó a 1,5 para 1998.

En general, la epidemia de infección por el VIH/SIDA en las Américas sigue siendo un mosaico de epidemias pequeñas y todavía discretas, que deben tratarse más vigorosamente para impedir que se generalicen en la Región.

2. Estrategias y beneficios de la prevención primaria

No se cuestiona la necesidad de proporcionar atención de calidad a las personas que viven con infección por VIH/SIDA, pero el énfasis en los enfoques simplistas que descuidan las intervenciones más básicas y asequibles ha creado dilemas de asignación de recursos para enfrentarse con la epidemia de SIDA. Hay una creencia generalizada de que la atención de salud equivale a intervenciones curativas. Además, muchas personas creen que el SIDA ya se ha convertido en una enfermedad crónica tratable y que ya no hay necesidad de evitar las relaciones sexuales de alto riesgo ni el consumo de drogas. Sin embargo, las intervenciones conductuales siguen siendo la piedra angular para controlar la epidemia de infección por VIH/SIDA.

En años recientes se ha asignado particular importancia a las intervenciones educacionales para la promoción de la salud sexual y reproductiva. En esta campaña, en lugar de centrarse en las enfermedades y la disfunción, se recalcan el valor y las ventajas de los estilos de vida sanos. Por ejemplo, Colombia lanzó una iniciativa para la incorporación de la educación sexual en los programas de estudios escolares que hace hincapié en los aspectos positivos de la sexualidad humana y promueve el desarrollo de actitudes y comportamientos sexuales saludables. El Programa Regional sobre el SIDA ha elaborado, en colaboración con una universidad de los Estados Unidos, un modelo para promover los comportamientos sexuales saludables entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Este modelo (“cara a cara”) ya se ha aplicado en forma piloto entre varones latinos que viven en los Estados Unidos, así como en países de América Latina y el Caribe.

Las intervenciones conductuales, que combinan estrategias de instrucción formal con iniciativas de comunicación social e interacciones cara a cara, como orientación y educación recíproca, han resultado sumamente eficaces para prevenir la infección por el VIH/SIDA. Un público bien informado tiene mayores probabilidades de adoptar prácticas

preventivas si la intervención es apropiada para ese grupo destinatario particular. Costa Rica, Jamaica, México, Venezuela y Perú han elaborado intervenciones en las cuales la información objetiva y la educación cara a cara se combinan eficazmente para estimular cambios de conducta positivos entre grupos de trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personal de las Fuerzas Armadas y jóvenes que viven en la calle. Las campañas de toma de conciencia preparadas en Brasil también son buenos ejemplos de cómo un mensaje central puede adaptarse a situaciones específicas (por ejemplo, Carnaval, Día Mundial del SIDA, etc.) y a poblaciones destinatarias (por ejemplo, los jóvenes, los turistas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres).

En resumen, la prevención y la atención integral no deben verse como áreas en competencia sino como partes vitales de un proceso continuo de salud que debe servir para frenar la propagación adicional de la infección por VIH, al tiempo que se satisfacen las necesidades de los ya infectados. Una mejor integración de los servicios de atención y tratamiento, entre otros, la atención a las ETS y el tratamiento para el abuso de sustancias narcóticas, permitiría a los Estados Miembros aprovechar numerosas oportunidades para la prevención: primero, ayudar a los no infectados a mantenerse así; segundo, ayudar a las personas infectadas a mantenerse más sanas; y tercero, ayudar a los infectados a iniciar y mantener comportamientos que evitarán que se siga transmitiendo el VIH.

Por último, y como parte de la prevención primaria, está haciéndose cada vez más evidente que una vacuna ofrecería esperanza para controlar la pandemia en el futuro. Hasta ahora, la mayoría de las posibles vacunas contra el VIH se han basado en las proteínas gp 120 o gp 160 de las cepas del subtipo VIH-1 B, que prevalecen en las Américas y Europa occidental. También se han creado posibles vacunas basadas en cepas del subtipo E, las cuales se están probando en Tailandia, donde este subtipo afecta a la mayoría de los grupos de población. Se está trabajando sobre otras posibles vacunas para inducir inmunidad celular (a diferencia de la producción de anticuerpos); el uso de vectores recombinantes vivos (vectores a base principalmente de poxvirus, como los poxvectores multigenes de los canarios) y, más recientemente, la inmunización con ADN desnudo. En el futuro, deberán realizarse ensayos colaborativos tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo para evaluar la eficacia protectora de las diferentes posibles vacunas. Sin embargo, una vacuna futura no será la única solución a la pandemia de infección por el VIH/SIDA. Aun si se dispusiera de vacunas contra el VIH, eficaces y de bajo costo, estas vacunas tendrían que aplicarse como parte de paquetes integrales de prevención del VIH, entre las que se incluyen otras intervenciones sociales y conductuales.

3. Prevención de la transmisión de madre a hijo

La transmisión de madre a hijo (TMH) es la fuente más significativa de infección por VIH en los niños menores de 10 años. A fines de 1999, la razón entre hombres y mujeres en cuanto a transmisión de VIH en la Región era de 2,2 hombres por cada mujer. Esto es significativo, pues ilustra el aumento de la tasa de transmisión heterosexual del VIH y su repercusión posterior sobre el número de casos de SIDA pediátrico, con el consiguiente aumento de la transmisión del VIH de la madre al hijo. Hasta febrero de 2000, en la Región se habían notificado 26.809 casos pediátricos. Esta cifra representa 2,7% de todos los casos notificados de SIDA. La situación es particularmente preocupante en los países del Caribe, ya que estos ocupan el segundo lugar en cuanto a magnitud de la epidemia, después de los países de África al Sur del Sahara. Los datos indican que las madres jóvenes de 15 a 24 años (Belice, Guyana, Jamaica, Trinidad y Tabago) son particularmente vulnerables a la infección por el VIH en comparación con los grupos de mayor edad. Estas mujeres tienen también más probabilidad de tener partos múltiples.

Numerosos estudios realizados en todo el mundo revelan que la tasa de transmisión del VIH de madre a hijo, en ausencia de intervenciones preventivas, oscila entre 25% y 45% en las regiones en desarrollo (la mayoría de los cálculos son entre 30% a 35%). Dos tercios de los lactantes que contraen el VIH se infectan en el período prenatal o en el período intraparto, y un tercio se infecta posparto debido a la lactancia materna. De las experiencias en todo el mundo, hemos aprendido que hay varias intervenciones eficaces para reducir la tasa de TMH. Estas incluyen orientación y pruebas voluntarias y confidenciales, terapia antirretrovírica (ARV), (zidovudina [AZT] o nevirapina), nutrición adecuada, opciones a la lactancia materna, manejo durante el parto, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, cesárea electiva y lavado vaginal. Si estas intervenciones se efectúan oportunamente se logra una notable reducción de la transmisión perinatal de 25% a 8% o menos.

El reto principal para contener la transmisión del VIH de la madre al hijo es no solo proporcionar un paquete integral de intervenciones a todas las mujeres embarazadas, sino también procurar que las mujeres embarazadas soliciten atención antes de las 36 semanas de gestación, para poder ofrecerles una amplia gama de opciones preventivas (orientación voluntaria y confidencial y pruebas para el VIH, intervenciones nutricionales, terapia antirretrovírica). Todas las mujeres embarazadas deben contar con acceso temprano, preferiblemente en el primer trimestre del embarazo, a la atención prenatal de buena calidad, recibir buena atención intraparto y posnatal, así como seguimiento y servicios de apoyo para ellas y sus hijos. En la actualidad Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Brasil, Chile, Cuba, República Dominicana, Jamaica, México y Uruguay, entre otros países, están comprometiendo recursos considerables para prevenir

con éxito la TMH del VIH. En muchos de estos países, la AZT se entrega a las mujeres embarazadas en forma gratuita, pero veces no la reciben después del parto. Se necesitan esfuerzos todavía mayores para garantizar la atención integral y a largo plazo de las mujeres y los niños, especialmente en los países que todavía no han aplicado esta estrategia, que dé resultados satisfactorios y sea eficaz en función de sus costos.

4. Respuesta al reto del aumento de la demanda de atención

Uno de los objetivos de los programas integrales de atención a la infección por el VIH/SIDA es lograr la equidad en la prestación de la atención. Para ello el diseño de los programas de atención de la infección por el VIH/SIDA y su vigilancia y evaluación deben basarse en normas mínimas.

La Organización Panamericana de la Salud ha convocado una serie de consultas de expertos para definir qué tipos de intervenciones y respuestas pueden proporcionarse con relación a la disponibilidad de recursos. Se contemplaron tres escenarios diferentes y la norma mínima de la atención que los países deben esforzarse por lograr se delineó dentro de un escenario definido como *entorno limitado por los recursos*. En este entorno, se dispone de análisis y medicamentos básicos en cantidad limitada, en todo los niveles de atención de la salud. Si se dispone de más recursos (financieros y técnicos, de infraestructura física y servicios de apoyo) y aptitudes (proveedores de servicios de salud y prestadores de asistencia adiestrados), se presentan dos escenarios mejores, a saber el *entorno de recursos competentes* y el *entorno de recursos óptimos*. Dentro de estos tres escenarios, la amplia gama de actividades necesarias para satisfacer las necesidades médicas, sociales y emocionales de las personas que viven con infección por el VIH/SIDA se incorporan como “elementos de acción integral” en la estructura compleja de los programas integrales de atención. El enfoque de “elementos de acción integral” tiene por finalidad lograr equidad, eficacia, eficiencia y una atención de calidad para la vida de las personas con infección por el VIH/SIDA en la comunidad y el hogar, así como en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria del sistema de salud. También se contempla el suministro de los fármacos necesarios, incluidos los medicamentos antirretrovíricos (ARV) (anexo).

Para facilitar el acceso por los Estados Miembros a los productos farmacéuticos de vanguardia, se establecerá un Fondo Regional de Suministros Estratégicos de Salud, que incluye medicamentos antirretrovíricos y los reactivos necesarios para vigilar los tratamientos antirretrovíricos. El Programa Regional sobre VIH/SIDA y ETS se ha encargado de la preparación de una lista preliminar detallada de medicamentos antirretrovíricos, basados en listas nacionales y en la información actualizada existente acerca de los productos farmacéuticos que deben incorporarse en los esquemas de terapia combinada. El Fondo se lanzará primero como proyecto piloto en un país. Si los

resultados son satisfactorios, funcionará con un número más grande de países, hasta que en último término responderá a las solicitudes de todos los países de la Región que deseen participar.

5. Informe de avance y perspectivas futuras

La OPS ha seguido estableciendo alianzas estratégicas y trabajando con colaboradores claves en la lucha contra el VIH/SIDA y las ITS en la Región. Por lo tanto, en 1999 la OPS asumió un papel de liderazgo con la coordinación de la planificación integrada del sistema de las Naciones Unidas (ONUSIDA) en favor de las respuestas nacionales a la infección por el VIH/SIDA. La OPS trabajó en estrecho contacto con gobiernos (ministerios de salud) y colaboradores claves (organismos internacionales y bilaterales, universidades, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias) para promover el consenso, la participación activa y el compromiso con la planificación integrada. Durante 1999, se realizó planificación interinstitucional integrada en Centroamérica, Chile, Colombia, Jamaica y México. Las reuniones del Grupo de Estudio del Caribe sobre la infección por el VIH/SIDA se celebraron en junio de 1999 (Antigua) y marzo de 2000 (Trinidad) para elaborar el Plan Estratégico Regional Pancaribe contra el VIH/SIDA y las ITS (1999 a 2004).

En el área de la epidemiología, los esfuerzos se concentraron en la vigilancia de la infección por el VIH/SIDA de segunda generación, que integra un componente conductual así como vigilancia molecular y de ITS, a los mecanismos ya en funcionamiento de notificación de casos de SIDA y vigilancia centinela del VIH. Para difundir los principios de la vigilancia de segunda generación, la OPS ayudó a establecer y fortaleció activamente las redes epidemiológicas, incluida una red regional de vigilancia (EpiNetwork). Durante 1999, las redes subregionales de vigilancia de la infección por el VIH/SIDA comenzaron a funcionar en el Cono Sur, Centroamérica y el Área Andina, y se iniciaron tareas para crear una red del Caribe.

Tal como se mencionó anteriormente, en 1999 se finalizó el *Modelo de elementos de atención integral* (anexo) para la atención integral de la infección por el VIH/SIDA. Este modelo, establecido en colaboración con la OMS, el ONUSIDA y la Asociación Internacional de Médicos en el Cuidado del SIDA (IAPAC), constituye otro ejemplo de un esfuerzo fructífero de planificación conjunta.

Para fines de 1999, se había culminado el adiestramiento regional en el manejo sindrómico de las ITS en el cual participaron todos los países. También se respondió a solicitudes especiales de países para el adiestramiento en el plano de la atención primaria de salud en Argentina, El Salvador, Haití y Paraguay. Además, en un taller regional realizado en abril de 1999, se modificaron y se apoyaron normas de vigilancia de las ITS

de segunda generación, las cuales servirán de herramienta práctica para mejorar la vigilancia de las ITS en las Américas. La Secretaría de la OPS/OMS también ha preparado diversos documentos basados en la estrategia de ITS-PACET de la OMS para asegurar que los mensajes y los métodos de prevención se incorporen en las iniciativas de prevención y de atención integrales.

Durante 1999, varios países empezaron a elaborar o ya estaban poniendo en práctica programas para reducir la transmisión del VIH de la madre al lactante. Estos países incluyen Belice, República Dominicana y Jamaica. Belice ha desarrollado una estrategia nacional para combatir la TMH y realizará pruebas piloto, que incluirán el suministro de ARV, antes de ampliarla al resto del país. Jamaica ha iniciado un proyecto piloto para evaluar la factibilidad de la prevención de la TMH del VIH. Varios países en América Central y del Sur están solicitando el asesoramiento técnico de la OPS para la planificación, formulación, ejecución y evaluación de las intervenciones contra la TMH.

En 1999, el Director contrajo un compromiso especial de renovar los esfuerzos regionales para promover estrategias de comunicación social que produzcan cambios de conducta conducentes a la adopción de prácticas sexuales de menor riesgo, especialmente entre los jóvenes. Se ha iniciado la búsqueda de un profesional de tiempo completo, y la OPS está buscando la participación y colaboración del ONUSIDA, otras instituciones y gobiernos en este esfuerzo regional renovado.

A pesar del progreso logrado por los países, otras instituciones y la Secretaría de la OPS, se necesitan aun más esfuerzos para reducir la propagación y la repercusión de la epidemia de infección por el VIH/SIDA en las Américas. En términos generales, hay una necesidad urgente de fortalecer la capacidad nacional y local de evaluar mejor la situación del VIH/SIDA y las ITS, los comportamientos de riesgo asociados con su transmisión y los factores que obstaculizan su prevención y control. Más importante aun es que la presencia y el fomento de un liderazgo nacional fuerte, la capacidad de movilizar recursos y establecer alianzas múltiples y la amplia aplicación de intervenciones técnicas, éticas y científicamente sólidas se mantengan como los componentes más vitales de la lucha contra el VIH/SIDA y las ITS en las Américas.

Anexo

MODELO DE ELEMENTOS DE ATENCIÓN INTEGRAL

Para determinar las normas de atención en cualquier entorno, deben considerarse tres dimensiones diferentes que influyen en la elección de las normas.

- La *primera dimensión* trata los aspectos técnicos de la intervención que se proporciona, y es determinada por la eficacia y la eficiencia de las intervenciones específicas.
- La *segunda dimensión* es determinada por los factores sociales y contextuales, que hacen que las intervenciones eficaces sean funcionales en condiciones operativas.
- La *tercera dimensión* incluye el entorno de las normas, y está determinada por el nivel del sistema de atención de salud que proporciona tales intervenciones (por ejemplo, asistencia domiciliaria, comunidades, dispensarios, hospitales, centros de remisión terciaria).

En cada país deben definirse las normas de atención, para cada nivel de los servicios y para cada población afectada. Aunque es posible que haya normas universales, es importante recalcar que las normas locales deben reflejar la mejor atención que puede recibirse en las circunstancias locales actuales.

ATENCIÓN APROPIADA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Servicios de tamizado y de diagnóstico<input type="checkbox"/> Orientación y apoyo psicosocial<input type="checkbox"/> Educación y participación de la comunidad<input type="checkbox"/> Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas y otras infecciones<input type="checkbox"/> Intervenciones nutricionales<input type="checkbox"/> Manejo de las infecciones de transmisión sexual<input type="checkbox"/> Manejo del VIH en la práctica de la obstetricia y la ginecología<input type="checkbox"/> Manejo del dolor y cuidados paliativos<input type="checkbox"/> Terapia antirretrovírica<input type="checkbox"/> Terapia antitumoral<input type="checkbox"/> Atención neurológica y psiquiátrica<input type="checkbox"/> Manejo de las adicciones<input type="checkbox"/> Procedimientos quirúrgicos<input type="checkbox"/> Manejo de las quejas y disfunciones sexuales

Los escenarios propuestos son:

Escenario I: En este entorno, se dispone de la capacidad de análisis y de medicamentos básicos (por ejemplo, la profilaxis contra la tuberculosis y cuidados paliativos) en cantidad limitada a todos los niveles del sistema de salud (primario, secundario, terciario). Las intervenciones se concentran en las actividades de *prevención secundaria* (es decir, profilaxis de infecciones oportunistas y prevención de comportamientos potencialmente perjudiciales) para evitar un mayor deterioro físico y proporcionar alivio sintomático. La terapia antirretrovírica (ARV) está al alcance para prevenir la transmisión de madre a hijo (TMH) al nivel secundario del sistema de salud.

Escenario II: En este entorno, se dispone de la capacidad de análisis y de los medicamentos a todos los niveles, incluidos algunos ARV al nivel secundario del sistema de salud. Se ofrecen todos los servicios del Escenario I, más el tratamiento etiológico de las infecciones oportunistas. Algunos medicamentos excesivamente costosos, como los medicamentos antitumorales, no están disponibles en los niveles primario y secundario del sistema de salud.

Escenario III: En este entorno, se prestan todos los servicios anteriores más las terapias con ARV y servicios especializados.