



XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLVI REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.
SEPTIEMBRE 1994

Tema 5.7 del programa provisional

CSP24/18 (Esp.)
19 julio 1994
ORIGINAL: INGLES

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS ✓

La 113^a Reunión del Comité Ejecutivo consideró los Documentos CE113/16 y Add. I (adjuntos), en los que se aborda la situación epidemiológica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la Región de las Américas; además, se esbozan allí las repercusiones y la carga que representa la enfermedad para los servicios sanitarios y sociales y para la sociedad en general.

El documento expone también las actividades de cooperación técnica del Programa sobre el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual, una de cuyas metas principales es la de fortalecer los programas nacionales de lucha contra el SIDA apoyando el fortalecimiento de la competencia de los países para idear, ejecutar y evaluar intervenciones técnicamente sólidas y adecuadas desde el punto de vista cultural. Se ha hecho hincapié en la participación y la colaboración interprogramática, interinstitucional e intersectorial bajo el liderazgo técnico de los ministerios de salud.

Durante sus deliberaciones, el Comité Ejecutivo consideró la importancia de la tuberculosis con relación a la infección por el VIH, la repercusión de la infección por el VIH y el SIDA sobre las mujeres, y la necesidad de incluir a sectores diferentes del de la salud y a las organizaciones no gubernamentales en los esfuerzos de atención y prevención. Si bien es cierto que la disminución de los recursos externos es una inquietud para todos los países, muchos Gobiernos Miembros tienen que dedicar mayor cantidad de sus propios recursos a los programas nacionales.

En vista de la recomendación de la 93ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS de preparar y establecer un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, y debido a sus consecuencias para la Región de las Américas, se pidió al Comité Ejecutivo que examinara y apoyara, si la juzgaba conveniente, una propuesta preparada por la Secretaría de la OPS para mejorar la coordinación interinstitucional en la Región.

Una vez examinado el informe sobre el SIDA en las Américas y luego de la discusión del tema, el Comité Ejecutivo aprobó la siguiente resolución (CE113.R10):

LA 113ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo revisado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CE113/16 y Add. I) y los Anexos II-A y II-B,

RESUELVE:

1. Pedir al Director que efectúe una consulta con los directores regionales de organismos pertinentes de las Naciones Unidas, con los jefes ejecutivos de los organismos del Sistema Interamericano y con otros organismos bilaterales interesados acerca del establecimiento de un mecanismo de coordinación apropiado que se ocupe de la ejecución y coordinación adecuada del nuevo programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el SIDA en las Américas.

2. Recomendar a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

LA XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CSP24/18);

Recordando la Resolución WHA46.37, de mayo de 1993, y su seguimiento en mayo de 1994, mediante los cuales la Asamblea Mundial de la Salud proponía y apoyaba, respectivamente, el establecimiento de un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el SIDA;

Considerando que la transmisión del VIH y la pandemia de SIDA siguen extendiéndose tanto a nivel mundial como en los países de la Región de las Américas, y que esta situación exige una respuesta intersectorial más intensiva, a largo plazo, eficaz y sostenible;

Reafirmando que hacer frente a las consecuencias intersectoriales del SIDA es fundamentalmente una responsabilidad nacional en la cual todos los sectores deben desempeñar sus funciones respectivas con el liderazgo adecuado del sector de la salud, y

Reconociendo la necesidad continua de esfuerzos conjuntos y coordinados que incluyan a todos los sectores pertinentes de la sociedad, así como a los organismos de cooperación técnica o financiera, tanto multilaterales como bilaterales, en la prevención de la infección por el VIH, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual a los niveles nacional, regional y mundial,

RESUELVE:

1. Apoyar la puesta en marcha del nuevo programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el SIDA en la Región de las Américas, aprovechando las estructuras que tienen en la Región los organismos participantes.

2. Instar a los Estados Miembros a que apoyen, establezcan o refuercen los mecanismos para asegurar la coordinación eficaz, a nivel de los países, de todas las iniciativas nacionales, multilaterales y bilaterales de lucha contra la infección por el VIH y el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual en las Américas.

3. Solicitar al Director que:

- a) Continúe apoyando los esfuerzos de prevención y control de la infección por el VIH, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual en la Región de las Américas;
- b) Continúe el proceso de consultas con los otros organismos que participan en el nuevo programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el SIDA y encuentre con ellos una manera, aceptable para todos los interesados, de llevar a la práctica dicho programa en la Región de las Américas, lo cual incluirá el establecimiento de un mecanismo de coordinación que vele por la participación de otras instituciones interamericanas y de asociados de la Región.

Anexo

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*



**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**

**113ª Reunión
Washington, D.C.
27 junio a 1 julio 1994**

**CSP24/18 (Esp.)
ANEXO**

Tema 4.8 del programa provisional

**CE113/16 (Esp.)
16 mayo 1994
ORIGINAL: INGLES**

**SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
EN LAS AMÉRICAS**

Al 10 de marzo de 1994, se habían notificado un total de 445.295 casos de SIDA en la Región de las Américas; sin embargo, se calcula que el número de casos puede ser dos veces mayor que el informado (es decir, cerca de 800.000). Además, las estimaciones de la magnitud de la infección por el VIH en la Región indican que puede haber entre 2,5 millones y 3 millones de personas asintomáticas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. El aumento previsto de casos de SIDA como resultado de las infecciones actuales por el VIH impondrá una enorme carga a los servicios sociales y sanitarios en toda la Región. Asimismo, los cambios sufridos por la epidemia en años recientes han dado lugar a un aumento del número de casos de SIDA y de infecciones por el VIH entre las mujeres y los niños.

Para ayudar a los países de la Región en su lucha contra la transmisión del VIH y el SIDA, el Programa sobre el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual ha seguido colaborando en el fortalecimiento de los programas nacionales contra el SIDA. Más aun, como el éxito de estos programas dependerá del desarrollo de la capacidad nacional para idear, ejecutar y evaluar una determinada combinación de intervenciones técnicamente sólidas y culturalmente apropiadas, la cooperación técnica se concentrará en estas esferas. Se hará hincapié en la participación y colaboración interprogramática, interinstitucional e intersectorial, bajo el liderazgo técnico de los ministerios de salud.

El SIDA es motivo de preocupación mundial y su prevención y control exigen la cooperación interinstitucional en los planos mundial, regional y nacional. Para lograr la cooperación interinstitucional, la 93ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó que se preparara y en su día se estableciera un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. El programa será administrado por la OMS. Debido a las consecuencias de dicho programa de las Naciones Unidas para la cooperación técnica de la OPS en la prevención del SIDA en la Región, el Subcomité de Planificación y Programación abordó el tema en su 21ª Reunión, en diciembre de 1993. Además, la Secretaría preparó una propuesta para mejorar la coordinación interinstitucional en la Región (anexos II-A y II-B). Se pide al Comité Ejecutivo de la OPS que examine la propuesta y, si la juzga aceptable, que la respalde.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción	3
2. Análisis de la situación	3
3. Adelantos científicos y métodos e intervenciones eficaces para la prevención y atención del SIDA, la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual	5
3.1 Adelantos en la prevención	5
3.2 Adelantos en la atención	9
4. Progresos logrados y obstáculos encontrados en la ejecución de programas contra el SIDA y las ETS en las Américas	11
5. Una propuesta para lograr que los programas para la prevención del SIDA y las ETS en las Américas sean coordinados, eficaces en función de los costos y sostenibles	12
Anexo I: Vigilancia del SIDA en las Américas: Informe trimestral	
Anexo II-A: Establecimiento de un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Propuesta para la Región de las Américas presentada por la Organización Panamericana de la Salud	
Anexo II-B: Programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Propuesta para la coordinación en la Región de las Américas	

1. Introducción

En un tiempo relativamente corto, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha propagado por todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que han ocurrido más de 2,8 millones de casos de SIDA en todo el mundo, y que cerca de 15 millones de hombres, mujeres y niños han sido infectados por el VIH en las diversas regiones del mundo.

Desde 1983, cuando se estableció en la Región de las Américas un sistema para la vigilancia epidemiológica del SIDA, ha sido evidente el aumento progresivo del número de casos de esta enfermedad. Al 10 de marzo de 1994, 45 países y territorios de las Américas habían notificado un total de 445.295 casos de SIDA. Esta cifra no es una medida exacta de la situación, debido en parte a los problemas con el diagnóstico, la subnotificación y la notificación retardada de los casos. En realidad, para 1995 se proyecta un total de alrededor de 800.000 casos acumulativos de SIDA en la Región. Además, los cálculos de la magnitud de la infección por el VIH en la Región indican que puede haber entre 2,5 millones y 3 millones de personas infectadas por el VIH que todavía no presentan síntomas del SIDA.

Tomando en consideración que el SIDA es la etapa tardía de la infección por el VIH y que las personas infectadas contraerán el SIDA en un período promedio de 10 años, se espera en los próximos años un aumento significativo del número de casos de SIDA, especialmente en América Latina y el Caribe y entre determinados grupos de población en América del Norte. Este aumento impondrá una carga adicional a los servicios sociales y de salud, que actualmente ya tienen graves problemas para tratar de hacer frente a las demandas tanto corrientes como de urgencia.

2. Análisis de la situación

A marzo de 1994, se habían notificado a la Organización un total de más de 400.000 casos de SIDA por conducto del Sistema Regional de Vigilancia del SIDA (anexo I). El 80% de estos casos correspondieron a los Estados Unidos de América, el Canadá y Bermuda (territorio del Reino Unido), y el 20% a los países de América Latina y el Caribe. En América Latina y el Caribe, se ha calculado que la subnotificación de casos de SIDA varía entre 20% y 80%, por eso se proyectan 800.000 casos de SIDA para 1995 en la Región.

El cambio más significativo de la epidemia en años recientes ha sido que en un número cada vez mayor de países se está observando el cambio de la transmisión predominantemente entre varones homosexuales y bisexuales a la transmisión heterosexual, con el aumento consiguiente en el número de casos de SIDA e infecciones por el VIH entre las mujeres y los niños.

Los datos más recientes indican que la razón hombre:mujer de los casos de SIDA ha disminuido gradualmente en muchos países, lo cual refleja el cambio recién mencionado en los tipos de transmisión (anexo I, cuadro 4). En el Caribe y el Istmo Centroamericano, donde la transmisión heterosexual fue manifiesta desde el comienzo de la epidemia, esta razón es de alrededor de 2:1 y 3:1, respectivamente. En el resto de la Región, donde la razón hombre:mujer solía estar por encima de 10:1 y aun de 20:1, ha disminuido ahora a alrededor de 5:1, por ejemplo: Argentina, 3,9:1; Brasil, 4,5:1; México, 5,6:1. Este cambio puede atribuirse, al menos parcialmente, a la transmisión heterosexual de hombres bisexuales o que se inyectan drogas a mujeres con las que mantienen relaciones sexuales. En efecto, aunque el VIH se trasmite predominantemente mediante las relaciones sexuales, los datos de seroprevalencia ponen de relieve la importancia en ascenso del consumo de drogas inyectables como vía de transmisión en algunos países. En la Argentina, el Brasil y el Uruguay, por ejemplo, más de 50% de los drogadictos que se inyectan pueden estar infectados en algunas comunidades. Además, la transmisión por medio de la sangre todavía no se ha eliminado en la Región, y unos cuantos países informan que el examen selectivo de la sangre no ha alcanzado niveles satisfactorios.

Según se ha demostrado, el número de casos de SIDA en una población representa apenas la punta del iceberg de la epidemia. El Programa sobre el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual ha calculado que para 1993 pueden haberse infectado con el VIH un total de entre 1,5 millones y 2,0 millones de personas en América Latina y el Caribe. Además, en América del Norte se han estimado al menos 1 millón de infecciones, lo cual arroja un total de alrededor de 3 millones de infecciones por VIH en toda la Región. Estas cifras han de tenerse en cuenta a la hora de evaluar la repercusión de esta epidemia en los servicios de salud y en la estructura general económica y social de una comunidad o un país.

La incidencia en aumento de la tuberculosis activa y contagiosa entre las personas infectadas por el VIH viene a empeorar la preocupante situación planteada por la epidemia de SIDA e infección por el VIH: en muchos países, la tuberculosis es la infección oportunista más común entre los enfermos de SIDA, y llega a afectar hasta a 25% de los individuos inmunocomprometidos por el VIH.

La situación del SIDA y la infección por el VIH en las Américas es, indudablemente, grave y probablemente empeore. A medida que crezca el número de personas infectadas y con síntomas de la enfermedad, los servicios sociales y sanitarios se verán cada vez más sobrecargados en la mayoría de los países de la Región, si no es que en todos.

3. Adelantos científicos y métodos e intervenciones eficaces para la prevención y atención del SIDA, la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual

3.1 *Adelantos en la prevención*

Los tres mecanismos básicos de transmisión del VIH son los siguientes: 1) mediante las relaciones sexuales (heterosexuales u homosexuales); 2) mediante la sangre contaminada (iatrogénica o mediante el uso de agujas y jeringas no esterilizadas); y 3) de una mujer infectada a su hijo (perinatal).

Se cuenta con varios tipos de intervenciones para prevenir la transmisión sexual del VIH y de otros agentes que causan enfermedades de transmisión sexual (ETS); es variable la eficacia de cada una.

3.1.1 *Promoción de determinadas prácticas sexuales de menor riesgo*

Las medidas preventivas promovidas como prácticas sexuales de menor riesgo (como las relaciones sexuales sin penetración), aunque teóricamente sólidas, han sido difíciles de aplicar debido a los obstáculos prácticos a la modificación de comportamientos sexuales y valores profundamente arraigados. Las campañas que promueven la abstinencia sexual o las relaciones monogámicas estrictas mediante métodos prescriptivos, verticales y doctrinales no han resultado tan eficaces como se esperaba. Sin embargo, la promoción de prácticas sexuales de menor riesgo no debe ser abandonada simplemente porque estas son difíciles de lograr. Es preciso elaborar métodos apropiados --principalmente intervenciones de tipo personal-- para ayudar a las poblaciones destinatarias a comprender dichas prácticas y determinar si estas son aceptables y merecen la pena. Hay pruebas de que las prácticas sexuales de menor riesgo son adoptadas fácilmente por individuos motivados, y esa motivación puede despertarse y mantenerse con ayuda de programas de extensión.

3.1.2 *Uso regular y correcto del condón*

Todos los datos de las investigaciones efectuadas indican que el uso correcto del condón es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual de la infección por el VIH. Se ha calculado que la eficacia general de los condones en este aspecto es de alrededor de 80%; obviamente, su uso regular y correcto aumenta la eficacia.¹ Además, el uso del condón también reduce el riesgo de gonorrea, infección por virus del herpes simple, úlceras genitales y enfermedad pelviana inflamatoria, que además de ser problemas de

¹Rietmeijer, C.A.M y Judson, F.N. Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus. *Journal of the American Medical Association*. Marzo 1988; 259 (12):1851-1853.

salud por sí mismas, también aumentan el riesgo de transmisión del VIH.² Hasta ahora no hay datos definitivos sobre la eficacia del condón femenino; tampoco hay pruebas de que el uso de espermicidas aumente la protección contra la infección por el VIH proporcionada por el solo empleo del condón.

Lamentablemente, para los fines de la salud pública no se ha sacado partido de la eficacia demostrada del uso del condón en la prevención de la transmisión sexual de la infección por el VIH. Casi todas las iniciativas emprendidas hasta la fecha para promover el uso regular y correcto del condón han llevado a cabo actividades poco vigorosas de promoción y una distribución irregular de suministros. Además, esas iniciativas se orientan principalmente hacia grupos de población pequeños y limitados. La limitación principal parece ser, fundamentalmente, el temor a lesionar costumbres y creencias sexuales, así como la falta de medios logísticos bien establecidos para contar con condones de buena calidad. En consecuencia, la promoción del uso del condón como forma de atajar la transmisión sexual del VIH ha tenido una repercusión limitada, en el mejor de los casos. Es esencial darse cuenta de que cualquier retraso adicional en la ejecución de intervenciones enérgicas y dinámicas para lograr el uso correcto y generalizado del condón favorecerá aun más a la epidemia del SIDA.

3.1.3 *Educación para la salud sexual y reproductiva*

La educación sexual para las personas jóvenes es una medida preventiva más eficaz de lo que antes se creía. Una revisión de los estudios sobre los efectos de la educación sexual en ambientes escolares muestra que esta no propicia el inicio más temprano ni una mayor frecuencia de la actividad sexual entre los jóvenes, ni tampoco despierta la curiosidad por la experimentación sexual.³ Por el contrario, esos estudios revelan que la educación sexual conduce a aplazar el inicio de la actividad sexual entre quienes aún no son sexualmente activos. Además, la misma revisión indica que la educación sexual conduce a una disminución de la actividad sexual general y a un aumento de la adopción de prácticas de menor riesgo por los jóvenes sexualmente activos. Además, estos estudios también revelan que el acceso a la orientación y los servicios de anticoncepción no alentaron el inicio más temprano o mayor de la actividad sexual. Por lo tanto, la juventud sexualmente activa debe tener fácil acceso a tales servicios y la educación sexual debe estar al alcance de todos, sexualmente activos o no.

²Rosenberg, M.J., Hill, H.A. y Friel, P.A. Spermicides and condoms for the prevention of HIV and other sexually transmitted diseases. Presentado en la Reunión sobre Estrategias para la Investigación de Virucidas, Organización Mundial de la Salud, 28 de marzo de 1990.

³Ford, N *et.al.* Review of literature on the health and behavioral outcomes of population and family planning education programmes in school settings in developing countries. The Institute of Population Studies, University of Exeter, octubre de 1992. Estudio encargado por la Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial sobre el SIDA.

Es importante comprender, sin embargo, que la educación sexual, para ser eficaz, no debe limitarse a la mera transmisión de información sobre la sexualidad y la reproducción (es decir, anatomía y fisiología), sino que debe orientarse a la adopción de comportamientos saludables que prevengan la infección por el VIH y las ETS. Por otra parte, la educación sexual debe proporcionar la motivación para actuar y las aptitudes para traducir el conocimiento en práctica. Entre las aptitudes que han resultado pertinentes para prevenir la infección por el VIH y las ETS figuran las siguientes: la integración de la sexualidad en una autoimagen aceptable; autoestima alta; aptitudes para la toma de decisiones autónomas; fortaleza para resistir la presión para consumir drogas o para tener relaciones sexuales; aptitudes de negociación para conseguir que las relaciones sexuales se practiquen con protección; y aptitudes prácticas para el uso eficaz del condón.

En consecuencia, la implantación de programas de estudios sobre la salud sexual y reproductiva en las escuelas ayudará a disminuir las consecuencias indeseables de la experimentación sexual, evitar embarazos prematuros y prevenir las ETS, en especial la infección por el VIH.

3.1.4 *Reducción de la incidencia de las ETS curables*

La falta de servicios y de orientación médica y tratamiento apropiados para las lesiones genitales causadas por ETS curables son otros factores asociados con el riesgo de infección por el VIH. Aunque no se cuenta con datos fidedignos, hay indicios de aumento de las tasas de incidencia de sífilis y gonorrea, en particular entre la población joven, sexualmente activa (25 años y menores).

No se han creado suficientes programas contra las ETS para responder al rápido aumento de la incidencia de estas enfermedades; en consecuencia, se requieren medidas específicas para fortalecer los programas contra las ETS y para fomentar su estrecha colaboración con los programas contra la infección por el VIH y el SIDA cuando no existe la integración en un solo programa.

También es necesario promover el tratamiento eficaz de casos, incluida la necesidad de promover la disponibilidad de medicamentos apropiados para el tratamiento de las ETS. En este sentido, la OPS está promoviendo algoritmos simplificados basados en el tratamiento adecuado de los síndromes de ETS (es decir, secreción uretral, flujo vaginal y úlceras genitales), para capacitar al personal sanitario y mejorar el tratamiento de las ETS en la Región.

3.1.5 *Prevención de la transmisión hematológica del VIH*

Por comparación con la transmisión sexual del VIH, la transmisión hematológica es más fácil de prevenir mediante iniciativas dinámicas llevadas a cabo por el sector de la salud. El uso racional de sangre y hemoderivados inocuos y la observancia de las llamadas precauciones universales durante los procedimientos médicos invasores son metas que, una vez logradas, indudablemente tendrán resultados favorables complementarios, como la prevención eficaz de otras infecciones transmitidas por la sangre (por ejemplo, hepatitis, enfermedad de Chagas, sífilis) así como la reducción del número de transfusiones innecesarias y, en consecuencia, una reducción concomitante del costo de la atención.

Las intervenciones y las actividades para limitar la propagación hematológica del VIH son las siguientes: captar donantes voluntarios regulares y no remunerados para asegurar un abasto de sangre sin riesgo; brindar a los donantes orientación antes de la prueba y referencia para orientación continua, si es necesario; someter la sangre donada a pruebas de detección del VIH antes de la transfusión; capacitar al personal que efectúa transfusiones de sangre para que conozca los procedimientos correctos, incluidas las técnicas para lograr que los hemoderivados sean seguros para su uso; y educar a las personas que prescriben sangre y hemoderivados para que reduzcan las transfusiones innecesarias.

3.1.6 *Intercambio de agujas hipodérmicas y suministro de lejía*

El consumo de drogas por vía intravenosa es un factor de riesgo significativo de transmisión del VIH en algunos países de la Región, y hay ciertos indicios de que podría llegar a ser un problema grave en otros. En los países en desarrollo donde se han llevado a cabo programas dinámicos de intercambio de agujas hipodérmicas y suministro de lejía ("blanqueador") para desinfectar agujas y jeringas, la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas se ha reducido hasta 50%. Lamentablemente, es difícil llevar a la práctica semejantes programas debido a limitaciones éticas y legales. Para acometer este problema eficazmente, es preciso llevar a cabo tres iniciativas concretas, a saber: 1) modificar los instrumentos legales para permitir la aplicación de estas medidas preventivas eficaces; 2) brindar apoyo a las iniciativas emprendidas por las ONG y los grupos de autoayuda; y 3) llevar a cabo y evaluar estrategias de intervención entre las personas que se inyectan drogas.

3.1.7 *Obtención de vacunas*

Se están estudiando más de una docena de posibles vacunas contra el VIH, tanto preventivas como terapéuticas. Se ha demostrado que algunas de estas vacunas en

estudio son inocuas y producen respuestas inmunitarias, y en el futuro próximo comenzará a estudiarse su eficacia en países tanto industrializados como en desarrollo.

Tal vez sean necesarios muchos ensayos en diferentes poblaciones y zonas geográficas para despejar las incógnitas en relación con la eficacia de la vacuna contra diferentes cepas del VIH y distintas vías de transmisión. Con el apoyo de la OMS, se están preparando planes nacionales para la obtención y la evaluación de vacunas contra el VIH y el SIDA en el Brasil, Rwanda, Tailandia y Uganda, con miras a facilitar la colaboración de la comunidad científica internacional en la realización de los ensayos de la vacuna contra el VIH.

Las primeras vacunas quizás no sean suficientemente eficaces y tendrán que mejorarse para ofrecer protección amplia contra cepas del VIH de distinta procedencia geográfica en diferentes poblaciones. La obtención de tal vacuna podría tardar de 5 a 10 años, y para que una vacuna preventiva sea plenamente evaluada y se pueda usar puede ser que transcurra un mínimo de 10 años.

3.1.8 *Combinación de intervenciones*

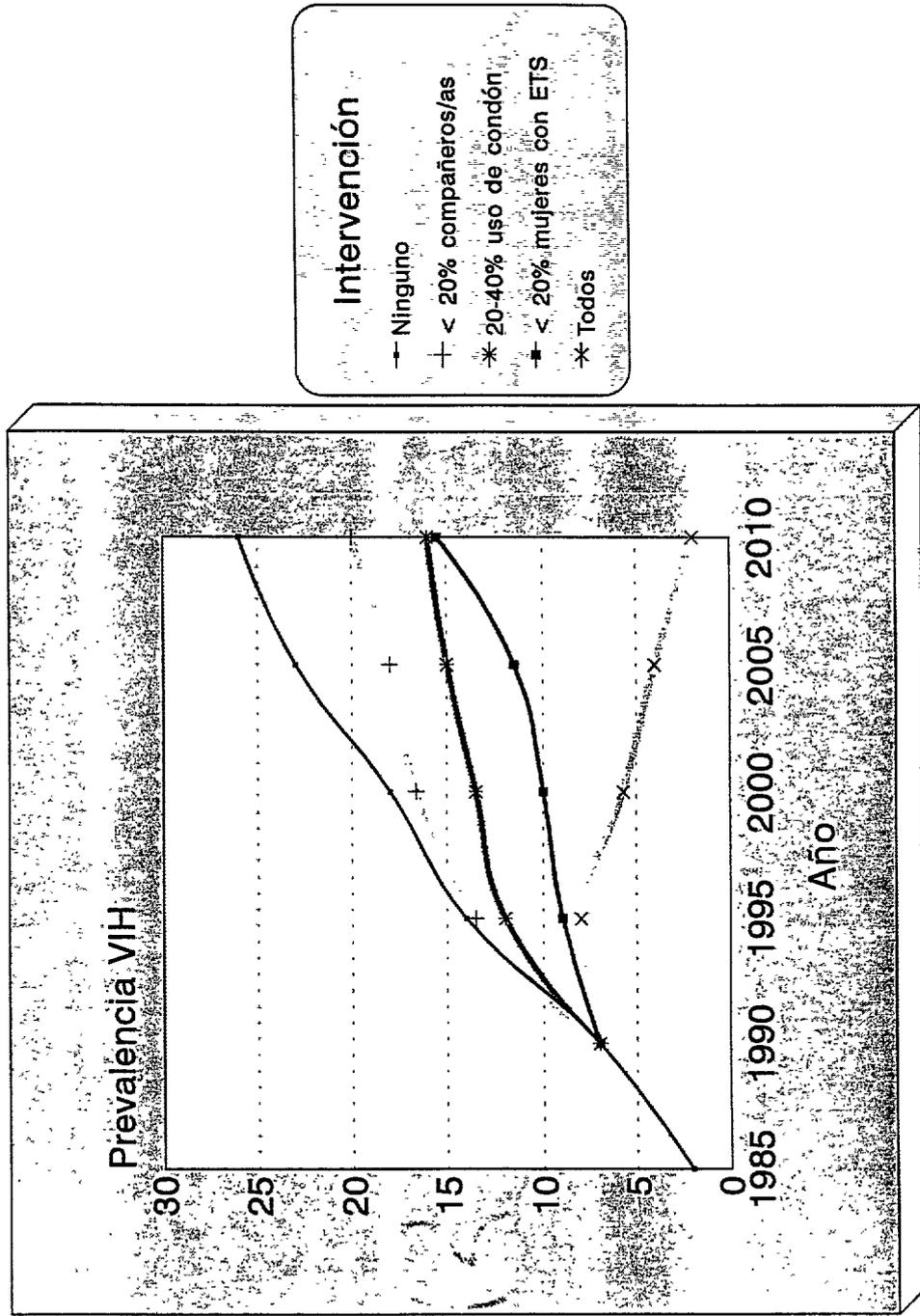
Dadas las limitaciones de cualquiera de las medidas anteriormente mencionadas por sí solas, el programa de prevención más eficaz incluye una combinación de varias estrategias. Datos recientes indican que una combinación eficaz de medidas de prevención del SIDA, adaptadas a las necesidades y limitaciones locales, debe incluir la promoción del uso del condón y la distribución de condones; el tratamiento de las ETS curables; amplios programas de educación sobre el SIDA en las escuelas y por los medios de comunicación; promoción personal de las prácticas sexuales con menor riesgo, incluida la promoción del uso del condón por las prostitutas y sus clientes; obtención de un suministro de sangre sin riesgo; y programas de intercambio de agujas hipodérmicas para las personas que se inyectan drogas en los países donde dicho grupo representa un problema, como el Brasil y los países del Cono Sur. En la figura 1 se ilustra la clase de efecto que podría tener la combinación de tres de estas medidas.

Sin tales medidas no se aplican de manera integral ahora mismo, antes del año 2000 se habrán infectado en América Latina y el Caribe otros 2 millones de adultos.

3.2 *Adelantos en la atención*

Una vez que se hace el diagnóstico de SIDA, la supervivencia no suele ser mayor de dos o tres años. Las infecciones oportunistas o las neoplasias aceleran considerablemente el proceso morboso y son la causa de la mayor parte de las muertes, hospitalizaciones y episodios de discapacidad. El tiempo que sobrevive un paciente infectado por el VIH depende de muchos factores, entre los cuales los más importantes

FIGURA 1. EFECTOS DE DIVERSAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN LA PREVALENCIA DEL VIH
MODELO DE SIMULACION



son la presencia de determinadas complicaciones y la disponibilidad y el acceso a la atención de esas complicaciones. La asistencia oportuna de las *complicaciones que reaccionan al tratamiento*, como la neumonía por *Pneumocystis carinii*, criptococosis, toxoplasmosis y tuberculosis son esenciales para la atención apropiada de los pacientes infectados por el VIH. A pesar de que existen medios de tratar las infecciones oportunistas, se necesitan con urgencia regímenes adecuados de profilaxis para prevenirlas. Si bien se planean o están en marcha varios ensayos clínicos, solo se ha comprobado la existencia de un régimen eficaz de profilaxis para una infección oportunista, la neumonía por *Pneumocystis carinii*.

Los medicamentos actuales que actúan contra el VIH son análogos de nucleósidos, por ejemplo, la zidovudina (AZT), que reportan tan solo un beneficio temporal a un costo sumamente alto. Un informe reciente del estudio Concorde, llevado a cabo en Gran Bretaña y Francia,⁴ indicó que quizá no se derive ningún beneficio de comenzar a administrar la AZT al comienzo de la infección por el VIH y no en etapas más tardías aunque el medicamento es beneficioso para mejorar la calidad de la vida y la supervivencia de las personas con SIDA. Estos resultados han conducido a revalorar el momento en que se debe empezar la terapia contra los retrovirus. Resultados más recientes indican que la AZT reduce la tasa de transmisión materna del VIH de aproximadamente 30% a menos de 10%. No obstante, estos resultados son solo preliminares y todavía no pueden traducirse en medidas prácticas de salud pública.

4. Progresos logrados y obstáculos encontrados en la ejecución de programas contra el SIDA y las ETS en las Américas

Para ayudar a los países de la Región en su lucha contra la transmisión del VIH y el SIDA, el Programa sobre el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual ha seguido colaborando en el fortalecimiento de los programas nacionales correspondientes. Durante 1992, se prepararon planes a mediano plazo para el segundo ciclo correspondientes a seis países del Istmo Centroamericano. De manera análoga, en 1993 se terminaron dichos planes en cuatro países sudamericanos. Para 1994, todos los países habrán finalizado esta actividad. Además, durante 1993 y principios de 1994, se realizaron revisiones del programa en 10 países y 4 territorios dependientes del Reino Unido en el Caribe.

La gestión de los programas nacionales de control del SIDA se ha fortalecido mediante reuniones con los directores de dichos programas y a comienzos de 1994 se introdujeron en la Región cursos específicos sobre gestión de los mismos; para 1994-1995 se planea impartir más adiestramiento en esta esfera.

⁴Aboulker, J.P., Swart, A.M. Preliminary analysis of the Concorde trial. Concorde Coordinating Committee (carta). *Lancet*. 3 de abril de 1993; 341(8849): 889-90.

En 1993 se celebró en el Brasil una fructífera reunión de los ministros latinoamericanos de salud, seguida por la segunda Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. En esta, los líderes de la Región debatieron y aprobaron una resolución acerca del SIDA, lo cual sentó las bases para fortalecer y ampliar las actividades de prevención del SIDA y las ETS.

Con una sola excepción, las 25 metas regionales fijadas para el bienio 1992-1993 se alcanzaron total o casi totalmente. Son dignos de nota la ejecución de al menos 85 % de las actividades planificadas por los programas nacionales contra el SIDA en todos menos cinco países; el logro de más de 80 % de la meta de seguridad hematológica; y la participación de las ONG en la ejecución de al menos 15 % de las actividades a nivel nacional.

A pesar de estos logros, quedan varias limitaciones y barreras que entorpecen la ejecución de los programas. En los países sigue faltando el compromiso político, lo cual se refleja en la baja o nula prioridad asignada a la prevención de las ETS y el SIDA, y las débiles estructuras de gestión y administrativas. Otros obstáculos son las posiciones a veces conflictivas de las ONG y las dependencias gubernamentales, así como la competencia cada vez mayor entre programas, organismos y sectores por los recursos cada vez más reducidos dedicados a la prevención y control del SIDA.

5. Una propuesta para lograr que los programas para la prevención del SIDA y las ETS en las Américas sean coordinados, eficaces en función de los costos y sostenibles

El reconocimiento de que la epidemia del SIDA e infección por el VIH es un problema sanitario a largo plazo con consecuencias sociales, económicas y políticas graves y potencialmente devastadoras en los planos comunitario, de país, regional y mundial, ha dado lugar a un interés genuino y mayor participación, aunque todavía cautelosa, de los diversos sectores de la sociedad en muchos países del mundo. Hace 13 años la primera llamada de alerta internacional fue hecha por la comunidad médica y de salud pública de los Estados Unidos de América, y hace siete años la Organización Mundial de la Salud inició un esfuerzo mundial sin precedentes para encabezar la lucha internacional contra el SIDA. Sin embargo, los recursos dedicados a la prevención y control del SIDA (aproximadamente US\$120 millones anuales) sigue representando tan solo de 5 % a 10 % de la cantidad necesaria para organizar una respuesta eficaz que frene esta pandemia. Estos recursos limitados, además, a menudo se subutilizan o se emplean para apoyar intervenciones políticamente correctas en lugar de las que son programática y científicamente eficaces. La tabla 1, adaptada de un documento de referencia preparado para el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993* del Banco Mundial, muestra la eficacia relativa de las diversas intervenciones en relación con la etapa de la epidemia en un país dado. Por ejemplo, durante las etapas iniciales de la epidemia, hay que

TABLA 1
USO RELATIVO DE RECURSOS POR ESTRATEGIA

ESTRATEGIAS	SITUACION DE LA EPIDEMIA			
	Epidemia incipiente	Epidemia creciente	Epidemia establecida	Epidemia generalizada
MONITOREO DE LA EPIDEMIA POR VIGILANCIA CENTINELA	++++	++	+	+
INTERVENCIONES EN GRUPOS EN MAYOR RIESGO	+++	++++	++++	++++
EDUCACION DE ADOLESCENTES	+++	++++	++++	++++
INTERVENCIONES EN * POBLACION GENERAL	-/+	+	+++	++++
SANGRE "SEGURA" **	+++	++++	++++	++++
PRUEBA Y CONSEJO VOLUNTARIOS	-	+	++++	++++
ATENCION DE PACIENTES CON SIDA	-	+	++	+++

* INTERVENCIONES (MERCADO DE CONDOMES, EDUCACION Y COMUNICACION POR PARES, CONTROL DE ETS, ETC.)

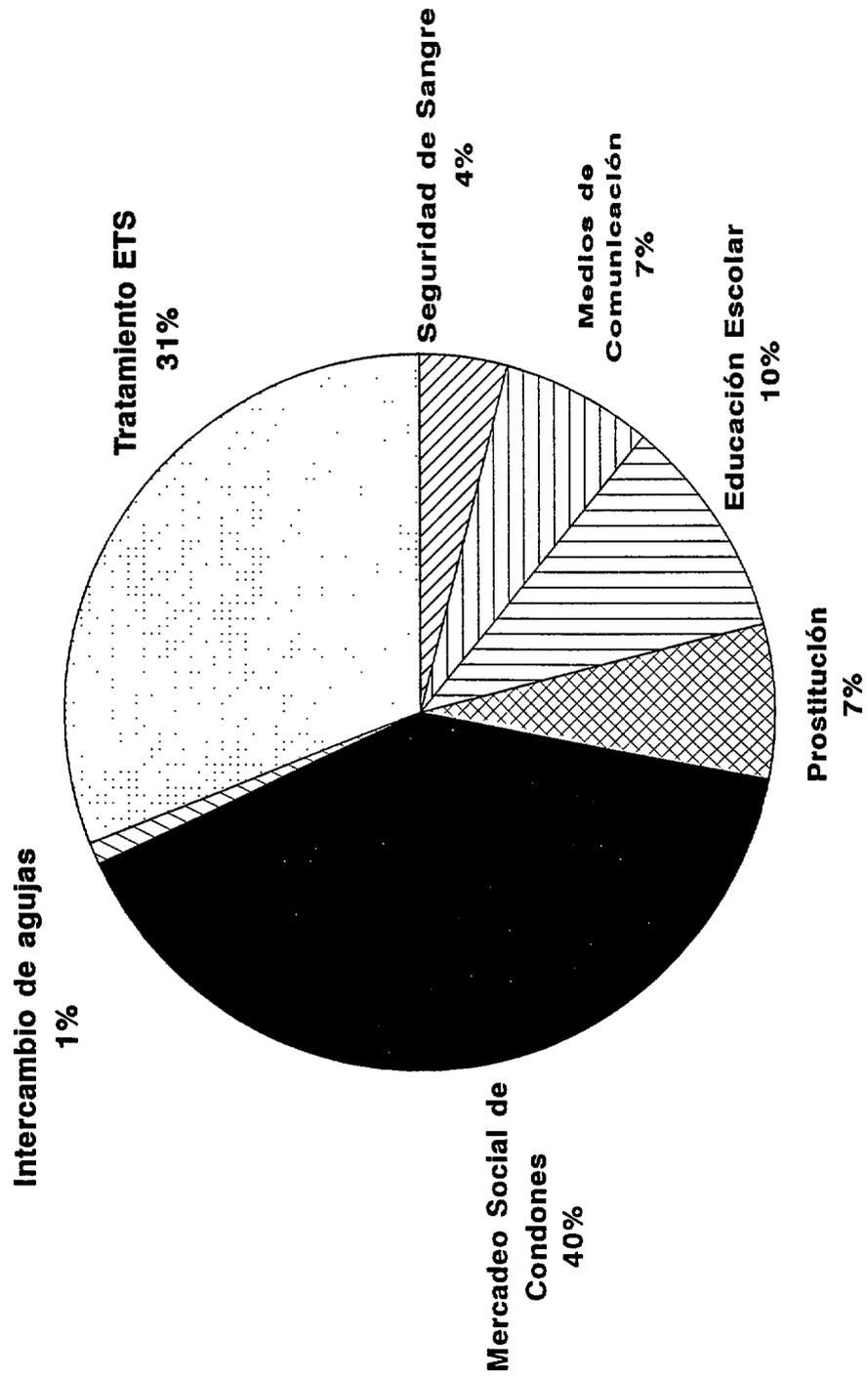
** SANGRE SEGURA (EDUCACION, AUTOEXCLUSION, TAMIZAJE)

concentrar la atención en los pequeños grupos nucleares compuestos por individuos con comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, personas que mantienen relaciones sexuales con muchos individuos sin protegerse o que están expuestas a agujas hipodérmicas o jeringas contaminadas, o a sangre infectada), a fin de educarlos y protegerlos para evitar que el VIH se siga propagando dentro de esos grupos nucleares y a la población en general. Los profesionales del sexo, sus clientes y sus compañeros sexuales regulares, así como las personas que se inyectan drogas y sus cónyuges e hijos son ejemplos de individuos que pertenecen a estos grupos nucleares de alto riesgo o están relacionados con ellos.

Lógicamente, las intervenciones y los mensajes educativos dirigidos a estos individuos con comportamientos de alto riesgo frecuentes o continuos no serán idénticos a los dirigidos a la población general. De manera análoga, el alcance, la intensidad y el contenido de las campañas de los medios de comunicación y las intervenciones educativas diferirán según la etapa de la epidemia y la necesidad de ser más explícito o más específico en los mensajes dirigidos a las poblaciones destinatarias. En otras palabras, lo que importa no es solo la combinación correcta de intervenciones sino también su sincronización e intensidad para llegar a las poblaciones en riesgo en el momento más apropiado. Por otro lado, las inversiones en los programas contra el SIDA deben ser acordes con la eficacia en función de los costos y la factibilidad de las intervenciones. En la sección 3 de este documento se hace referencia a los últimos adelantos en lo referente a las intervenciones que ayudan a reducir la transmisión sexual, hematogena y perinatal del VIH, así como a la prestación de atención a las personas infectadas por el VIH y a los pacientes con SIDA. Claramente, a pesar de la fuerte presión para prestar servicios médicos y sociales a todos los individuos infectados por el VIH, los programas nacionales contra el SIDA necesitarán concentrar los esfuerzos y dedicar una proporción mayor de los recursos a la prevención de la transmisión del VIH, especialmente entre los jóvenes.

La figura 2 muestra la proporción de los recursos que podrían dedicarse a las diversas intervenciones para implantar un programa integral y técnicamente sólido a nivel de país. El éxito de los programas de prevención del SIDA de los países dependerá del establecimiento de la capacidad nacional para formular, ejecutar y evaluar una combinación determinada de intervenciones técnica y culturalmente apropiadas. Evidentemente, el liderazgo técnico para este esfuerzo nacional debe provenir de los ministerios de salud, pero la colaboración y la participación interprogramática, interinstitucional e intersectorial serán imprescindibles para el éxito a largo plazo y para garantizar la continuidad de un programa contra el SIDA verdaderamente nacional. El programa nacional contra el SIDA tiene que ser financiado con recursos nacionales y debe desarrollar la capacidad para lograr lo siguiente:

**FIGURA 2. CONTRIBUCION RELATIVA DE LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS
SOBRE EL COSTO TOTAL DE LA PREVENCION DE VIH/ETS.**



- promover y coordinar eficazmente toda la cooperación externa, que es complementaria al esfuerzo nacional;
- incorporar en el sistema nacional de servicios de salud, al nivel local, las actividades relacionadas con la infección por el VIH, el SIDA y las ETS;
- utilizar eficientemente los recursos disponibles y movilizar recursos adicionales, tanto nacionales como internacionales.

Como el SIDA es motivo de preocupación mundial, la cooperación interinstitucional (multilateral y bilateral) es imprescindible en los planos mundial, regional y de país para conseguir la eficacia en la movilización de los recursos y la promoción y ejecución eficaz de un programa mundial.

En su 93ª Reunión, en enero de 1994, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta la Resolución WHA46.37, aprobada por la 46ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1993, recomendó que se preparase y, en su oportunidad se estableciese un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, administrado por la OMS. El Consejo Ejecutivo también pidió al Director General que informara sobre esta resolución a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1994. Debido a las consecuencias de este programa de las Naciones Unidas para la prestación de la cooperación técnica de la OPS en el campo de la prevención del SIDA en la Región de las Américas, el Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la OPS abordó este tema en su 21ª Reunión, en diciembre de 1993. Como medida complementaria, la Secretaría de la OPS ha preparado una propuesta para mejorar la coordinación interinstitucional en la Región de las Américas (Anexos II-A y II-B) que el Comité Ejecutivo tal vez desee considerar y hacer suya, si la juzga aceptable.

Finalmente, hay que hacer frente a una serie de desafíos a nivel de país, mundial y regional para detener la transmisión del VIH y reducir las consecuencias sociales y económicas de la epidemia de infección por el VIH/SIDA.

A nivel de país, el reto es que los programas nacionales contra el SIDA adapten las actividades y las intervenciones a la situación epidemiológica y sus cambios continuos, y que busquen oportunidades para obtener recursos y colaboración dentro y fuera del sector de la salud, así como el apoyo político y financiero necesario para la sostenibilidad a largo plazo del programa.

A nivel mundial, el máximo reto es que la OMS recupere su crédito como organismo eficiente y capaz de mantener su liderazgo técnico en esta esfera, si bien coordinando sus actividades con las de otros organismos.

A nivel regional, la OPS debe afrontar los siguientes retos: 1) adaptar su cooperación técnica a la situación epidemiológica y al grado de desarrollo de los programas nacionales, prestando especial atención a las actividades preventivas; 2) apoyar los niveles nacional e internacional para obtener recursos adicionales, especialmente en lo que hace a atención médica y servicios sociales para las personas enfermas e infectadas; 3) mejorar la eficiencia administrativa y la coordinación interinstitucional e interprogramática al prestar cooperación técnica; y 4) apoyar a los programas nacionales contra el SIDA en el proceso inminente y necesario de descentralización e integración sectorial e intersectorial en los próximos tres años.

Anexos

ANEXO I

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA
EN LAS AMERICAS**

**INFORME TRIMESTRAL
10 marzo de 1994**

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

INFORME TRIMESTRAL

10 marzo de 1994

PROGRAMA REGIONAL DE SIDA/ETS

División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud

525 Twenty Third St. N.W.

Washington D.C. 20037.

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Resumen

Información al 10 de marzo de 1994

Número acumulado de casos notificados

a nivel mundial: 860,945

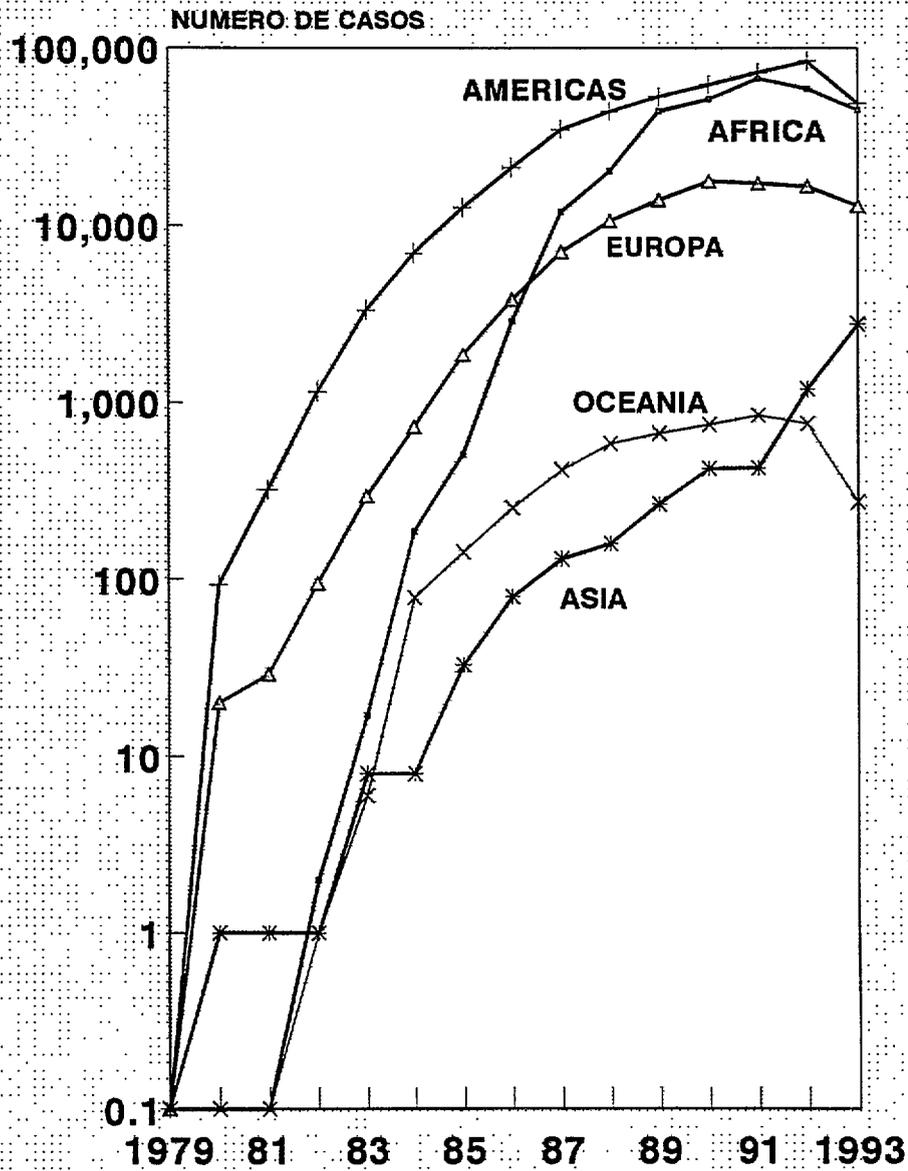
Número acumulado de casos notificados

en las Américas: 445,295

Número acumulado de muertes notificadas

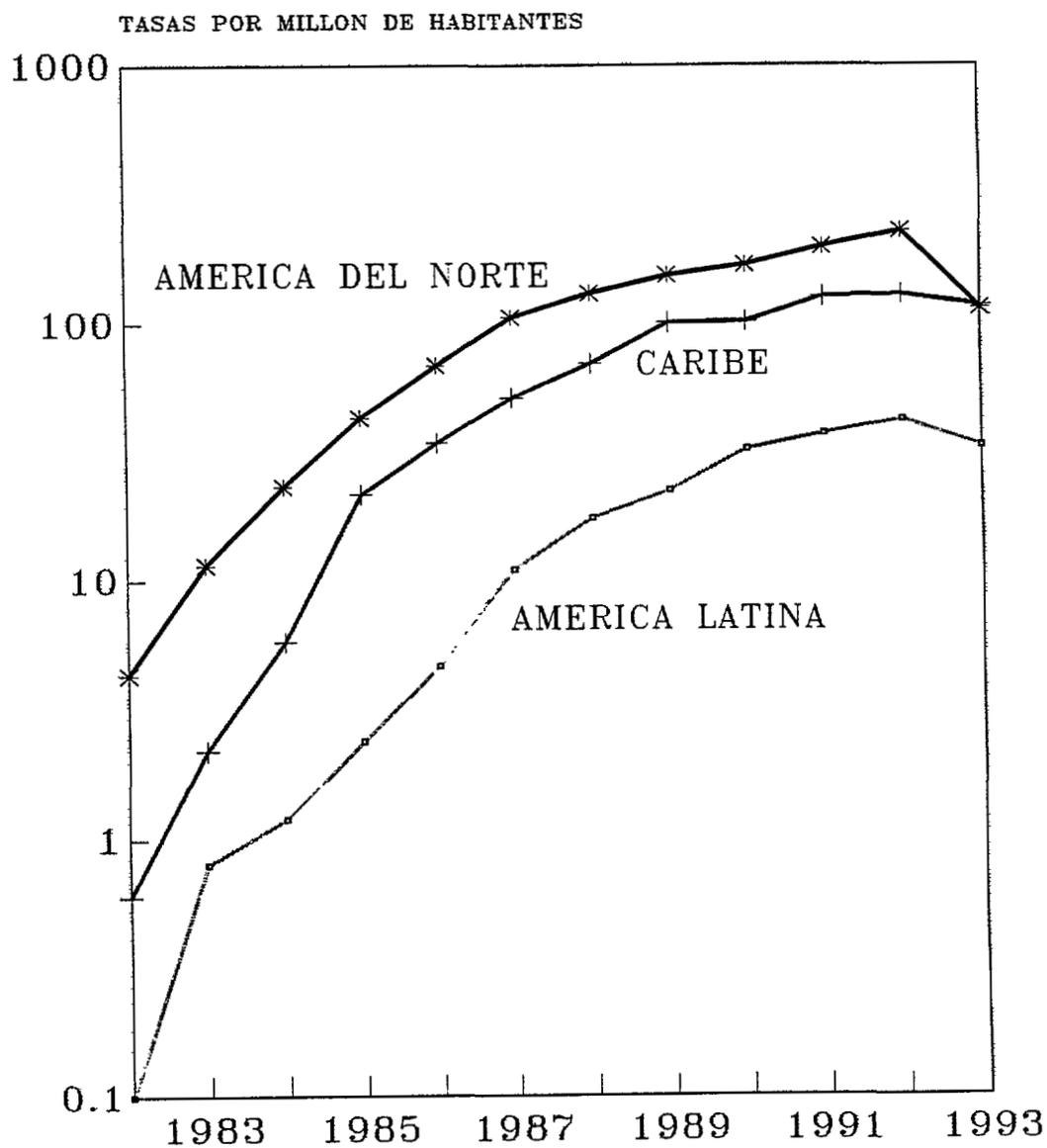
en las Américas: 250,959

FIG. 1. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA POR REGION DE LA OMS, POR AÑO, 1979-93*.



* La información de 1993 está incompleta debido al retraso de la notificación.

Fig.2. TASAS DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA EN LAS AMERICAS(POR MILLON DE HABITANTES), SUBREGIONES PRINCIPALES, 1982-1993*.



* La información de 1993 está incompleta debido al retraso de la notificación.

CUADRO 1. NUMERO NOTIFICADO DE CASOS DE SIDA POR AÑO, Y NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES, POR PAIS Y SUBREGION.
Al 10 de marzo de 1994.

SUBREGION País	Número de casos							Total(a) acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993			
TOTAL REGIONAL	80.160	43.835	52.943	61.901	72.855	84.495	48.760	445.295	250.959	
AMERICA LATINA b)	7.839	7.372	9.692	14.344	16.773	19.413	15.365	91.144	36.501	
AREA ANDINA	767	779	1.026	1.562	1.718	1.923	1.185	8.960	4.485	
Bolivia	6	10	2	9	17	8	8	60	45	31/Mar/93
Colombia	368	338	453	771	857	921	519	4.227	1.963	31/Dic/93
Ecuador	36	32	27	44	55	68	49	309	213	30/Sep/93
Perú	65	89	120	166	159	246	214	1.039	369	31/Dic/93
Venezuela	292	330	424	572	630	682	395	3.325	1.895	31/Dic/93
CONO SUR	246	267	353	604	757	1.024	509	4.098	1.727	
Argentina	145	169	228	388	478	739	285	2.767	971	30/Jun/93
Chile	77	66	84	128	183	178	112	831	489	31/Dic/93
Paraguay	7	4	3	12	10	17	9	62	40	30/Sep/93
Uruguay	17	28	38	76	86	90	103	438	227	31/Dic/93
BRASIL	4.099	3.959	5.273	7.168	9.396	10.854	7.417 *	48.166	19.252	29/Ene/94
ISTMO CENTROAMERICANO	284	362	495	920	926	1.198	953	5.142	1.808	
Belice	7	4	0	19	11	12	29	82	46	31/Dic/93
Costa Rica	46	52	57	86	91	125	109	566	352	31/Dic/93
El Salvador	23	34	72	54	132	114	85	514	128	30/Jun/93
Guatemala	31	18	31	92	98	94	97	459	171	30/Nov/93
Honduras	120	189	256	596	497	733	474	2.865	723	30/Jun/93
Nicaragua	0	2	2	7	13	6	17	51	36	30/Sep/93
Panamá	57	63	77	66	86	114	142	605	352	31/Dic/93
MEXICO	805	905	1.607	2.588	3.167	3.220	5.095	17.387	8.413	31/Dic/93
CARIBE LATINO c)	1.638	1.100	938	1.502	809	1.194	208	7.391	816	
Cuba	16	14	14	29	37	68	67	245	148	31/Dic/93
Haití	1.271	731	451	1.216	492	805	...	4.967	297	31/Dic/92
República Dominicana	351	355	473	257	280	320	139	2.179	371	30/Sep/93
CARIBE c)	912	605	738	757	902	931	850	5.595	3.719	
Anguila	0	1	2	1	1	0	0	5	3	30/Sep/93
Antigua	5	0	0	3	6	13	7	34	5	31/Dic/93
Antillas Neerlandesas	18	13	16	30	23	10	47	157	79	30/Jun/93
Bahamas	178	92	170	168	230	254	237	1.329	677	30/Sep/93
Barbados	56	15	40	61	80	78	88	418	323	31/Dic/93
Dominica	5	2	3	2	0	0	14	26	11	31/Dic/93
Grenada	8	3	8	5	7	4	21	56	39	31/Dic/93
Guadalupe	82	48	55	53	67	48	0	353	216	31/Mar/93
Guayana Francesa	103	34	54	41	...	...	...	232	144	30/Sep/90
Guyana	81	36	53	59	46	67	17	359	353	31/Mar/93
Islas Caimán	3	1	1	2	4	4	0	15	12	31/Dic/93
Islas Turcas y Caicos	5	6	7	1	2	4	14	39	30	30/Sep/93
Islas Vírgenes (RU)	0	1	0	2	1	1	1	6	1	30/Sep/93
Jamaica	43	30	66	62	133	99	143	576	381	30/Sep/93
Martinica	47	30	47	44	30	42	26	266	184	30/Sep/93
Montserrat	0	0	1	0	0	0	1	2	0	31/Dic/93
Saint Kitts y Nevis	10	9	5	8	1	4	3	40	26	31/Dic/93
San Vicente y las Granadinas	7	8	6	4	14	7	10	56	41	31/Dic/93
Santa Lucía	10	5	8	4	6	8	12	53	48	31/Dic/93
Suriname	15	13	29	33	16	28	35	169	150	31/Dic/93
Trinidad y Tabago	236	156	167	174	235	260	174	1.404	996	30/Sep/93
AMERICA DEL NORTE	71.409	35.958	42.513	48.800	55.180	64.151	32.545	348.556	210.739	
Bermuda	72	28	35	33	23	17	15	223	162	30/Jun/93
Canadá	2.126	1.073	1.263	1.276	1.296	1.330	719	9.083	6.187	31/Dic/93
Estados Unidos de América c)	69.211	34.857	41.215	45.491	53.861	62.804	31.811	339.250	204.390	30/Sep/93

* Incluye casos que fueron diagnosticados en enero de 1994

a) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.

b) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

c) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 2. TASAS DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993.

SUBREGION País	TASA POR MILLON DE HABITANTES					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993*
AMERICA LATINA a)	17,6	22,6	32,8	37,6	42,7	33,6
AREA ANDINA	8,9	11,4	17,0	18,2	20,1	12,0
Bolivia	1,4	0,3	1,2	2,3	1,0	1,0
Colombia	11,1	14,5	24,2	25,5	26,9	14,9
Ecuador	3,1	2,6	4,1	5,1	5,9	4,3
Perú	3,2	5,5	7,4	7,2	11,0	9,3
Venezuela	17,6	22,0	29,0	31,1	33,7	18,6
CONO SUR	5,2	6,8	11,4	14,1	18,8	9,2
Argentina	5,4	7,1	12,0	14,6	22,3	8,5
Chile	5,2	6,5	9,7	13,7	13,1	8,1
Paraguay	1,0	0,7	2,8	2,3	3,8	1,9
Uruguay	9,1	12,2	24,3	27,5	28,8	32,7
BRASIL	27,4	35,8	47,7	61,3	69,5	46,6
ISTMO CENTROAMERICANO	13,2	17,5	31,6	31,0	39,0	30,2
Belice	23,0	0	104,4	60,4	64,5	155,9
Costa Rica	18,1	19,4	28,5	29,5	39,5	33,7
El Salvador	6,8	14,0	10,3	24,6	20,7	15,0
Guatemala	2,1	3,5	10,0	10,1	9,6	9,7
Honduras	39,1	51,4	116,0	93,8	134,2	84,2
Nicaragua	0,6	0,5	1,8	3,3	1,5	4,0
Panamá	27,1	32,5	27,3	34,9	45,3	55,4
MEXICO	10,7	18,5	29,2	35,0	34,9	54,1
CARIBE LATINO b)	47,2	39,7	62,6	32,8	47,6	11,1
Cuba	1,4	1,4	2,8	3,5	6,3	6,1
Haití	116,7	70,7	186,9	74,0	118,8	...
República Dominicana	51,7	67,4	35,8	38,2	42,8	18,2
CARIBE a)	70,6	101,7	102,9	128,1	130,6	118,1
Anguila	142,2	284,6	142,9	142,9	0	0
Antigua	0	0	34,9	69,8	168,8	90,9
Antillas Neerlandesas	69,1	83,7	155,4	119,2	51,8	243,5
Bahamas	363,6	661,5	646,2	884,6	969,5	904,6
Barbados	58,4	154,6	233,7	313,7	304,7	342,4
Dominica	25,3	37,5	24,7	0	0	168,7
Grenada	30,0	79,2	48,5	68,0	42,4	222,8
Guadalupe	142,0	162,2	155,4	194,2	138,3	0
Guayana Francesa	386,3	600,7	445,7	...	...	...
Guyana	35,8	51,8	56,7	57,5	83,2	21,0
Islas Caimán	47,5	47,6	95,2	190,5	148,1	0
Islas Turcas y Caicos	750,9	876,1	111,1	222,2	400,0	1400,0
Islas Vírgenes (RU)	76,7	0	153,4	76,7	76,9	76,9
Jamaica	12,3	26,6	24,6	53,5	39,4	56,2
Martinica	90,9	142,2	133,0	87,5	121,7	74,9
Montserrat	0	76,7	0	0	0	76,9
Saint Kitts y Nevis	187,5	103,1	160,0	20,0	90,1	67,6
San Vicente y las Granadinas	74,1	55,0	36,0	126,1	58,4	83,5
Santa Lucía	37,6	59,3	29,4	44,1	50,7	76,0
Suriname	33,2	72,9	81,9	37,3	64,1	78,7
Trinidad y Tabago	127,1	132,2	135,6	180,6	197,1	130,0
AMERICA DEL NORTE	132,2	154,2	169,7	199,1	229,2	115,4
Bermuda	490,8	601,4	569,0	396,6	293,1	258,6
Canadá	41,1	48,0	48,1	48,5	49,4	26,5
Estados Unidos de América b)	141,8	166,1	182,5	215,2	248,3	124,9

* La información está incompleta debido al retraso de la notificación.

a) La Guayana Francesa, Guyana, y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 3. TASAS DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR SEXO, POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993.

SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES											
	HOMBRES						MUJERES					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993*	1988	1989	1990	1991	1992	1993*
AMERICA LATINA a)	29,3	37,8	53,8	61,5	66,6	52,8	5,4	6,7	10,9	12,1	15,2	11,9
AREA ANDINA	15,2	19,4	29,3	27,1	23,2	13,2	1,1	1,8	2,4	2,0	2,3	1,5
Bolivia	2,9	0	1,9	4,3	1,8	1,8	0	0,6	0	0	1,0	0,2
Colombia	17,7	23,5	40,8	30,9	23,7	21,1	1,6	2,3	3,2	1,8	1,7	1,9
Ecuador	6,0	4,5	7,0	9,0	10,7	7,3	0,2	0,6	1,1	1,1	1,1	1,2
Perú	5,8	9,9	13,6	13,6	19,8	16,3	0,7	0,8	1,2	0,8	2,0	2,3
Venezuela	31,0	38,5	50,5	53,6	40,3	4,5	1,9	3,0	4,2	4,8	4,6	0,8
CONO SUR	9,7	12,4	20,8	26,1	30,8	13,2	0,7	1,1	2,1	2,2	6,5	2,9
Argentina	10,4	12,9	21,6	26,8	35,7	13,6	0,4	1,2	2,4	2,5	8,9	3,5
Chile	9,2	12,2	19,1	26,2	22,3	11,0	1,2	0,8	0,9	1,5	2,3	1,0
Paraguay	2,0	1,4	4,6	4,5	7,0	1,7	0	0	0,9	0	0,4	0,9
Uruguay	15,8	22,3	42,9	50,8	51,1	35,8	2,6	2,5	6,3	5,6	7,5	7,4
BRASIL	48,1	63,1	83,6	103,5	113,9	74,2	6,9	8,6	11,8	19,3	25,3	19,1
ISTMO CENTROAMERICANO	17,5	21,7	40,6	45,3	57,5	43,7	6,2	8,1	17,0	15,2	18,4	15,2
Belize	23,0	...	...	...	...	...	11,5	...	...	...	...	...
Costa Rica	33,2	32,3	45,2	51,9	68,2	49,0	2,8	4,8	5,4	2,6	5,1	1,9
El Salvador	...	...	...	36,8	31,1	24,9	...	...	...	12,4	7,8	5,6
Guatemala	3,6	5,8	16,6	16,5	16,7	25,1	0,5	1,4	3,3	3,6	2,5	6,0
Honduras	50,4	66,4	148,1	129,8	185,8	105,7	27,8	36,2	83,3	57,1	81,6	62,4
Nicaragua	1,1	1,1	3,1	4,5	2,4	6,1	0	0	0,5	0,5	0	0,9
Panamá	43,9	55,4	45,5	52,6	74,3	79,1	9,7	8,6	8,4	16,5	14,6	11,1
MEXICO	18,4	31,4	49,1	59,3	59,3	92,4	2,9	5,7	9,4	10,8	10,5	16,0
CARIBE LATINO b)	63,8	49,1	66,7	36,1	55,2	11,7	31,1	29,0	55,4	28,3	35,0	4,8
Cuba	3,9	0,2	0,8	4,3	5,9	7,5	0,8	0,2	0	1,3	2,4	2,8
Haití	154,4	87,1	197,6	73,6	135,4	...	80,0	55,4	176,6	74,5	102,8	...
República Dominicana	72,3	87,5	46,9	49,2	55,3	17,6	29,9	45,9	21,3	24,7	19,1	7,7
CARIBE a)	96,1	135,7	124,6	163,1	170,0	222,2	42,0	63,8	60,7	80,4	80,6	96,7
Anguila	0	...	0	0	0	0	281,7	...	284,1	281,7	0	0
Antigua	0	0	...	...	264,2	158,5	0	0	...	...	76,6	25,5
Antillas Neerlandesas	10,9	...	...	...	...	...	20,8	...	...	...	...	...
Bahamas	432,0	732,9	794,5	1147,4	1222,7	1106,6	296,8	591,9	501,5	642,4	723,0	707,9
Barbados	73,9	244,5	409,6	520,3	471,5	487,8	44,4	73,5	73,2	105,3	150,4	223,9
Dominica	49,9	49,3	48,7	...	...	...	0	25,4	0	...	...	...
Grenada	20,2	100,3	78,7	62,4	20,7	351,9	39,5	0	19,2	87,4	0	65,3
Guadalupe	217,6	253,1	222,9	285,7	200,0	1508,8	69,5	75,1	91,4	107,3	78,7	530,7
Guayana Francesa	545,0	735,0	...	...	...	...	204,6	466,7	...	...	...	...
Guyana	55,5	70,2	65,2	78,3	103,0	22,4	18,0	33,3	48,2	37,1	64,0	19,5
Islas Caimán	0	96,2	192,3	155,6	150,2	0	93,9	0	0	151,6	146,2	0
Islas Turcas y Caicos	1012,7	1519,0	0	404,9	809,7	1417,0	495,0	247,5	219,5	0	0	1378,0
Islas Vírgenes (RU)	...	0	144,0	155,0	155,0	0	...	0	14,2	0	151,7	0
Jamaica	18,2	38,2	32,6	59,1	52,8	72,6	6,5	15,2	16,6	48,0	25,3	39,9
Martinica	137,2	230,1	191,4	120,5	95,8	202,4	47,2	82,4	82,9	33,9	50,6	39,1
Montserrat	0	...	0	0	0	0	0	...	0	0	0	177,6
Saint Kitts y Nevis	381,0	126,6	248,1	46,8	140,4	46,8	0	80,6	77,5	0	43,4	86,8
San Vicente y las Granadinas	57,2	37,7	55,6	122,2	103,3	120,5	72,0	89,3	17,5	98,4	16,2	48,6
Santa Lucía	46,6	107,4	30,4	66,6	52,3	78,4	29,2	14,3	28,4	12,5	49,1	73,7
Suriname	46,5	106,9	120,0	56,3	87,6	113,1	20,1	38,7	44,3	18,5	40,9	44,6
Trinidad y Tabago	182,3	193,7	180,1	248,8	280,5	204,5	72,2	71,1	91,5	113,1	114,6	56,5
AMERICA DEL NORTE	223,9	242,7	291,9	299,9	305,1	50,6	25,8	28,6	37,7	43,1	47,0	3,9
Bermuda	850,2	975,6	489,5	664,3	419,6	419,6	138,8	237,3	238,1	136,1	170,1	102,0
Canadá	78,7	91,4	93,1	92,2	93,6	49,8	4,2	5,3	4,0	5,6	6,0	3,6
Estados Unidos de América b)	239,4	258,9	313,4	322,3	327,9	...	28,1	31,0	41,2	47,1	51,3	...

* La información está incompleta debido al retraso de la notificación.
a) La Guayana Francesa, Guyana, y Suriname se incluyen en el Caribe
b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 4. RAZON HOMBRE:MUJER, DE LOS CASOS DE SIDA NOTIFICADOS, POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993.

SUBREGION	RAZON HOMBRE:MUJER					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993
AMERICA LATINA a)	5,4	5,6	4,9	5,1	4,4	4,4
AREA ANDINA	13,4	11,1	12,3	13,6	10,2	8,7
Bolivia	N/A	0	N/A	N/A	1,8	7,0
Colombia	11,3	10,2	13,0	16,6	13,4	11,1
Ecuador	31,0	8,0	6,3	8,2	10,0	6,0
Perú	8,9	12,1	11,8	16,7	10,2	7,2
Venezuela	16,3	12,9	12,3	11,4	9,0	6,0
CONO SUR	13,1	11,0	9,6	11,6	4,7	4,4
Argentina	23,1	10,3	8,9	10,6	3,9	3,8
Chile	7,3	15,6	20,7	17,3	9,4	10,7
Paraguay	N/A	N/A	5,0	N/A	16,0	2,0
Uruguay	6,0	8,5	6,6	8,6	6,5	4,6
BRASIL	6,9	7,3	7,1	5,3	4,5	3,9
ISTMO CENTROAMERICANO	2,8	2,7	2,4	3,0	3,2	2,9
Belize	2,0	...	...	...	...	...
Costa Rica	12,0	6,9	8,6	20,3	13,6	26,7
El Salvador	...	...	...	2,9	3,8	4,3
Guatemala	8,0	4,3	5,1	4,6	6,8	4,2
Honduras	1,8	1,8	1,8	2,3	2,3	1,7
Nicaragua	N/A	N/A	6,0	9,0	N/A	6,5
Panamá	4,7	6,7	5,6	3,3	5,3	7,4
MEXICO	6,4	5,6	5,2	5,5	5,6	5,8
CARIBE LATINO b)	2,1	1,7	1,2	1,3	1,6	2,5
Cuba	5,0	1,0	N/A	3,3	2,5	2,7
Haití	1,9	1,5	1,1	1,0	1,3	...
República Dominicana	2,5	1,9	2,3	2,1	3,0	2,3
CARIBE a)	2,2	2,1	2,0	2,0	2,1	2,3
Anguila	0	...	0	0	N/A	N/A
Antigua	N/A	N/A	...	...	3,3	6,0
Antillas Neerlandesas	0,5	...	...	...	...	...
Bahamas	1,4	1,2	1,5	1,7	1,6	1,5
Barbados	1,5	3,0	5,1	4,6	2,9	2,0
Dominica	N/A	2,0	N/A	...	...	...
Grenada	0,5	N/A	4,0	0,8	N/A	5,7
Guadalupe	3,0	3,2	2,3	2,5	2,4	2,7
Guayana Francesa	2,7	1,6	...	...	...	...
Guyana	3,5	2,1	1,4	2,1	1,6	1,1
Islas Caimán	0	N/A	N/A	1,0	1,0	N/A
Islas Turcas y Caicos	2,0	6,0	0	N/A	N/A	1,0
Islas Vírgenes (RU)	...	N/A	1,0	N/A	1,0	N/A
Jamaica	2,8	2,5	2,0	1,2	2,1	1,8
Martinica	2,8	2,6	2,2	3,3	1,8	4,9
Montserrat	N/A	...	N/A	N/A	N/A	0
Saint Kitts y Nevis	N/A	1,5	3,0	N/A	3,0	0,5
San Vicente y las Granadinas	0,8	0,4	3,0	1,2	6,0	2,3
Santa Lucía	1,5	7,0	1,0	5,0	1,0	1,0
Suriname	2,3	2,6	2,7	3,0	2,1	2,5
Trinidad y Tabago	2,5	2,7	1,9	2,2	2,4	3,6
AMERICA DEL NORTE	8,2	8,1	7,4	6,6	6,2	12,8
Bermuda	6,0	4,0	2,0	4,8	2,4	4,0
Canadá	18,5	16,8	22,6	16,3	15,4	13,4
Estados Unidos de América b)	8,1	7,9	7,2	6,5	6,1	...

NOTA: N/A = No se aplica. No se ha notificado casos en mujeres en este periodo.

... = Información no disponible por sexo.

a) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

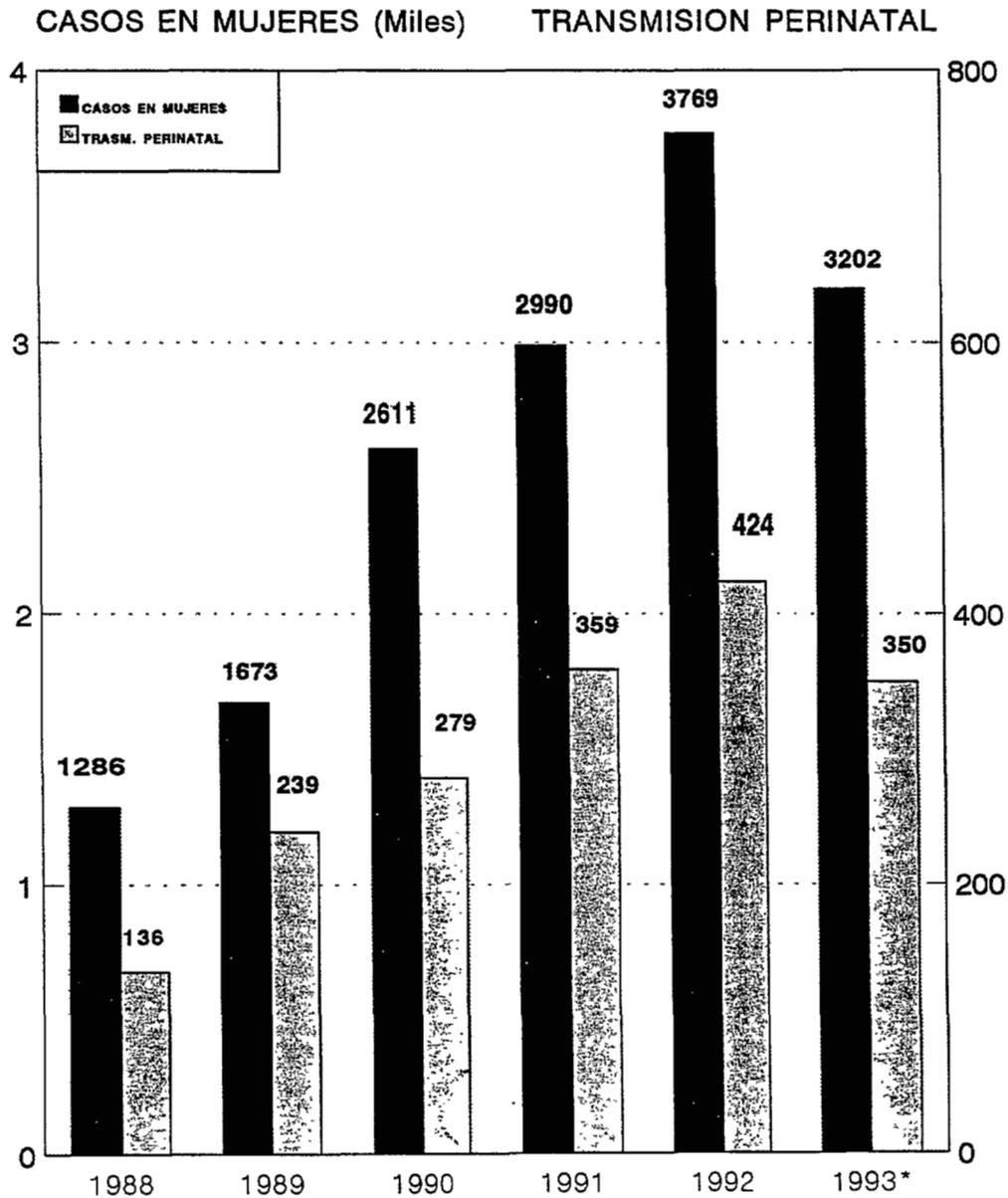
CUADRO 5. NUMERO TOTAL DE CASOS, CASOS PEDIATRICOS, PORCENTAJE DE CASOS PEDIATRICOS SOBRE EL TOTAL; CASOS PERINATALES Y PORCENTAJE DE CASOS PERINATALES SOBRE LOS PEDIATRICOS, POR SUBREGION Y PAIS (a), ACUMULADO A MARZO 1994.

País	TOTAL CASOS	CASOS PEDIATRICOS	PORCENTAJE PEDIATRICOS	CASOS PERINATALES	PORCENTAJE PERINATALES
AREA ANDINA					
Bolivia	60	1	1,7	1	100,0
Colombia	4.227	69	1,6	55	79,7
Ecuador	309	4	1,3	3	75,0
Perú	1.039	22	2,1	11	50,0
Venezuela	3.325	53	1,6	24	45,3
CONO SUR					
Argentina	2.767	77	2,8	55	72,7
Chile	831	16	1,9	13	81,3
Uruguay	438	16	3,7	14	87,5
BRASIL	48.166	1.494	3,1	927	62,0
ISTMO CENTROAMERICANO					
Costa Rica	566	18	3,2	8	44,4
El Salvador	514	8	1,6	5	62,5
Guatemala	459	13	2,8	4	30,8
Honduras	2.865	119	4,2	107	89,9
Panamá	605	20	3,3	16	80,0
MEXICO	17.387	524	3,0	245	46,8
CARIBE LATINO					
Cuba	245	1	0,4	1	100,0
Haití	4.967	213	4,3	16*	7,5
República Dominicana	2.179	49	2,2	26	53,1
CARIBE					
Antigua	34	6	17,6	6	100,0
Antillas Neerlandesas	157	1	0,6	1	100,0
Bahamas	1.329	129	9,7	129	100,0
Barbados	418	19	4,5	18	94,7
Dominica	26	1	3,8	1	100,0
Grenada	56	2	3,6	2	100,0
Guadalupe	353	16	4,5	14	87,5
Guayana Francesa	232	17	7,3	16	94,1
Guyana	359	44	12,3	40	90,9
Islas Vírgenes (RU)	6	1	16,7	1	100,0
Jamaica	576	51	8,9	43	84,3
Martinica	266	12	4,5	10	83,3
Saint Kitts y Nevis	40	1	2,5	1	100,0
San Vicente y las Granadinas	56	1	1,8	1	100,0
Santa Lucía	53	4	7,5	4	100,0
Suriname	169	4	2,4	4	100,0
Trinidad y Tabago	1.404	109	7,8	105	96,3
AMERICA DEL NORTE					
Canadá	9.083	93	1,0	71	76,3
Estados Unidos de América	339.250	4.906	1,4	4.328	88,2

* Número de casos perinatales corresponde a 31/12/90.

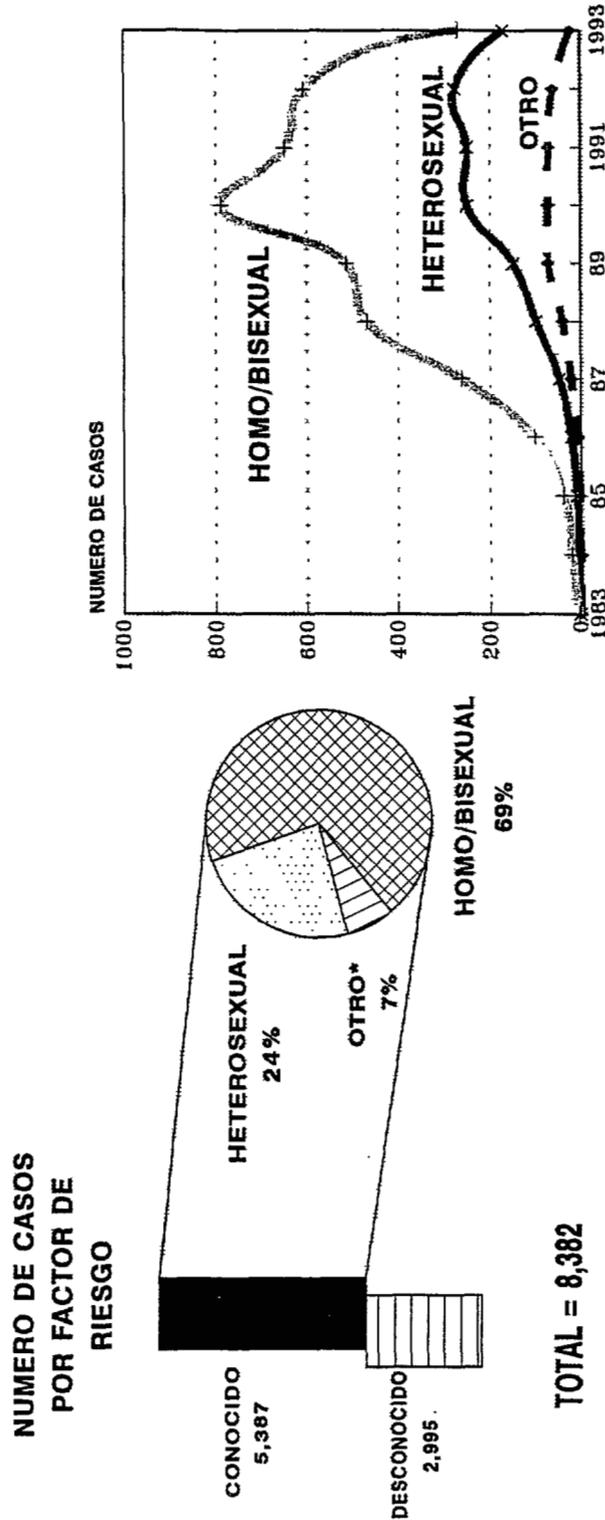
(a) Excluye a países que no han notificado casos pediátricos.

Fig. 3. NUMERO DE CASOS DE SIDA EN MUJERES, Y CASOS DE TRANSMISION PERINATAL, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1988-1993*.



* LA INFORMACION ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4a. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, AREA ANDINA.



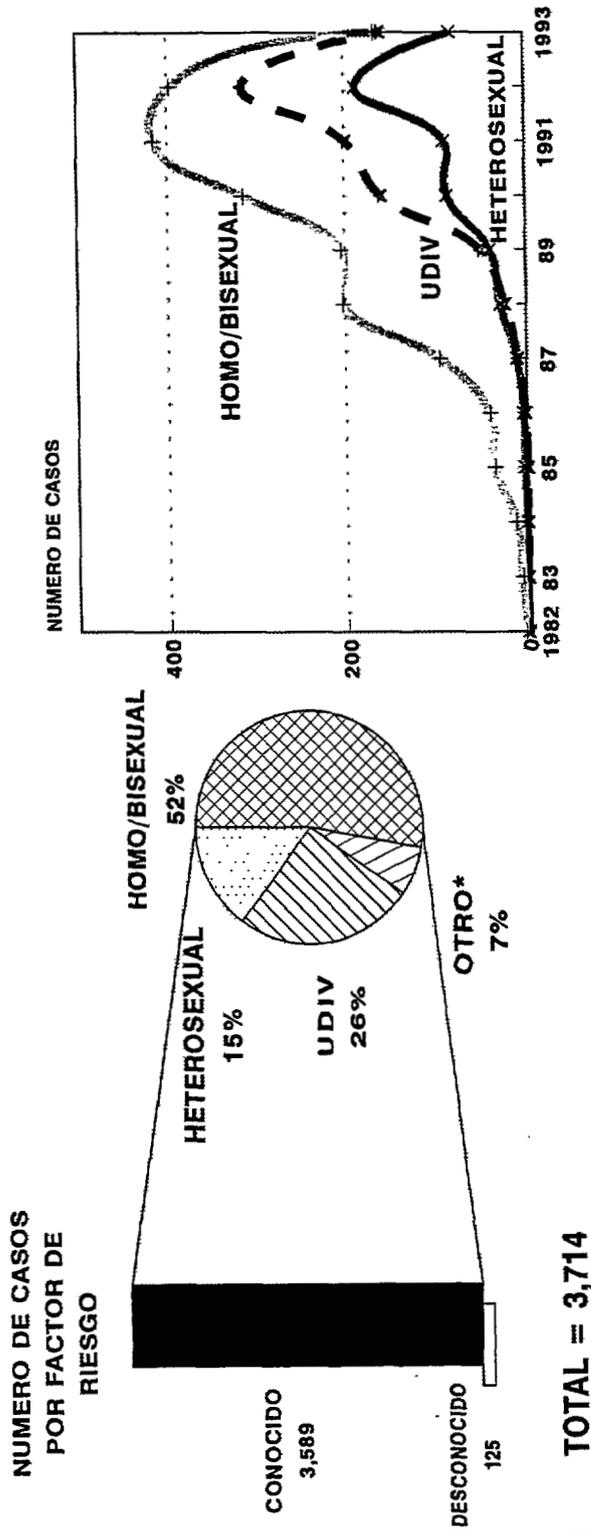
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1983-1993.**

* INCLUYE 3.1% SANGUINEO, <1% UDIV, 1.75% PERINATAL Y 1.27% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4b. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1993, CONO SUR.

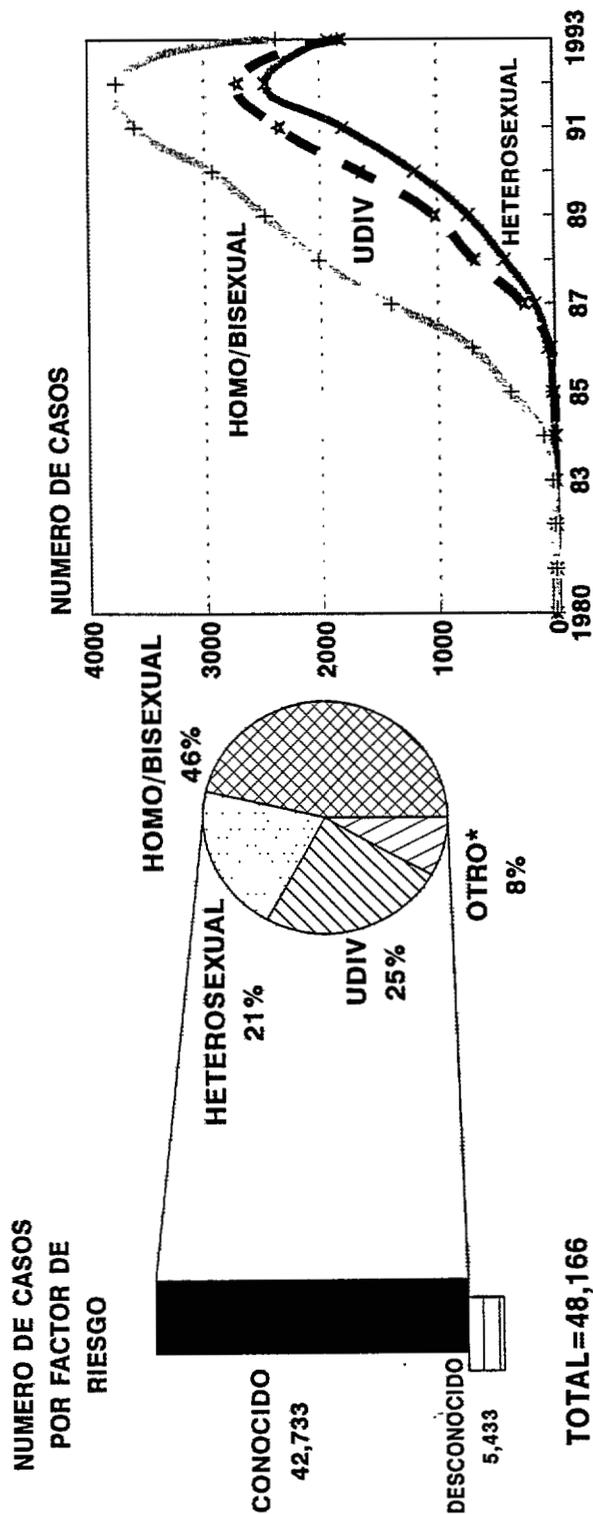


INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1982-1993**.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994.

* INCLUYE 3.6% SANGUINEO, 2.4% PERINATAL Y 1% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

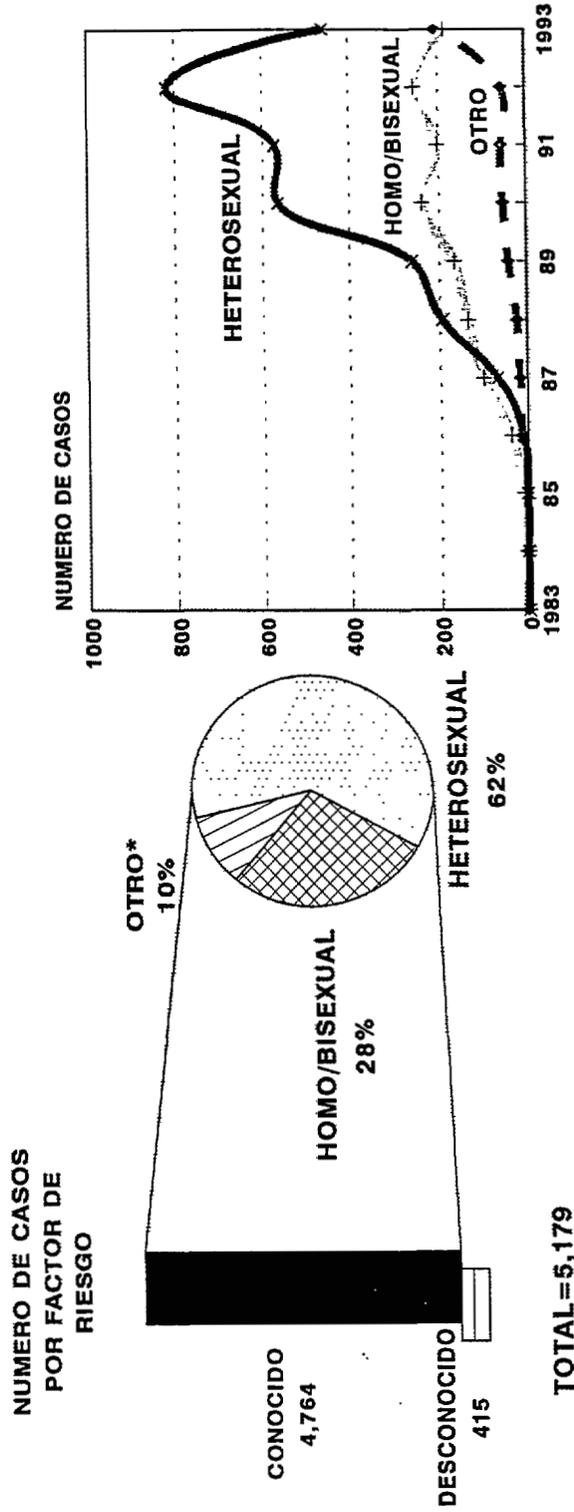
FIG.4c. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1980-1993, BRASIL.



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1980-1993.**

* INCLUYE 6% SANGUINEO Y 2% PERINATAL.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4d. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, ISTMO CENTROAMERICANO.

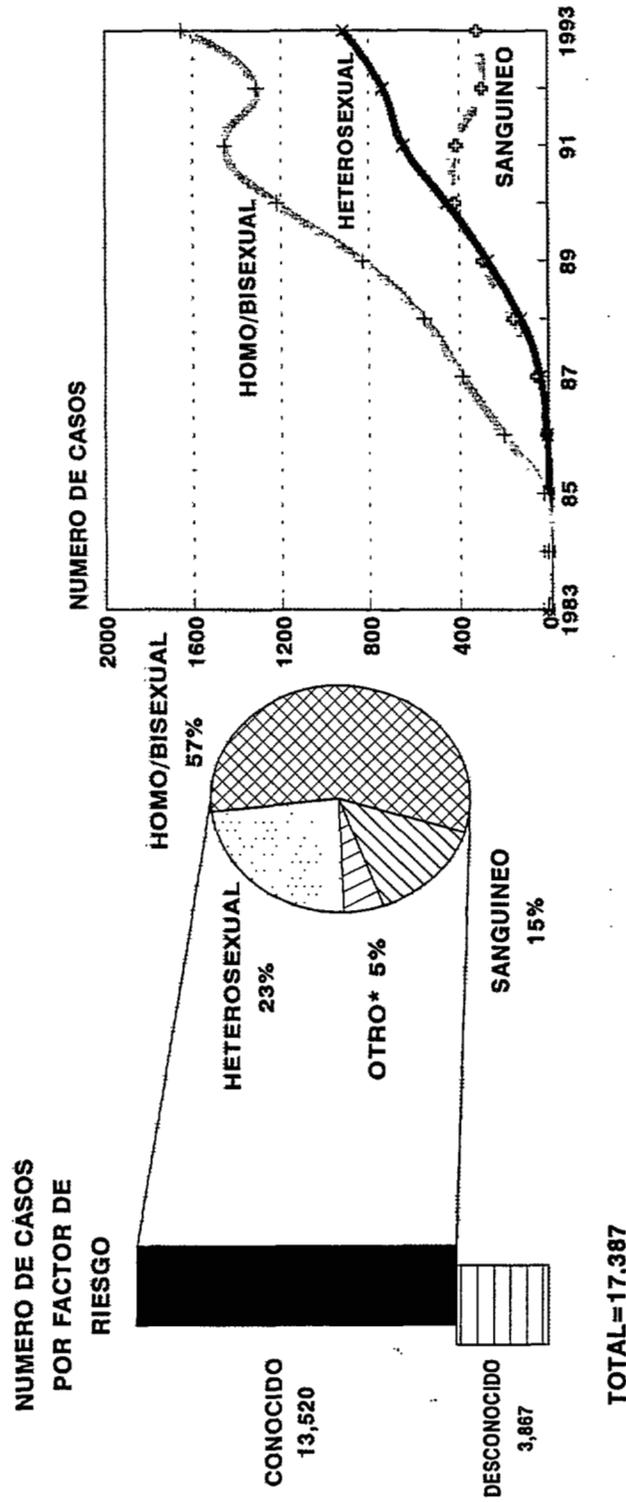


INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1983-1993**.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994.

* INCLUYE 2.6 % SANGUINEO, 1% UDIV, 3% PERINATAL Y 3.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4e. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, MEXICO.

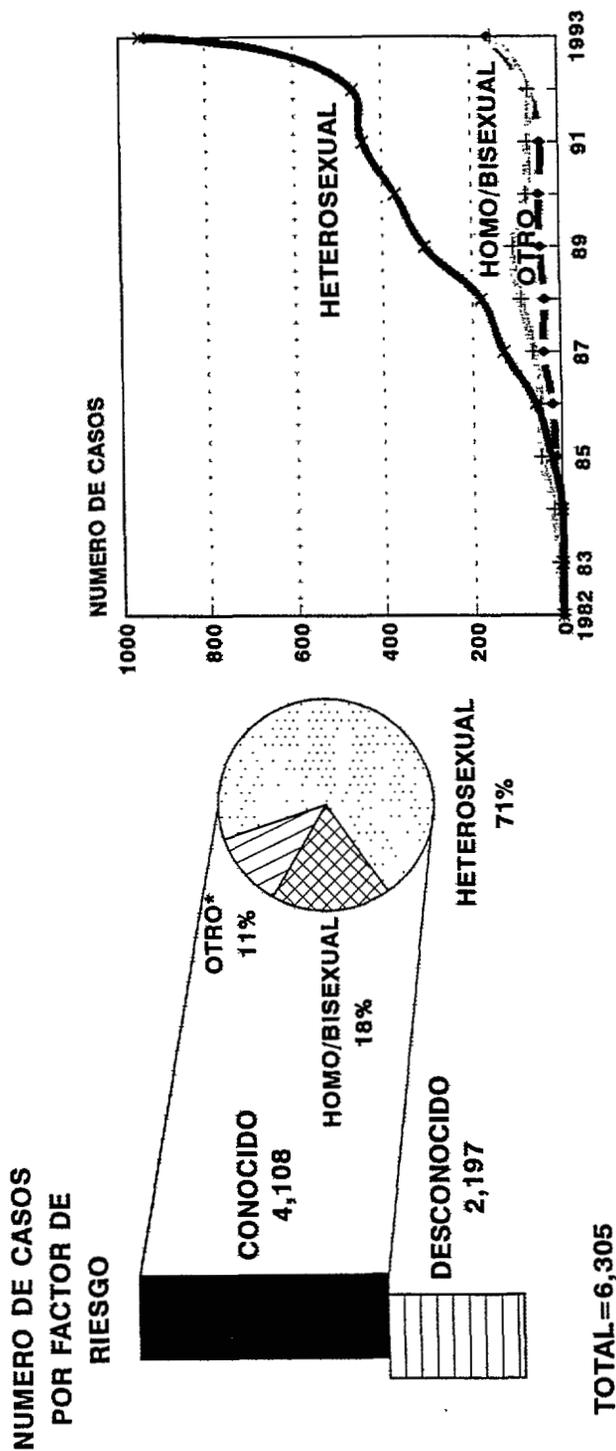


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1983-1993.

* INCLUYE <1% UDIV, 1.8% PERINATAL Y 2.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

FIG. 4f. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A MARZO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1993, CARIBE.



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO SELECCIONADOS, 1982-1993**.

* INCLUYE 1% SANGUINEO, 0.9% UDIV, 9% PERINATAL Y <1% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA INFORMACION.

ANEXO II-A

ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA CONJUNTO Y COPATROCINADO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

**Propuesta para la Región de las Américas
Presentada por la Organización Panamericana de la Salud**

**ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA CONJUNTO
Y COPATROCINADO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA**

**Propuesta para la Región de las Américas
Presentada por la Organización Panamericana de la Salud**

1. Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud surgió de la Primera Convención Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas, que se celebró en Washington, D.C., del 2 al 5 de diciembre de 1902 y que formó la Oficina Sanitaria Internacional, con sede en Washington, D.C. En 1923, esta entidad se convirtió en la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y funcionó como secretaría de la Organización Sanitaria Panamericana y, en la práctica, como oficina de asuntos sanitarios de la Organización de los Estados Americanos, en cuyo edificio estuvo alojada durante varios decenios. En 1949, en virtud de un acuerdo oficial con la Organización Mundial de la Salud, la Organización Sanitaria Panamericana pasó a ser también la Oficina Regional de la OMS para las Américas, conservando su función anterior como la organización internacional de salud para el continente americano. También en 1949, la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización de los Estados Americanos (OEA) firmaron un convenio por el cual aquella se convirtió en un organismo interamericano especializado, y en 1951, el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana aprobó el pago de cuotas regulares por los Estados Miembros. (Hasta entonces, había dependido de las contribuciones voluntarias irregulares de estos.) En 1958, la Organización Sanitaria Panamericana cambió de nombre a Organización Panamericana de la Salud (OPS). (La Oficina Sanitaria Panamericana sigue siendo la secretaría de la OPS.)

Según su Constitución, basada en el Código Sanitario Panamericano firmado en 1924, la Organización Panamericana de la Salud "tendrá como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes". (Artículo 1).

Según el artículo 3 del acuerdo entre la OMS y la OPS, "La Conferencia Sanitaria Panamericana podrá adoptar y promover convenciones y programas sanitarios en el Hemisferio Occidental, siempre que tales convenciones y programas sean compatibles con la política y programas de la Organización Mundial de la Salud, y sean financiados por separado".

La OPS recibe aproximadamente 50% de su financiamiento total de fuentes extrapresupuestarias, es decir, países donantes, organismos internacionales para el desarrollo,

instituciones financieras, fundaciones y empresas. De su presupuesto ordinario, aproximadamente 70% proviene de las cuotas de los Estados Miembros en las Américas, y 30% es proporcionado por la OMS.

2. Bases para un programa sobre el VIH/SIDA en la Región

El SIDA es fundamentalmente un problema sanitario con consecuencias importantes para varios otros sectores. La respuesta al problema exige la participación de otros sectores, con cooperación y coordinación intersectorial bajo el liderazgo firme del sector de la salud.

El SIDA es motivo de preocupación tanto regional como mundial. La cooperación de los organismos multilaterales y bilaterales es esencial para lograr la movilización eficaz de recursos y la creación de programas eficaces.

Debido a su mandato constitucional y convenios con la Organización de los Estados Americanos y la Organización Mundial de la Salud, la OPS debe trabajar con sus Estados Miembros para ayudarlos a formular y ejecutar programas eficaces para el control y prevención de la infección por el VIH y el SIDA. Esto se hará en colaboración y coordinación con otros organismos del Sistema Interamericano, como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y debe hacerse en cooperación con otros organismos internacionales y bilaterales, en particular los del sistema de las Naciones Unidas.

Para obtener buenos resultados en el plano nacional, es preciso desarrollar la capacidad nacional para:

- incorporar los programas contra el VIH/SIDA en los sistemas nacionales de salud;
- lograr que se asignen recursos nacionales suficientes y se usen eficazmente;
- promover la participación de otros sectores, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades;
- movilizar recursos adicionales de otros sectores y de la comunidad internacional;
- fomentar la coordinación de los organismos nacionales e internacionales bajo el liderazgo del ministerio de salud.

3. Aspectos de organización

A *nivel de país*, deben tenerse en cuenta los siguientes factores al planificar un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas:

- es imprescindible fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para desempeñar la función de liderazgo en el ámbito nacional; una función primordial del ministerio de salud es coordinar las aportaciones al sector de la salud, con apoyo del Representante de la OPS/OMS, y para tal efecto tiene que asumir la responsabilidad principal del plan nacional sobre el VIH/SIDA;
- las comisiones nacionales ayudarán a promover y coordinar los esfuerzos a nivel nacional;
- debe haber correspondencia entre las orientaciones y estrategias mundiales y la programación nacional, tomando también en cuenta las realidades locales;
- un plan nacional de carácter integral debe ser el marco de referencia para la cooperación entre todos los organismos que apoyan la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA, y debe ser la base para movilizar los recursos.

Teniendo presentes los factores recién mencionados, las actividades de cooperación externa a *nivel de país* deben incluir lo siguiente:

- un Comité de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA constituido por todos los organismos interesados, presidido por el Coordinador Residente de las Naciones Unidas o un delegado de este y en el cual el Representante de la OPS/OMS actuará como secretario. Otros organismos multilaterales y bilaterales relacionados con actividades contra el VIH/SIDA serán invitados y alentados a participar;
- cada organismo se ocupará de su campo de competencia y responsabilidad específica, con arreglo al programa coordinado de cooperación y en apoyo del plan nacional a mediano plazo;
- el Representante de la OPS/OMS se encargará específicamente de apoyar al sector de la salud y las actividades sanitarias, en particular por intermedio y en colaboración con los ministerios de salud;

- el financiamiento externo será complementario de los recursos nacionales y se comprometerá únicamente sobre la base del plan nacional. El financiamiento por conducto de los organismos de las Naciones Unidas será coordinado por el Comité de las Naciones Unidas.

A *nivel regional* en las Américas, cada copatrocinador organizará su componente del programa conjunto y copatrocinado según su propia organización y prácticas, pero procurando que haya compatibilidad con la decisión del Consejo Coordinador del Programa en el nivel mundial. Para lograr la coordinación y colaboración eficaces, al mismo tiempo que se da cumplimiento a los mandatos constitucionales de la OPS, se establecerán las siguientes entidades en la Región de las Américas:

- una Comisión Coordinadora Regional (CCR), integrada por representantes de los organismos copatrocinantes y de los principales organismos multilaterales y bilaterales que proporcionan recursos para actividades sobre el VIH/SIDA en la Región. Si hay cupo, podrá invitarse a participar a organizaciones no gubernamentales importantes. La CCR será presidida por un funcionario seleccionado de entre los representantes de los organismos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, mientras que el Representante de la OPS cumplirá la función de secretario. La CCR definirá sus atribuciones;
- una Secretaría Interinstitucional coordinará y apoyará las actividades regionales e interpaíses del programa conjunto y copatrocinado, y apoyará el trabajo de la CCR. La Secretaría estará ubicada en la OPS y rendirá cuentas al Director de la OPS y, por conducto de este, al Consejo Directivo de la OPS (Comité Regional de la OMS para las Américas), así como al Director Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas y al Director General de la OMS;
- en su calidad de Oficina Regional de la OMS para las Américas, la OPS incluirá el VIH/SIDA en sus propuestas de presupuesto regionales para ayudar a financiar los componentes regionales de importancia decisiva para el programa conjunto y copatrocinado. La OPS también velará porque exista complementariedad del programa sobre el VIH/SIDA con otros programas relacionados con la OMS en los ámbitos regional y de país;
- los detalles del funcionamiento y la dotación de personal de la Secretaría Regional serán organizados por el Director de la OPS en consulta con el Director Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas y con los representantes de los otros organismos copatrocinantes de las Naciones Unidas.

ANEXO II-B

**PROGRAMA CONJUNTO Y COPATROCINADO DE LAS
NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA**

**Propuesta para la Coordinación en la Región
de las Américas**

**PROGRAMA CONJUNTO Y COPATROCINADO DE LAS
NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA**

**Propuesta para la Coordinación en la Región
de las Américas**

1. Justificación

Seis organismos de las Naciones Unidas --la OMS, el PNUD, el UNICEF, la UNESCO, el FNUAP y el Banco Mundial-- van a iniciar un programa conjunto y copatrocinado sobre el VIH/SIDA, con miras a fomentar la coordinación de las actividades para apoyar a los países en sus esfuerzos por prevenir la transmisión del VIH y reducir la repercusión del SIDA. La OMS, el UNICEF, la UNESCO y el FNUAP tienen oficinas regionales o subregionales en las Américas que estarán ejecutando actividades y proyectos acordes con el campo de competencia técnica de cada organismo. Estos proyectos formarán parte de un plan mundial aprobado para combatir el VIH/SIDA y pueden apoyar a uno o varios países dentro de la Región. Sin embargo, los planes mundiales no pueden lograr el grado de detalle y la especificidad que son de desear en una Región tan diversa y compleja como las Américas; además, la adopción de un punto de vista mundial no puede sacar partido de las características lingüísticas y culturales que son comunes dentro de la Región. Por otra parte, algunos de los países de las Américas han alcanzado un grado de desarrollo estructural y funcional que se traduce en una capacidad operativa eficaz. Muchos de esos países están formando mercados comunes (por ejemplo, el TLC, el MERCOSUR) que estimularán la integración en campos como el de la salud y en asuntos económicos. Como las oficinas regionales y subregionales de los organismos de las Naciones Unidas conocen bien las situaciones nacionales y mantienen vecindad geográfica con los países a los que atienden, desempeñarán una función vital en la ejecución con éxito del plan mundial y de los proyectos nacionales y regionales. También podrán ofrecer ventajas de escala al enfocar los asuntos desde los puntos de vista regional y subregional. En consecuencia, la coordinación de las actividades de los seis organismos dentro de la Región será esencial para que se cumplan los fines del programa conjunto y copatrocinado.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo especializado de las Naciones Unidas (por conducto de la OMS) y también de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Tanto la OEA como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que es igualmente un organismo especializado del Sistema Interamericano, están ayudando a los Gobiernos Miembros a combatir el SIDA en la Región. Como entidades intergubernamentales, deben participar junto con los organismos de las Naciones Unidas en los esfuerzos de coordinación.

Varios organismos bilaterales y multilaterales y organizaciones no gubernamentales llevan a cabo actividades relacionadas con el VIH/SIDA en las Américas. Entre las primeras figuran la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) y organismos de varios países europeos. La Unión Europea también ha apoyado programas en varios países de la Región. Entre las ONG principales pueden mencionarse la Cruz Roja, CARE y Project HOPE. Si bien el Programa de las Naciones Unidas pretende lograr la coordinación principalmente entre los organismos intergubernamentales, sería valioso y más eficaz incluir a organismos bilaterales importantes y las ONG internacionales en las iniciativas de coordinación regional.

2. Comisión Coordinadora Regional

Se establecerá una Comisión Coordinadora Regional (CCR) para lograr la coordinación y colaboración eficaces entre los organismos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, las instituciones bilaterales y las ONG que actúan en la Región de las Américas. (Cabe señalar que este mecanismo de coordinación se basa parcialmente en el aplicado por el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas.)

- La CCR estaría integrada por representantes de los seis organismos copatrocinantes y de otros organismos de las Naciones Unidas que opten por participar, de la Organización de los Estados Americanos y del Banco Interamericano de Desarrollo. Se invitará a participar a instituciones bilaterales importantes y las ONG internacionales que lleven a cabo actividades en la Región.
- La OPS será anfitriona de la CCR y le proporcionará servicios de secretaría.
- En su primera reunión, la CCR tratará y definirá sus atribuciones, basándose en un borrador preparado por su Secretaría y distribuido con antelación. La CCR elegirá a su presidente, que será el representante de alguno de los organismos de las Naciones Unidas o de la OEA y desempeñará sus funciones por el término de un año.
- La CCR preparará un acuerdo multilateral en el que se reconozca la necesidad de coordinación y colaboración entre los organismos participantes, el cual será firmado por los jefes ejecutivos de los organismos interesados.
- La CCR preparará y aprobará un plan regional para la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA, a partir de un borrador que será elaborado por la Secretaría. El plan regional será compatible con el plan mundial preparado y aprobado por el Programa de las Naciones Unidas y será revisado y modificado anualmente.

- Durante el primer año, la CCR se reunirá cada cuatro meses para mantener a los organismos plenamente informados acerca de las actividades contra el SIDA, para ponerse de acuerdo sobre planes concretos y para coordinar proyectos subregionales y regionales. Después del primer año, la frecuencia de las reuniones podrá ser modificada según las necesidades de coordinación.
- La CCR puede nombrar comités de trabajo formados por asesores técnicos y por funcionarios de los organismos participantes para ocuparse de temas determinados cuyo tratamiento se beneficie de la adopción de un enfoque regional o subregional. Estos comités llevarán a cabo su cometido según lo especificado por la CCR e informarán a esta y a los jefes ejecutivos de los organismos correspondientes.
- La CCR rendirá cuentas, por conducto de su Secretaría y de los jefes de los organismos que la conforman, al Programa de las Naciones Unidas.
- La CCR puede convocar a la comunidad internacional para que esta movilice recursos, con arreglo a lo dispuesto en el plan mundial aprobado.

3. Secretaría regional

La Secretaría regional tendrá su sede en la OPS y constará de un número reducido de profesionales y del personal de apoyo necesario para ejecutar los aspectos regionales y subregionales del Programa de las Naciones Unidas, apoyar a la CCR y preparar y poner en práctica proyectos específicos para la Región que sean compatibles con el plan mundial y lo complementen.

- La Secretaría será financiada por el Programa de las Naciones Unidas y por la OPS.
- Se invitará a otros organismos de las Naciones Unidas y de la OEA a asignar funcionarios suyos a la Secretaría, si así lo desean. No obstante, se reconoce que muy probablemente preferirán asignar personal en sus propias oficinas. Será preciso que la Secretaría y el personal de otros organismos que trabajen en proyectos relacionados con el VIH/SIDA mantengan contacto frecuente para lograr una coordinación adecuada.
- La contratación de personal para la Secretaría efectuada por la OPS se hará de conformidad con lo dispuesto en los reglamentos de la OPS y de la OMS.
- La Secretaría preparará un plan y un presupuesto anuales, que se presentarán para su aprobación a la CCR y al Programa de las Naciones Unidas.

- **La Secretaría presentará un informe y una evaluación anuales a la CCR. También, en cada reunión de la CCR, mantendrá a esta al tanto de los adelantos logrados y de cualesquiera dificultades en la ejecución del plan regional.**

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*



**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**

113^a Reunión
Washington, D.C.
27 junio a 1 julio de 1994

Tema 4.8 del programa provisional

CE113/16, ADD. I (Esp.)

21 junio 1994

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
(SIDA) EN LAS AMERICAS**

El Director tiene el placer de presentar a la consideración del Comité Ejecutivo el informe actualizado sobre la situación de las actividades de vigilancia epidemiológica del SIDA en las Américas al 10 de junio de 1994.

Anexos

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Resumen

Información al 10 de junio de 1994

Número acumulado de casos notificados

a nivel mundial: 939,427

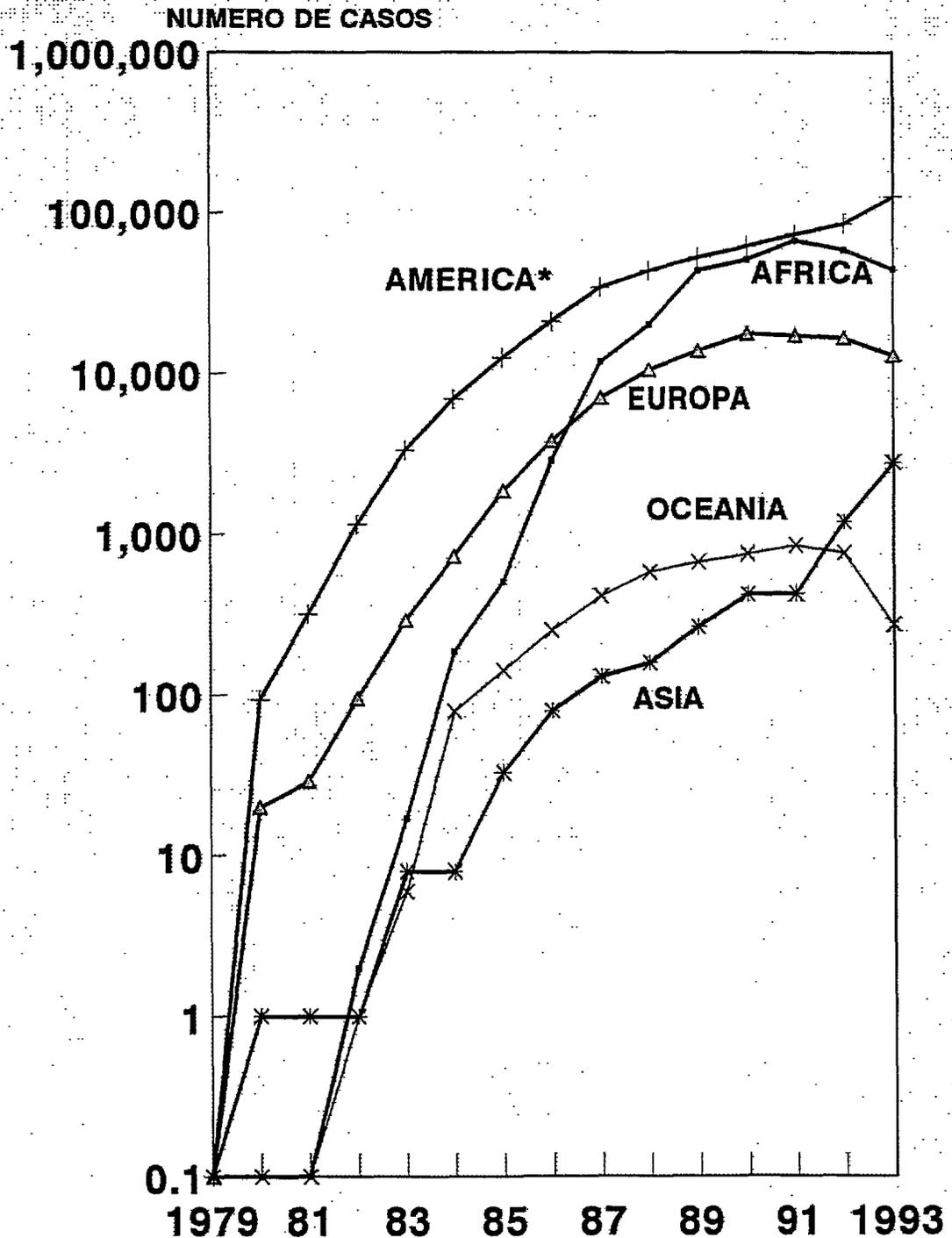
Número acumulado de casos notificados

en las Américas: 523,777

Número acumulado de muertes notificadas

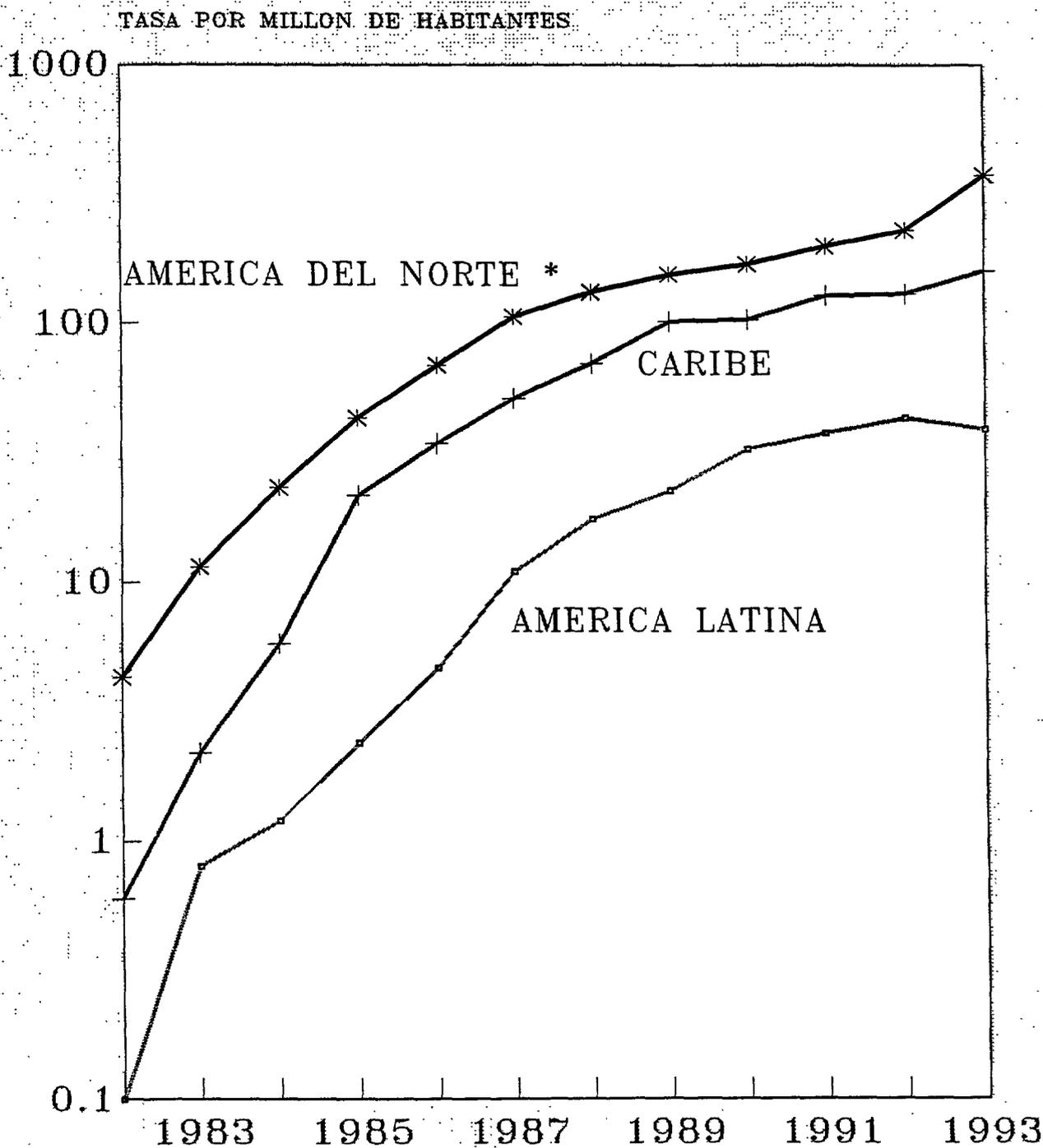
en las Américas: 271,311

FIG. 1. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA POR REGION DE LA OMS, POR AÑO, 1979-93.



* INCLUYE DATOS PROVISIONALES DE ESTADOS UNIDOS DE AMERICA CLASIFICADOS SEGUN LA DEFINICION DE CASO DE SIDA DE 1993.

Fig.2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA EN LAS AMERICAS(POR MILLON DE HABITANTES), SUBREGIONES PRINCIPALES, 1982-1993.



* INCLUYE DATOS PROVISIONALES DE ESTADOS UNIDOS DE AMERICA CLASIFICADOS SEGUN LA DEFINICION DE CASO DE SIDA DE 1993.

CUADRO 1. NUMERO NOTIFICADO DE CASOS DE SIDA POR AÑO, Y NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES, POR PAIS Y SUBREGION.

Al 10 de junio de 1994.

SUBREGION País	Número de casos							Total (a) acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994			
TOTAL REGIONAL	124.065	53.040	62.002	73.147	84.918	124.589	1.757	523.777	271.311	
AMERICA LATINA b)	15.273	9.778	14.431	17.040	19.788	17.959	1.594	96.122	39.744	
AREA ANDINA	1.550	1.027	1.565	1.733	1.956	1.350	231	9.630	4.853	
Bolivia	16	2	9	17	18	20	5	87	65	31/Mar/94
Colombia	706	453	771	857	921	519	147	4.583	2.312	31/Mar/94
Ecuador	68	27	44	55	66	85	35	381	258	31/Mar/94
Perú	135	116	167	163	249	226	4	1.068	380	31/Mar/94
Venezuela	625	429	574	641	702	500	40	3.511	1.838	31/Mar/94
CONO SUR	549	406	667	939	1.199	1.338	180	5.281	2.048	
Argentina	352	281	457	665	914	1.093	142	3.904	1.268	31/Mar/94
Chile	143	84	128	183	178	112	...	831	489	31/Dic/93
Paraguay	9	3	6	5	17	30	7	77	48	23/May/94
Uruguay	45	38	76	86	90	103	31	469	243	31/Mar/94
BRASIL	8.083	5.302	7.193	9.459	11.004	8.271 *	<-----	49.312	19.513	26/Feb/94
ISTMO CENTROAMERICANO	646	492	915	933	1.210	1.564	183	5.981	2.037	
Belice	11	0	19	11	12	29	...	82	46	31/Dic/93
Costa Rica	98	57	86	91	125	109	21	587	362	31/Mar/94
El Salvador	57	72	54	132	114	177	24	630	144	31/Mar/94
Guatemala	49	31	92	96	94	118	19	499	188	31/Mar/94
Honduras	309	253	591	504	745	947	104	3.473	877	31/Mar/94
Nicaragua	2	2	7	13	6	17	3	66	48	31/Mar/94
Panamá	120	77	66	86	114	167	12	644	372	31/Mar/94
MEXICO	1.710	1.607	2.588	3.167	3.220	5.095	966	18.353	10.366	31/Mar/94
CARIBE LATINO c)	2.735	944	1.503	809	1.199	341	34	7.565	927	
Cuba	30	14	29	37	68	67	...	245	148	31/Dic/93
Haití	2.002	451	1.216	492	806	...	...	4.967	297	31/Dic/92
República Dominicana	703	479	258	280	325	274	34	2.353	482	31/Mar/94
CARIBE c)	1.416	741	760	904	929	1.153	111	6.014	4.000	
Anguilla	1	2	1	1	0	0	...	5	3	30/Sep/93
Antigua	5	0	3	6	13	7	...	34	5	31/Dic/93
Antillas Neerlandesas	31	16	30	23	10	47	...	157	79	30/Jun/93
Bahamas	270	170	168	230	254	297	...	1.389	737	31/Dic/93
Barbados	71	40	61	80	78	88	...	418	323	31/Dic/93
Dominica	7	3	2	0	0	14	...	26	11	31/Dic/93
Grenada	11	8	5	7	4	21	2	58	41	31/Mar/94
Guadalupe	130	55	53	67	48	0	...	353	216	31/Mar/93
Guayana Francesa	137	54	41	...	...	...	...	232	144	30/Sep/90
Guyana	117	53	59	46	67	100	23	465	366	31/Mar/94
Islas Caimán	4	1	2	4	4	0	0	15	13	31/Mar/94
Islas Turcas y Caicos	11	7	1	2	4	14	...	39	30	30/Sep/93
Islas Vírgenes (RU)	1	0	2	1	1	1	0	6	1	31/Mar/94
Jamaica	73	66	62	133	99	236	...	669	460	31/Dic/93
Martinica	77	47	44	30	42	26	...	266	184	30/Sep/93
Montserrat	0	3	1	2	0	1	0	7	0	31/Mar/94
Saint Kitts y Nevis	19	5	8	1	4	3	1	41	27	31/Mar/94
San Vicente y las Granadinas	14	7	6	14	5	8	2	56	51	31/Mar/94
Santa Lucía	15	8	4	6	8	12	3	56	51	31/Mar/94
Suriname	28	29	33	16	28	35	8	177	158	31/Mar/94
Trinidad y Tabago	394	167	174	235	260	243	72	1.545	1.100	31/Mar/94
AMERICA DEL NORTE	107.376	42.521	46.811	55.203	64.201	105.477	52	421.641	227.567	
Bermuda	100	35	33	23	17	15	...	223	162	30/Jun/93
Canadá	3.208	1.271	1.287	1.319	1.380	994	52	9.511	6.534	31/Mar/94
Estados Unidos de América c)	104.068	41.215	45.491	53.861	62.804	104.468	d)	411.907	220.871	d) 31/Dic/93

* Incluye casos diagnosticados en enero y febrero de 1994.

a) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.

b) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

c) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

d) Datos provisionales (incluye casos clasificados según la definición de caso de SIDA de 1983).

CUADRO 2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993, AL 10 DE JUNIO DE 1994.

SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993
País						
AMERICA LATINA a)	17,7	22,8	33,0	38,2	43,5	39,3
AREA ANDINA	8,9	11,4	17,0	18,4	20,4	13,7
Bolivia	1,4	0,3	1,2	2,3	2,3	2,5
Colombia	11,1	14,5	24,2	25,5	26,9	14,9
Ecuador	3,1	2,6	4,1	5,1	5,9	7,5
Perú	3,3	5,3	7,5	7,4	11,1	9,9
Venezuela	17,8	22,3	29,1	31,7	34,7	23,6
CONO SUR	5,5	7,8	12,6	17,5	22,1	24,3
Argentina	6,0	8,8	14,1	20,3	27,6	32,6
Chile	5,2	6,5	9,7	13,7	13,1	8,1
Paraguay	0,2	0,7	1,4	1,1	3,8	6,5
Uruguay	9,1	12,2	24,3	27,5	28,8	32,7
BRASIL	27,5	36,0	47,8	61,7	70,4	51,9 *
ISTMO CENTROAMERICANO	13,2	17,4	31,5	31,2	39,4	49,6
Belice	23,0	0	104,4	60,4	64,5	155,9
Costa Rica	18,1	19,4	28,5	29,5	39,5	39,7
El Salvador	6,8	14,0	10,3	24,6	20,7	31,3
Guatemala	2,1	3,5	10,0	10,1	9,6	11,8
Honduras	39,3	50,8	115,0	95,1	136,4	168,3
Nicaragua	0,6	0,5	1,8	3,3	1,5	4,0
Panamá	27,1	32,5	27,3	34,9	45,3	65,2
MEXICO	10,7	18,5	29,2	35,0	34,9	54,1
CARIBE LATINO b)	47,2	39,9	62,6	32,8	47,8	18,4
Cuba	1,4	1,4	2,8	3,5	6,3	6,1
Haití	116,7	70,7	186,9	74,0	118,8	...
República Dominicana	51,7	68,3	36,0	38,2	43,5	36,0
CARIBE a)	70,5	102,2	103,3	128,4	130,4	160,2
Anguila	142,2	284,5	142,9	142,9	0	0
Antigua	0	0	34,9	69,8	168,8	90,9
Antillas Neerlandesas	69,1	83,7	155,4	119,2	51,8	243,5
Bahamas	363,6	661,5	646,2	884,6	969,5	1133,6
Barbados	58,4	154,6	233,7	313,7	304,7	342,4
Dominica	25,3	37,5	24,7	0	0	168,7
Grenada	30,0	79,2	48,5	68,0	42,4	222,8
Guadalupe	142,0	162,2	155,4	194,2	138,3	0
Guayana Francesa	386,3	600,7	445,7	...	...	...
Guyana	35,8	51,8	56,7	57,5	83,2	123,3
Islas Caimán	47,5	47,6	95,2	190,5	148,1	0
Islas Turcas y Caicos	750,9	876,1	111,1	222,2	400,0	1400,0
Islas Virgenes (RU)	76,7	0	153,4	76,7	76,9	76,9
Jamaica	12,3	26,6	24,6	53,5	39,4	92,7
Martinica	90,9	142,2	133,0	87,5	121,7	74,9
Montserrat	0	230,2	76,9	153,8	0	76,9
Saint Kitts y Nevis	187,5	103,1	160,0	20,0	90,1	67,6
San Vicente y las Granadinas	64,8	64,2	54,1	126,1	41,7	66,8
Santa Lucía	37,6	59,3	29,4	44,1	50,7	76,0
Suriname	33,2	72,9	81,9	37,3	64,1	78,7
Trinidad y Tabago	127,1	132,2	135,6	180,6	197,1	181,6
AMERICA DEL NORTE	132,3	154,0	169,7	199,2	229,4	374,1
Bermuda	490,8	601,4	569,0	396,6	293,1	258,6
Canadá	41,5	48,3	48,5	49,3	51,2	36,6
Estados Unidos de América b)	141,8	166,1	182,5	215,2	248,3	410,1 c)

* Incluye casos diagnosticados en enero y febrero de 1994.

a) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Virgenes de los Estados Unidos están incluidos en los Estados Unidos de América.

c) Datos provisionales (incluye casos clasificados según la definición de caso de SIDA de 1993).

CUADRO 3. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR SEXO, POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993.

SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES											
	HOMBRES						MUJERES					
País	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1988	1989	1990	1991	1992	1993
AMERICA LATINA a)	29,4	37,9	53,8	61,7	67,2	59,7	5,4	6,7	10,9	12,1	15,4	13,8
AREA ANDINA	15,2	19,4	29,3	27,1	23,2	13,8	1,1	1,8	2,4	2,0	2,3	1,7
Bolivia	2,9	0	1,9	4,3	1,8	1,8	0	0,6	0	0	1,0	0,2
Colombia	17,7	23,5	40,8	30,9	23,7	21,1	1,6	2,3	3,2	1,8	1,7	1,9
Ecuador	6,0	4,5	7,0	9,0	10,7	12,2	0,2	0,6	1,1	1,1	1,1	2,6
Perú	5,8	9,9	13,6	13,6	19,8	16,3	0,7	0,8	1,2	0,8	2,0	2,3
Venezuela	31,0	38,5	50,5	53,6	40,3	4,5	1,9	3,0	4,2	4,8	4,6	0,8
CONO SUR	9,6	12,4	20,5	26,0	30,8	32,9	0,7	1,1	2,1	2,2	6,5	8,2
Argentina	10,4	12,9	21,6	26,8	35,7	46,1	0,4	1,2	2,4	2,5	8,9	12,2
Chile	9,2	12,2	19,1	26,2	22,3	11,0	1,2	0,8	0,9	1,5	2,3	1,0
Paraguay	...	1,4	...	2,2	7,0	1,7	...	0	...	0	0,4	0,9
Uruguay	15,8	22,3	42,9	50,8	51,1	35,8	2,6	2,5	6,3	5,6	7,5	7,4
BRASIL	48,2	63,5	83,9	104,2	115,5	82,9*	6,9	8,6	11,9	19,4	25,6	21,2*
ISTMO CENTROAMERICANO	17,5	21,7	40,6	45,3	57,5	61,6	6,2	8,1	17,0	15,2	18,4	22,0
Belice	23,0	...	...	...	...	...	11,5	...	...	...	...	...
Costa Rica	33,2	32,3	45,2	51,9	68,2	49,0	2,8	4,8	5,4	2,6	5,1	1,9
El Salvador	...	...	...	36,8	31,1	56,0	...	...	...	12,4	7,8	13,5
Guatemala	3,6	5,8	16,6	16,5	16,7	28,8	0,5	1,4	3,3	3,6	2,5	6,4
Honduras	50,4	66,4	148,1	129,8	185,8	168,7	27,8	36,2	83,3	57,1	81,6	91,4
Nicaragua	1,1	1,1	3,1	4,5	2,4	6,1	0	0	0,5	0,5	0	0,9
Panamá	43,9	55,4	45,5	52,6	74,3	79,1	9,7	8,6	8,4	16,5	14,6	11,1
MEXICO	18,4	31,4	49,1	59,3	59,3	92,4	2,9	5,7	9,4	10,8	10,5	16,0
CARIBE LATINO b)	63,8	49,1	66,7	36,1	55,2	15,4	31,1	29,0	55,4	28,3	35,0	5,4
Cuba	3,9	0,2	0,8	4,3	5,9	7,5	0,8	0,2	0	1,3	2,4	2,8
Haití	154,4	87,1	197,6	73,6	135,4	...	80,0	55,4	176,6	74,5	102,8	...
República Dominicana	72,3	87,5	46,9	49,2	55,3	26,6	29,9	45,9	21,3	24,7	19,1	9,3
CARIBE a)	96,1	135,7	124,9	163,4	169,5	281,6	42,0	63,8	61,0	80,4	80,6	122,8
Anguila	0	...	0	0	0	0	281,7	...	284,1	281,7	0	0
Antigua	0	0	...	...	264,2	158,5	0	0	...	...	76,6	25,5
Antillas Neerlandesas	10,9	...	...	...	...	...	20,8	...	...	...	...	...
Bahamas	432,0	732,9	794,5	1147,4	1222,7	1362,0	296,8	591,9	501,5	642,4	723,0	911,3
Barbados	73,9	244,5	409,6	520,3	471,5	487,8	44,4	73,5	73,2	105,3	150,4	223,9
Dominica	49,9	49,3	48,7	...	...	...	0	25,4	0	...	...	...
Grenada	20,2	100,3	78,7	62,4	20,7	351,9	39,5	0	19,2	87,4	0	65,3
Guadalupe	217,6	253,1	222,9	285,7	200,0	1508,8	69,5	75,1	91,4	107,3	78,7	530,7
Guayana Francesa	545,0	735,0	...	...	...	...	204,6	466,7	...	...	...	...
Guyana	55,5	70,2	65,2	78,3	103,0	184,1	16,0	33,3	48,2	37,1	64,0	78,0
Islas Caimán	0	96,2	192,3	155,6	150,2	0	93,9	0	0	151,6	146,2	0
Islas Turcas y Caicos	1012,7	1519,0	0	404,9	809,7	1417,0	495,0	247,5	219,5	0	0	1378,0
Islas Vírgenes (RU)	...	0	144,0	155,0	155,0	0	...	0	14,2	0	151,7	151,7
Jamaica	18,2	38,2	32,6	59,1	52,8	123,1	6,5	15,2	16,6	48,0	25,3	62,6
Martinica	137,2	230,1	191,4	120,5	95,8	202,4	47,2	82,4	82,9	33,9	50,6	39,1
Montserrat	0	...	...	...	0	0	0	...	...	...	0	177,6
Saint Kitts y Nevis	381,0	126,6	248,1	46,8	140,4	46,8	0	80,6	77,5	0	43,4	86,8
San Vicente y las Granadinas	57,2	37,7	74,1	139,6	68,9	86,1	72,0	89,3	35,1	98,4	16,2	48,6
Santa Lucía	46,6	107,4	30,4	66,6	52,3	78,4	29,2	14,3	28,4	12,5	49,1	73,7
Suriname	46,5	106,9	120,0	56,3	87,6	113,1	20,1	39,7	44,3	18,5	40,9	44,6
Trinidad y Tabago	182,3	193,7	180,1	248,8	280,5	285,7	72,2	71,1	91,5	113,1	114,6	78,8
AMERICA DEL NORTE	223,9	242,8	292,0	300,1	305,4	70,1	25,9	28,6	37,7	43,1	47,0	4,7
Bermuda	850,2	975,6	489,5	664,3	419,6	419,6	138,8	237,3	238,1	136,1	170,1	102,0
Canadá	79,2	92,0	93,8	94,0	97,1	69,4	4,4	5,4	4,1	5,6	6,2	4,5
Estados Unidos de América b)	239,4	258,9	313,4	322,3	327,9	...	28,1	31,0	41,2	47,1	51,3	...

* Incluye casos diagnosticados en enero y febrero de 1994.

.. Información no disponible por sexo.

a) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 4. RAZON HOMBRE:MUJER, DE LOS CASOS DE SIDA NOTIFICADOS, POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993.

SUBREGION	RAZON HOMBRE:MUJER					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993
País						
AMÉRICA LATINA a)	5,4	5,6	4,9	5,1	4,4	4,3
AREA ANDINA	13,4	11,1	12,3	13,6	10,2	8,2
Bolivia	N/A	0	N/A	N/A	1,8	7,0
Colombia	11,3	10,2	13,0	16,6	13,4	11,1
Ecuador	31,0	8,0	6,3	8,2	10,0	4,7
Perú	8,9	12,1	11,8	16,7	10,2	7,2
Venezuela	16,3	12,9	12,3	11,4	9,0	6,0
CONO SUR	12,8	11,0	9,7	11,5	4,7	3,9
Argentina	23,1	10,3	8,9	10,6	3,9	3,7
Chile	7,3	15,6	20,7	17,3	9,4	10,7
Paraguay	...	N/A	...	N/A	16,0	2,0
Uruguay	6,0	8,5	6,6	8,6	6,5	4,6
BRASIL	7,0	7,3	7,0	5,3	4,5	3,9
ISTMO CENTROAMERICANO	2,8	2,7	2,4	3,0	3,2	2,8
Belice	2,0	...	...	...	...	...
Costa Rica	12,0	6,9	8,6	20,3	13,6	26,7
El Salvador	...	...	...	2,9	3,8	4,0
Guatemala	8,0	4,3	5,1	4,6	6,8	4,6
Honduras	1,8	1,8	1,8	2,3	2,3	1,9
Nicaragua	N/A	N/A	6,0	9,0	N/A	6,5
Panamá	4,7	6,7	5,6	3,3	5,3	7,4
MEXICO	6,4	5,6	5,2	5,5	5,6	5,8
CARIBE LATINO b)	2,1	1,7	1,2	1,3	1,6	2,9
Cuba	5,0	1,0	N/A	3,3	2,5	2,7
Haití	1,9	1,5	1,1	1,0	1,3	...
República Dominicana	2,5	1,9	2,3	2,1	3,0	2,9
CARIBE a)	2,2	2,1	2,0	2,0	2,1	2,2
Anguila	0	...	0	0	N/A	N/A
Antigua	N/A	N/A	...	...	3,3	6,0
Antillas Neerlandesas	0,5	...	...	...	...	...
Bahamas	1,4	1,2	1,5	1,7	1,6	1,5
Barbados	1,5	3,0	5,1	4,6	2,9	2,0
Dominica	N/A	2,0	N/A	...	...	...
Grenada	0,5	N/A	4,0	0,8	N/A	5,7
Guadalupe	3,0	3,2	2,3	2,5	2,4	2,7
Guayana Francesa	2,7	1,6	...	...	...	...
Guyana	3,5	2,1	1,4	2,1	1,6	2,3
Islas Caimán	0	N/A	N/A	1,0	1,0	N/A
Islas Turcas y Caicos	2,0	6,0	0	N/A	N/A	1,0
Islas Vírgenes (RU)	...	N/A	1,0	N/A	1,0	0
Jamaica	2,8	2,5	2,0	1,2	2,1	2,0
Martinica	2,8	2,6	2,2	3,3	1,8	4,9
Montserrat	N/A	...	...	...	N/A	0
Saint Kitts y Nevis	N/A	1,5	3,0	N/A	3,0	0,5
San Vicente y las Granadinas	0,8	0,4	2,0	1,3	4,0	1,7
Santa Lucía	1,5	7,0	1,0	5,0	1,0	1,0
Suriname	2,3	2,6	2,7	3,0	2,1	2,5
Trinidad y Tabago	2,5	2,7	1,9	2,2	2,4	3,6
AMÉRICA DEL NORTE	8,2	8,1	7,4	6,6	6,2	14,5
Bermuda	6,0	4,0	2,0	4,8	2,4	4,0
Canadá	17,7	16,7	22,4	16,6	15,2	15,0
Estados Unidos de América b)	8,1	7,9	7,2	6,5	6,1	...

N/A = No se aplica. No se ha notificado casos en mujeres en este período.

... = Información no disponible por sexo.

a) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 5. NUMERO TOTAL DE CASOS, CASOS PEDIATRICOS, PORCENTAJE DE CASOS PEDIATRICOS DEL TOTAL DE CASOS; CASOS PERINATALES Y PORCENTAJE DE CASOS PERINATALES DEL TOTAL DE CASOS PEDIATRICOS, POR SUBREGION Y PAIS (a), ACUMULADO A JUNIO 1994.

SUBREGION País	TOTAL CASOS	CASOS PEDIATRICOS	PORCENTAJE PEDIATRICOS	CASOS PERINATALES	PORCENTAJE PERINATALES
AREA ANDINA					
Bolivia	87	1	1,1	1	100,0
Colombia	4.583	70	1,5	56	80,0
Ecuador	381	5	1,3	4	80,0
Perú	1.068	22	2,1	11	50,0
Venezuela	3.511	54	1,5	24	44,4
CONO SUR					
Argentina	3.904	135	3,5	111	82,2
Chile	831	16	1,9	13	81,3
Uruguay	469	21	4,5	18	85,7
BRASIL	49.312	1.513	3,1	944	62,4
ISTMO CENTROAMERICANO					
Costa Rica	587	18	3,1	8	44,4
El Salvador	630	12	1,9	6	50,0
Guatemala	499	14	2,8	5	35,7
Honduras	3.473	136	3,9	124	91,2
Panamá	644	20	3,1	16	80,0
MEXICO	18.353	542	3,0	253	46,7
CARIBE LATINO					
Cuba	245	1	0,4	1	100,0
Haití	4.967	213	4,3	16 *	7,5
República Dominicana	2.353	50	2,1	26	52,0
CARIBE					
Antigua	34	6	17,6	6	100,0
Antillas Neerlandesas	157	1	0,6	1	100,0
Bahamas	1.389	131	9,4	131	100,0
Barbados	418	19	4,5	18	94,7
Dominica	26	1	3,8	1	100,0
Grenada	58	2	3,4	2	100,0
Guadalupe	353	16	4,5	14	87,5
Guayana Francesa	232	17	7,3	16	94,1
Guyana	465	44	9,5	40	90,9
Islas Vírgenes (RU)	6	1	16,7	1	100,0
Jamaica	669	60	9,0	43	71,7
Martinica	266	12	4,5	10	83,3
Saint Kitts y Nevis	41	1	2,4	1	100,0
San Vicente y las Granadinas	56	2	3,6	2	100,0
Santa Lucía	56	4	7,1	4	100,0
Suriname	177	4	2,3	4	100,0
Trinidad y Tabago	1.545	116	7,5	109	94,0
AMERICA DEL NORTE					
Canadá	9.511	96	1,0	73	76,0
Estados Unidos de América b)	411.907	4.906	1,2	4.328	88,2

* Número de casos perinatales corresponde a 31/12/90.

(a) Excluye a países que no han notificado casos pediátricos.

(b) Datos provisionales (incluye casos clasificados según la definición de caso de SIDA de 1993).

Fig. 3. NUMERO DE CASOS DE SIDA EN MUJERES, Y CASOS DE TRANSMISION PERINATAL, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1988-1993.

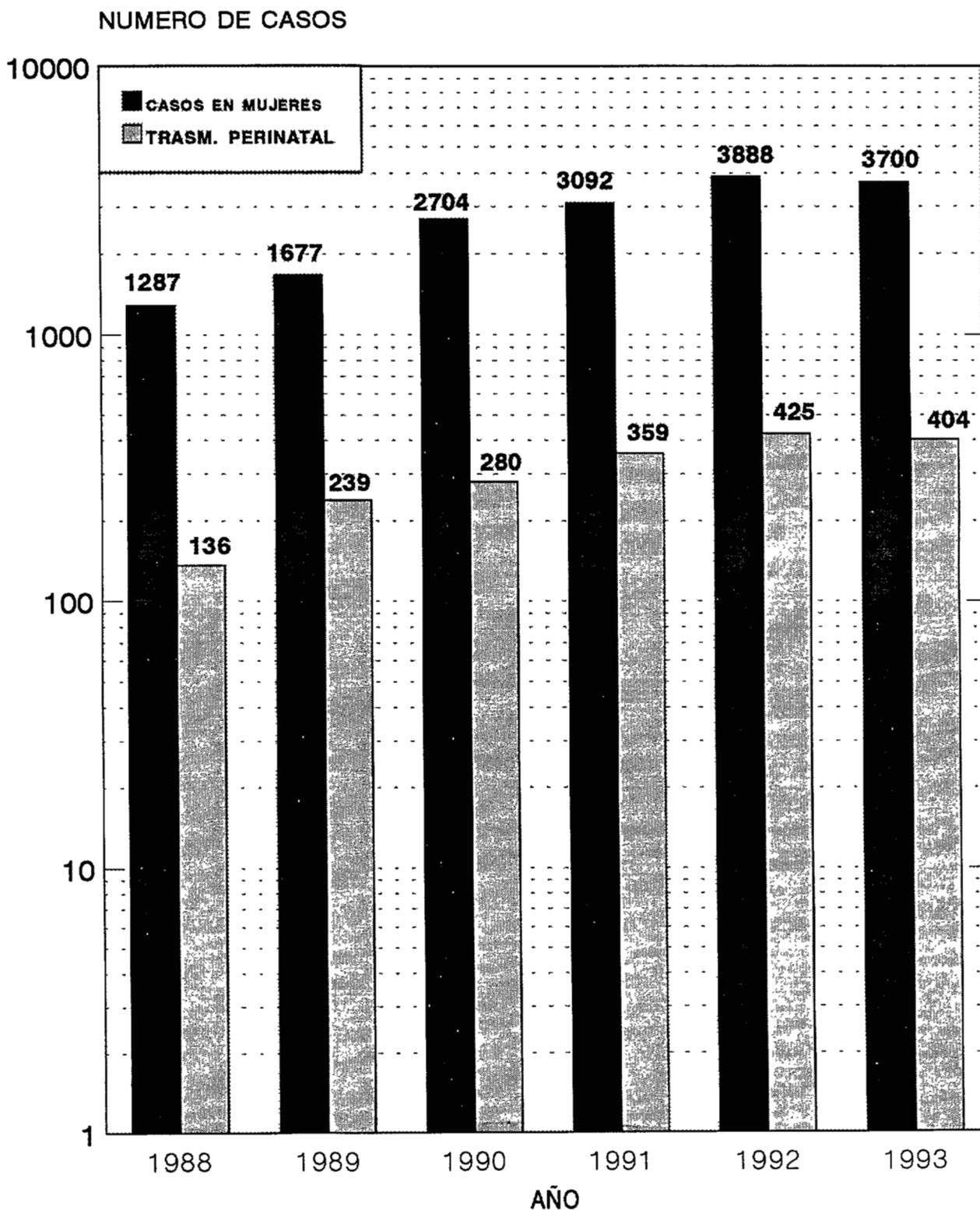
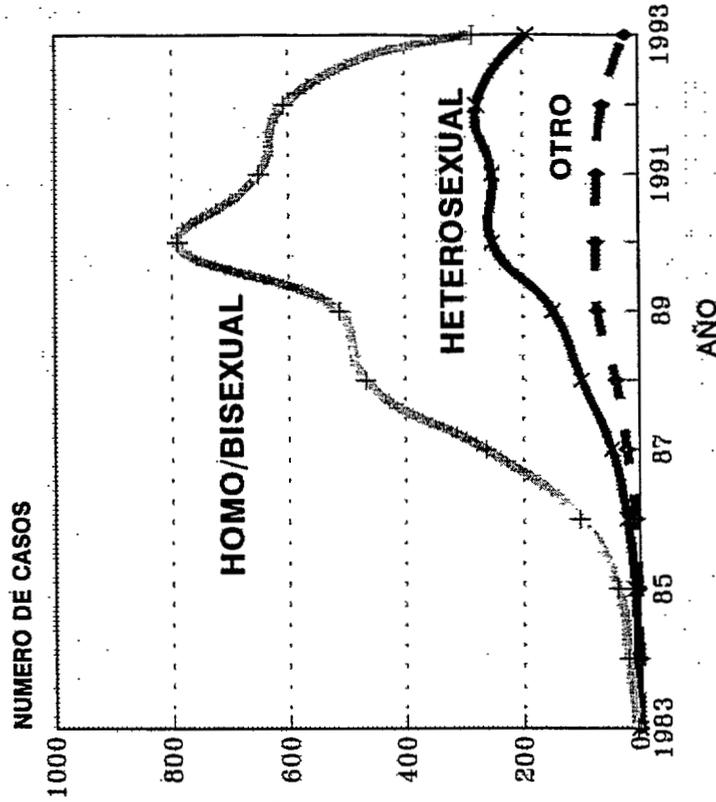
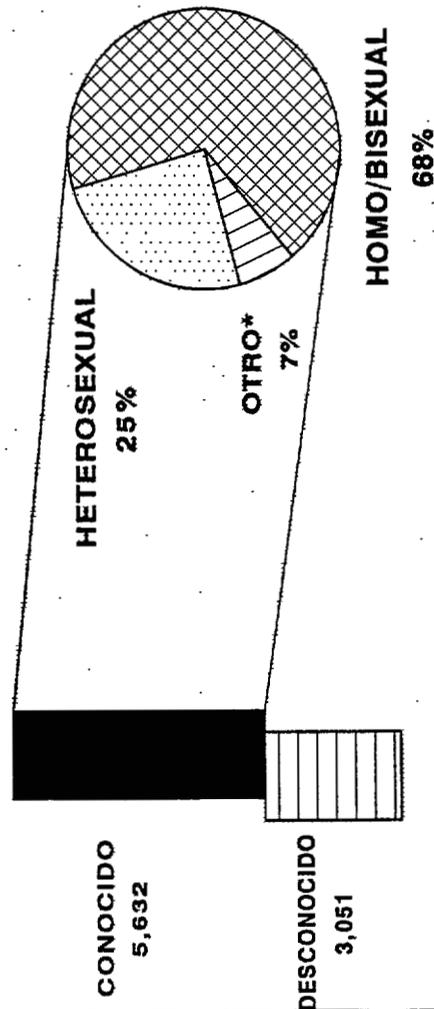


FIG. 4a. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, AREA ANDINA.

**NUMERO DE CASOS
 POR FACTOR DE
 RIESGO**

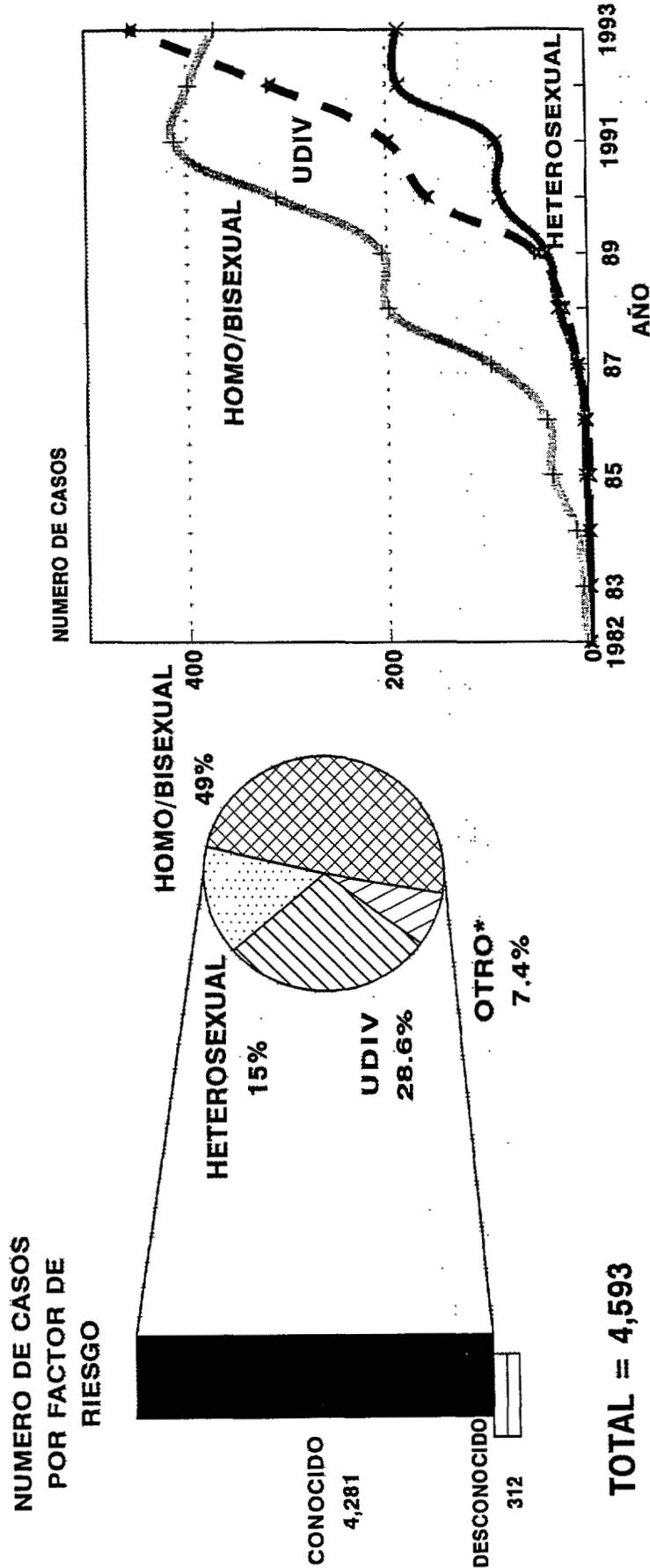


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1983-1993.**

* INCLUYE 2.9% SANGUINEO, <1% UDIV, 1.7% PERINATAL Y 1.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTÁ INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4b. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1993, CONO SUR.

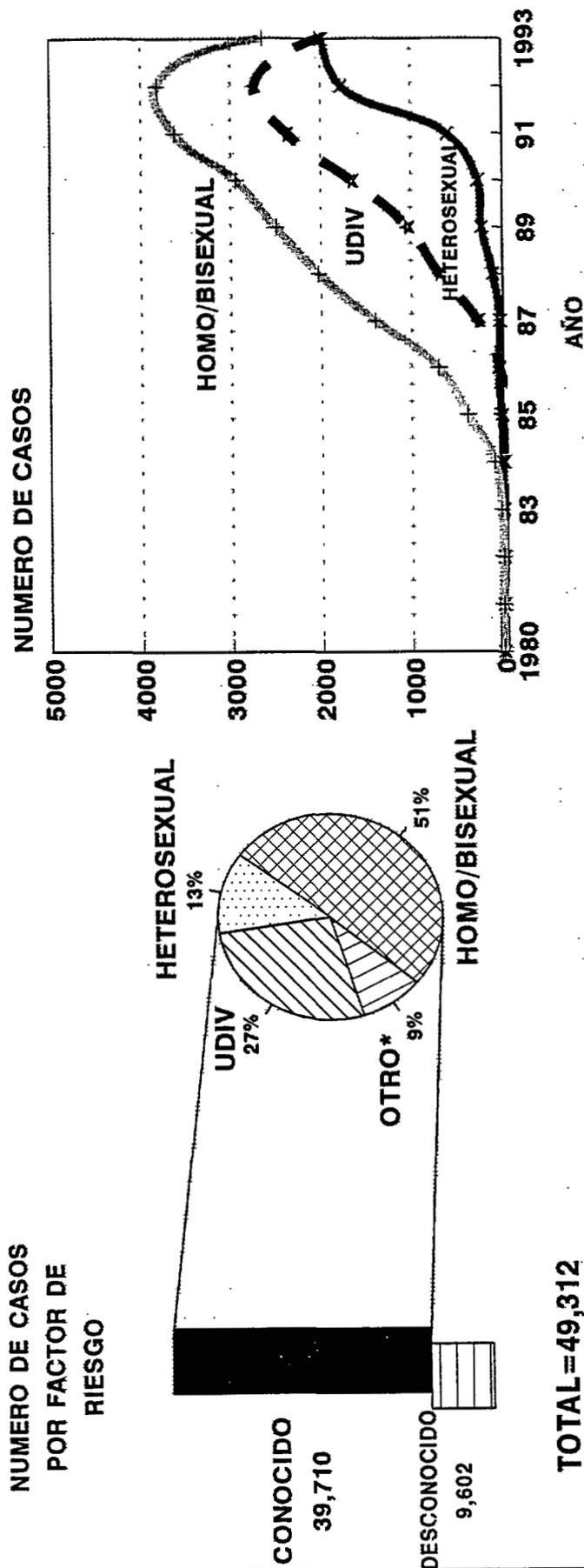


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1982-1993.

* INCLUYE 3.3% SANGUINEO, 3.3% PERINATAL Y .8% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

FIG.4c. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1980-1993, BRASIL.

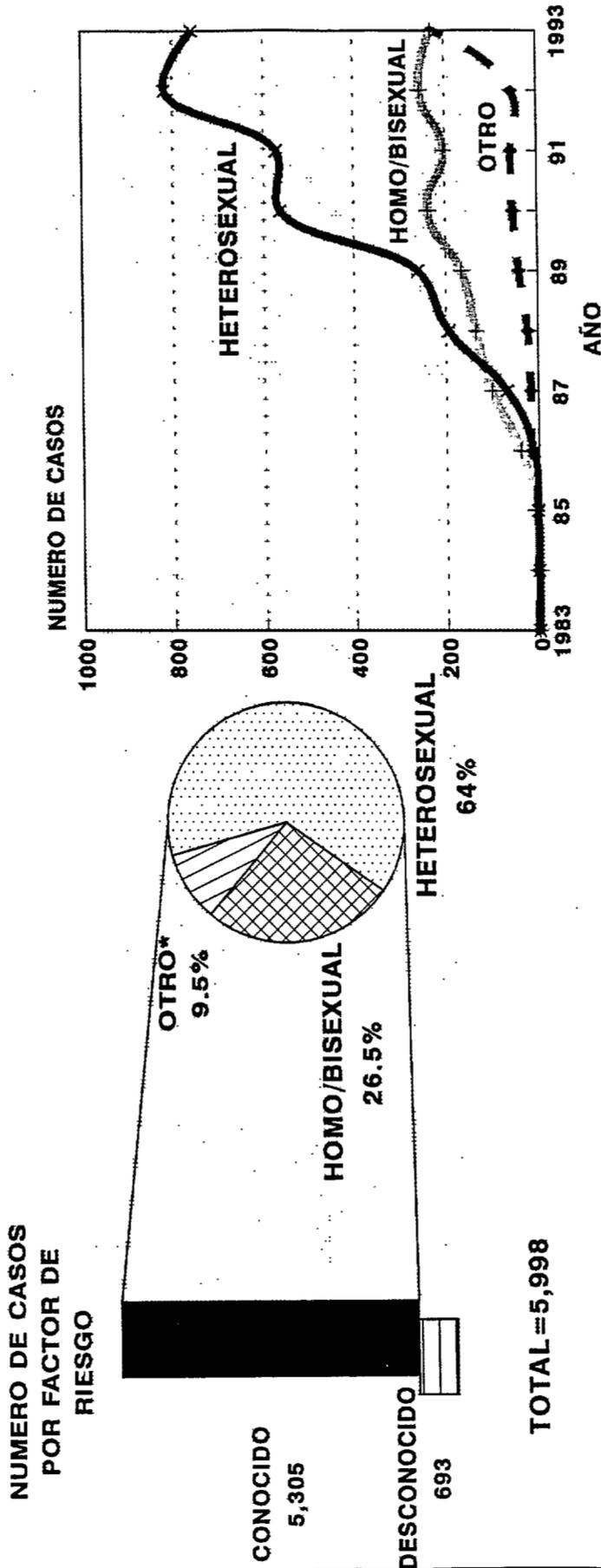


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1980-1993.**

* INCLUYE 6.6% SANGUINEO Y 2.3% PERINATAL Y <1% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4d. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, ISTMO CENTROAMERICANO.

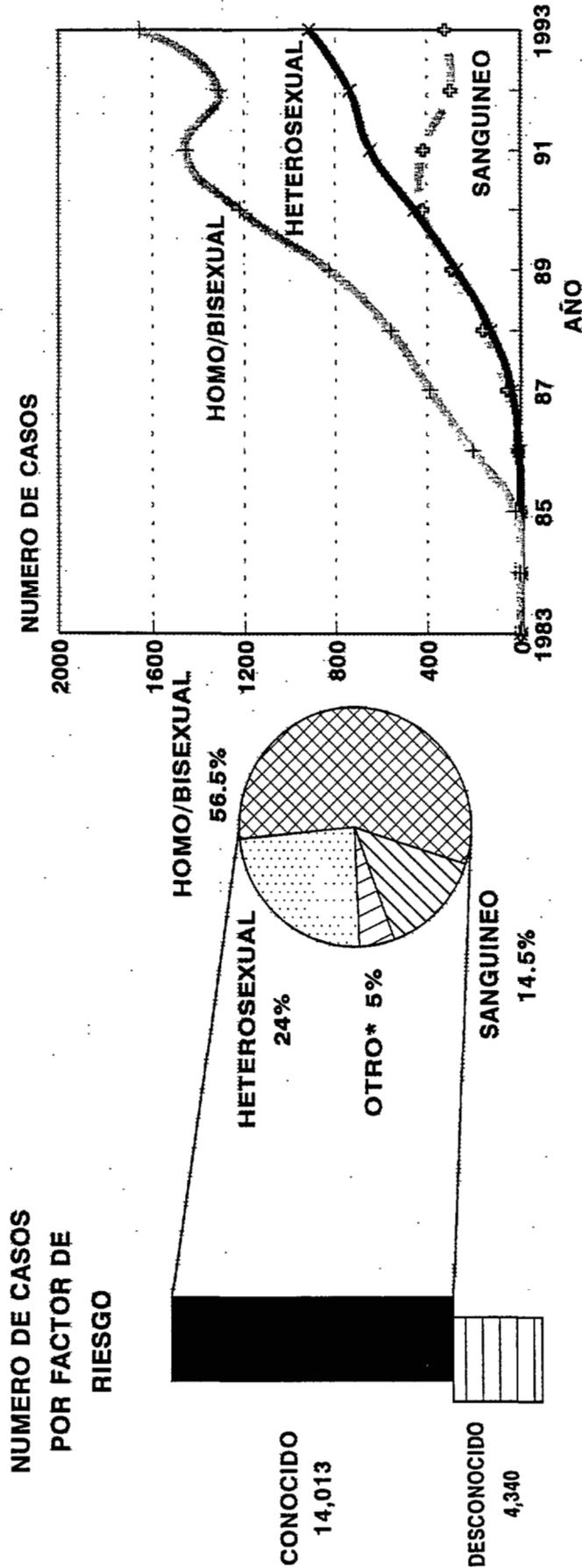


INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR
 CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1983-1993.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR
 FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

* INCLUYE 2.5 % SANGUINEO, 1% UDIV, 3% PERINATAL Y 3% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

FIG. 4e. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, MEXICO.



TOTAL=18,353

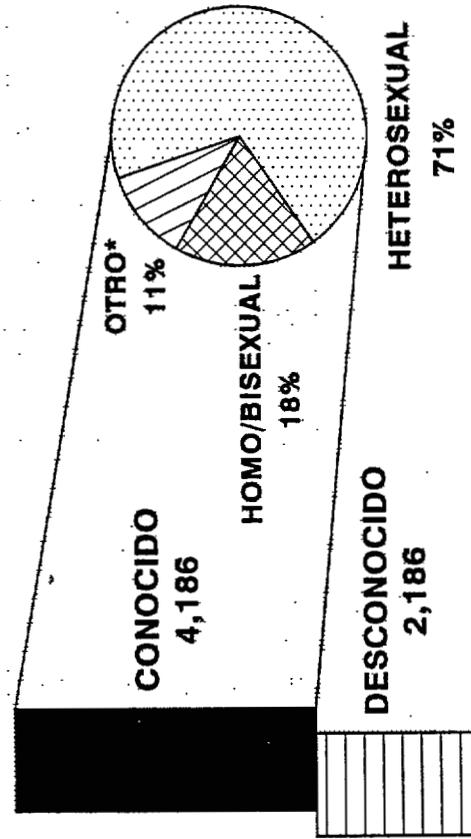
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1983-1993.

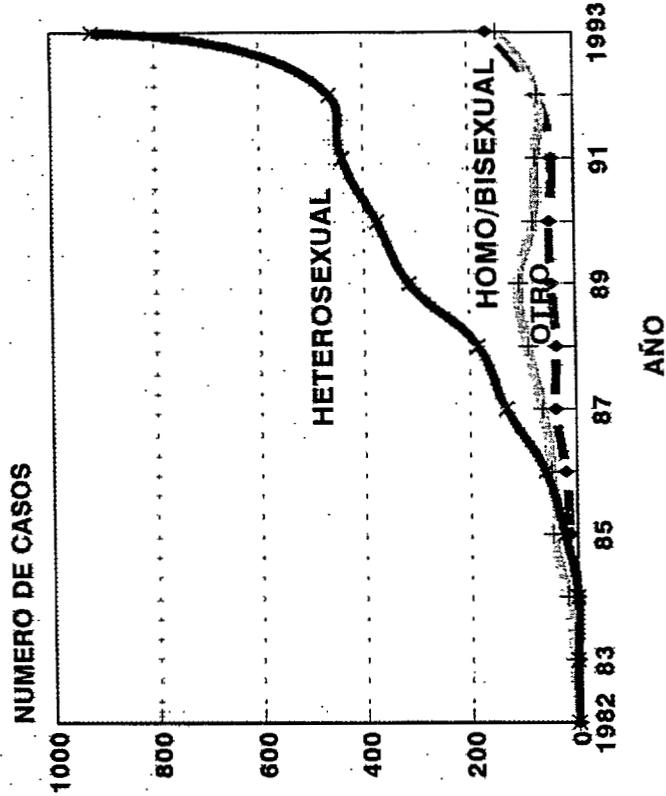
* INCLUYE <1% UDIV, 2% PERINATAL Y 2.2% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

FIG. 4f. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1993, CARIBE.

NUMERO DE CASOS
 POR FACTOR DE
 RIESGO



TOTAL=6,372



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1982-1993.

* INCLUYE <1% SANGUINEO, <1% UDIV, 8% PERINATAL Y <1.5% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.



XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
XLVI REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.
SEPTIEMBRE 1994

Tema 5.7 del programa provisional

CSP24/18, ADD. I (Esp.)
10 septiembre 1994
ORIGINAL: INGLES

**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
EN LAS AMERICAS**

El Director se complace en presentar a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana un informe revisado sobre el estado de la vigilancia del SIDA en las Américas al 10 de septiembre de 1994.

Anexos

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

INFORME TRIMESTRAL

10 de septiembre de 1994

PROGRAMA REGIONAL DE SIDA/ETS

División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud

525 Twenty Third St. N.W.

Washington D.C. 20037.



VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Resumen

Información al 10 de septiembre de 1994

Número acumulado de casos notificados

a nivel mundial: 941.480

Número acumulado de casos notificados

en las Américas: 480.138

Número acumulado de muertes notificadas

en las Américas: 274.182

FIG. 1. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA
POR REGION DE LA OMS, POR AÑO, 1979-93.

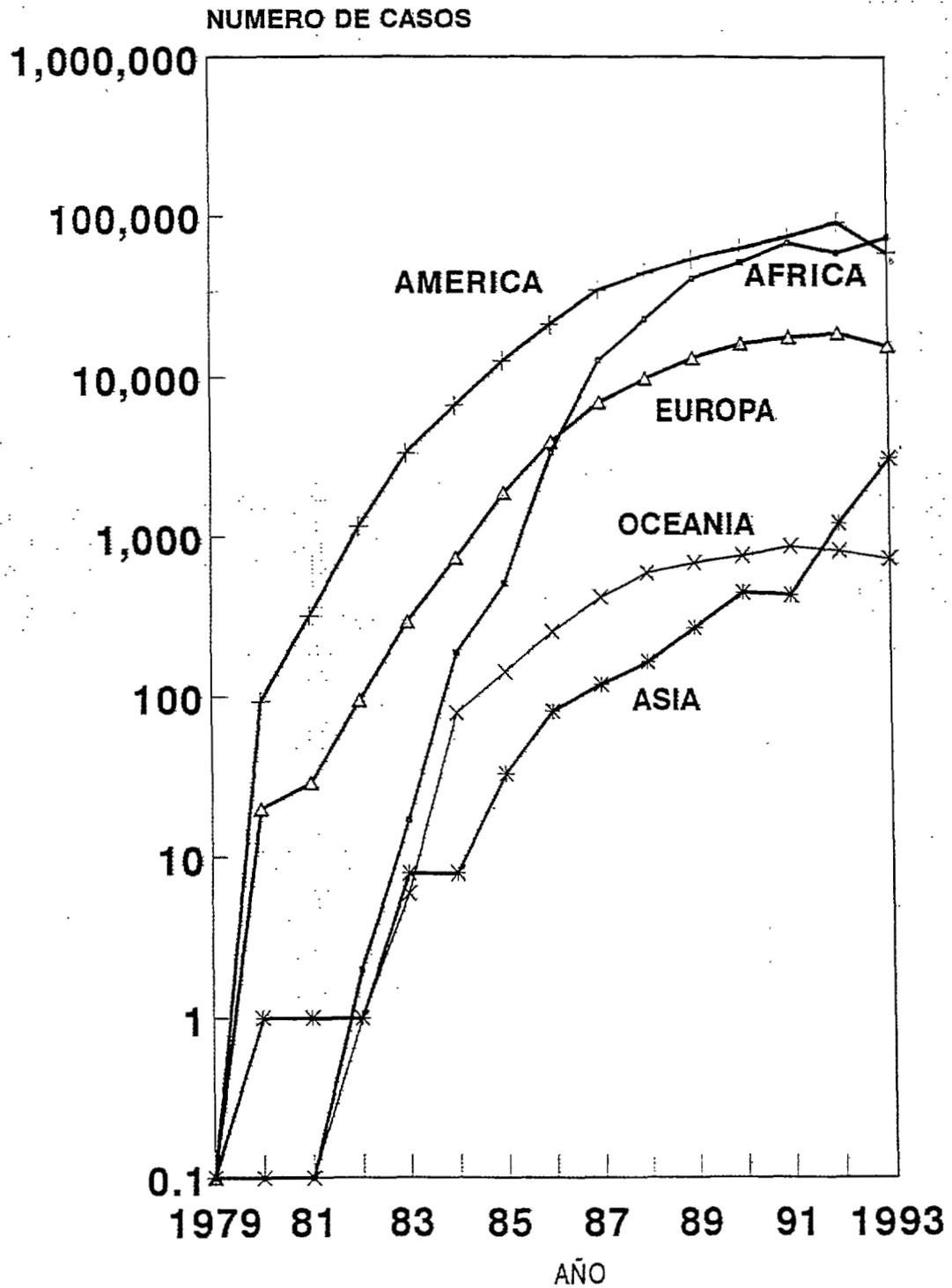
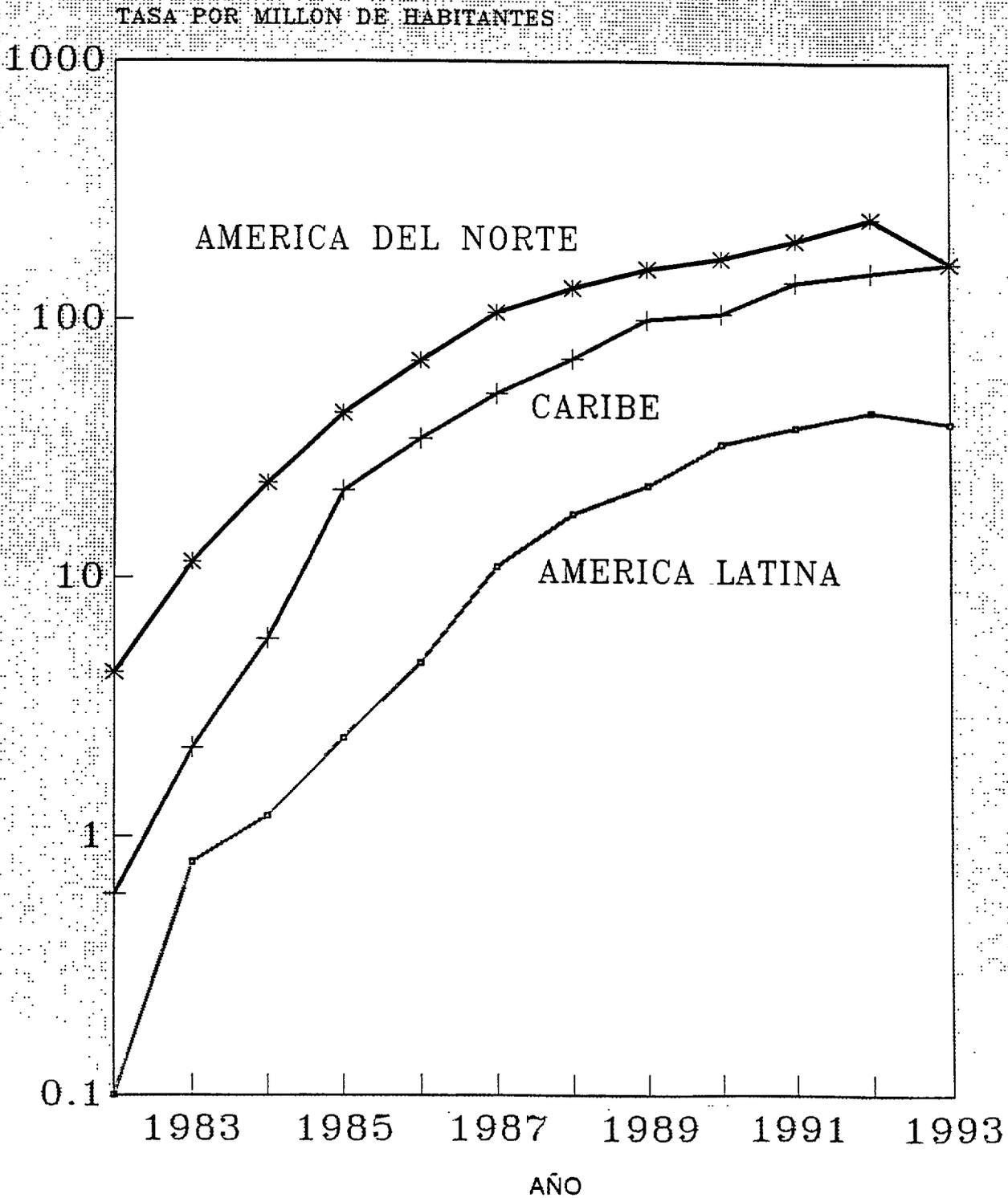


Fig.2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA EN LAS AMERICAS(POR MILLON DE HABITANTES), SUBREGIONES PRINCIPALES, 1982-1993.



CUADRO 1. NUMERO DE CASOS DE SIDA POR AÑO Y NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES POR PAIS Y SUBREGION.

Al 10 de septiembre de 1994

Número de casos

Subregión País	Hasta 1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	Total (a) acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
TOTAL REGIONAL	125.345	53.505	62.717	74.286	90.265	58.127	15.616	480.138	274.182	
AMERICA LATINA b)	15.297	9.804	14.502	17.165	20.169	10.049	15.040	102.303	42.487	
AREA ANDINA	1.550	1.025	1.567	1.741	1.974	1.452	282	9.809	5.131	
Bolivia	16	2	9	17	18	20	5	87	65	31/Mar/94
Colombia	706	453	771	857	921	519	147	4.583	2.312	31/Mar/94
Ecuador	68	27	44	55	66	85	35	381	258	31/Mar/94
Perú	135	116	167	163	249	226	4	1.068	380	31/Mar/94
Venezuela	625	427	576	649	720	602	91	3.690	2.116	30/Jun/94
CONO SUR	551	411	688	973	1.315	1.543	616	6.120	2.717	
Argentina	355	286	472	690	1.018	1.232	474	4.527	1.792	30/Jun/94
Chile	142	84	134	192	190	178	73	1.016	623	30/Jun/94
Paraguay	9	3	6	5	17	30	7	77	48	30/Jun/94
Uruguay	45	38	76	86	90	103	62	500	254	30/Jun/94
BRASIL	8.103	5.322	7.238	9.540	11.245	---	> 11.878 *	53.326	20.736	02/Jul/94
ISTMO CENTROAMERICANO	648	495	918	935	1.216	1.586	464	6.298	2.125	
Belice	11	0	19	11	12	29	0	82	46	31/Dic/93
Costa Rica	98	57	86	91	125	113	65	635	382	30/Jun/94
El Salvador	57	72	54	132	114	177	24	630	144	31/Mar/94
Guatemala	49	31	92	96	94	118	19	499	188	31/Mar/94
Honduras	309	253	591	505	744	955	294	3.671	903	30/Jun/94
Nicaragua	2	2	7	13	6	17	3	66	48	31/Mar/94
Panamá	122	80	69	87	121	177	59	715	414	30/Jun/94
MEXICO	1.710	1.607	2.588	3.167	3.220	5.095	1.703	19.090	10.814	30/Jun/94
CARIBE LATINO c)	2.735	944	1.503	809	1.199	373	97	7.660	964	
Cuba	30	14	29	37	68	78	31	287	183	30/Jun/94
Haití	2.002	451	1.216	492	806	...	...	4.967	297	31/Dic/92
República Dominicana	703	479	258	280	325	295	66	2.406	484	30/Jun/94
CARIBE c)	1.323	727	780	989	1.089	1.195	328	6.431	3.867	
Anguila	1	2	1	1	0	0	0	5	3	31/Mar/94
Antigua	5	0	3	6	13	7	...	34	5	31/Dic/93
Antillas Neerlandesas	31	16	30	23	10	47	...	157	79	30/Jun/93
Bahamas	270	170	168	230	254	297	88	1.477	788	31/Mar/94
Barbados	71	40	61	80	78	88	25	443	350	31/Mar/94
Dominica	7	3	2	0	0	14	7	33	11	31/Mar/94
Grenada	11	8	5	7	4	21	2	58	41	31/Mar/94
Guadalupe	130	55	53	67	48	17	...	370	226	31/Mar/93
Guayana Francesa	117	53	59	46	67	17	...	359	144	31/Mar/93
Guyana	44	40	61	85	160	106	23	519	115	31/Mar/94
Islas Caimán	4	1	2	4	4	0	0	15	13	31/Mar/94
Islas Turcas y Caicos	11	7	1	2	4	14	...	39	30	30/Sep/93
Islas Vírgenes (RU)	1	0	2	1	1	2	0	7	1	31/Mar/94
Jamaica	73	66	62	133	99	237	93	763	490	31/Mar/94
Martínica	77	47	44	30	42	26	...	266	184	30/Sep/93
Montserrat	0	3	1	2	0	1	0	7	0	31/Mar/94
Saint Kitts y Nevis	19	5	8	1	4	3	1	41	27	31/Mar/94
San Vicente y las Granadinas	14	7	6	14	5	8	5	59	57	30/Jun/94
Santa Lucía	15	8	4	6	8	12	4	57	45	30/Jun/94
Suriname	28	29	33	16	28	35	8	177	158	31/Mar/94
Trinidad y Tabago	394	167	174	235	260	243	72	1.545	1.100	31/Mar/94
AMERICA DEL NORTE	108.725	42.974	47.435	56.132	69.007	46.883	248	371.404	227.828	
Armutada	100	35	33	23	17	15	...	223	162	30/Jun/93
Canadá	3.224	1.271	1.300	1.343	1.428	1.203	248	10.017	6.930	30/Jun/94
Estados Unidos de América c)	105.401	41.668	46.102	54.766	67.562	45.665	...	361.164	220.736	31/Mar/94 **

* Incluye casos diagnosticados en 1993 y 1994 hasta el 2 de julio. ** Información revisada.

a) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.

b) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

c) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los E.U.A se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993, AL 10 DE SEPTIEMBRE DE 1994.

SUBREGION País	TASA POR MILLON					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993
AMERICA LATINA a)	17,7	22,9	33,2	38,5	44,4	40,1
AREA ANDINA	8,9	11,4	17,0	18,5	20,6	14,8
Bolivia	1,4	0,3	1,2	2,3	2,3	2,5
Colombia	11,1	14,5	24,2	25,5	26,9	14,9
Ecuador	3,1	2,6	4,1	5,1	5,9	7,5
Perú	3,3	5,3	7,5	7,4	11,1	9,9
Venezuela	17,8	22,2	29,2	32,1	35,6	28,4
CONO SUR	5,5	7,9	13,0	18,1	24,2	28,0
Argentina	6,0	9,0	14,6	21,1	30,8	36,8
Chile	5,2	6,5	10,2	14,3	14,0	12,9
Paraguay	0,2	0,7	1,4	1,1	3,8	6,5
Uruguay	9,1	12,2	24,3	27,5	28,8	32,7
BRASIL	27,5	36,1	48,1	62,2	72,0	51,9
ISTMO CENTROAMERICANO	13,2	17,5	31,6	31,3	39,6	50,3
Belice	23,0	0,0	104,4	60,4	64,5	155,9
Costa Rica	18,1	19,4	28,5	29,5	39,5	35,0
El Salvador	8,8	14,0	10,3	24,6	20,7	31,3
Guatemala	2,1	3,5	10,0	10,1	9,6	11,8
Honduras	39,3	50,8	115,0	95,3	136,2	169,7
Nicaragua	0,6	0,5	1,8	3,3	1,5	4,0
Panamá	27,1	33,7	28,5	35,3	48,1	69,1
MEXICO	10,7	18,5	29,2	35,0	34,9	54,1
CARIBE LATINO b)	47,2	39,9	62,6	32,8	47,8	20,1
Cuba	1,4	1,4	2,8	3,5	6,3	7,2
Haití	116,7	70,7	186,9	74,0	118,8	0
República Dominicana	51,7	68,3	36,0	38,2	43,5	38,7
CARIBE a)	70,5	100,2	106,0	140,5	152,8	166,1
Anguila	142,2	284,5	142,9	142,9	0	0
Antigua	0	0	34,9	69,8	168,8	90,9
Antillas Neerlandesas	69,1	83,7	155,4	119,2	51,8	243,5
Bahamas	363,6	661,5	646,2	884,6	969,5	1133,6
Barbados	58,4	154,6	233,7	313,7	304,7	342,4
Dominica	25,3	37,5	24,7	0	0	168,7
Grenada	30,0	79,2	48,5	68,0	42,4	222,8
Guadalupe	142,0	162,2	155,4	194,2	138,3	48,6
Guayana Francesa	386,3	589,5	641,3	500,0	728,3	184,8
Guyana	35,8	39,1	58,6	106,3	198,8	130,7
Islas Caimán	47,5	47,6	95,2	190,5	148,1	0
Islas Turcas y Caicos	750,9	876,1	111,1	222,2	400,0	1400,0
Islas Vírgenes (RU)	76,7	0	153,4	76,7	76,9	153,8
Jamaica	12,3	26,6	24,6	53,5	39,4	93,1
Martinica	90,9	142,2	133,0	87,5	121,7	74,9
Montserrat	0	230,2	76,9	153,8	0	76,9
Saint Kitts y Nevis	187,5	103,1	160,0	20,0	90,1	67,6
San Vicente y las Granadinas	64,8	64,2	54,1	126,1	41,7	66,8
Santa Lucía	37,6	59,3	29,4	44,1	50,7	78,0
Suriname	33,2	72,9	81,9	37,3	64,1	78,7
Trinidad y Tabago	127,1	132,2	135,6	180,6	197,1	181,6
AMERICA DEL NORTE	132,3	156,6	172,0	202,5	246,5	196,3
Bermuda	490,8	601,4	569,0	396,6	293,1	258,6
Canadá	41,5	48,3	49,0	50,2	53,0	44,3
Estados Unidos de América b)	141,8	167,9	185,0	218,8	267,1	179,3

a) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos están incluidos en los Estados Unidos de América.

CUADRO 3. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR SEXO, POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993.

SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES											
	HOMBRES						MUJERES					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1988	1989	1990	1991	1992	1993
AMERICA LATINA a)	29,4	37,9	53,8	61,7	67,2	59,7	5,4	6,7	10,9	12,1	15,4	13,8
AREA ANDINA	15,2	19,4	29,3	27,1	23,2	13,8	1,1	1,8	2,4	2,0	2,3	1,7
Bolivia	2,9	0	1,9	4,3	1,8	1,8	0	0,6	0	0	1,0	0,2
Colombia	17,7	23,5	40,8	30,9	23,7	21,1	1,8	2,3	3,2	1,8	1,7	1,9
Ecuador	6,0	4,5	7,0	9,0	10,7	12,2	0,2	0,6	1,1	1,1	1,1	2,6
Perú	5,8	9,9	13,6	13,6	19,8	16,3	0,7	0,8	1,2	0,8	2,0	2,3
Venezuela	31,0	38,5	50,5	53,6	40,3	4,5	1,9	3,0	4,2	4,8	4,6	0,8
CONO SUR	9,6	12,4	20,5	26,0	30,8	32,9	0,7	1,1	2,1	2,2	6,5	8,2
Argentina	10,4	12,9	21,6	26,8	35,7	46,1	0,4	1,2	2,4	2,5	8,9	12,2
Chile	9,2	12,2	19,1	26,2	22,3	11,0	1,2	0,8	0,9	1,5	2,3	1,0
Paraguay	...	1,4	...	2,2	7,0	1,7	...	0	...	0	0,4	0,9
Uruguay	15,8	22,3	42,9	50,8	51,1	35,8	2,6	2,5	6,3	5,6	7,5	7,4
BRASIL	48,2	63,5	83,9	104,2	115,5	82,9 *	6,9	8,6	11,9	19,4	25,6	21,2 *
ISTMO CENTROAMERICANO	17,5	21,7	40,6	45,3	57,5	61,6	6,2	8,1	17,0	15,2	18,4	22,0
Belice	23,0	...	...	...	...	...	11,5	...	...	...	...	...
Costa Rica	33,2	32,3	45,2	51,9	68,2	49,0	2,8	4,8	5,4	2,6	5,1	1,9
El Salvador	...	...	...	36,8	31,1	56,0	...	...	...	12,4	7,8	13,5
Guatemala	3,6	5,8	16,6	16,5	16,7	28,8	0,5	1,4	3,3	3,6	2,5	6,4
Honduras	50,4	66,4	148,1	129,8	185,8	168,7	27,8	36,2	83,3	57,1	81,6	91,4
Nicaragua	1,1	1,1	3,1	4,5	2,4	6,1	0	0	0,5	0,5	0	0,9
Panamá	43,9	55,4	45,5	52,6	74,3	79,1	9,7	8,8	8,4	16,5	14,6	11,1
MEXICO	18,4	31,4	49,1	59,3	59,3	92,4	2,9	5,7	9,4	10,8	10,5	16,0
CARIBE LATINO b)	63,8	49,1	66,7	36,1	55,2	15,4	31,1	29,0	55,4	28,3	35,0	5,4
Cuba	3,9	0,2	0,8	4,3	5,9	7,5	0,8	0,2	0	1,3	2,4	2,8
Haití	154,4	87,1	197,6	73,6	135,4	...	80,0	55,4	176,6	74,5	102,8	...
República Dominicana	72,3	87,5	46,9	49,2	55,3	26,6	29,9	45,9	21,3	24,7	19,1	9,3
CARIBE a)	96,1	135,7	124,9	163,4	169,5	281,6	42,0	63,8	61,0	80,4	80,6	122,6
Anguila	0	...	0	0	0	0	281,7	...	284,1	281,7	0	0
Antigua	0	0	...	...	264,2	158,5	0	0	...	...	76,6	25,5
Antillas Neerlandesas	10,9	...	...	...	...	...	20,8	...	...	...	...	...
Bahamas	432,0	732,9	794,5	1147,4	1222,7	1362,0	296,8	591,9	501,5	642,4	723,0	911,3
Barbados	73,9	244,5	409,6	520,3	471,5	487,8	44,4	73,5	73,2	105,3	150,4	223,9
Dominica	49,9	49,3	48,7	...	...	...	0	25,4	0	...	...	...
Grenada	20,2	100,3	78,7	62,4	20,7	351,9	39,5	0	19,2	87,4	0	65,3
Guadalupe	217,6	253,1	222,9	285,7	200,0	1508,8	69,5	75,1	91,4	107,3	78,7	530,7
Guayana Francesa	545,0	735,0	...	...	...	...	204,6	466,7	...	...	...	...
Guyana	55,5	70,2	65,2	78,3	103,0	184,1	16,0	33,3	48,2	37,1	64,0	78,0
Islas Caimán	0	96,2	192,3	155,6	150,2	0	93,9	0	0	151,8	146,2	0
Islas Turcas y Caicos	1012,7	1519,0	0	404,9	809,7	1417,0	495,0	247,5	219,5	0	0	1378,0
Islas Vírgenes (RU)	...	0	144,0	155,0	155,0	0	...	0	14,2	0	151,7	151,7
Jamaica	18,2	38,2	32,6	59,1	52,8	123,1	6,5	15,2	16,6	48,0	25,3	62,6
Martinica	137,2	230,1	191,4	120,5	95,8	202,4	47,2	82,4	82,9	33,9	50,6	39,1
Montserrat	0	...	...	...	0	0	0	...	...	...	0	177,6
Saint Kitts y Nevis	381,0	126,6	248,1	46,8	140,4	46,8	0	80,6	77,5	0	43,4	86,8
San Vicente y las Granadinas	57,2	37,7	74,1	139,8	68,9	86,1	72,0	89,3	35,1	98,4	16,2	48,6
Santa Lucía	46,6	107,4	30,4	66,6	52,3	78,4	29,2	14,3	28,4	12,5	49,1	73,7
Suriname	46,5	106,9	120,0	56,3	87,6	113,1	20,1	39,7	44,3	18,5	40,9	44,6
Trinidad y Tabago	182,3	193,7	180,1	248,8	280,5	285,7	72,2	71,1	91,5	113,1	114,6	78,8
AMERICA DEL NORTE	223,9	242,8	292,0	300,1	305,4	70,1	25,9	28,6	37,7	43,1	47,0	4,7
Bermuda	850,2	975,6	489,5	664,3	419,6	419,6	138,8	237,3	238,1	136,1	170,1	102,0
Canadá	79,2	92,0	93,8	94,0	97,1	69,4	4,4	5,4	4,1	5,6	6,2	4,5
Estados Unidos de América b)	239,4	258,9	313,4	322,3	327,9	...	28,1	31,0	41,2	47,1	51,3	...

* Incluye casos diagnosticados en enero y febrero de 1994.

... Información no disponible por sexo.

a) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 4. RAZON HOMBRE:MUJER, DE LOS CASOS DE SIDA NOTIFICADOS, POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1993.

SUBREGION	RAZON HOMBRE:MUJER					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993
País						
AMERICA LATINA a)	5,4	5,6	4,9	5,1	4,4	4,3
AREA ANDINA	13,4	11,1	12,3	13,6	10,2	8,2
Bolivia	N/A	0	N/A	N/A	1,8	7,0
Colombia	11,3	10,2	13,0	16,6	13,4	11,1
Ecuador	31,0	8,0	6,3	8,2	10,0	4,7
Perú	8,9	12,1	11,8	16,7	10,2	7,2
Venezuela	16,3	12,9	12,3	11,4	9,0	6,0
CONO SUR	12,8	11,0	9,7	11,5	4,7	3,9
Argentina	23,1	10,3	8,9	10,6	3,9	3,7
Chile	7,3	15,6	20,7	17,3	9,4	10,7
Paraguay	...	N/A	...	N/A	16,0	2,0
Uruguay	6,0	8,5	6,6	8,6	6,5	4,6
BRASIL	7,0	7,3	7,0	5,3	4,5	3,9
ISTMO CENTROAMERICANO	2,8	2,7	2,4	3,0	3,2	2,8
Belice	2,0	...	...	...	...	...
Costa Rica	12,0	6,9	8,6	20,3	13,6	26,7
El Salvador	...	...	...	2,9	3,8	4,0
Guatemala	8,0	4,3	5,1	4,6	6,8	4,6
Honduras	1,8	1,8	1,8	2,3	2,3	1,9
Nicaragua	N/A	N/A	6,0	9,0	N/A	6,5
Panamá	4,7	6,7	5,6	3,3	5,3	7,4
MEXICO	6,4	5,6	5,2	5,5	5,6	5,8
CARIBE LATINO b)	2,1	1,7	1,2	1,3	1,6	2,9
Cuba	5,0	1,0	N/A	3,3	2,5	2,7
Haití	1,9	1,5	1,1	1,0	1,3	...
República Dominicana	2,5	1,9	2,3	2,1	3,0	2,9
CARIBE a)	2,2	2,1	2,0	2,0	2,1	2,2
Anguila	0	...	0	0	N/A	N/A
Antigua	N/A	N/A	...	...	3,3	6,0
Antillas Neerlandesas	0,5	...	...	...	...	...
Bahamas	1,4	1,2	1,5	1,7	1,6	1,5
Barbados	1,5	3,0	5,1	4,6	2,9	2,0
Dominica	N/A	2,0	N/A	...	...	...
Grenada	0,5	N/A	4,0	0,8	N/A	5,7
Guadalupe	3,0	3,2	2,3	2,5	2,4	2,7
Guayana Francesa	2,7	1,6	...	...	...	...
Guyana	3,5	2,1	1,4	2,1	1,6	2,3
Islas Caimán	0	N/A	N/A	1,0	1,0	N/A
Islas Turcas y Caicos	2,0	6,0	0	N/A	N/A	1,0
Islas Vírgenes (RU)	...	N/A	1,0	N/A	1,0	0
Jamaica	2,8	2,5	2,0	1,2	2,1	2,0
Martinica	2,8	2,6	2,2	3,3	1,8	4,9
Montserrat	N/A	...	...	...	N/A	0
Saint Kitts y Nevis	N/A	1,5	3,0	N/A	3,0	0,5
San Vicente y las Granadinas	0,8	0,4	2,0	1,3	4,0	1,7
Santa Lucía	1,5	7,0	1,0	5,0	1,0	1,0
Suriname	2,3	2,6	2,7	3,0	2,1	2,5
Trinidad y Tabago	2,5	2,7	1,9	2,2	2,4	3,6
AMERICA DEL NORTE	8,2	8,1	7,4	6,6	6,2	14,5
Bermuda	6,0	4,0	2,0	4,8	2,4	4,0
Canadá	17,7	16,7	22,4	16,6	15,2	15,0
Estados Unidos de América b)	8,1	7,9	7,2	6,5	6,1	...

N/A = No se aplica. No se ha notificado casos en mujeres en este período.

... = Información no disponible por sexo.

a) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 5. NUMERO TOTAL DE CASOS, CASOS PEDIATRICOS, PORCENTAJE DE CASOS PEDIATRICOS DEL TOTAL DE CASOS; CASOS PERINATALES Y PORCENTAJE DE CASOS PERINATALES DEL TOTAL DE CASOS PEDIATRICOS, POR SUBREGION Y PAIS (a), ACUMULADO A JUNIO 1994.

SUBREGION País	TOTAL CASOS	CASOS PEDIATRICOS	PORCENTAJE PEDIATRICOS	CASOS PERINATALES	PORCENTAJE PERINATALES
AREA ANDINA					
Bolivia	87	1	1,1	1	100,0
Colombia	4.583	70	1,5	56	80,0
Ecuador	381	5	1,3	4	80,0
Perú	1.088	22	2,1	11	50,0
Venezuela	3.511	54	1,5	24	44,4
CONO SUR					
Argentina	3.904	135	3,5	111	82,2
Chile	831	16	1,9	13	81,3
Uruguay	469	21	4,5	18	85,7
BRASIL	49.312	1.513	3,1	944	62,4
ISTMO CENTROAMERICANO					
Costa Rica	587	18	3,1	8	44,4
El Salvador	630	12	1,9	6	50,0
Guatemala	499	14	2,8	5	35,7
Honduras	3.473	136	3,9	124	91,2
Panamá	644	20	3,1	16	80,0
MEXICO	18.353	542	3,0	253	46,7
CARIBE LATINO					
Cuba	245	1	0,4	1	100,0
Haití	4.987	213	4,3	16*	7,5
República Dominicana	2.353	50	2,1	26	52,0
CARIBE					
Antigua	34	6	17,6	6	100,0
Antillas Neerlandesas	157	1	0,6	1	100,0
Bahamas	1.389	131	9,4	131	100,0
Barbados	418	19	4,5	18	94,7
Dominica	26	1	3,8	1	100,0
Grenada	58	2	3,4	2	100,0
Guadalupe	353	18	4,5	14	87,5
Guayana Francesa	232	17	7,3	18	94,1
Guyana	465	44	9,5	40	90,9
Islas Vírgenes (RU)	6	1	16,7	1	100,0
Jamaica	669	60	9,0	43	71,7
Martinica	266	12	4,5	10	83,3
Saint Kitts y Nevis	41	1	2,4	1	100,0
San Vicente y las Granadinas	56	2	3,6	2	100,0
Santa Lucía	58	4	7,1	4	100,0
Suriname	177	4	2,3	4	100,0
Trinidad y Tabago	1.545	116	7,5	109	94,0
AMERICA DEL NORTE					
Canadá	9.511	96	1,0	73	76,0
Estados Unidos de América b)	411.907	4.906	1,2	4.328	88,2

* Número de casos perinatales corresponde a 31/12/90.

(a) Excluye a países que no han notificado casos pediátricos.

(b) Datos provisionales (incluye casos clasificados según la definición de caso de SIDA de 1993).

Fig. 3. NUMERO DE CASOS DE SIDA EN MUJERES, Y CASOS DE TRANSMISION PERINATAL, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1988-1993.

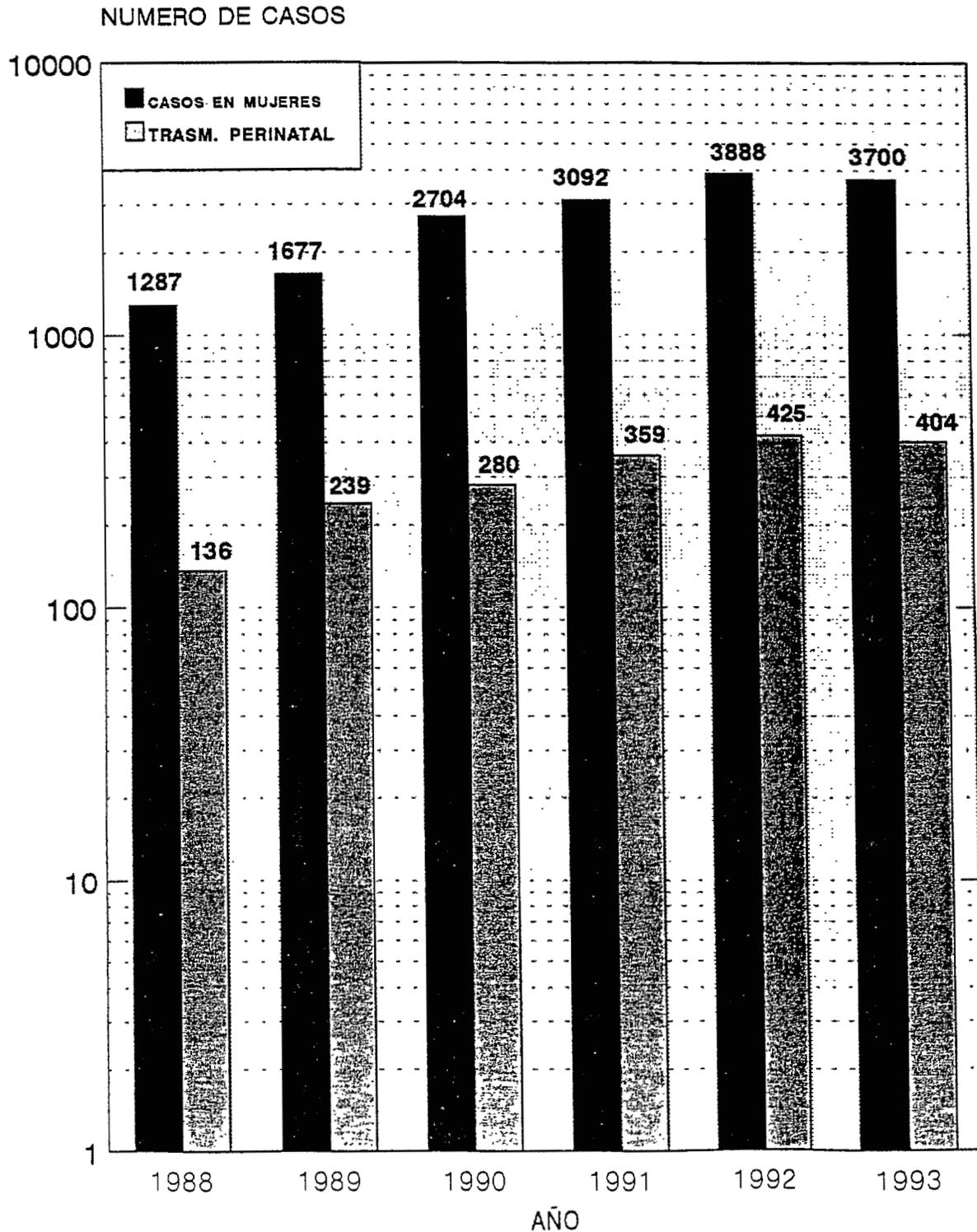
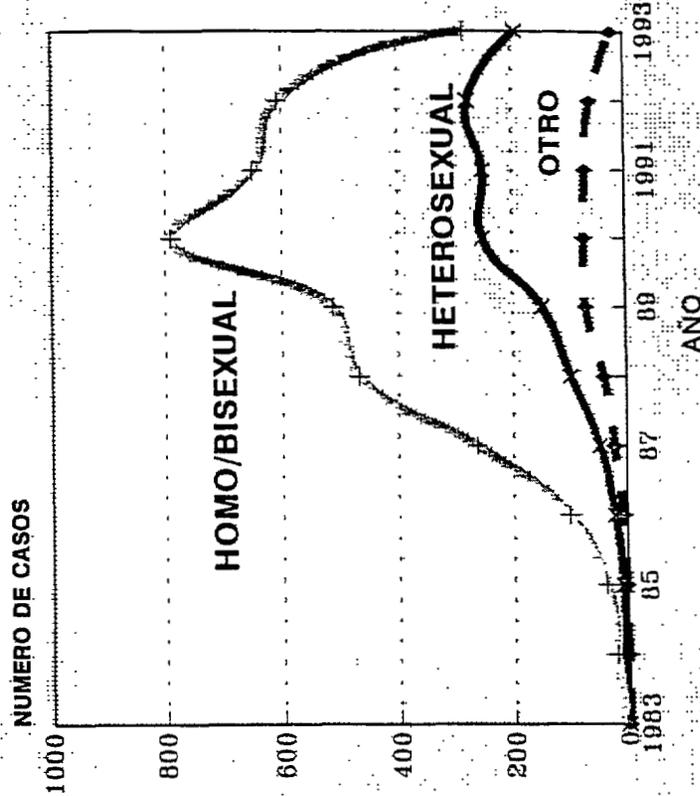
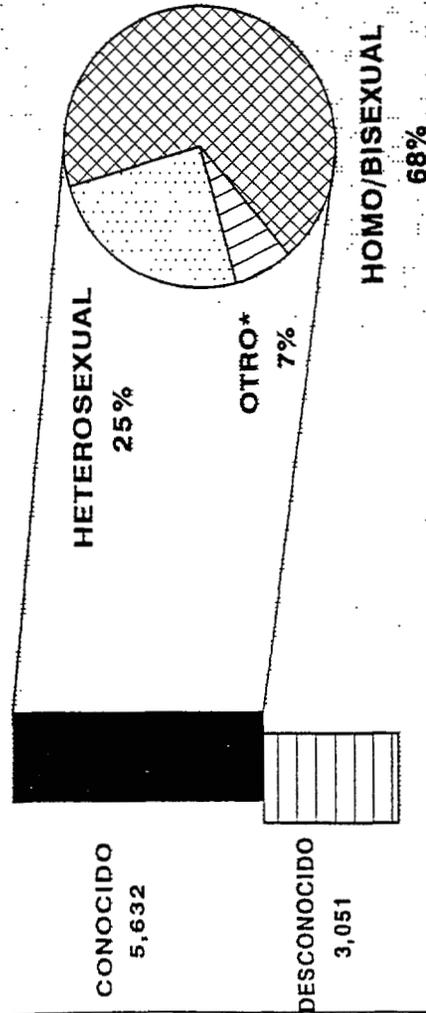


FIG. 4a. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, AREA ANDINA.

**NUMERO DE CASOS
 POR FACTOR DE
 RIESGO**

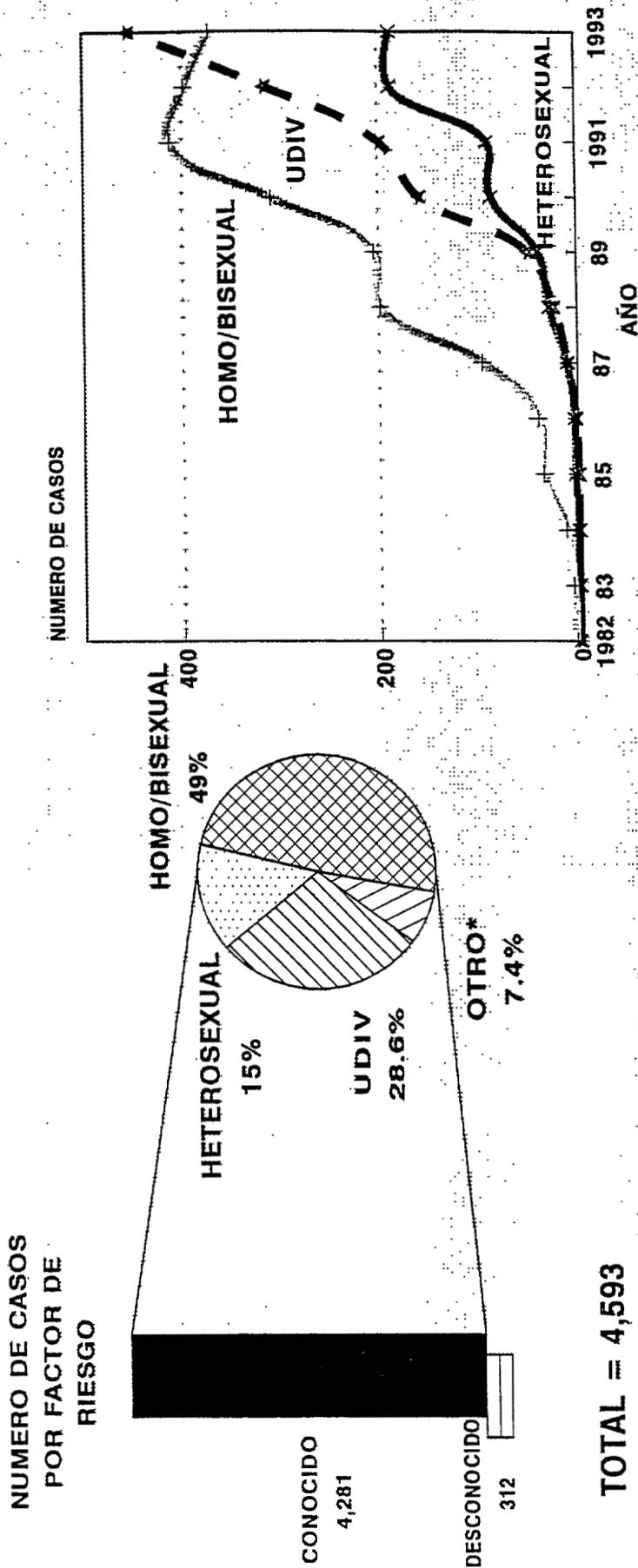


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1983-1993.**

* INCLUYE 2.9% SANGUINEO, <1% UDIV, 1.7% PERINATAL Y 1.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4b. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1993, CONO SUR.

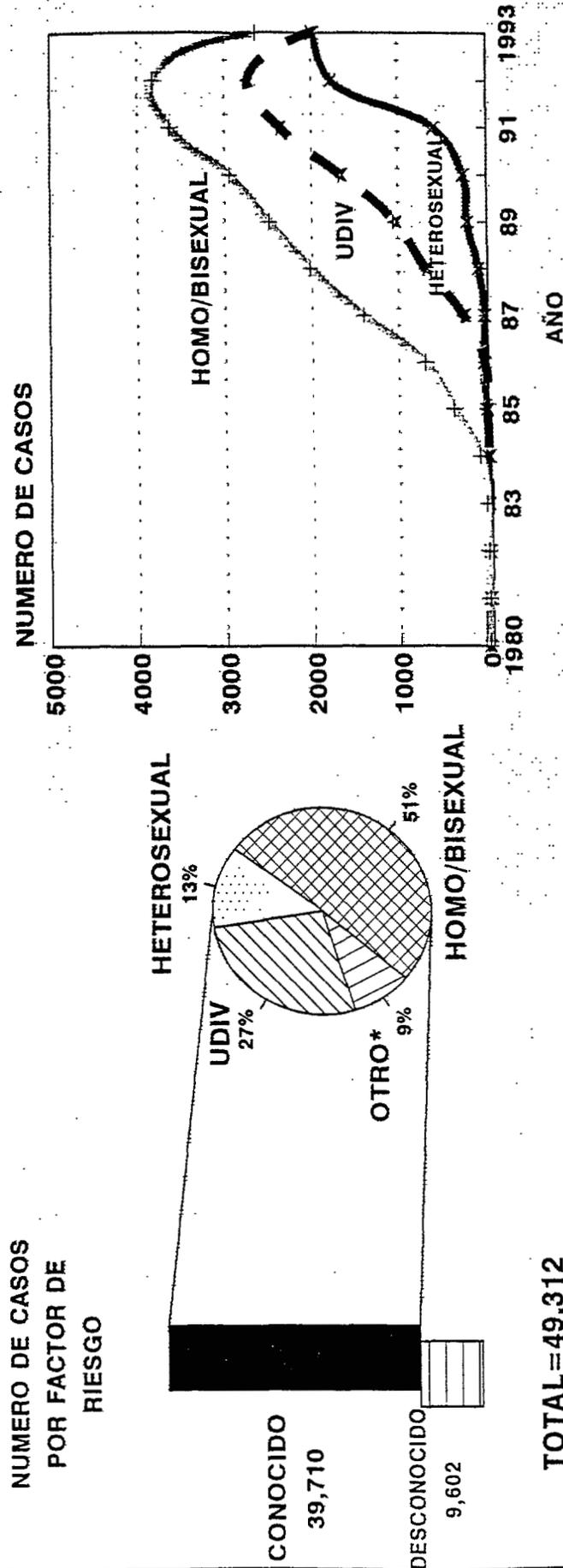


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1982-1993.

* INCLUYE 3.3% SANGUINEO, 3.3% PERINATAL Y .8% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

FIG.4c. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1980-1993, BRASIL.

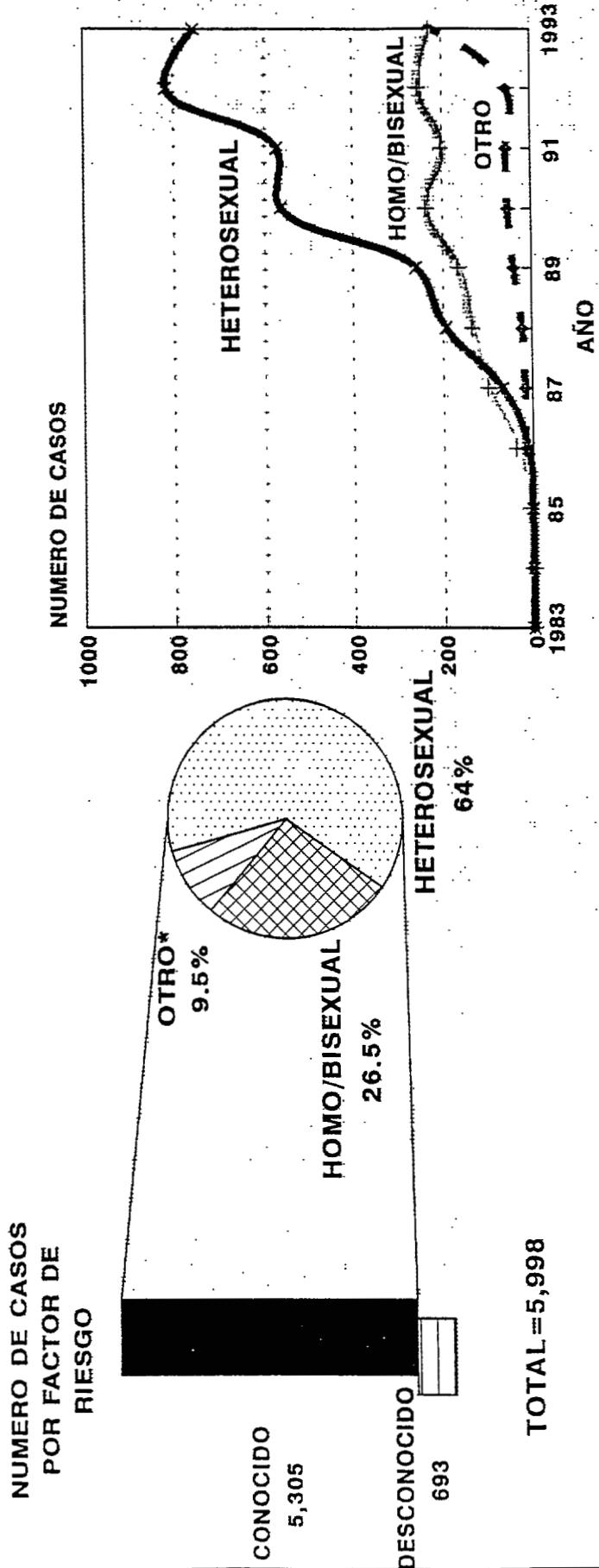


INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1980-1993.**

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

* INCLUYE 6.6% SANGUINEO Y 2.3% PERINATAL Y <1% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1993 ESTA INCOMPLETA DEBIDO AL RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4d. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, ISTMO CENTROAMERICANO.

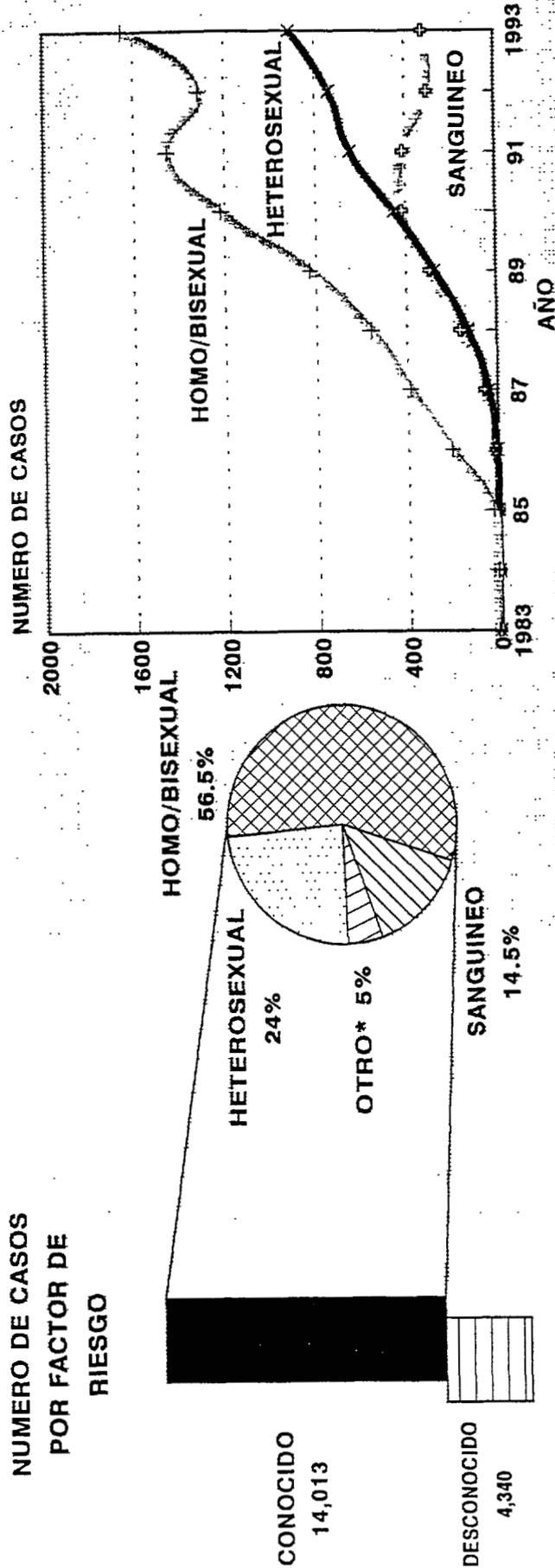


INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1983-1993.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

* INCLUYE 2.5 % SANGUINEO, 1% UDIV, 3% PERINATAL Y 3% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

FIG. 4e. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1993, MEXICO.



TOTAL=18,353

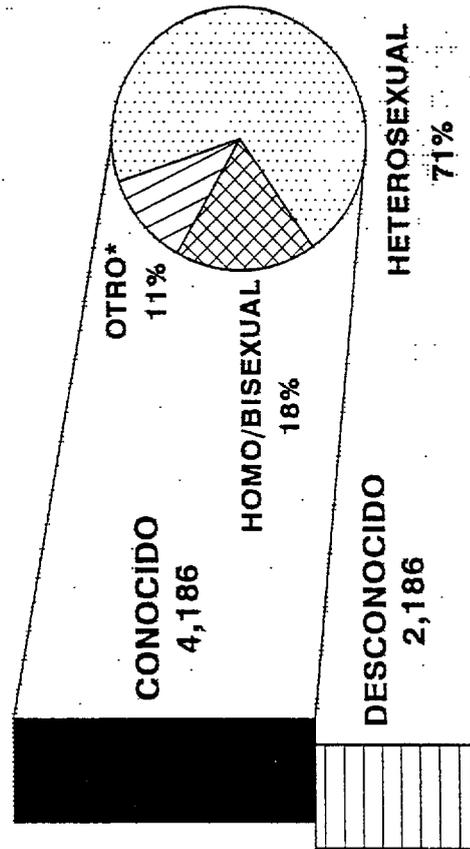
INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR
 CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1983-1993.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR
 FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

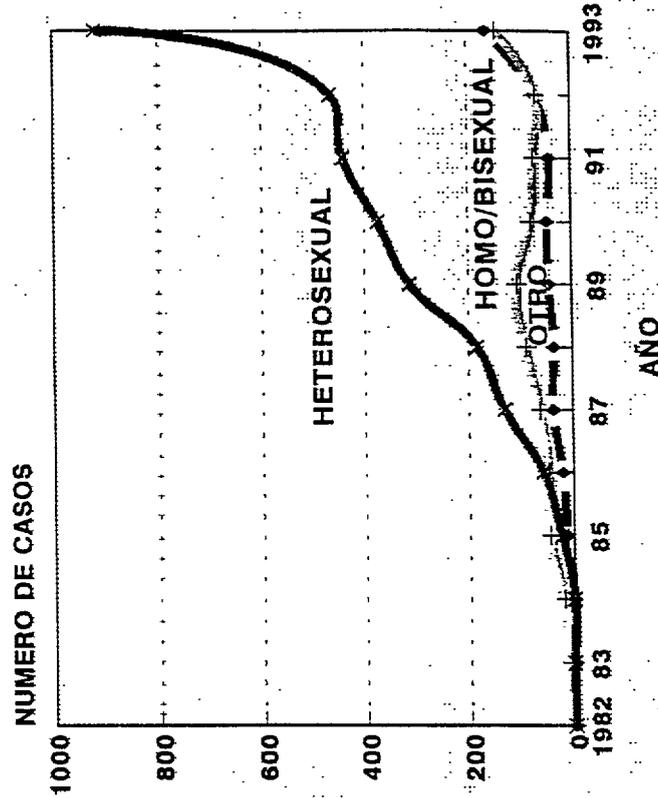
* INCLUYE <1% UDIV, 2% PERINATAL Y 2.2% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

FIG. 4f. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1993, CARIBE.

NUMERO DE CASOS
 POR FACTOR DE
 RIESGO



TOTAL=6,372



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1994.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR CIERTOS FACTORES DE RIESGO, 1982-1993.

* INCLUYE <1% SANGUINEO, <1% UDIV, 8% PERINATAL Y <1.5% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.