



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXXV Reunión

Washington, D.C.
Septiembre 1991

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XLIII Reunión

Tema 5.2 del programa provisional

CD35/14 (Esp.)
31 julio 1991
ORIGINAL: ESPAÑOL

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

Desde 1987, la OPS ha estado promoviendo el establecimiento de programas nacionales de prevención y control del SIDA en los territorios y países de la Región de las Américas, de conformidad con las normas del Programa Mundial sobre el SIDA (PMS) de la Organización Mundial de la Salud. Para esta tarea, se han destinado más de \$20 millones de los recursos del PMS al apoyo directo de los programas nacionales y más de \$7,5 millones a las actividades regionales. En este documento se resume la evaluación de la epidemia del SIDA en las Américas y la situación de las actividades regionales de prevención.

Los Miembros del Comité Ejecutivo realizaron preguntas y señalaron algunos aspectos no suficientemente explicitados en el documento presentado a la 107a Reunión (CE107/8 y ADD. I). Solicitaron las siguientes modificaciones: cuantificar y especificar las metas del Programa sobre el SIDA en las Américas y relacionar las metas con los objetivos; mostrar la efectividad de la actividad de los tres Centros de Comunicación, Información y Educación; explicar los progresos realizados en las investigaciones sobre SIDA mediante el contrato con el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas; mostrar el seguimiento realizado a la Declaración de Kingston, emanada de la reunión sobre "Integración de Intervenciones del Comportamiento para la Prevención del SIDA y las ETS"; explicar las medidas tomadas en la prevención de la transmisión del VIH a través de la transfusión de sangre y hemoderivados y en la transferencia de tecnología en esta área.

En respuesta a las sugerencias del Comité Ejecutivo, el documento revisado que se adjunta (ver Anexo) contiene las siguientes modificaciones, adiciones y aclaraciones: se relacionan las metas con los objetivos para el bienio 1992-1993 (páginas 12 y 13), y se informa sobre los Centros de Comunicación, Información y Educación (página 7); sobre el seguimiento a la Declaración de Kingston (página 8); sobre las acciones

tomadas para prevenir la infección por transfusión (página 7), y sobre los progresos en investigación realizados mediante el contrato entre la OPS y el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (página 8).

Se solicita al Consejo Directivo que analice la situación de los esfuerzos regionales y nacionales de prevención y control del SIDA y formule recomendaciones sobre las líneas de acción y metas del Programa sobre el SIDA en las Américas para el bienio 1992-1993. Finalmente, se solicita al Consejo Directivo que considere la resolución recomendada por el Comité Ejecutivo, que se transcribe a continuación:

LA 107a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CE107/8 y ADD. I),

RESUELVE:

Recomendar a la XXXV Reunión del Consejo Directivo la aprobación de una resolución en los términos siguientes:

LA XXXV REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CD35/14);

Teniendo en mente y reafirmando la Resolución XIX de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana;

Tomando en cuenta las dificultades de emprender esfuerzos nacionales, regionales y globales para prevenir el SIDA y la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tal como se identifica en el mismo, y

Considerando la necesidad de un esfuerzo concertado y continuo para disminuir las consecuencias sociales y económicas de la epidemia de SIDA y de las crecientes tasas de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en las Américas,

RESUELVE:

1. Apoyar las líneas de acción y metas bienales del Programa contra el SIDA en las Américas, tal como se presentan en el Documento CD35/14).

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros que se ponga un énfasis especial en la evaluación de la eficacia y eficiencia de las actividades desarrolladas en el marco de sus programas nacionales de prevención y control del VIH y el SIDA, sobre todo en las áreas de prevención de la infección y educación para la salud.

3. Instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan el desarrollo de actividades en las áreas de investigación, transferencia de tecnología y diseminación de información técnica y científica.

4. Recomendar a los Gobiernos Miembros que intensifiquen las actividades concebidas para influir sobre el comportamiento sanitario y prevenir la infección por el VIH mediante un enfoque basado en la integración intersectorial y la descentralización a nivel estatal, provincial y comunitario.

5. Solicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe el apoyo de la Organización a los programas nacionales de prevención y lucha contra el VIH y el SIDA, a través de esfuerzos interprogramáticos concertados, tanto a nivel de la Sede como de las Representaciones en los países.

Anexo

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

I N D I C E

	Página
1. Introducción.	1
2. Análisis de la situación del SIDA y de la infección con VIH en las Américas	1
3. Desarrollo de programas para combatir el SIDA en las Américas.	4
4. Necesidades presentes y futuras para la prevención del SIDA en las Américas.	10
5. Líneas de acción para la prevención del SIDA en las Américas para el bienio 1992-1993	12
 Anexo I. Vigilancia epidemiológica del SIDA en las Américas	
 Anexo II. Metas específicas. BPB 1992-1993. Prevención del VIH en las Américas. PMS/AMRO	

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

1. Introducción

Durante un período relativamente corto de tiempo, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha diseminado por todo el mundo. Así, al 15 de junio de 1991, 162 de los 180 países y territorios del mundo habían notificado oficialmente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 366.455 casos de SIDA, aunque se estimaba que por haber un notable subregistro, probablemente habían ocurrido 1,3 millones casos acumulados de SIDA. El número de adultos infectados por el VIH se estima en alrededor de 8 a 10 millones, entre ellos 3 millones de mujeres. Para el año 2000, en estimados conservadores, se piensa que habrá por lo menos 5 a 6 millones de casos de SIDA en adultos y de 26 a 30 millones de personas infectadas por el VIH, 10 millones de las cuales serán niños. Aunque la epidemia de VIH/SIDA es de gran preocupación en los países industrializados, está también convirtiéndose rápidamente en un problema creciente e importante en los países en vías de desarrollo. Mientras que en 1985 se estimaba que solo la mitad del número total de casos de infecciones a nivel mundial había ocurrido en los países en vías de desarrollo, esta proporción ha aumentado a alrededor de dos terceras partes en 1990, y será de 75 a 80% en el año 2000, alcanzando un 80 a 90% del total mundial para el año 2010.

La infección con VIH se transmite cada vez más frecuentemente por la vía sexual, primordialmente por relaciones heterosexuales. La OMS estima que en 1985 alrededor del 50% de todas las infecciones con VIH resultaban de este tipo de transmisión entre hombres y mujeres. En 1990, la transmisión heterosexual ha aumentado a 60% y para el año 2000 se espera que alcance 75 a 80%. Esto significa que la infección con VIH debe ser vista fundamentalmente como una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Debido al aumento en la transmisión heterosexual, puede esperarse una proporción creciente de infecciones nuevas en mujeres y en niños. A nivel mundial, para el año 2000 el número de infecciones nuevas en mujeres empezará a equiparar el número correspondiente en hombres. También será igual al número de infecciones en niños ya que, a nivel mundial y en promedio, por cada mujer infectada con el VIH habrá un niño nacido con esta infección.

2. Análisis de la situación del SIDA y de la infección con VIH en las Américas

La OPS estima que tal vez han ocurrido más de medio millón de casos de SIDA en el Hemisferio Occidental y que alrededor de la mitad de esas personas han ya muerto por la enfermedad. En algunos países del Caribe y algunos centros urbanos de América del Norte, el SIDA se ha convertido en la causa principal de muerte de varones jóvenes entre los 25 y 34 años de edad. Se estima que para la mitad de los años noventa más de tres millones de personas en la Américas habrán sido infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. Tres cuartas partes de los que contrajeron la infección antes de 1990 habrán fallecido para 1995.

Al 15 de junio de 1991, la totalidad de los 46 países y territorios de las Américas habían notificado 216.632 casos de SIDA a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde que se inició la vigilancia en 1983. De este total, ha ocurrido un número acumulado de 129.359 fallecimientos (Cuadro I, Anexo I).

En el Cuadro II del Anexo I se presentan las tasas de incidencia anual de casos de SIDA por país y subregión de 1987 a 1990. Según esta información, el aumento mayor en las tasas se ha dado en el Istmo Centroamericano, y el Cono Sur, con un incremento de alrededor de 300%; a estas subregiones le siguen Brasil y el Area Andina con porcentajes de aumento del 98%. Los aumentos mayores se están dando en aquellas subregiones y países donde la epidemia se introdujo más tarde y donde cabe esperar aún un aumento mayor en los años próximos.

En el Cuadro III del Anexo I se puede observar las tasas de incidencia anual por sexo para cada país de la Región. Si bien las tasas en mujeres en la mayoría de los países aún están por debajo de las tasas en hombres, en algunos países se observa un marcado aumento entre las primeras. En Honduras, por ejemplo, la tasa en mujeres que era de 9,4 (por millón de mujeres) en 1987, subió a 81,7 en 1990, lo cual significa más de un 700% de aumento, siendo este aumento por lo menos igual que el de los hombres. En general, en los países donde se ha notificado una mayor proporción de casos debidos a transmisión heterosexual, la tasa en mujeres ha presentado el mayor aumento, lo cual comienza a reflejarse en un mayor número de casos en niños debido a la transmisión perinatal. Asimismo, habrá que observar en el futuro próximo las tendencias en estos dos grupos de la población (mujeres y niños) a medida que se conozca mejor la magnitud del uso de drogas intravenosas y su importancia como factor de riesgo para la transmisión del VIH.

En la Figura 1 del Anexo I puede apreciarse la distribución por factor de riesgo de los casos de SIDA en Norte América, América Latina y el Caribe no latino. Mientras que en Norte América la transmisión entre varones homosexuales o bisexuales corresponde al 61,2% de los casos, la transmisión entre personas que usan drogas por vía endovenosa es de casi una cuarta parte. En contraste, en el Caribe no latino la transmisión entre los heterosexuales es casi del 60%, con una resultante de 9% de transmisión de la madre al niño. En América Latina, la proporción de casos entre varones homosexuales y bisexuales es de alrededor del 50%; una cuarta parte obedece a transmisión heterosexual; 10% a transmisión por sangre y hemoderivados y, sorprendentemente, un 12% de la transmisión en que se notifica el factor de riesgo se atribuye al abuso de drogas por vía endovenosa. La transmisión perinatal es del 2% de los casos.

Tal vez más importante que el número acumulado o anual de casos de SIDA es la estimación del número de personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. A este respecto, la OPS estima que alrededor de dos millones de personas en el hemisferio occidental han sido

infectadas por el VIH. De este total más de un millón de infecciones han ocurrido en América del Norte (Estados Unidos de América y Canadá) y cerca de un millón en América Latina y el Caribe. América Latina y el Caribe están experimentando un aumento rápido en las curvas epidémicas, similar a las tasas que se vieron en América del Norte hace tres o cinco años.

Algunas de las tendencias aparentes en las Américas incluyen las siguientes:

- Más del 90% de la transmisión del VIH es por relaciones sexuales, con un número creciente debido a relaciones heterosexuales.
- En general, todavía menos del 10% de la transmisión del VIH es por transfusión de sangre o por agujas contaminadas. Sin embargo, este problema es un problema persistente en bancos de sangre y un problema creciente entre personas que usan drogas por vía endovenosa.
- Menos del 2% de la transmisión del VIH en la Región es de una madre infectada a su recién nacido, pero esta proporción está aumentando.
- Las infecciones con VIH y los casos de SIDA se localizan principalmente en las ciudades, mientras que la incidencia de VIH y SIDA en las áreas rurales sigue siendo baja en la mayor parte de los países.
- De un 20 a 50% de personas que usan drogas inyectables en algunas áreas de Argentina, Brasil, los Estados Unidos de América, Uruguay y algunos otros países, se han encontrado infectadas con el VIH.

Se estima que entre 200.000 y 300.000 mujeres están actualmente infectadas con el VIH en el hemisferio occidental. De este total, por lo menos 150.000 viven en América Latina y el Caribe. En América Central, en los últimos cuatro años han aumentado 40 veces las tasas de casos de SIDA clínicos en mujeres. De un estudio en Costa Rica se sugiere que la típica mujer con SIDA ha sido infectada como resultado del comportamiento de alto riesgo de su compañero, del cual ella generalmente no tenía conocimiento. En un estudio en Haití, se encontró que aproximadamente una de cada 10 mujeres embarazadas estaba infectada con el VIH. Las tasas de infección en mujeres embarazadas está aumentando en áreas del Brasil y de otros países de Latinoamérica y del Caribe (Cuadro IV, Anexo I). Esta prevalencia creciente de infección con VIH en mujeres de edad fértil significará que habrá un alza correspondiente en la transmisión de VIH al feto y al recién nacido. De acuerdo con análisis recientes, alrededor de 2.000 niños en los Estados Unidos de América y 10.000 niños en América Latina y el Caribe han nacido infectados con VIH. Finalmente, el Cuadro V del Anexo I muestra las tasas de prevalencia de infección con VIH en mujeres embarazadas y no embarazadas de varios países de la Región.

3. Desarrollo de programas para combatir el SIDA en las Américas

Los programas para combatir el SIDA en las Américas comenzaron a mediados de la década de los ochenta cuando se iniciaron las actividades de emergencia para el control de esa enfermedad. Esta etapa incluyó el financiamiento de emergencia proporcionado por el Programa Mundial sobre el SIDA para las actividades en los países. La OPS asistió a los Países Miembros para que desarrollaran tanto sus estrategias de emergencia como los programas a corto plazo para el control del SIDA, brindándoles financiamiento inicial para esas actividades. A mediados de 1988 todos los países habían recibido algún financiamiento para sus actividades de control del SIDA, y en 1989 se aprobó y financió el último de los planes a corto plazo. A medida que se hizo evidente que el problema persistiría durante largo tiempo, las actividades coordinadas de control a mediano plazo también adquirieron carácter prioritario. La etapa del plan a corto plazo se continuó con el plan a mediano plazo consistente en detallar las actividades nacionales en un marco de planificación de tres años.

El reconocimiento de que la epidemia del SIDA es un problema a largo plazo ha reforzado la aceptación no solo de la necesidad de las actividades de planificación a mediano plazo, sino también del hecho de que la lucha contra el SIDA debe ser un programa permanente, integrado y con capacidad de sostenerse, que forme parte de los esfuerzos en curso para asegurar la salud pública en la Región. Los primeros programas nacionales de control del SIDA, dada la urgencia con que fueron concebidos y puestos en marcha, se basaron en un enfoque preferentemente vertical. El Programa Mundial sobre el SIDA y el PMS/Américas han adoptado medidas concretas para asistir a los programas nacionales a que amplíen su enfoque programático con el fin de que establezcan enlaces con otros programas, como el de salud maternoinfantil y planificación familiar, las actividades de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis, y los programas de salud del adulto. Esos enlaces servirán para asegurar la permanencia e integración de los programas del SIDA.

La iniciativa de buscar la participación de los organismos no gubernamentales en los programas nacionales del SIDA, el establecimiento por el PMS/Américas de actividades interinstitucionales e interprogramáticas, la introducción de equipos multidisciplinarios y la orientación e información interprogramáticas de esos equipos para que brinden colaboración técnica en la formulación y ejecución de programas nacionales del SIDA, son todos ejemplos de los esfuerzos tendientes a asegurar una programación amplia en la lucha contra el SIDA en los niveles regional y nacional.

Se ha hecho cada vez más hincapié en la contribución nacional a la programación de las actividades relacionadas con el SIDA. La lucha contra el SIDA requiere que los países se comprometan firmemente y asignen recursos nacionales a esta área prioritaria. Al mismo tiempo, debe existir un equilibrio entre las exigencias de las actividades de

lucha contra el SIDA y las necesidades de atención de salud y prevención de enfermedades, así como de otros problemas y condiciones de salud. Es evidente que la mayor parte de los recursos asignados a las actividades de control del SIDA son recursos nacionales. Se estima que la contribución financiera del PMS a los programas nacionales representa aproximadamente el 20% del dinero gastado en esos programas procedente de fuentes nacionales e internacionales.

3.1 Programa Mundial sobre el SIDA en las Américas

La OPS continúa llevando a cabo el Programa Mundial sobre el SIDA en las Américas. Desde 1987, la OPS ha promovido el establecimiento de programas nacionales de prevención y control del SIDA en los principales territorios y países de la Región de las Américas, de conformidad con las normas del PMS/OMS.

Se ha dado la máxima prioridad a la colaboración técnica directa con los Países Miembros en apoyo al desarrollo, la ejecución, el financiamiento y la evaluación de sus programas nacionales de prevención y control del SIDA. La OPS ha movilizado recursos y proporcionado colaboración técnica a los países en los siguientes aspectos de los programas nacionales sobre el SIDA: apoyo a las comisiones nacionales sobre el SIDA, desarrollo de la capacidad nacional de gestión y administración, mejora de las actividades de vigilancia, aumento de la capacidad de diagnóstico de los laboratorios, y fortalecimiento de los esfuerzos nacionales e internacionales para prevenir, mediante actividades educativas y otros enfoques de salud pública, la transmisión sexual, perinatal y por la sangre del VIH.

Durante 1990, se movilizó un total de 80 meses/consultor en apoyo de actividades nacionales y subregionales. En los primeros tres meses de 1991 el programa regional del SIDA ha utilizado 78 semanas/consultor en apoyo a las áreas de gerencia y administración de los programas nacionales; 22 semanas en actividades de educación y comunicación; 9 semanas/consultor en el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica nacional y 10 semanas/consultor en apoyo al reforzamiento del laboratorio.

Durante 1990 se logró completar casi el total de las actividades planificadas del programa del PMS/Américas. El nivel de ejecución del presupuesto de 1990 fue del 85%.

Debido a la naturaleza de la epidemia del SIDA y a la percepción que de ella se tiene en los países, se llevó a cabo un gran número de actividades no programadas en respuesta a los pedidos de asistencia técnica específica de los países. Además, hubo solicitudes no previstas tendientes a que se contara con representación regional en las reuniones mundiales sobre prevención y control del SIDA.

El PMS/Américas es un componente del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias (HST) bajo el área de la Infraestructura de los Sistemas de Salud (HSI) de la Oficina Sanitaria Panamericana, la Secretaría de la OPS.

Las principales áreas de actividades del programa del SIDA están a cargo de tres subunidades: Apoyo a Programas Nacionales (NPS), Desarrollo de Intervenciones y Apoyo (IDS), e Investigación (RES). Durante el último año la OPS inició un cambio en la dirección de los programas, al substituir la modalidad de reacción ante situaciones de emergencia por un enfoque más consolidado de planificación y ejecución de actividades. Además del personal de Washington, hay cuatro asesores interpaís que proporcionan cooperación técnica a los países del Caribe (designado en CAREC), Centroamérica, Panamá y el Caribe Latino (designado en Costa Rica), los países andinos (designado en Ecuador), y el Cono Sur (designado en Uruguay), así como dos asesores de país, en Haití y Brasil respectivamente. En otras palabras, el número total actual de profesionales permanentes es de 14, de los cuales 8 están asignados a la oficina de Washington y 6 se encuentran en países de la Región. Dos puestos permanentes se encuentran en proceso de selección de los candidatos que habrán de ocuparlos.

3.2 Logros de la cooperación técnica de la OPS con los Países Miembros

Los programas de emergencia y a corto plazo se comenzaron a diseñar en la Región en 1987 cuando la OPS prestó la asistencia técnica y financiera para el desarrollo de las actividades contempladas en dichos programas. A partir de 1988, los planes a mediano plazo (tres años) de los programas nacionales para la prevención y control del SIDA han sido desarrollados para las siguientes subregiones: el Caribe Latino, México, Centroamérica y los países de la Subregión Andina. Los planes para los países del Cono Sur y el Brasil están en vías de ser completados.

En el proceso de desarrollo de dichos planes, la OPS ha realizado una movilización de recursos humanos que ha permitido proporcionar a los Países Miembros asistencia técnica mediante expertos consultores en las áreas de gerencia y finanzas, epidemiología, educación y promoción de la salud, y laboratorio. Más del 85% de los consultores pertenecen a la propia Región, excluyendo a los Estados Unidos de América, lo que refleja el fomento que se ha dado a la colaboración técnica entre países en desarrollo.

Los consultores que han visitado los países para evaluar los programas nacionales y colaborar en el desarrollo de estrategias de transición entre los enfoques a corto y a largo plazo también han participado activamente con los equipos nacionales en el diseño de estrategias para financiar estos programas.

Actualmente, se están llevando a cabo actividades de revisión y reprogramación con los países y territorios del Caribe, que han iniciado el segundo o tercer año de actividades de los planes a mediano plazo.

En términos generales, los planes de los programas nacionales continúan reflejando las cuatro estrategias principales para la prevención y control del SIDA, a saber: prevención de la transmisión

sexual del VIH, prevención de la transmisión por la sangre o derivados, prevención de la transmisión perinatal, y reducción del efecto de la epidemia del SIDA en las personas y grupos sociales.

El Programa Regional ha colaborado de manera significativa en el logro de metas como las de los programas del Caribe, que a la fecha han conseguido realizar el tamizaje del 90 al 95% de la sangre para transfusiones. En Centroamérica, Costa Rica ha completado el tamizaje de la totalidad de la sangre a ser usada en transfusiones, y el resto de la subregión lo ha hecho en un 80%.

El Programa Regional, en cooperación con los Laboratorios Nacionales de Referencia, realiza acciones relacionadas con el abastecimiento de reactivos de diagnóstico, transferencia o incorporación de tecnología apropiada, capacitación, control de calidad y bioseguridad en el diagnóstico de infección con el VIH.

Las actividades de vigilancia epidemiológica a nivel regional han mejorado gracias a una revisión y reprogramación importantes efectuadas durante 1989 y 1990. En 1990, el Programa Regional ha producido un informe de vigilancia epidemiológica correspondiente al año 1989, el que incluye el recuento de casos de SIDA y datos sobre seroprevalencia como complemento al informe trimestral que se hace llegar a los Países Miembros.

El Programa proporciona información técnica y científica a los programas nacionales de prevención y control del SIDA. Entre las iniciativas especiales figuran el establecimiento de tres Centros de Comunicación, Información y Educación en México, en el Brasil y en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), administrado por la OPS, cuya función prevista es recoger y evaluar información y materiales educativos sobre el SIDA del mayor número posible de países para difundirlos en otros Países Miembros y asistirlos en la formulación de sus programas nacionales de educación. Dichos centros han sentado las bases para la creación de otros centros con funciones similares a nivel de los países, los cuales podrán ser financiados con fondos del plan de mediano plazo. Para distribuir información científica a los programas nacionales se utiliza la tecnología del disco compacto. Toda la bibliografía sobre el SIDA de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América, además de las versiones completas de artículos seleccionados de importantes revistas de todo el mundo, han sido archivados en discos compactos. La OPS continuará utilizando tecnología innovadora para promover la educación sobre el SIDA mediante la transmisión de la Tercera Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA que se llevó a cabo en Caracas, Venezuela, en marzo del presente año, como parte de la iniciativa de "Comunicación para la Salud".

Como contribución a las actividades destinadas a la formación y capacitación técnica de profesionales en servicios y funcionarios de los programas nacionales, el Programa Regional ha organizado numerosos talleres, principalmente en las áreas de promoción de la salud,

orientación psicológica, vigilancia epidemiológica, técnicas y métodos de investigación, con participación de personal de todos los países de la Región. De particular nota fue la reunión sobre "Integración de Intervenciones del Comportamiento para la Prevención del SIDA y las ETS", celebrada en Kingston, Jamaica en diciembre de 1990, con la participación activa de representantes y delegados de 33 países y territorios de las Américas. Los resultados de esta reunión han sido diseminados en todos los países de la Región y a fines de 1991 en otra reunión, copatrocinada por la Unión Latinoamericana Contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, se hará un seguimiento a las importantes conclusiones y a los avances estimulados por la Declaración de Kingston.

Como parte de las actividades de investigación y en conformidad con los términos del contrato especial establecido con los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América (Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas), la OPS ha establecido programas de investigación sobre el SIDA en varios países. Tres proyectos de investigación están ya en marcha en la República Dominicana, Jamaica y Brasil, y se pondrá en ejecución uno en México en breve plazo. El estado de cada proyecto es el siguiente:

- En la República Dominicana se está realizando un estudio de seroprevalencia en dos clínicas de enfermedades de transmisión sexual. Este proyecto ha completado la fase de recolección de muestras y datos y los investigadores se hallan en la fase final del análisis de los datos, de los cuales se han presentado resultados a través de siete comunicaciones científicas a congresos internacionales sobre el SIDA, un trabajo científico en prensa, uno enviado para publicación y dos trabajos en proceso de redacción.

- En Jamaica se está desarrollando un estudio de seroprevalencia de retrovirus en una clínica de enfermedades de transmisión sexual. En este estudio ya se han recogido las muestras y los datos y ambos se están analizando.

- En el Brasil se está realizando un estudio sobre transmisión heterosexual del VIH de varones a mujeres en parejas discordantes en términos de infección por el VIH. Este estudio está en fase de recolección de datos. Se han reclutado aproximadamente la mitad de las parejas necesarias para alcanzar el tamaño de muestra deseado. Datos preliminares de este estudio han sido presentados en dos comunicaciones al último congreso internacional del SIDA.

Por último, se finalizó un protocolo de investigación a ser realizado en México para valorar la eficacia de dos regímenes de quimioterapia antituberculosa en personas PPD positivas infectadas con VIH. Su comienzo está previsto para el mes de octubre de 1991.

Una gran parte de las investigaciones ha estado orientada a obtener información que permita conocer los mecanismos de diseminación del VIH en los países de América Latina y el Caribe. Entre los objetivos

de las investigaciones realizadas o en preparación se pueden mencionar los siguientes: determinar la seroprevalencia en diferentes grupos poblacionales; definir la extensión y consecuencias de la infección perinatal y la transmisión heterosexual, e identificar tratamientos quimioprolifáticos efectivos para prevenir las infecciones oportunistas asociadas con el SIDA. Varias de las investigaciones en estas áreas han sido completadas y algunas de ellas se encuentran actualmente en desarrollo. Además, en colaboración con el PMS de Ginebra, se están evaluando sitios posibles para la evaluación de vacunas contra el VIH en la Región. La OPS procurará extender sus actividades de investigación más allá de la esfera biomédica e incluirá proyectos de investigación sobre el comportamiento.

Con el fin de fomentar la coordinación internacional, la OPS organizó reuniones trimestrales a las que asistieron más de 20 representantes de diversos organismos internacionales e instituciones nacionales. Esto ha contribuido a coordinar el apoyo prestado a los Países Miembros de la OPS para la prevención y el control del SIDA.

Finalmente, mediante la estrategia de movilización de recursos y con la colaboración del PMS, la OPS ha obtenido de la OMS y de otros donantes recursos financieros para los países por un monto de \$25 millones desde el comienzo del programa. Estos fondos se han distribuido a 35 países y al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Durante el período 1987-1990, el 75% de estos fondos se distribuyó directamente a los países.

Para asegurar el mantenimiento de esta cooperación externa, es indispensable que en los países se fortalezca la capacidad para la vigilancia de las actividades del programa, tanto en sus aspectos técnicos, como en el aspecto financiero, con objeto de poder informar oportunamente a las autoridades nacionales y las agencias cooperantes sobre los logros, avances y dificultades del programa. De igual manera, ya que la obtención de recursos adicionales está ligada tanto al informe periódico sobre el progreso del programa nacional, como a la capacidad local para movilizar recursos bilateralmente en el país, la OPS continuará apoyando a los países en el fortalecimiento de estas dos actividades.

En lo que resta de 1991 se finalizarán los planes a mediano plazo de los países del Cono Sur y del Brasil, y la OPS continuará colaborando con los Países Miembros en la búsqueda de apoyo internacional adicional para los planes nacionales y subregionales de prevención del SIDA. De conformidad con las recomendaciones de los gerentes de programas nacionales sobre el SIDA que se reunieron en Kingston, Jamaica, en 1990, se continuará el examen metódico del progreso alcanzado en los programas del Caribe y Centroamérica. El fortalecimiento de la capacidad de gestión regional y nacional seguirá teniendo máxima prioridad en el programa de la OPS sobre el SIDA y durante 1991 se incluirán dos puestos profesionales para reforzar el apoyo gerencial al nivel regional y en el Caribe de habla inglesa.

4. Necesidades presentes y futuras para la prevención del SIDA en las Américas

A nivel mundial, regional y nacional, existen 10 áreas fundamentales de necesidad para el desarrollo de esfuerzos de prevención del SIDA:

4.1 Liderazgo

Esta necesidad debe ser atendida sobre todo a nivel nacional y a nivel de las comunidades, ya que incluye la capacidad de negociar para asegurar y coordinar los esfuerzos locales y obtener la voluntad política y el compromiso multisectorial en la prevención del SIDA.

4.2 Desarrollo de los programas nacionales de prevención del SIDA

Es necesario que exista una integración efectiva, una cooperación intersectorial y una colaboración entre organismos no gubernamentales y gubernamentales y especialmente, que se mejore la provisión de servicios preventivos y de atención médica y social fuera del nivel central.

4.3 Respuesta en base comunitaria

La necesidad principal es proveer apoyo técnico y financiero a los sistemas locales de salud, que pueden alcanzar a las poblaciones blanco, proveer los servicios de salud y sociales necesarios, y ayudar a disminuir eficazmente la discriminación de los individuos infectados con el VIH en algunas sociedades.

4.4 Comportamiento

Existe un desconocimiento muy grande sobre la conducta humana. Específicamente, en América Latina y el Caribe, el área de la sexualidad humana, la interacción sexual y social entre hombres y mujeres en diferentes estratos socioeconómicos y el papel preciso de los hombres homosexuales y bisexuales en la transmisión del VIH no han sido debidamente estudiados. La prostitución continúa siendo vista como la fuente principal de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en muchos países. Desafortunadamente, en esta situación, las prostitutas femeninas siguen siendo el único grupo fácilmente identificable para intervenciones que son, en su mayor parte, ineficaces. Existe también una necesidad de concentrar esfuerzos sobre el problema creciente del abuso de drogas y sustancias como contribuyente a la diseminación del VIH y de las enfermedades de transmisión sexual en América Latina y el Caribe.

4.5 Derechos humanos, SIDA y salud

Esta es un área delicada, con ejemplos casi cotidianos de violaciones de los derechos humanos, que pueden ser tan sutiles como los comentarios sobre la orientación sexual de una persona, la publicación de informes confidenciales o el uso de medidas discriminatorias y a veces violentas, en contra de grupos o individuos particulares.

4.6 La mujer y el SIDA

La brecha de desigualdad entre hombres y mujeres persiste en la mayor parte de las sociedades, no solo en América Latina y el Caribe, sino también en el resto del mundo. Las mujeres siguen siendo estigmatizadas como la fuente o reservorio de la transmisión sexual de enfermedades, y por si esto fuera poco, son también ellas quienes llevan la carga más grande de consecuencias adversas sociales y de salud. Al mismo tiempo, las mujeres no tienen igual acceso a los medios y métodos para prevenir las ETS disponibles para los varones.

4.7 Utilización del conocimiento

No se trata aquí nada mas de la transferencia del conocimiento de los países del Primer Mundo al Tercer Mundo, sino también de nuestra habilidad para aprender simultánea y mutuamente y de transformar las experiencias, tanto exitosas como fallidas, en acciones e intervenciones concretas.

4.8 Accesibilidad de tecnología para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección con VIH

En muchas áreas de la Región todavía no existe la capacidad para proveer siquiera un mínimo de diagnóstico, tratamiento y prevención contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Aunque se ha logrado un gran progreso en cuanto al acceso a la tecnología en algunos países, la disponibilidad, cantidad y calidad de la misma no están distribuidas equitativamente, especialmente en los países más pequeños y en las comunidades rurales y periurbanas. Por consiguiente, se necesita urgentemente un enfoque simplificado donde un mínimo de conocimiento y tecnología esté disponible para aquellos que podrán utilizarlo eficazmente (incluyendo trabajadores de salud y farmacistas, maestros y líderes comunitarios seleccionados).

4.9 Atención y apoyo a los infectados con VIH y a las personas enfermas

Esta necesidad se hará cada vez más grande, a medida que el tiempo pase y la epidemia de infección con VIH se convierta inevitablemente en una epidemia de enfermedad clínica que requerirá de atención médica y de servicios sociales. En algunas ciudades latinoamericanas hasta una cuarta parte de las camas de hospitales para enfermedades contagiosas están siendo ya ocupadas por pacientes infectados con el VIH, y en algunas áreas las personas con infección con VIH no tienen acceso a hospitales o a servicios médicos, los cuales se encuentran ya sobrecargados con pacientes con muchos otros problemas urgentes de salud.

4.10 Recursos humanos para la prevención y atención del VIH y el SIDA.

A este respecto, las necesidades críticas no se refieren únicamente a la cantidad y calidad del personal involucrado en la prevención y atención del VIH y SIDA, sino también a la habilidad de la sociedad en general

y de las redes colegiales en particular, para apoyar y mantener a este personal trabajando en un área que es con frecuencia frustrante y emocionalmente desgastante.

5. Líneas de acción para la prevención del SIDA en las Américas para el bienio 1992-1993

Hasta el momento solo es posible hablar de los progresos logrados en el desarrollo de los programas, ya que es demasiado temprano para poder evaluar el impacto de los mismos. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud contempla varias líneas de acción y el desarrollo de numerosas actividades en los próximos años, las cuales están relacionadas con metas específicas programáticas incluidas en el Anexo II de este documento. Las metas correspondientes están listadas en paréntesis después de cada uno de los objetivos o de las grandes áreas de actividad en esta sección.

Para finalizar, existen cuatro grandes objetivos y tres líneas de acción para ser desarrolladas en el próximo bienio:

Objetivo: Se desacelerarán o reducirán las tasas de transmisión por vía sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la Región.

Para alcanzar este objetivo será necesario desarrollar intervenciones centradas en poblaciones específicas (meta 10) que permitan el establecimiento de sistemas apropiados de aprovisionamiento y distribución de condones (meta 11) y la realización de intervenciones educativas a nivel escolar (meta 13). El logro de este objetivo requiere igualmente el desarrollo de la capacidad de investigación (meta 21) y de evaluación de las intervenciones (meta 12), así como la implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica (meta 8) y la realización de estudios específicos de seroprevalencia (meta 17) para medir el progreso hacia la obtención del objetivo.

Objetivo: Se eliminará la transmisión del VIH por transfusión de sangre y hemoderivados en todos los países de las Américas. Este objetivo fue propuesto pero no alcanzado anteriormente.

Para lograrlo es necesario que existan mecanismos legislativos, de infraestructura y de tecnología. La Organización concentrará sus esfuerzos en el tamizaje de la sangre (metas 3, 4 y 5) lo cual es tecnológica y financieramente posible, dejando los mecanismos legislativos y la creación de infraestructura de bancos de sangre bajo la responsabilidad de los Países Miembros (meta 4). Para medir el progreso hacia la obtención de este objetivo se desarrollarán los sistemas de información necesarios (meta 8).

Objetivo: Se fortalecerá la atención integral a pacientes de SIDA y a personas infectadas con el VIH.

Desarrollando la colaboración interprogramática (metas 3, 18 y 19) la participación de las ONGs (meta 6), la infraestructura de laboratorio (meta 5) y los servicios (meta 6) necesarios para la atención de los

infectados por VIH. Cuando sea necesario se desarrollará la capacidad de investigación esencial y en el área de fármacos (metas 20 y 21) para alcanzar este objetivo.

Objetivo: Se promoverá activamente el desarrollo de investigaciones operativas, epidemiológicas, clínicas y del comportamiento, cuyos resultados sean directamente aplicables a los programas nacionales de prevención del SIDA.

El logro de este objetivo requiere el desarrollo de la capacidad de investigación necesaria (metas 12, 16, 21 y 22) para determinar los factores de riesgo de la transmisión de VIH, en especial en relación a la transmisión perinatal (meta 18) y el papel de las ETS (meta 19). También será necesario que se desarrolle la infraestructura de laboratorio (meta 5) y los sistemas de información y vigilancia y estudios específicos necesarios (metas 8, 15 y 17).

Para lograr las metas anteriores, será necesario movilizar recursos para lograr el funcionamiento efectivo y eficiente de los programas nacionales de prevención del SIDA en todos los países de la Región, de acuerdo con las estrategias del Programa Mundial del SIDA. Para ello, será necesario desarrollar actividades en las siguientes grandes áreas:

- Establecimiento y continuidad de esfuerzos eficaces y eficientes para la prevención del SIDA a nivel de los países

Esto involucrará:

- a) El compromiso firme de los Países Miembros para asegurar la participación intersectorial del gobierno y organizaciones no gubernamentales en el Programa Nacional de Prevención del SIDA. Para lograr este compromiso firme de los Países Miembros tanto el Programa Mundial como el Programa Regional de SIDA estarán llegando a los niveles más altos de decisión política a nivel de los países y colaborarán en la identificación apropiada de los recursos nacionales que pueden ser dedicados al programa de prevención del SIDA a nivel nacional.
- b) La exploración de mecanismos para asegurar el apoyo financiero nacional e internacional (multilateral y bilateral), público y privado, en apoyo a los esfuerzos de prevención del SIDA. En casi todos los países existen recursos que no están siendo adecuadamente aprovechados en los programas de salud, muchas veces por desconocimiento de la identidad, misión, objetivos y capacidades de grupos específicos y de agencias públicas y privadas que pudieran proporcionar este apoyo financiero.
- c) El desarrollo de la capacidad nacional para planificar, ejecutar, vigilar y evaluar las actividades de prevención del SIDA en todos los países de las Américas, así como la identificación de grupos de alto riesgo en los que deberán focalizarse las intervenciones.

- Investigación, transferencia apropiada de tecnología y diseminación de información técnica y científica (metas 3-5, 9, 11, 12, 15-22)

Esto involucrará:

- a) La identificación de necesidades y el reforzamiento de la capacidad regional y nacional para la investigación, principalmente de la investigación aplicada.
- b) La identificación y el desarrollo de la tecnología apropiada (pruebas de laboratorio, intervenciones médicas y del comportamiento, incluyendo vacunas y ensayos terapéuticos; sistemas de información, etc.).
- c) Los enfoques subregionales e interpaís para facilitar la puesta en marcha de los anteriores.

- Integración y descentralización de las intervenciones de comportamiento y de salud pública a los niveles estatal, provincial y comunitario (metas 3, 6, 7, 9, 10, 12)

Esto involucrará:

- a) La identificación y el apoyo a los sistemas locales de salud, formales e informales.
- b) La colaboración entre los programas de SIDA y otros servicios sociales y de salud de relevancia (enfermedades de transmisión sexual, programa maternoinfantil, tuberculosis, organizaciones comunitarias, etc.).
- c) Las políticas y pautas para asegurar estos procesos de integración y descentralización, con énfasis especial en la prestación de servicios médicos y sociales a largo plazo.

Finalmente, el Anexo II contiene las metas propuestas por el Director para el Programa Regional del SIDA para el bienio 1992-1993.

Anexos

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA
EN LAS AMERICAS**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Programa de Análisis de la Situación de Salud
y sus Tendencias**

OPS/OMS Programa Mundial sobre el SIDA/Américas

Información al 15 de junio de 1991

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Resumen

Información al 15 de junio de 1991

Número acumulado de casos notificados
a nivel mundial: 366,455

Número acumulado de casos notificados
en las Américas: 216,632

Número acumulado de muertes notificadas
en las Américas: 129,359

CUADRO I. NUMERO NOTIFICADO DE CASOS DE SIDA POR AÑO, Y NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES, POR PAIS Y SUBREGION, AL 15 DE JUNIO DE 1991.

SUBREGION País	Número de casos						Total (a) acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1986	1987	1988	1989	1990	1991			
TOTAL REGIONAL	45,471	33,198	41,889	47,283	43,079	5,504	216,832	129,359	
AMERICA LATINA b)	3,679	4,663	7,510	8,655	8,521	478	33,880	14,210	
AREA ANDINA	181	398	649	806	841	247	3,234	1,538	
Bolivia	3	3	10	2	7	...	25	20	31/Dic/90
Colombia	61	181	263	330	450	198	1,483	647	31/Mar/91
Ecuador	13	19	25	15	34	...	127	79	31/Dic/90
Perú	12	60	68	117	141	...	398	155	31/Dic/90
Venezuela	92	135	283	342	209	49	1,201	637	31/Mar/91
CONO SUR	112	126	264	335	523	13	1,373	430	
Argentina	73	72	169	229	377	...	920	263	31/Dic/90
Chile	29	40	63	65	58	...	255	60	31/Dic/90
Paraguay	2	5	4	3	12	...	26	18	31/Dic/90
Uruguay	8	9	28	38	76	13	172	89	31/Mar/91
BRASIL	1,584	2,162	3,580	4,516	4,421	77	16,340	7,899	31/Mar/91
ISTMO CENTROAMERICANO	87	189	380	531	833	125	2,161	796	
Bélice	1	6	4	0	1	...	12	8	31/Mar/90
Costa Rica	20	23	52	56	81	...	232	122	31/Dic/90
El Salvador	7	16	65	149	96	34	357	63	31/Mar/91
Guatemala	16	12	18	18	78	23	165	83	31/Mar/91
Honduras	17	102	188	231	513	66	1,133	359	31/Mar/91
Nicaragua	0	0	2	2	7	2	13	12	31/Mar/91
Panamá	26	30	61	75	57	...	249	149	31/Dic/90
MEXICO	793	1,065	1,558	1,673	1,017	1	6,107	3,022	31/Mar/91
CARIBE LATINO c)	922	723	1,079	994	886	13	4,665	525	
Cuba	3	24	24	12	10	...	73	40	31/Dic/90
Haití	795	477	731	453	630	...	3,086	297	31/Dic/90
República Dominicana	124	222	324	529	246	13	1,506	188	31/Mar/91
CARIBE	485	374	489	725	699	38	2,802	1,572	
Anguila	0	0	1	2	1	...	4	3	30/Sep/90
Antigua	2	1	0	0	3	...	6	5	31/Dic/90
Antillas Neerlandesas	9	12	9	16	31	...	77	16	31/Dic/90
Bahamas	86	90	93	168	162	...	599	296	31/Dic/90
Barbados	32	24	15	40	61	20	192	134	31/Mar/91
Dominica	0	5	2	3	2	...	12	11	30/Jun/90
Grenada	3	5	3	8	5	...	24	15	31/Dic/90
Guadalupe	47	41	47	47	...	...	182	85	31/Dic/89
Guayana Francesa	78	25	34	64	41	...	232	144	30/Sep/90
Guyana	0	10	34	40	61	...	145	49	31/Dic/90
Islas Caimán	2	1	1	1	2	...	7	7	31/Dic/90
Islas Turcas y Caicos	3	2	6	7	1	1	20	15	31/Mar/91
Islas Vírgenes (RU)	0	0	1	0	2	...	3	0	31/Dic/90
Jamaica	11	32	30	66	62	...	201	92	31/Dic/90
Martinica	25	23	30	51	42	6	177	102	31/Mar/91
Montserrat	0	0	0	1	0	...	1	0	30/Sep/90
San Cristóbal Nieves	6	4	9	5	8	...	32	19	31/Dic/90
San Vicente y las Granadinas	2	5	8	6	4	...	25	12	31/Dic/90
Santa Lucía	4	4	2	8	3	...	33	16	31/Dic/90
Suriname	4	5	4	35	35	...	83	65	31/Dic/90
Trinidad y Tabago	151	85	160	167	173	11	747	488	31/Mar/91
AMERICA DEL NORTE	41,327	28,161	33,900	37,713	33,859	4,990	179,950	113,877	
Bermuda	51	21	28	35	33	4	172	135	31/Mar/91
Canadá	1,185	865	989	1,099	704	43	4,885	2,912	31/Mar/91
Estados Unidos de América c)	40,091	27,275	32,883	36,579	33,122	4,943	174,893	110,530	31/Mar/91

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 Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO II. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES),
POR PAIS Y POR AÑO, AL 15 DE JUNIO DE 1991.

SUBREGION País	TASA POR MILLON DE HABITANTES			
	1987	1988	1989	1990*
AMERICA LATINA a)	11.8	17.8	20.7	19.8
AREA ANDINA	4.8	7.4	9.0	9.1
Bolivia	0.4	1.4	0.3	1.0
Colombia	6.0	8.6	10.8	14.1
Ecuador	1.9	2.5	1.4	3.2
Perú	2.9	3.2	5.4	6.3
Venezuela	7.4	15.1	17.8	10.6
CONO SUR	2.5	5.1	6.4	9.9
Argentina	2.3	5.4	7.2	11.7
Chile	3.2	4.9	5.0	4.4
Paraguay	1.3	1.0	0.7	2.8
Uruguay	2.9	9.1	12.2	24.3
BRASIL	15.3	24.8	30.6	29.4
ISTMO CENTROAMERICANO	7.1	13.8	18.8	28.7
Belice	35.3	23.0	0.0	5.5
Costa Rica	8.2	18.1	19.0	26.9
El Salvador	3.2	10.9	29.0	18.3
Guatemala	1.4	2.1	2.0	8.5
Honduras	21.8	38.9	46.4	99.8
Nicaragua	0.0	0.8	0.5	1.8
Panamá	13.2	26.3	31.6	23.6
MEXICO	12.8	18.4	19.3	11.5
CARIBE LATINO b)	31.5	46.3	42.1	36.9
Cuba	2.4	2.4	1.2	1.0
Haití	77.6	116.7	71.0	96.8
República Dominicana	33.1	47.2	75.4	34.3
CARIBE	52.2	87.3	96.4	82.8
Anguilla	0.0	142.2	284.5	142.9
Antigua	12.0	0.0	0.0	0.0
Antillas Neerlandesas	64.5	47.9	83.7	180.6
Bahamas	361.4	367.5	653.7	623.1
Barbados	93.8	58.4	154.6	233.7
Dominica	64.1	25.3	37.5	24.7
Grenada	51.0	30.0	79.5	48.6
Guadalupe	121.7	139.0	138.6	...
Guayana Francesa	290.6	386.3	600.7	445.7
Guyana	10.1	33.8	39.1	58.6
Islas Caimán	47.5	47.5	47.6	95.2
Islas Turcas y Caicos	250.3	750.9	876.1	111.1
Islas Vírgenes (RU)	0.0	78.7	0.0	25.8
Jamaica	13.3	12.3	26.6	24.6
Martinica	70.0	90.9	154.3	126.9
Montserrat	0.0	0.0	76.7	0.0
San Cristóbal Nieves	83.2	187.5	103.1	160.0
San Vicente y las Granadinas	47.2	74.1	55.0	36.0
Santa Lucía	30.5	15.0	59.3	22.1
Suriname	13.0	10.2	87.9	86.8
Trinidad y Tabago	69.5	128.7	132.2	134.8
AMERICA DEL NORTE	104.6	124.7	137.4	122.8
Bermuda	368.5	490.8	601.4	569.0
Canadá	33.4	37.9	41.8	26.5
Estados Unidos de América b)	112.0	133.8	147.4	132.9

* La información de 1990 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 Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO III. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR SEXO, POR PAIS, Y POR AÑO, AL 15 DE JUNIO DE 1991.

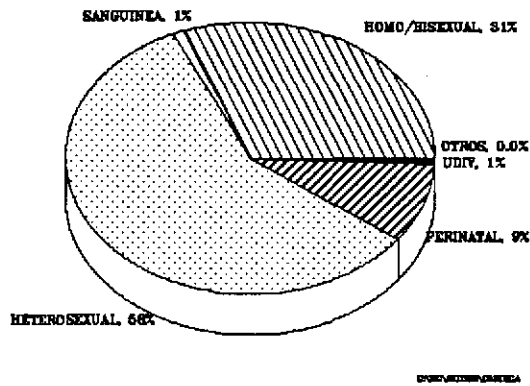
SUBREGION País	TASA POR MILLON DE HABITANTES							
	HOMBRES				MUJERES			
	1987	1988	1989	1990*	1987	1988	1989	1990*
AMERICA LATINA a)	17.9	26.5	33.4	35.4	2.4	4.9	6.1	6.4
AREA ANDINA	8.8	11.7	11.9	15.8	0.4	1.0	1.2	2.3
Bolivia	0.9	2.9	0.0	1.9	0.0	0.0	0.6	0.0
Colombia	11.9	17.1	20.8	33.3	0.5	1.7	1.8	2.8
Ecuador	3.8	4.9	2.5	5.7	0.0	0.0	0.4	0.6
Perú	5.4	5.7	9.4	8.1	0.4	0.6	1.2	4.5
Venezuela	13.3	18.6	9.9	7.1	0.6	1.3	0.7	0.7
CONO SUR	5.0	9.8	11.3	14.0	0.0	0.7	1.2	0.8
Argentina	4.6	10.4	12.6	14.9	0.0	0.4	1.2	0.6
Chile	6.4	8.7	8.9	8.1	0.0	1.2	1.2	0.1
Paraguay	2.6	2.0	1.4	4.6	0.0	0.0	0.0	0.9
Uruguay	6.0	15.8	21.6	42.9	0.0	2.6	2.5	6.3
BRASIL	27.8	43.3	54.3	51.2	2.8	6.0	6.3	5.4
ISTMO CENTROAMERICANO	7.1	12.0	20.4	36.4	1.8	4.1	9.6	15.7
Belice	23.5	23.0	0.0	11.0	11.8	11.5	0.0	0.0
Costa Rica	16.3	33.2	33.0	47.9	0.0	2.8	4.8	5.4
El Salvador	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	2.3	2.7	0.0	9.5	0.2	0.2	0.0	1.5
Honduras	18.3	33.0	72.0	145.8	9.4	20.8	48.3	81.7
Nicaragua	0.0	1.1	1.1	3.1	0.0	0.0	0.0	0.5
Panamá	15.5	18.6	48.8	23.6	0.0	0.0	6.9	2.5
MEXICO	17.1	19.0	33.3	41.0	1.8	3.3	8.1	8.0
CARIBE LATINO b)	35.3	60.1	49.9	36.0	16.2	29.4	30.5	23.2
Cuba	4.1	3.9	0.2	0.8	1.2	0.8	0.2	0.0
Haiti	92.7	154.4	87.1	116.2	39.8	80.0	55.4	76.7
República Dominicana	31.1	59.9	90.0	16.5	16.5	24.0	51.1	6.2
CARIBE	75.1	94.9	128.5	106.9	29.0	38.4	59.9	47.3
Anguila	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	281.7	0.0	284.1
Antigua	24.6	0.0	0.0	...	0.0	0.0	0.0	...
Antillas Neerlandesas	110.2	10.9	...	...	21.0	20.8	...	...
Bahamas	430.0	448.0	701.3	747.8	294.2	289.0	607.2	501.5
Barbados	173.3	73.9	244.5	409.6	22.3	44.4	73.5	73.2
Dominica	101.3	49.9	49.3	48.7	26.0	0.0	25.4	0.0
Grenada	62.0	20.2	100.3	78.7	20.2	39.5	0.0	19.2
Guadalupe	187.9	217.6	210.9	...	58.1	63.7	69.3	...
Guayana Francesa	395.2	545.0	735.0	...	186.0	204.6	466.7	...
Guyana	28.2	61.4	42.9	86.3	0.0	10.0	9.8	30.9
Islas Caimán	96.2	0.0	96.2	96.2	0.0	93.9	0.0	0.0
Islas Turcas y Caicos	253.2	1012.7	1519.0	0.0	247.5	495.0	247.5	219.5
Islas Virgenes (RU)	0.0	0.0	0.0	144.0	0.0	0.0	0.0	14.2
Jamaica	15.9	18.2	38.2	32.6	10.7	6.5	15.2	16.6
Martinica	100.1	137.2	230.1	172.8	41.5	47.2	82.4	82.9
Montserrat	0.0	0.0	...	0.0	0.0	0.0	...	0.0
San Cristóbal Nieves	85.0	381.0	126.6	248.1	81.5	0.0	80.6	77.5
San Vicente y las Granadinas	77.6	57.2	37.7	55.6	18.4	72.0	89.3	17.5
Santa Lucía	47.3	15.5	107.4	15.2	14.8	14.6	14.3	28.4
Suriname	15.8	20.7	137.5	125.0	10.2	0.0	39.7	49.3
Trinidad y Tabago	103.3	187.1	193.7	144.0	26.1	70.6	71.1	54.3
AMERICA DEL NORTE	149.7	223.3	241.6	287.8	13.3	25.8	28.6	37.5
Bermuda	638.3	850.2	975.6	489.5	104.2	138.8	237.3	238.1
Canadá	63.7	72.3	79.5	51.8	3.8	4.1	4.7	1.8
Estados Unidos de América b)	158.9	239.4	258.9	313.3	14.3	28.1	31.0	41.2

* La información de 1990 está incompleta debido al retraso de la notificación.

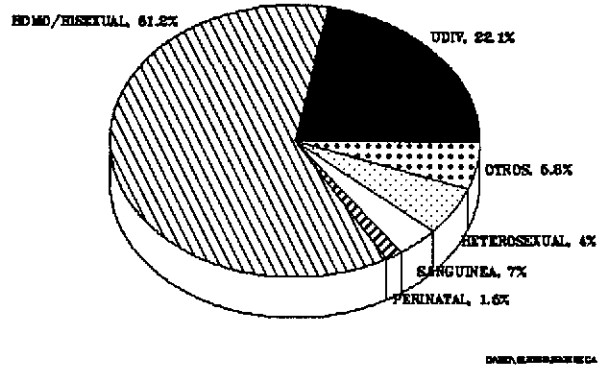
a) La Guayana Francesa, Guyana, y Suriname se incluyen en el Caribe.

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

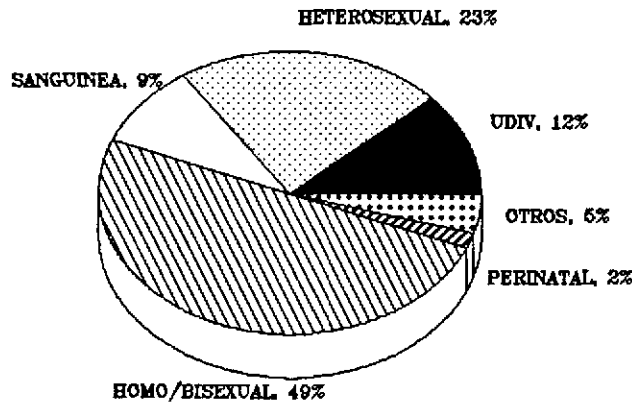
FIGURA 1
PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE CASOS DE SIDA
POR FACTOR DE RIESGO, POR SUBREGION,
ACUMULADO HASTA 1990.



CARIBE



AMERICA DEL NORTE



AMERICA LATINA

*SANGUINEA INCLUYE HEMOFILICOS Y TRANSFUSION

Cuadro IV. Variación de la seroprevalencia en mujeres, por subregión.

Subregión	Riesgo Menor*	Riesgo Mayor*
Caribe	Trinidad 0.0% (1988) Martinique 0.5% (1987)	Trinidad 13.0% (1988)
Caribe Latino	Cuba 0.0% (1988) Haití 9.16% (1986-88)	República Dominicana 1.3% (1986) Haití 72% (1990)**
Istmo Centro Americano	No disponible	Guatemala 0.0% (1989) Honduras 35% (1990)***
México	Distrito Federal 0.0% (1988)	Manzanillo 0.0% (1989) Distrito Federal 5.0% (1989)
Area Andina	Perú 0.0% (1987-88)	Bolivia 0.0% (1987) Perú 0.3% (1987-88)
Brasil	No disponible	Río de Janeiro 0.0-8.0% (1987)
Cono Sur	No disponible	Uruguay 0.3% (1983-90) Argentina 1.57% (1987)

* Riesgo Menor = Mujeres en atención prenatal.

Riesgo mayor = Prostitutas y parejas de VIH+

** Pape, J., et. al. comunicación personal, 1990.

*** Cruz Roja Danesa, Costa Rica, 1990, comunicación personal.

Fuente: OPS. Reporte Anual de Vigilancia del SIDA.

CUADRO V

Tasa de prevalencia del VIH en Mujeres Embarazadas
estudios seleccionados*

	<u>No. Muestra</u>	<u>% positivo</u>	<u>Año</u>
Argentina	2,311	0.8	1988
Brasil (Santos)	514	3.5	1988
	245	2.4	1988
	610	3.6	1988-89
República Dominicana	200	0.5	1987
	200	2.0	1987
	94	7.4	1990
Costa Rica	1,614	0.1	1990
Haití (Cite Soleil)	3,000	8.3	1987
	2,592	9.3	1989
Haití (Area urbana)	1,604	8.7	1989

*Fuente: U.S. Bureau of Census, HIV/AIDS Surv. Database
OPS/HST, HIV/AIDS

METAS ESPECIFICAS

BPB 1992-1993

PREVENCION DEL VIH EN LAS AMERICAS

PMS/AMRO

Metas bienales

1. Al final de cada año del bienio, el programa regional, las iniciativas subregionales y todos los Programas Nacionales sobre el SIDA (NAP) habrán llevado a cabo con éxito por lo menos el 85% de todas las actividades planificadas para la prevención del SIDA descritas en cada Presupuesto Anual por Programas (APB).
2. Para fines de 1992, todos los Países Miembros habrán adoptado un sistema para la planificación y el presupuesto, así como para informar de esas actividades y de la ejecución presupuestaria sobre la base del APB y el documento de planificación cuatrimestral (PTC). Estos planes e informes de situación serán remitidos por los Programas Nacionales del SIDA a través de las Oficinas de los Representantes de la OPS/OMS (PWR) a PMS/AMRO (VIH/OPS), donde serán revisados y enviados posteriormente a PMS/Sede.
3. Por lo menos seis esfuerzos de colaboración entre los programas del SIDA y otros programas de salud estarán en pleno y fructífero funcionamiento a nivel regional y subregional. Estos esfuerzos contarán con la participación de diversos países y organismos externos importantes e incluirán áreas como la seguridad de las transfusiones, el control de las ETS y el desarrollo de recursos humanos de salud.
4. Para fines de 1993, todos los Países Miembros habrán establecido sistemas para eliminar los riesgos de transmisión por sangre del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), incluyendo la identificación de bancos de sangre de donantes voluntarios que ofrezcan plenas garantías y que no estén infectados; también se examinará la sangre donada y se evitarán las transfusiones innecesarias.
5. Para fines de 1993, estarán en actividad cuatro laboratorios de referencia subregionales funcionales que satisfarán las necesidades de los Países Miembros. Para fines del mismo período, todos los países con una población superior al millón de habitantes tendrán en funcionamiento un laboratorio de referencia nacional.
6. Para fines de 1992, por lo menos un tercio de todos los programas nacionales de SIDA (NAP) contarán con la colaboración y participación activas de las organizaciones no gubernamentales (ONG). Esta proporción pasará de un tercio a la mitad para fines de 1993.
7. Para fines del bienio, todo los NAP habrán desarrollado la capacidad para la planificación, movilización y obtención de recursos, así como para la evaluación de programas.

8. Para fines de 1993, por lo menos 15 Países Miembros estarán informando sobre los resultados de la seroprevalencia del VIH en grupos centinelas y todos los Países Miembros notificarán cada tres meses los casos de SIDA y las defunciones.
9. Para fines de 1993, por lo menos seis países con una alta incidencia de casos del SIDA habrán establecido mecanismos para proporcionar servicios integrales, sociales y de salud a las personas infectadas por el VIH. Estos servicios incluirán la atención comunitaria y los asilos de la comunidad para los pacientes terminales y para los niños huérfanos a causa del SIDA.
10. Para fines del bienio, todos los programas de intervención en los Países Miembros centrarán su atención en las mujeres, los niños menos favorecidos y la juventud sexualmente activa y enfocarán sus actividades para reducir las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Se integrarán en un 50% de los Países Miembros las intervenciones sobre las pautas de conducta dirigidas específicamente a la prevención tanto de las ETS como del SIDA.
11. Para fines de 1993, el 50% de los Países Miembros habrán establecido sistemas para la compra, el almacenamiento, la distribución y las pruebas de calidad de los preservativos, con asistencia de PMS/AMRO (VIH/HST/OPS) y PMS/Sede.
12. Para fines del bienio, todos los países habrán desarrollado la capacidad para realizar por sí mismos evaluaciones, así como investigaciones etnográficas y de la conducta y por lo menos diez países habrán desarrollado la capacidad para evaluar las intervenciones específicas sobre las pautas de conducta.
13. Para fines de 1993, en la mitad de los Países Miembros se habrán adaptado y puesto en práctica las pautas referentes a la educación sobre el SIDA y las ETS en los programas escolares.
14. Para fines de 1993, se habrán establecido a nivel regional y subregional los programas de formación específicos en las áreas de gestión de programas y tratamiento de pacientes. Ciudadanos de por lo menos 20 países habrán asistido a estos cursos de formación.
15. Para fines del bienio, todos los Países Miembros estarán participando en las redes regionales y subregionales que proporcionan información técnica y científica sobre el SIDA, el VIH y las ETS.
16. Para fines de 1992, se habrá establecido en la OPS un programa regional de investigación sobre el VIH y el SIDA, con el apoyo continuo de fondos del presupuesto ordinario y de origen extrapresupuestario.
17. Para fines del bienio, en por lo menos seis países habrán finalizado o estarán en curso los estudios para estimar la prevalencia de la infección por retrovirus.

18. Para fines del bienio, se habrán determinado los principales factores de riesgo de transmisión perinatal en por lo menos dos áreas o países de la Región (zonas de América Latina y del Caribe de habla inglesa).

19. Para fines de 1993, estarán en curso en por lo menos dos países de la Región las investigaciones sobre la relación entre las infecciones de las ETS, las infecciones micobacterianas y las causadas por retrovirus.

20. Para fines de 1993, se iniciarán en cuatro países investigaciones sobre el uso apropiado de los medicamentos de costo asequible y su eficacia en función de los costos. En colaboración con la sede del PMS, se habrán establecido en la Región de las Américas dos o más lugares para los ensayos de vacunas.

21. Para fines de 1993, se habrá definido y consolidado, en todos los Programas Nacionales del SIDA, la capacidad para realizar las investigaciones nacionales esenciales sobre el VIH, el SIDA, otras ETS y las infecciones oportunistas.

22. Para fines del bienio, estará en pleno funcionamiento un sistema para actualizar el inventario regional de investigaciones.

consejo directivo

comité regional



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXV Reunión

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



XLIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre 1991

Tema 5.2 del programa provisional

CD35/14, ADD. I (Esp.)
16 septiembre 1991
ORIGINAL: INGLES

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

El Director se complace en presentar al Consejo Directivo un informe revisado sobre el estado de la vigilancia del SIDA en las Américas al 16 de septiembre de 1991.

Anexos

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Resumen

Información al 16 de septiembre de 1991

Número acumulado de casos notificados
a nivel mundial: 371,802

Número acumulado de casos notificados
en las Américas: 233,813

Número acumulado de muertes notificadas
en las Américas: 138,148

Cuadro I. NUMERO NOTIFICADO DE CASOS DE SIDA POR AÑO, Y NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES, POR PAIS Y SUBREGION.

Al 16 de septiembre 1991.

SUBREGION País	Número de casos						Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1986	1987	1988	1989	1990	1991			Total(a) acumulado
TOTAL REGIONAL	45,054	33,118	41,668	48,065	48,458	17,282	233,813	138,148
AMERICA LATINA b)	3,129	4,440	6,964	8,832	11,029	3,940	38,511	14,871
AREA ANDINA	181	398	649	806	841	325	3,312	1,585
Bolivia	3	3	10	2	7	3	28	24 31/Mar/91
Colombia	61	181	263	330	450	198	1,493	647 31/Mar/91
Ecuador	13	19	25	15	34	7	134	99 30/Jun/91
Perú	12	60	68	117	141	68	466	178 30/Jun/91
Venezuela	92	135	283	342	209	49	1,201	637 31/Mar/91
CONO SUR	112	128	264	335	523	167	1,527	479
Argentina	73	72	169	229	377	99	1,019	280 31/Mar/91
Chile	29	40	63	65	58	25	280	78 30/Jun/91
Paraguay	2	5	4	3	12	2	28	18 31/Mar/91
Uruguay	8	9	28	38	76	41	200	103 31/Ago/91
BFASIL	1,582	2,200	3,627	4,654	5,498	1,800	19,361	7,899 30/Jun/91
ISTMO CENTROAMERICANO	87	189	381	544	883	335	2,438	924
Balice	1	6	4	0	1	...	12	8 31/Mar/90
Costa Rica	20	23	52	56	81	44	276	153 30/Jun/91
El Salvador	7	16	55	149	96	47	370	70 30/Jun/91
Guatemala	16	12	18	18	78	34	176	86 30/Jun/91
Honduras	17	102	189	244	559	178	1,308	418 30/Jun/91
Nicaragua	0	0	2	2	7	5	16	17 30/Jun/91
Panamá	26	30	61	75	61	27	280	172 30/Jun/91
MEXICO	245	804	964	1,499	2,395	1,263	7,170	3,452 30/Jun/91
CARIBE LATINO c)	922	723	1,079	994	889	50	4,705	532
Cuba	3	24	24	12	10	11	84	47 30/Jun/91
Haití	795	477	731	453	630	...	3,086	297 31/Dic/90
República Dominicana	124	222	324	529	249	39	1,535	188 30/Jun/91
CARIBE c)	465	374	489	725	899	219	2,983	1,692
Anguilla	0	0	1	2	1	...	4	3 30/Sep/90
Antigua	2	1	0	0	3	...	6	5 31/Dic/90
Antillas Neerlandesas	9	12	9	16	31	...	77	16 31/Dic/90
Bahamas	88	90	93	168	162	60	659	296 31/Mar/91
Barbados	32	24	15	40	61	36	208	143 30/Jun/91
Dominica	0	5	2	3	2	...	12	11 30/Jun/90
Grenada	3	5	3	8	5	3	27	17 30/Jun/91
Guadalupe	47	41	47	47	...	...	182	85 31/Dic/89
Guayana Francesa	78	25	34	54	41	...	232	144 30/Sep/90
Guyana	0	10	34	40	61	32	177	59 30/Jun/91
Islas Caimán	2	1	1	1	2	3	10	8 31/Mar/91
Islas Turcas y Caicos	3	2	6	7	1	1	20	15 31/Mar/91
Islas Vírgenes (RU)	0	0	1	0	2	0	3	0 31/Mar/91
Jamaica	11	32	30	66	62	15	218	137 31/Mar/91
Martinica	25	23	30	51	42	10	181	109 30/Jun/91
Montserrat	0	0	0	1	0	0	1	0 30/Jun/91
San Cristóbal Nieves	6	4	9	5	8	1	33	19 30/Jun/91
San Vicente y las Granadinas	2	5	8	6	4	6	31	18 30/Jun/91
Santa Lucía	4	4	2	8	3	3	36	18 30/Jun/91
Suriname	4	5	4	35	35	...	83	65 31/Dic/90
Trinidad y Tabago	151	85	160	167	173	49	785	524 31/Mar/91
AMERICA DEL NORTE	41,480	28,302	34,216	38,508	36,730	13,103	192,319	121,585
Bermuda	51	21	28	35	33	10	178	135 30/Jun/91
Canadá	1,199	876	1,007	1,135	868	161	5,246	3,039 31/Jul/91
Estados Unidos de América c)	40,210	27,405	33,181	37,338	35,829	12,932	186,895	118,411 31/Jul/91

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 Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO II. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES),
POR PAIS Y POR AÑO, AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1991.

SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES			
	1987	1988	1989	1990*
AMERICA LATINA a)	10.7	18.5	26.3	22.7
AREA ANDINA	4.6	7.4	9.0	9.1
Bolivia	0.4	1.4	0.3	1.0
Colombia	6.0	8.6	10.6	14.1
Ecuador	1.9	2.5	1.4	3.2
Perú	2.9	3.2	5.4	6.3
Venezuela	7.4	15.1	17.8	10.6
CONO SUR	2.5	5.1	6.4	9.9
Argentina	2.3	5.4	7.2	11.7
Chile	3.2	4.9	5.0	4.4
Paraguay	1.3	1.0	0.7	2.8
Uruguay	2.9	9.1	12.2	24.3
BRASIL	15.3	24.8	30.6	29.4
ISTMO CENTROAMERICANO	7.1	13.8	18.8	28.8
Belice	35.3	23.0	0.0	5.5
Costa Rica	8.2	18.1	19.0	26.9
El Salvador	3.2	10.9	29.0	18.3
Guatemala	1.4	2.1	2.0	8.5
Honduras	21.8	38.9	46.4	99.8
Nicaragua	0.0	0.6	0.5	1.8
Panamá	13.2	26.3	31.6	25.2
MEXICO	9.7	11.4	17.3	27.0
CARIBE LATINO b)	31.5	46.3	42.1	36.9
Cuba	2.4	2.4	1.2	1.0
Haití	77.6	116.7	71.0	96.8
República Dominicana	33.1	47.2	75.4	34.3
CARIBE b)	52.2	67.3	68.4	92.8
Anguila	0.0	142.2	284.5	142.9
Antigua	12.0	0.0	0.0	34.9
Antillas Neerlandesas	64.5	47.9	83.7	160.6
Bahamas	361.4	367.5	653.7	623.1
Barbados	93.8	58.4	154.6	233.7
Dominica	64.1	25.3	37.5	24.7
Grenada	51.0	30.0	79.2	48.5
Guadalupe	121.7	139.0	138.6	...
Guayana Francesa	290.6	386.3	600.7	445.7
Guyana	10.1	33.8	39.1	58.6
Islas Caimán	47.5	47.5	47.6	95.2
Islas Turcas y Calcos	250.3	750.9	876.1	111.1
Islas Vírgenes (RU)	0.0	76.7	0.0	25.8
Jamaica	13.3	12.3	26.6	24.6
Martinica	70.0	90.9	154.3	126.9
Montserrat	0.0	0.0	76.7	0.0
San Cristóbal Nieves	83.2	187.5	103.1	160.0
San Vicente y las Granadinas	47.2	74.1	55.0	36.0
Santa Lucía	30.5	15.0	59.3	22.1
Suriname	13.0	10.2	87.9	86.8
Trinidad y Tabago	69.5	128.7	132.2	134.8
AMERICA DEL NORTE	104.4	124.4	137.4	122.8
Bermuda	368.5	490.8	601.4	569.0
Canadá	33.4	37.9	41.8	26.5
Estados Unidos de América b)	111.9	133.5	147.4	132.9

* La información de 1990 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 Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO III. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR SEXO, POR PAIS, Y POR AÑO, AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 1991.

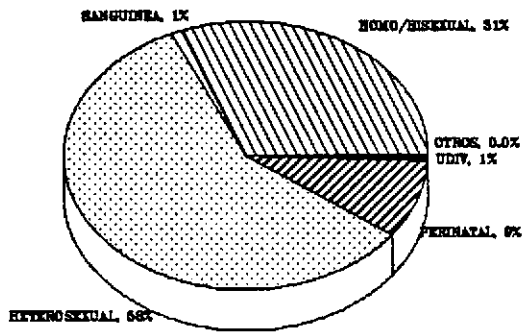
SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES								
	País	HOMBRES				MUJERES			
		1987	1988	1989	1990*	1987	1988	1989	1990*
AMERICA LATINA a)	17.9	26.5	33.4	35.4	2.4	4.9	6.1	6.4	
AREA ANDINA	8.8	11.7	11.9	15.8	0.4	1.0	1.2	2.3	
Bolivia	0.9	2.9	0.0	1.9	0.0	0.0	0.6	0.0	
Colombia	11.9	17.1	20.8	33.3	0.5	1.7	1.8	2.8	
Ecuador	3.8	4.9	2.5	5.7	0.0	0.0	0.4	0.6	
Perú	5.4	5.7	9.4	8.1	0.4	0.6	1.2	4.5	
Venezuela	13.3	16.6	9.9	7.1	0.6	1.3	0.7	0.7	
CONO SUR	5.0	9.6	11.3	14.0	0.0	0.7	1.2	0.8	
Argentina	4.6	10.4	12.6	14.9	0.0	0.4	1.2	0.6	
Chile	6.4	8.7	8.9	8.1	0.0	1.2	1.2	0.1	
Paraguay	2.6	2.0	1.4	4.6	0.0	0.0	0.0	0.9	
Uruguay	6.0	15.8	21.6	42.9	0.0	2.6	2.5	6.3	
BRASIL	27.8	43.3	54.3	51.2	2.8	6.0	6.3	5.4	
ISTMO CENTROAMERICANO	7.1	12.0	20.4	36.4	1.8	4.1	9.8	15.7	
Belize	23.5	23.0	0.0	11.0	11.8	11.5	0.0	0.0	
Costa Rica	16.3	33.2	33.0	47.9	0.0	2.8	4.8	5.4	
El Salvador	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	2.3	2.7	0.0	9.5	0.2	0.2	0.0	1.5	
Honduras	18.3	33.0	72.0	145.8	9.4	20.8	48.3	81.7	
Nicaragua	0.0	1.1	1.1	3.1	0.0	0.0	0.0	0.5	
Panamá	15.5	18.6	48.8	23.6	0.0	0.0	8.9	2.5	
MEXICO	17.1	19.0	33.3	41.0	1.8	3.3	6.1	8.0	
CARIBE LATINO b)	35.3	60.1	49.9	36.0	16.2	29.4	30.5	23.2	
Cuba	4.1	3.9	0.2	0.8	1.2	0.8	0.2	0.0	
Haití	92.7	154.4	87.1	116.2	39.8	80.0	55.4	76.7	
República Dominicana	31.1	59.9	90.0	16.5	16.5	24.0	51.1	6.2	
CARIBE b)	75.1	94.9	126.5	106.9	29.0	36.4	59.9	47.3	
Anguila	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	261.7	0.0	284.1	
Antigua	24.6	0.0	0.0	...	0.0	0.0	0.0	...	
Antillas Neerlandesas	110.2	10.9	...	...	21.0	20.8	...	...
Bahamas	430.0	448.0	701.3	747.8	294.2	289.0	607.2	501.5	
Barbados	173.3	73.9	244.5	409.6	22.3	44.4	73.5	73.2	
Dominica	101.3	49.9	49.3	48.7	26.0	0.0	25.4	0.0	
Grenada	62.0	20.2	100.3	78.7	20.2	39.5	0.0	19.2	
Guadalupe	187.9	217.6	210.9	...	58.1	63.7	69.3	...	
Guayana Francesa	395.2	545.0	735.0	...	186.0	204.6	466.7	...	
Guyana	28.2	61.4	42.9	86.3	0.0	10.0	9.8	30.9	
Islas Caimán	96.2	0.0	96.2	96.2	0.0	93.9	0.0	0.0	
Islas Turcas y Caicos	253.2	1012.7	1518.0	0.0	247.5	495.0	247.5	219.5	
Islas Vírgenes (RU)	0.0	0.0	0.0	144.0	0.0	0.0	0.0	14.2	
Jamaica	15.9	18.2	36.2	32.6	10.7	6.5	15.2	16.6	
Martinica	100.1	137.2	230.1	172.8	41.5	47.2	82.4	82.9	
Montserrat	0.0	0.0	...	0.0	0.0	0.0	...	0.0	
San Cristóbal Nieves	85.0	381.0	126.6	248.1	81.5	0.0	80.6	77.5	
San Vicente y las Granadinas	77.6	57.2	37.7	55.6	18.4	72.0	89.3	17.5	
Santa Lucía	47.3	15.5	107.4	15.2	14.8	14.6	14.3	28.4	
Suriname	15.8	20.7	137.5	125.0	10.2	0.0	39.7	49.3	
Trinidad y Tabago	103.3	187.1	193.7	144.0	26.1	70.6	71.1	54.3	
AMERICA DEL NORTE	149.7	223.3	241.6	287.8	13.3	25.8	28.6	37.5	
Bermuda	638.3	850.2	975.6	469.5	104.2	138.8	237.3	238.1	
Canadá	63.7	72.3	79.5	51.8	3.8	4.1	4.7	1.8	
Estados Unidos de América b)	158.9	239.4	258.9	313.3	14.3	28.1	31.0	41.2	

* La información de 1990 está incompleta debido al retraso de la notificación.

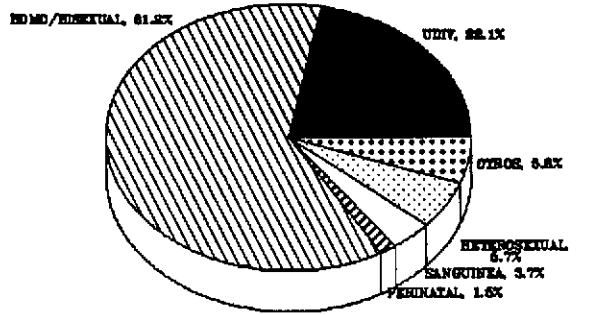
a) La Guayana Francesa, Guyana, y Suriname se incluyen en el Caribe.

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

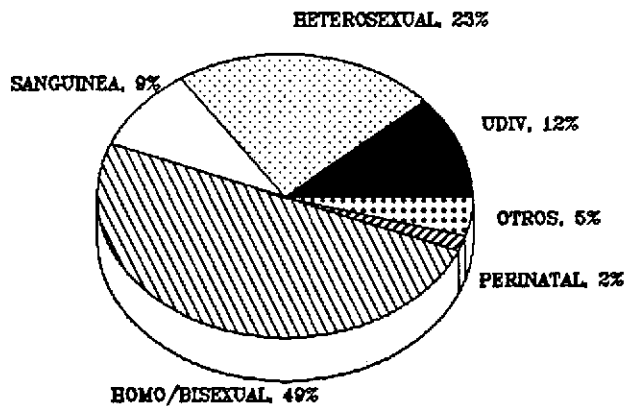
PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, POR SUBREGION, ACUMULADO HASTA 1990.



CARIBE



AMERICA DEL NORTE



AMERICA LATINA

SANGUINEA INCLUYE HEMOFILICOS Y TRANSFUSION

CARGAS LIDES LARISKCA

Cuadro IV. Variación de la seroprevalencia en mujeres, por subregión, estudios seleccionados.

Subregión	Riesgo Menor*	Riesgo Mayor*
Caribe	Trinidad 0.0% (1988) Martinique 0.5% (1987)	Trinidad 13.0% (1988)
Caribe Latino	Cuba 0.0% (1988) Haití 9.16% (1986-88)	República Dominicana 1.3% (1986) Haití 72% (1990)**
Istmo Centro Americano	No disponible	Guatemala 0.0% (1989) Honduras 35% (1990)***
México	Distrito Federal 0.0% (1988)	Manzanillo 0.0% (1989) Distrito Federal 5.0% (1989)
Area Andina	Perú 0.0% (1987-88)	Bolivia 0.0% (1987) Perú 0.3% (1987-88)
Brasil	No disponible	Río de Janeiro 0.0-8.0% (1987)
Cono Sur	No disponible	Uruguay 0.3% (1983-90) Argentina 1.57% (1987)

* Riesgo Menor = Mujeres en atención prenatal.

Riesgo mayor = Prostitutas y parejas de VIH+

** Pape, J., et. al. comunicación personal, 1990.

*** Cruz Roja Danesa, Costa Rica, 1990, comunicación personal.

Fuente: OPS. Informe Anual de Vigilancia del SIDA.

CUADRO V

Tasa de prevalencia del VIH en Mujeres Embarazadas
estudios seleccionados*

	<u>No. Muestra</u>	<u>% positivo</u>	<u>Año</u>
Argentina	2,311	0.8	1988
Brasil (Santos)	514	3.5	1988
	245	2.4	1988
	610	3.6	1988-89
República Dominicana	200	0.5	1987
	200	2.0	1987
	94	7.4	1990
Costa Rica	1,614	0.1	1990
Haití (Cite Soleil)	3,000	8.3	1987
	2,592	9.3	1989
Haití (Area urbana)	1,604	8.7	1989

*Fuente: U.S. Bureau of Census, HIV/AIDS Surv. Database
OPS/HST, HIV/AIDS