



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

21a Reunión

Washington, D.C., 9-10 de diciembre de 1993

Tema 7 del programa provisional

SPP21/6 (Esp.)  
17 noviembre 1993  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### ANALISIS DEL PROGRAMA SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL DE LA OPS

Al 10 de septiembre de 1993 se había notificado en las Américas un total de 404.417 casos de SIDA, más de la mitad del total de casos notificados para el mundo entero; es más, hay estimaciones que indican que podría haber en la Región hasta 2,5 millones de personas infectadas con el VIH, de las cuales 1,5 millones son de América Latina y el Caribe. El impacto de esta epidemia sobre las poblaciones de la Región no puede solo medirse en términos de la mayor demanda de servicios de salud, sino también en su efecto sobre la productividad y organización social de la comunidad.

Desde su inicio en 1983 y su establecimiento en 1986, el Programa Regional de SIDA de la OPS ha prestado cooperación técnica a los Estados Miembros para el establecimiento y consolidación de programas nacionales de prevención y control de VIH/SIDA, fomentando orientaciones y lineamientos acordes con la estrategia mundial contra el SIDA desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y aceptada por el sistema de Naciones Unidas y las agencias bilaterales de cooperación. El fruto más importante de tal cooperación ha sido el desarrollo de la capacidad de análisis de la situación epidemiológica, incluyendo el mejor conocimiento de situaciones y factores de riesgo asociados a la infección con VIH. Además, la cooperación de la OPS ha servido para mejorar la gestión de las acciones y respuestas programáticas orientadas a la prevención y control de la epidemia en todos los países.

No obstante, en la actualidad y cuando empiezan a haber programas nacionales mejor estructurados, integrados y capacitados para hacer frente a la epidemia y sus consecuencias, los fondos externos en apoyo a dichos programas están sufriendo recortes importantes, que en promedio alcanzan a un 35% (ver anexo 1); lamentablemente, en la mayoría de los países de la Región los programas nacionales de SIDA dependen casi exclusivamente de los fondos de cooperación externa por lo cual su sostenibilidad pelagra con el recorte de esta fuente de recursos.

Asimismo, a nivel regional, el programa de SIDA ha sufrido recortes importantes en su presupuesto (ver anexo 2), incluyendo un 25% de su personal de planta y un 20% del presupuesto destinado a actividades.

En vista de lo anterior, la OPS y los Gobiernos Miembros deben multiplicar sus esfuerzos e identificar fuentes de financiamiento y movilizar los recursos necesarios para responder eficaz y eficientemente a las demandas que impone la pandemia de VIH/SIDA.

Por otra parte, la reestructuración del sistema de Naciones Unidas y el involucramiento cada vez mayor de otras agencias en la lucha contra el SIDA ofrecen una oportunidad para que la OPS mantenga su liderazgo en el área de cooperación técnica en salud y refrendan el desafío de lograr una mejor coordinación de acciones y esfuerzos interagenciales en los Estados Miembros. Se solicita, en consecuencia, el apoyo de los Cuerpos Directivos y la articulación de todo el Secretariado para llevar a cabo acciones interprogramáticas, así como la indicación pertinente para buscar y conseguir recursos adicionales fuera de los fondos extrapresupuestarios asignados por el Programa Mundial de SIDA de la OMS, y la definición clara del rol del programa y de la OPS en la coordinación interagencial a nivel regional y de país.

## ANALISIS DEL PROGRAMA SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL DE LA OPS

### 1. Introducción

Más de la mitad de los casos de SIDA notificados a la Organización Mundial de la Salud corresponden a la Región de las Américas (404.417 de los 752.225 notificados en todo el mundo hasta el 10 de septiembre de 1993). Se estima, no obstante, que tales cifras son bastante conservadoras debido a subnotificación, retraso en la notificación y errores diagnósticos. Por otro lado, se han elaborado estimaciones que indican que puede haber en el presente alrededor de 2,5 millones de personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la Región: 1 millón en América del Norte y 1,5 millones en América Latina y el Caribe.

En los próximos años, la epidemia repercutirá de manera particularmente severa en la situación de salud de la población en edad laboral, por ser el segmento con mayor actividad sexual, siendo la transmisión sexual la principal forma a través de la cual los individuos se infectan con el VIH. Este hecho se reflejará en un incremento de las tasas de mortalidad de adultos jóvenes y, de hecho, ya comienzan a observarse indicios de ello en ciertas localidades.

Por otro lado, los logros mundiales alcanzados por los programas de salud materno-infantil, por ejemplo, la disminución de la mortalidad infantil, podrán resultar directamente comprometidos como consecuencia de que la población en edad productiva es también la población en edad reproductiva, y otra de las formas de transmisión del VIH es la de la madre al producto durante el embarazo. Secundariamente, los logros de esos programas se verán afectados como consecuencia de la orfandad resultante de la muerte de uno o ambos progenitores por SIDA.

El sector salud, que es el que recibe el impacto inicial de la epidemia, se ve sometido a una sobrecarga importante dependiendo de la estructura de los sistemas de salud en general. Por ejemplo, la sobrevivencia de las personas con SIDA parece estar muy directamente relacionada con el acceso a fármacos que posibilitan la profilaxis de infecciones oportunistas, así como con la existencia de servicios de atención tendientes a mejorar las condiciones higiénicas, dietéticas y emocionales de dichas personas. En aquellos lugares en los que estas condiciones existen, los gastos directos e indirectos para su creación y mantenimiento no solo han sido elevados sino que tienden a aumentar en la medida en la que la epidemia continúa extendiéndose y el número de personas infectadas y que han desarrollado manifestaciones clínicas de SIDA se incrementa. En los sitios en que los fármacos para profilaxis no se usan de manera sistemática y los servicios de atención son precarios, la decisión de ponerlos a disposición del público enfrenta la dificultad práctica que imponen las limitaciones presupuestarias. La infección

con VIH tiene un efecto sinérgico con otras infecciones como la tuberculosis y las otras enfermedades de transmisión sexual, que resultan más difíciles de tratar, presentan manifestaciones más severas y demandan cuidados y atención mayores. Esto indiscutiblemente representa una sobrecarga para los servicios de salud, que ya de sí suelen estar en deuda crónica con la sociedad. En resumen, si se consideran los gastos del manejo de las complicaciones asociadas con la enfermedad, el costo que la epidemia puede representar para el sector salud de un país es muy elevado. Si se compara dicho costo con el desembolso que habría que realizar para prevenir nuevas infecciones, a través de intervenciones educativas y de estrategias de promoción y distribución de condones, se pone en evidencia que tal desembolso es varias centenas de veces inferior al causado por las pérdidas que ocasiona la infección y enfermedades concomitantes. En otras palabras, la inversión en prevención es costeable y para que resulte útil es necesario hacerla ahora.

## **2. El papel del Programa Regional de VIH/SIDA/ETS en el control de la epidemia**

En consonancia con el papel de la OPS de proveer asistencia técnica a los Gobiernos Miembros y de promover la cooperación entre los mismos, el Programa Regional de VIH/SIDA/ETS enfoca sus esfuerzos a la consolidación de los programas nacionales de prevención y control de VIH/SIDA para una gestión autónoma, multisectorial y descentralizada. Al igual que otros programas técnicos de la OPS, las acciones del Programa Regional de VIH/SIDA/ETS se inscriben en alguna de las tres fases del proceso de prestación de cooperación técnica, a saber: fase de programación, fase de entrega propiamente dicha y fase de evaluación.

A nivel de la fase de programación, el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica ha posibilitado estimar la extensión, distribución y tendencias de la epidemia en el hemisferio occidental. Con tal información ha sido posible priorizar acciones y ponderar la distribución de los recursos existentes. Otro tipo de investigaciones, principalmente con enfoque sociológico, así como visitas técnicas a los países han sido un complemento importantísimo a los datos epidemiológicos para el diseño de acciones de entrega de cooperación técnica.

La fase de entrega está integrada por dos campos de acción básicos: el primero es el campo de prestación de la asistencia técnica, incluyendo la movilización de los recursos financieros y humanos necesarios. En esta dimensión, el Programa Regional es esencialmente coadyuvante, correspondiendo el papel protagonista a los programas nacionales. Sin embargo, en el segundo campo de esta fase el desempeño del Programa Regional es esencialmente protagonista. Se trata del campo de promoción de prioridades, de fomento de líneas de acción específicas y de defensa de causas. Ejemplos de acciones en este campo son los siguientes:

- Promoción de la articulación de esfuerzos e iniciativas a todos los niveles;
- Promoción de estrategias coherentes con principios internacionalmente reconocidos de salud pública y de derechos humanos para detener la diseminación del virus de la inmunodeficiencia humana y de otros patógenos de transmisión sexual;
- Fomento de actitudes de solidaridad, no discriminación y de oposición activa a la marginalización y el ostracismo;
- Búsqueda de la autosuficiencia técnica y financiera de los programas nacionales;
- Fomento al intercambio de información, de modelos de utilidad reconocida y de tecnología apropiada entre los Estados Miembros.

Durante la fase de evaluación del proceso de prestación de cooperación técnica se despliegan esfuerzos para posibilitar el análisis y ponderación del impacto alcanzado con las distintas iniciativas y actividades, tomando en cuenta, además, los recursos invertidos.

En otro nivel de competencia, el Programa Regional de VIH/SIDA/ETS ha cumplido con una función moderadora que consiste en catalizar la coordinación entre diversos sectores, particularmente el no gubernamental y la empresa privada con el sector salud y otros sectores del gabinete social del aparato gubernamental, tomando en consideración las prioridades y competencias de cada uno de ellos. A este respecto, el reconocimiento de prioridades y competencias de cada sector involucrado sirve para cumplir con la condición sine qua non de conocer con detalle el contexto para la adecuada implementación de la fase de programación del proceso de prestación de cooperación técnica. Dentro del mismo nivel de competencia, la OPS ha desempeñado, de manera informal, el papel de organismo mediador entre los diversos actores internacionales involucrados en actividades de prevención y control de VIH/SIDA. En virtud de las discrepancias entre mandatos, directrices y preferencias de agencias y organismos de asistencia técnica y financiera, la OPS recibe solicitudes de orientación para evitar duplicaciones y optimizar la entrega de la cooperación internacional, bilateral y multilateral. Esta situación específica de reconocimiento tácito de la competencia y liderazgo de la OPS en la Región, ha favorecido además la participación de una gran diversidad de sectores, agencias e instituciones desde la etapa de planificación de los planes nacionales de segunda generación.

### 3. Logros y dificultades

Durante 1993 se mantuvieron las actividades de cooperación técnica a los países para la preparación de los planes de mediano plazo de segunda generación (PMPII); se completaron los planes de Chile, Ecuador y Uruguay, y se inició el proceso en Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela, con miras a finalizar los documentos en 1994. De los países y territorios del Caribe que ya se encuentran en la fase de implementación de los PMPII, se llevaron a cabo revisiones técnicas en Anguila, Belice, Islas Vírgenes (RU), Islas Turcas y Caicos y Montserrat.

Los planes de mediano plazo 1993-1995 preparados durante 1992 para los países del Istmo Centroamericano fueron presentados a la comunidad donante internacional en mayo del presente año, habiéndose logrado una respuesta positiva a los mismos.

Entre las actividades regionales de mayor impacto para el fortalecimiento de los programas nacionales, cabe destacarse la realización de un taller sobre epidemiología aplicada y planificación estratégica para los países de Centroamérica; tres talleres para el mantenimiento y fortalecimiento del control de calidad en bancos de sangre para los países del Cono Sur; pruebas de campo de materiales que permitan a los países el desarrollo de sus propios programas de educación escolar. En noviembre de 1993 se llevaron a cabo simultáneamente la III Conferencia Panamericana sobre SIDA y el IX Congreso Latinoamericano sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, eventos auspiciados por la OPS. Se aprovechó la oportunidad para realizar una reunión de todos los directores de programas nacionales con el fin de enfocar temas técnicos relevantes a la ejecución de los programas, de presentar y promover el curso de gerencia que se llevará a cabo en 1994 y de analizar asuntos financieros y administrativos para garantizar una ejecución y monitoreo más efectivo de los programas nacionales.

Siempre con el fin de fortalecer las acciones a nivel de país, durante 1993 se continuó y aumentó la diseminación de información técnico-científica, habiéndose preparado y distribuido las Pautas para el manejo clínico del VIH en adultos y también pautas pediátricas. Asimismo, se preparó y difundió un documento o guía técnica sobre la asociación VIH y tuberculosis y la publicación *SIDA: La epidemia de los tiempos modernos*. Finalmente, con la colaboración de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA (SEISIDA) se distribuyeron 200 ejemplares de la revista mensual *SIDA* publicada por la Sociedad a investigadores e instituciones académicas de la Región.

Finalmente, hubo dos eventos importantes en la Región que muestran el compromiso político de los Gobiernos Miembros con la lucha contra el SIDA: en mayo se realizó en Brasil la Conferencia de Ministros de Salud Iberoamericanos, ante la cual se presentaron propuestas de colaboración entre los países con el fin de establecer un Plan Regional de Acción. A continuación, en julio, las decisiones y recomendaciones

surgidas de la Conferencia de Ministros se presentaron a la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado realizada también en Brasil, solicitando el apoyo para la implementación de una estrategia amplia para la prevención y control de SIDA, así como una mayor asignación de recursos para desarrollar dicha estrategia.

Simultáneamente con los logros alcanzados durante 1993, el Programa Regional y los programas nacionales atravesaron momentos muy críticos resultantes de la disminución de los recursos financieros y el atraso en el desembolso de los mismos; este atraso significó que los países no recibieron la primera remesa de fondos de cooperación externa provenientes del Programa Mundial del SIDA (PMS) hasta muy avanzado el año (abril/mayo) y con una reducción promedio para el año de aproximadamente 25 % con respecto a 1992. Esta situación refleja la vulnerabilidad tanto del Programa Regional que depende casi exclusivamente de fondos extrapresupuestarios, como de los programas nacionales que, también en gran medida, dependen de fondos de cooperación externa y no cuentan con recursos nacionales que garanticen la sostenibilidad de sus acciones.

Los recursos financieros previstos para 1994-1995 ya han sufrido un recorte adicional con respecto a los de 1993, alcanzando en promedio un 35 % a nivel de país (anexo 1); a nivel Regional (anexo 2), la reducción presupuestaria significó la eliminación de dos puestos profesionales y dos del personal de apoyo, además de alrededor de un 20 % menos en los fondos destinados a la cooperación técnica directa con los países.

Finalmente, es necesario señalar que el Programa de VIH/SIDA/ETS de la OPS es también el capítulo regional del Programa Mundial del SIDA de la OMS. Este hecho ha facilitado la gestión en la Región en ciertos aspectos y también ha ocasionado las dificultades inherentes a cualquier programa que funciona esencialmente con fondos extrapresupuestarios y que tiende a centralizar sus operaciones en la Sede en Ginebra.

En términos de lo facilitado, no cabe duda que durante los últimos cinco o seis años la movilización de fondos a nivel mundial, la posibilidad de contar con la pericia y experiencias de profesionales de todo el mundo y el peso que ha tenido un programa mundial sobre la determinación de políticas y prioridades nacionales, han sido elementos que dieron gran impulso a los programas nacionales de prevención y control de SIDA en la Región. No obstante, no pueden dejar de mencionarse los obstáculos: la concentración de los fondos en la Sede de la OMS y la demanda de control sobre la distribución de estos en las diferentes líneas presupuestarias ocasiona demoras en la entrega de los recursos financieros que han casi paralizado las actividades de los programas nacionales por lapsos de hasta dos y tres meses. Por otra parte, el manejo de instrumentos de programación propios del Programa Mundial y diferentes de los empleados por la OPS, exige adaptaciones y ajustes en la programación anual y cuatrimestral de la Secretaría, que alargan más aún la entrega de fondos e imponen una carga administrativa al

Programa Regional, consumiendo gran cantidad del tiempo necesario para atender solicitudes de asistencia técnica específica.

En los últimos meses, el Programa Mundial del SIDA ha enfrentado problemas derivados del cuestionamiento de su papel y ubicación dentro del Sistema de Naciones Unidas y de la reducción de aportes para el desarrollo de sus actividades. Esto exige respuestas a nivel regional que apunten a lograr una mayor capacidad de autogestión financiera de los países de la Región. En el proceso de desarrollo de dicha capacidad, la OPS podría brindar, mediante la movilización de fondos de donantes interesados específicamente en la Región, el apoyo necesario para la transición hacia el autofinanciamiento.

Anexos

PROGRAMA REGIONAL PREVENCION Y CONTROL SIDA  
FONDOS DE PAISES 1993 Y 1994

Región/País	1993 Techo Presupuestario	1994 Techo Presupuestario	Reducción (%)
<b>Area Andina</b>	785,226	576,300	27
Bolivia	76,986	67,800	12
Colombia	185,581	113,000	39
Ecuador	166,495	113,000	32
Perú	121,164	113,000	7
Venezuela	235,000	169,500	28
<b>Cono-Sur</b>	651,009	452,000	31
Argentina	97,526	84,750	13
Chile	270,159	169,500	37
Paraguay	144,005	84,750	41
Uruguay	139,319	113,000	19
<b>América Central</b>	1,113,721	723,200	35
Belice	95,480	79,100	17
Costa Rica	176,616	113,000	36
El Salvador	156,765	101,700	35
Guatemala	190,458	113,000	41
Honduras	226,699	135,600	40
Nicaragua	137,456	90,400	34
Panamá	130,247	90,400	31
<b>Brasil</b>	300,000	169,500	44
<b>México</b>	400,000	282,500	29
<b>Caribe Latino</b>	564,632	418,100	26
Cuba	160,000	135,600	15
Rep. Dominicana	191,333	113,000	41
Haití	213,299	169,500	21
<b>Caribe</b>	1,203,461	711,900	41
CAREC	20,000	28,250	(41)
Anguila			
Antigua & Bar.	18,212	15,820	13
Aruba	15,000	13,560	10
Bahamas	196,055	117,520	40
Barbados	100,932	79,100	22
Islas Caimán	15,000	11,300	25
Dominica	34,307	22,600	34
Territorios Franceses	25,000		100
Grenada	29,046	28,250	3
Guyana	110,000	56,500	49
Jamaica	105,904	45,200	57
Montserrat			
Antillas Neerlandesas	25,000	11,300	55
S. Kitts	29,018	16,950	42
S. Lucía	40,565	28,250	30
S. Vicente	30,800	11,300	63
Suriname	227,718	113,000	50
Trinidad & Tabago	180,904	113,000	38
I. Turcas & Caicos			
Islas Vírgenes			
<b>TOTALES</b>	<b>5,018,049</b>	<b>3,533,500</b>	<b>34</b>

Fondos Cooperación Técnica

300,200

775,600 \*

\* Fondos en proceso de negociación con el PMS



**PROGRAMA REGIONAL PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA  
FONDOS PROGRAMA MUNDIAL SIDA BIENIO 94 - 95**

	Requerimiento 8/92(a)	Aprobado 3/93(b)	Reducido 10/93(c)	Reduc. Requer. %
SALARIOS	2,285,000 (9.5P & 7G)	2,121,910 (8.5P & 7G)	1,599,460 (6P & 6G)	30
ACTIVIDADES (Inc. STC y Compras)	1,725,000	1,413,000	1,212,740	30
TOTAL	4,010,000	3,534,910	2,812,200	30

- (a) Necesidades identificadas por el Programa Regional para el bienio 1994-1995.
- (b) Fondos aprobados para el bienio 1994-1995 por el PMS en marzo de 1993.
- (c) Fondos actualmente prometidos para 1994-1995.

P = Puestos profesionales  
G = Puestos de servicios generales

