

consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXXII Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre 1987

comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD

XXXIX Reunión



INDEXED

Tema 5.6 del programa provisional

CD32/10 (Esp.)  
31 julio 1987  
ORIGINAL: INGLES

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

La epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) es mundial. Afecta a los países industrializados y en desarrollo y constituye una amenaza inminente y sin precedentes para la salud mundial. El mundo está en el umbral de una epidemia universal cuya magnitud no se puede predecir todavía. Obviamente, cualquier medida tomada ahora tendrá mayores repercusiones que las que se adopten más tarde. Por tanto, se necesita introducir, con carácter urgente, una serie de medidas prioritarias inmediatas y, al mismo tiempo, establecer estrategias a largo plazo.

Para poder controlar el SIDA en la Región se necesitarán la energía, los recursos, el ingenio y la dedicación de la comunidad nacional e internacional. Por medio de investigaciones, mediante la aplicación de las tecnologías existentes y mejoradas y a través de la realización de programas educativos conducentes a cambios de comportamiento será posible, aunque difícil y costoso, prevenir y controlar el SIDA en las Américas. Cualquier duda o demora en este momento se traducirá en desastre.

La situación del SIDA se discutió a cabalidad en la 99a Reunión del Comité Ejecutivo, que aceptó el análisis hecho por la Secretaría y los enfoques propuestos por el Programa Especial OMS/OPS sobre el SIDA.

Se pide al Consejo Directivo que examine la situación actualmente existente en las Américas, que analice las formas de proceder propuestas por la OPS en favor de la prevención y el control del SIDA en las Américas dentro del contexto de los esfuerzos mundiales de la OMS, y que considere la resolución recomendada por el Comité Ejecutivo en la Resolución CE99.R12:

LA 99a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Documento CE99/7 y ADD. I sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas, y

Considerando la amenaza que representa la epidemia del SIDA para la salud pública en la Región de las Américas,

RESUELVE:

Recomendar a la XXXII Reunión del Consejo Directivo la adopción de una resolución con arreglo a los siguientes términos:

LA XXXII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD32/10 sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas y la Resolución WHA40.26 de la Asamblea Mundial de la Salud;

Reconociendo que el SIDA constituye una amenaza sin precedentes, inmediata y a largo plazo, para la salud pública en la Región de las Américas, que requiere una urgente acción coordinada;

Consciente de que, en esas condiciones, hay que hacer esfuerzos especiales para prevenir y controlar la difusión de la enfermedad, pero preocupada por que esos esfuerzos reafirmen la dignidad humana, protejan los derechos humanos resaltando las responsabilidades sociales de las personas, promuevan el compromiso político con la salud, refuercen los sistemas de salud basados en el enfoque de la atención primaria y protejan la libertad de los viajes, la comunicación entre las personas y el comercio internacional;

Dando pleno apoyo a la respuesta mundial a este problema que se realiza por medio del Programa Especial de la OMS sobre el SIDA y reconociendo sus responsabilidades como Comité Regional de la OMS para las Américas, a fin de revisar anualmente la situación regional, vigilar la utilización de los recursos regionales e informar anualmente al Director General de la OMS, y

Consciente de la repercusión que tiene el SIDA sobre los servicios de salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Países Miembros a que:
  - a) Desarrollen, pongan en práctica y mantengan fuertes programas nacionales de prevención y control del SIDA conforme al modelo recomendado por el Programa Especial de la OMS sobre el SIDA, adaptado al contexto nacional individual;
  - b) Refuercen las actividades nacionales de vigilancia epidemiológica con el fin de mejorar los programas nacionales;

- c) Movilicen y coordinen la utilización de recursos nacionales e internacionales para la prevención y el control del SIDA asegurándose al mismo tiempo de que se mantienen y se refuerzan los sistemas sanitarios nacionales para combatir esta epidemia;
  - d) Proporcionen información exacta sobre el SIDA a sus ciudadanos, reforzando la información sanitaria a través de todos los medios de comunicación y las actividades de fomento de la salud y promoviendo una acción pública responsable y adecuada para reducir la transmisión del virus y dar respuestas adecuadas para los que tienen la enfermedad;
  - e) Sigam dejando libertad para los viajes internacionales, sin restricciones a causa del estado de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH);
  - f) Proporcionen los informes periódicos sobre la situación y la evolución que la OPS/OMS pueda necesitar, y
  - g) Hagan todos los esfuerzos posibles por desarrollar el Programa Especial sobre el SIDA dentro del marco de la política de desarrollo y fortalecimiento del sistema de salud, aprovechando la crisis del SIDA para promover los cambios que hagan falta en los servicios de salud.
2. Pedir al Director que, con los recursos disponibles:
- a) Coordine las actividades regionales de prevención y control del SIDA con el programa mundial en el establecimiento de un Programa Especial OPS/OMS sobre el SIDA;
  - b) Proporcione urgentemente apoyo técnico a los programas nacionales de prevención y control del SIDA, incluido el apoyo para poner en práctica, reforzar y mantener sistemas de vigilancia con ayuda de servicios adecuados de laboratorio; programas de prevención y control de la transmisión; programas de formación sanitaria profesional, y las actividades de investigación necesarias para definir la epidemiología del SIDA;
  - c) Organice actividades de control del SIDA, especialmente las relacionadas con la atención de salud, juntamente con el establecimiento y el fortalecimiento de los sistemas de salud;
  - d) Promueva, coordine y lleve a cabo estudios epidemiológicos y las correspondientes investigaciones con el fin de dar apoyo a los esfuerzos regionales de control;

- e) Difunda información entre los Países Miembros sobre los avances tecnológicos en la lucha contra el SIDA, información epidemiológica sobre la situación regional y otra información vital para la marcha de los programas nacionales de prevención y control del SIDA;
- f) Establezca mecanismos para facilitar el intercambio interinstitucional de información y recursos técnicos a nivel operativo;
- g) Facilite informes anuales sobre la situación regional y la utilización de los recursos regionales al Comité Regional para las Américas, y
- h) Adopte otras disposiciones que hagan falta y sean de su competencia para combatir esta epidemia.

Anexo

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

## INDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción . . . . .	1
2. Situación del SIDA en las Américas . . . . .	1
3. Historia natural del SIDA . . . . .	3
4. Repercusiones del SIDA . . . . .	4
5. Prevención y control del SIDA . . . . .	4
6. Programa Especial de la OMS sobre el SIDA . . . . .	6
7. Programa Especial de la OMS/OPS sobre el SIDA . . . . .	7
. Estrategias del Programa . . . . .	7
. Aspectos operativos . . . . .	8

## SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

### 1. Introducción

La epidemia mundial del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de los retrovirus relacionados constituye un problema internacional de salud de extraordinario alcance y de urgencia sin precedentes. El número de casos notificados del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de países que notifican su incidencia ha aumentado a un ritmo espectacular.

### 2. Situación del SIDA en las Américas

En 1983 la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS para las Américas, inició la vigilancia del SIDA en toda la Región. En ese momento el SIDA se limitaba casi con exclusividad a los Estados Unidos de América y a ciertos grupos de alto riesgo de la población. Por consiguiente, se estableció un sistema sencillo de notificación basado en la definición del caso de los Centros para el Control de Enfermedades. Se solicitó a los Países Miembros que notificaran el número total de casos de SIDA y las defunciones por esa causa cada seis meses. Dado que el objetivo era vigilar la propagación del SIDA en la Región, no se trató de hacer ninguna distinción entre el complejo relacionado con el SIDA y los casos avanzados de la enfermedad, ni incluir la infección por el virus del SIDA una vez que fue posible investigar la presencia de anticuerpos.

En el cuadro que aparece en la página 9 se presenta el número total de casos de SIDA y de defunciones por esa causa hasta el 18 de junio de 1987, por subregión y país. Se considera que México y el Brasil son subregiones separadas. Desde que se inició la vigilancia se ha notificado un total de 41.444 casos y 23.255 defunciones. La tasa de letalidad de casos (número de defunciones como porcentaje del número de casos) es de 56%. Sin embargo, dicha tasa oscila entre un mínimo de 17% en el Caribe latino y un máximo de 60% en el Grupo Andino. En los países donde hay un número de casos y de defunciones suficiente para estabilizar la tasa, esta oscila entre 40 y 55%.

Brasil, Canadá, Haití y los Estados Unidos de América tienen el mayor número de casos, que ascienden a 39.537, o sea 95% del total. Excluida América del Norte, se han notificado 4.201 casos en los 40 países restantes de las Américas. Quedan solamente un país (Nicaragua) y los territorios ultramarinos de Anguila, Montserrat y las Islas Vírgenes Británicas donde está pendiente de notificación por lo menos un caso de SIDA.

El 23% de los casos (967) ocurrió en la subregión del Caribe latino, de los cuales 810 correspondieron a Haití. Preocupa el hecho de que el Caribe no latino tuviera 460 casos, o sea 11% del total registrado

en una población de cerca de 6 millones de habitantes, en tanto que en el Brasil hubo 1.542 casos, o sea 37% del total registrado en una población de unos 140 millones de habitantes, es decir, más que 20 veces mayor que la del Caribe no latino, pero solo con un número de casos tres veces mayor.

Partiendo de los datos de vigilancia y de estudios específicos, es posible derivar las siguientes conclusiones sobre el patrón del SIDA en las Américas:

- a) El perfil de los pacientes de los Estados Unidos de América es claro y bien conocido y no se aparta mucho de ese patrón desde el comienzo de la epidemia. El 66% de los casos son hombres homosexuales o bisexuales, mientras que un 17% son drogadictos por vía intravenosa. Ocho por ciento pertenecen a ambos grupos. Solo 4% son hombres o mujeres que contrajeron la enfermedad por contacto heterosexual. La mayoría de estos 1.033 casos son mujeres que tenían frecuente contacto con hombres bisexuales o con drogadictos. La mayoría de los niños contrae la enfermedad por exposición a uno de los padres afectado por SIDA o muy expuesto al riesgo de contraerlo.
- b) El patrón es un poco diferente en Canadá y Brasil donde la proporción de casos en hombres homosexuales y bisexuales es mayor y la proporción de drogadictos es mucho menor. En el Brasil no se clasifica el 15% de los casos ocurridos. Sin embargo, esta proporción está disminuyendo a medida que aumenta la investigación de casos.
- c) En Costa Rica casi todos los casos iniciales fueron de hemofílicos que recibieron hemoderivados importados. Esta proporción ha disminuido en época reciente a medida que se confirma, por medio de estudios de seroprevalencia y actividades de búsqueda de casos, la propagación de la enfermedad a otros grupos expuestos. En cambio, en la Argentina casi todos los casos han correspondido a hombres homosexuales.
- d) En las Américas el SIDA es principalmente una enfermedad de transmisión sexual que sigue concentrándose en la población masculina homosexual y bisexual. Haití representa una excepción. Los mejores datos obtenidos indican que la relación de casos entre hombres y mujeres es de 3:1 en comparación con 12-14:1 en los Estados Unidos de América.

La renuencia a notificar casos en algunas regiones, junto con la falta de reconocimiento del SIDA y la notificación insuficiente a las autoridades sanitarias internacionales, significa que el número total de casos de SIDA notificados representa solo una fracción del total de casos



hasta la fecha. Excluidos los Estados Unidos de América y el Canadá, la OPS estima que el verdadero número de casos puede ser de dos a cuatro veces superior al notificado. Por tanto, la OPS considera que el número de países que notifican casos oficialmente indica más la propagación geográfica de la enfermedad y que es más pertinente para evaluar el alcance de la pandemia del SIDA causada por el VIH que el número de casos notificados. Además, debido al largo período de incubación (hasta 6 años o más) desde el momento de la infección por el VIH hasta la manifestación clínica de la enfermedad, el número de casos de SIDA ofrece, en el mejor de los casos, una imagen imprecisa y, en el peor, una visión optimista pero equivocada de la gravedad e intensidad reales de la infección por el VIH. Si los modelos matemáticos preparados en los Estados Unidos de América y en otros países para determinar el número de personas infectadas partiendo de la base del número de casos notificados son válidos para empleo en toda la Región, la OPS estima que hoy en día de 125.000 a 250.000 personas o más están infectadas por el VIH en América Latina y el Caribe.

### 3. Historia natural del SIDA

La suerte de las personas infectadas por el VIH sigue siendo un enigma, ya que la información científica sobre la historia natural de la infección que causa el SIDA se limita a los 5 a 7 años de observación transcurridos desde que se describió la enfermedad por primera vez. Ya se han podido distinguir tres afecciones importantes relacionadas con el VIH: SIDA, la enfermedad relacionada con el SIDA y la neuropatía causada por el VIH. Se prevé que, en un período de cinco años, de 10 a 30% de las personas infectadas por el VIH contraerán el SIDA. Otro 20 a 50% contraerá la enfermedad relacionada con el SIDA. Se desconoce la proporción de personas infectadas en quienes se manifestará la neuropatía ocasionada por el VIH (particularmente demencia), pero puede considerarse la probabilidad de que se presente una epidemia de neuropatía progresiva entre las personas infectadas por el VIH.

Al final, la gran mayoría de las personas infectadas pueden tener manifestaciones adversas graves o morir por la infección causada por el VIH. La tasa de mortalidad de las personas a quienes se les diagnosticó SIDA hace más de tres años es, de ordinario, de 90 a 100%.

Con toda seguridad, el VIH se propagará aun más por varias razones:

- a) Se supone que las personas afectadas por el VIH se infectan de por vida. La mayoría no tiene síntomas ni indicios de enfermedad durante algunos años, pero puede transmitir el VIH a otras.
- b) El VIH se propaga por contacto sexual (de una persona infectada a su pareja), así como por medio de la sangre (transfusiones,

inyecciones, instrumentos que perforan la piel) y de madre a hijo. Estos múltiples medios de transmisión significan que casi todos los sectores de la población mundial estarán expuestos de alguna manera al VIH. En otras palabras, una vez que se introduce el VIH a una población, su propagación es casi inevitable.

- c) El VIH ya se encuentra propagado en toda la Región, si bien son bastante importantes las diferencias regionales observadas en su actual intensidad de infección.

Por último, el VIH puede ser el primero de una serie de retrovirus que pueden infectar al ser humano y producir inmunosupresión. La reciente identificación de otros retrovirus humanos patógenos e inmunosupresivos en el Africa Occidental quizá presagie el comienzo de un problema de proporciones aun mayores que la actual pandemia del VIH.

#### 4. Repercusiones del SIDA

Son enormes los costos personales, sociales y económicos de la pandemia del VIH. La incertidumbre relativa al pronóstico, junto con los temores y las realidades de la exposición y el ostracismo, lleva a las personas infectadas por el VIH, pero asintomáticas, a situaciones de mayor tensión que las que experimentan los propios pacientes del SIDA. La estructura y la función de la familia se ve amenazada por la infección y la pérdida de los padres. La estructura social y económica se ve drásticamente afectada por la epidemia de enfermedad y muerte entre las personas de 20 a 50 años, que están en su época de mayor productividad, lo que es típico de la epidemiología del SIDA en los países industrializados y en desarrollo. Los costos económicos del SIDA son enormes. Por ejemplo, se estima que en los Estados Unidos de América se gastarán \$1.500 millones solo en tratamiento farmacológico de los pacientes de SIDA en 1991 y que el costo total de la atención médica directa será de unos \$16.000 millones. Las repercusiones mixtas de la pandemia del SIDA, de las enfermedades relacionadas con el SIDA y de la neuropatía en los sistemas de atención de salud, las compañías de seguros y las instituciones legales, en el desarrollo económico y social y en culturas y poblaciones enteras serán extraordinarias y profundas.

En toda la Región ha habido una profunda y amplia reacción pública y personal al SIDA. Sin embargo, esa notable respuesta ha sido causada solo por 41.444 casos de SIDA en esta Región y por un total que asciende a 53.121 casos en todo el mundo. La posible tensión que causará a la sociedad la incidencia de 270.000 casos de SIDA solo en los Estados Unidos de América en 1991 y muchos millares de casos en el resto de la Región bien puede ser mucho mayor.

#### 5. Prevención y control del SIDA

La prevención de la transmisión del SIDA/VIH se facilitaría con una vacuna eficaz que permitiera prevenir la infección o un agente

terapéutico para reducir o eliminar la infectividad de las personas ya afectadas. Sin embargo, pese a los rápidos adelantos en las primeras fases de preparación de vacunas, existen muy pocas posibilidades de disponer de una vacuna apropiada para empleo en gran escala antes de mediados de 1990. Además, nunca se ha preparado una vacuna contra un retrovirus humano y varios retrovirologos han señalado la posibilidad de que las vacunas actualmente en preparación no confieran ninguna protección.

En un reciente ensayo clínico terapéutico efectuado con pacientes afectados por SIDA se descubrió que la azidotimidina (AZT) prolongaba la vida y daba signos de mejora clínica e inmunológica. Sin embargo, producía efectos secundarios como supresión de la médula ósea, que exigía transfusiones frecuentes. Todavía se desconocen los beneficios y los riesgos del tratamiento prolongado con AZT. No obstante, este producto puede representar el primer paso importante hacia la futura preparación de agentes terapéuticos inocuos y eficaces. Es también posible que esos agentes desempeñen una función importante en el tratamiento de personas asintomáticas infectadas por el VIH y que permitan prevenir el avance del SIDA y reducir o eliminar la infectividad.

Pese a los impresionantes adelantos técnicos y científicos, es poco probable que se llegue a disponer de una vacuna o de un tratamiento para ayudar a controlar la pandemia de la infección por el VIH en los próximos cinco años. Por tanto, al menos durante este período inicial, la prevención de la transmisión debe lograrse a través de intervenciones educativas destinadas al público en general y a ciertos grupos especiales con el propósito de fomentar y de sustentar ciertos cambios de la conducta sexual. Deberá informarse a la población, mediante programas educativos, cómo se transmite este virus de una persona a otra, qué tipo de comportamiento sexual contribuye a aumentar el riesgo que corre un individuo de contraer la enfermedad y qué medidas concretas pueden prevenir su transmisión. Otras intervenciones complementarias son las medidas tendientes a garantizar la inocuidad de la sangre y de los productos sanguíneos a través de programas de exámenes colectivos para la detección del SIDA. En este sentido, el temor relacionado con el SIDA ha afectado la formulación de políticas en algunos países y generado medidas desacertadas o ineficientes, tales como el examen indiscriminado de turistas y viajeros internacionales, el aislamiento de pacientes afectados por SIDA y la cuarentena de personas cuyo examen de detección de anticuerpos contra el VIH ha dado resultados positivos.

La Organización Mundial de la Salud convocó en fecha reciente una reunión de consulta sobre viajes internacionales y la infección por el VIH (Ginebra, 2-3 de marzo de 1987), en la que se llegó a la conclusión de que ningún programa de exámenes de detección del SIDA practicados a viajeros internacionales puede prevenir la introducción ni la propagación de la infección por el VIH y, en el mejor de los casos y a un gran costo,

serviría para retardar solo brevemente la propagación del VIH tanto en el mundo como en cualquier país en particular. La OMS convocó además una reunión sobre los criterios para los programas de detección del VIH (Ginebra, 20-21 de mayo de 1987), en la que se llegó a la conclusión de que los intereses en pro de la salud pública y del respeto por los derechos humanos estarían mejor atendidos si se abordaran varios criterios (específicos) con cuidado antes de iniciar programas de detección como elemento de las estrategias de prevención y control del VIH.

La magnitud de la pandemia del VIH y sus amplias repercusiones no se han estimado ni apreciado lo suficiente. Eso se debe en parte a un cierto grado de complacencia causada por el pequeño número de casos de SIDA notificados, que solo representan una fracción muy pequeña de un número mucho mayor de personas actualmente infectadas pero asintomáticas. Sin embargo, en el segundo semestre de 1986 se observó un gran cambio en la perspectiva y la opinión de la población respecto de la pandemia del VIH en los países de América del Norte, Central y del Sur y en el Caribe.

Varios países (Brasil, Argentina, México y Haití) han establecido amplios programas nacionales de prevención y control del SIDA. Otros (Panamá, Costa Rica y varios países del Caribe) han comenzado a tomar varias medidas como examen de los bancos de sangre para reducir la transmisión del VIH. El Gobierno de los Estados Unidos de América le ha asignado al SIDA y a las infecciones por VIH la máxima prioridad entre los problemas de salud pública. Las agencias especializadas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (v.g., la Administración de Alimentos y Medicamentos, el Centro para el Control de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud) continúan proporcionando la dirección técnica necesaria y brindando apoyo financiero a los programas de los estados y locales.

El Canadá ha establecido un Centro Nacional del SIDA para coordinar las actividades de prevención de la enfermedad, diseminar información técnica y prestar asistencia a los programas provinciales.

#### 6. Programa Especial de la OMS sobre el SIDA

En mayo de 1986, la 39a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la creación de un programa de control sobre el SIDA dentro de la OMS (WHA39.29, Anexo 1; Informe a la 79a Reunión del Consejo Ejecutivo, EB79/12, Anexo 2). En noviembre de 1986, el Director General de la Organización Mundial de la Salud anunció que, con el mismo espíritu y la misma dedicación y finalidad con que la OMS emprendió la erradicación de la viruela en todo el mundo, la Organización se comprometería ahora a resolver el problema más urgente, difícil y complejo del control mundial del SIDA.

La prevención y el control mundial del SIDA exigirán dos actividades complementarias:

- . Sólidos programas nacionales de prevención y control del SIDA, y
- . Dirección, coordinación y cooperación en el ámbito internacional.

El Programa Especial de la OMS sobre el SIDA (SPA) se ha creado como un vehículo para que la Organización Mundial de la Salud pueda desempeñar una función decisiva en la prevención y el control mundial del SIDA. Por intermedio de las Oficinas Regionales el programa apoyará el establecimiento de sólidos programas nacionales de control de esa enfermedad, ofrecerá dirección en el medio internacional y garantizará coordinación y cooperación a nivel mundial.

#### 7. Programa Especial de la OMS/OPS

El principal objetivo del Programa Especial de la OMS/OPS sobre el SIDA es prevenir la transmisión del VIH. El objetivo secundario es reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las infecciones por el VIH.

#### Estrategias del Programa

Se proyectan numerosas estrategias y actividades afines para 1987-1989. Estas ofrecen una forma distinta y complementaria de fomentar los objetivos del programa. La evolución de los conocimientos sobre el VIH y las técnicas para prevenir la transmisión o reducir el efecto de las infecciones por VIH pueden exigir una reordenación sustancial de estrategias o actividades durante este período o períodos subsiguientes.

La estrategia principal es colaborar con los Países Miembros por medio de la asistencia técnica directa y el apoyo financiero para preparar y aplicar programas nacionales de prevención y control del SIDA, especialmente en lo que respecta a:

- Investigaciones para definir la epidemiología del SIDA;
- Vigilancia con el apoyo apropiado de los servicios de laboratorio;
- Capacitación del personal dedicado a la atención de la salud; y
- Aplicación de medidas preventivas.

Estas medidas preventivas incluyen:

- 1) Prevención de la transmisión sexual mediante la colaboración con los Estados Miembros para establecer y fortalecer actividades de publicidad y educación en el campo de la salud que tiendan a modificar la conducta sexual.

- ii) Prevención de la transmisión a través de transfusiones de sangre mediante la colaboración con los Estados Miembros para establecer y fortalecer: a) sistemas de transfusión de sangre para velar por la obtención, examen y empleo apropiados de la sangre, y b) servicios de orientación y de evaluación médica (antes y después de la donación).
- iii) Prevención y transmisión a través de hemoderivados mediante la colaboración con los Estados Miembros para asegurarse de que aquellos se produzcan en forma tal que quede eliminado el riesgo de transmisión del VIH.
- iv) Prevención de la transmisión a través de inyecciones o instrumentos punzantes mediante la colaboración con los Estados Miembros para velar por el empleo de agujas, jeringas y demás instrumentos punzantes en condiciones de esterilidad.
- v) Prevención de la transmisión por donación de órganos y de semen mediante la colaboración con los Estados Miembros en el establecimiento y aplicación de directrices y prácticas tendientes a asegurar que los órganos y el semen donados se hallen exentos de VIH.
- vi) Prevención de la transmisión perinatal mediante la colaboración con los Estados Miembros en la preparación, ejecución y evaluación de intervenciones encaminadas a reducir la transmisión prenatal del VIH.
- vii) Prevención de la transmisión por parte de personas infectadas por el VIH a través de la aplicación de un agente terapéutico mediante la colaboración con instituciones de los Estados Miembros en la preparación, ensayo, producción y entrega de agentes terapéuticos.
- viii) Prevención de la transmisión del VIH mediante la preparación y entrega de vacuna por medio de la colaboración con las instituciones de los Estados Miembros en la preparación, ensayo, producción y entrega de vacunas.

#### Aspectos operativos

El Programa Especial de la OMS/OPS sobre el SIDA se ha encargado de ofrecer colaboración técnica rápida de emergencia a los Países Miembros y, al mismo tiempo, de sentar la base conceptual, técnica y organizativa que se necesita para realizar programas de prevención y control del SIDA que sean eficaces a mediano y largo plazos.

En 1987 los Países Miembros recibirán apoyo y colaboración técnica por períodos breves para realizar planificación a largo plazo. Esta actividad cubrirá los niveles nacionales y regionales. Por ejemplo, se

necesita apoyo inmediato para mejorar los programas nacionales educativos destinados a prevenir la transmisión sexual del SIDA/VIH; al mismo tiempo, la OPS adaptará y utilizará pautas genéricas y publicará materiales para ayudar a los países a establecer programas nacionales destinados a prevenir la transmisión sexual del SIDA/VIH.

En lugar de fijar metas limitadas para el programa y, con ello, dejar de atender las necesidades de los Países Miembros, en el Programa Especial OMS de Control del SIDA a nivel mundial se ha optado por lograr, aun a costas del estricto desarrollo secuencial de actividades, lo que más se pueda en el menor tiempo posible. La OPS se adhiere a este enfoque. En vista de la urgencia de la pandemia del VIH, la OPS cree que este enfoque es necesario y acertado. Dada la plena colaboración de los Países Miembros y la red de entidades e instituciones que mantienen relaciones de trabajo con la OPS, el SPA logrará más de lo que se prevé si se sigue el enfoque tradicional de trabajar con el método habitual. La pandemia de VIH tiene características biológicas y sociales sin precedentes; por eso, es inevitable que algunos de los procedimientos adaptados sean de índole exploratoria y, en retrospectión, algunas actividades se considerarán de un efecto menos que óptimo. En los países donde se haya reconocido el problema del VIH desde el punto de vista epidemiológico y político (como Brasil, Argentina y Haití), el Programa Especial de la OMS/OPS sobre el SIDA ya ha comenzado a ofrecer asistencia técnica y apoyo financiero para la formulación de programas nacionales. Este trabajo se fortalecerá y ampliará para ayudar a estos y a otros Países Miembros que ya están empeñados en combatir el VIH.

En el programa de la OPS se incorporarán dos componentes: 1) asistencia técnica a los programas de prevención y de control de la enfermedad, y 2) la promoción y la conducción de estudios epidemiológicos y la investigación correspondiente. El programa de la OPS ya ha movilizó US\$898.691 de fondos extraordinarios de la OMS para actividades de prevención y control del SIDA en esta Región. Se buscan otros US\$5 millones para investigaciones pertinentes en América Latina y el Caribe por medio de contratos con los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. El éxito futuro del Programa dependerá ahora del énfasis político, financiero y administrativo que cada País Miembro decida acordar al Programa y de la movilización de otros recursos para apoyar los programas realizados en colaboración con los Países Miembros.

NUMERO ACUMULATIVO DE CASOS DE SIDA Y DEFUNCIONES POR  
ESA CAUSA POR SUBREGIONES Y PAISES DE LAS AMERICAS  
28 de julio 1987

Subregión y país	Casos	Defun- ciones	Fecha del ler informe	Fecha del ltimo informe
<u>Grupo Andino</u>	154	101		
Bolivia	1	1	31 dic 85	30 jun 86
Colombia	57	34	31 dic 86	31 mar 87
Ecuador	18	6	31 dic 85	31 mar 87
Perú	9	6	30 jun 82	30 jun 86
Venezuela	69	54	31 dic 84	31 dic 86
<u>Cono Sur<sup>a)</sup></u>	138	66		
Argentina	78	33	31 dic 83	31 mar 87
Chile	42	22	31 dic 84	30 jun 87
Paraguay	10	6	31 dic 86	31 mar 87
Uruguay	8	5	31 dic 83	31 dic 86
Brasil	1,542	702	31 dic 82	31 mar 87
<u>América Central</u>	117	83		
Belice	2	2	31 mar 87	30 jun 87
Costa Rica	31	18	31 dic 83	30 jun 87
El Salvador	9	6	31 dic 85	31 mar 87
Guatemala	27	27	30 sep 86	30 jun 87
Honduras	29	13	30 jun 85	30 jun 87
Nicaragua	-	-		
Panamá	19	17	31 dic 84	31 mar 87
México	487	166	30 jun 81	30 jun 87
<u>Caribe Latino</u>	1,013	162		
Cuba	3	3	31 dic 86	31 dic 86
República Dominicana	200	35	31 dic 85	31 mar 87
Haití	810	124	31 dic 84	31 dic 86
<u>Caribe<sup>b)</sup></u>	477	300		
Anguila	2	0	31 mar 87	30 jun 87
Antigua	2	2	31 dic 85	31 mar 87
Bahamas	105	49	31 dic 85	31 mar 87
Barbados	39	25	31 dic 84	31 mar 87
Islas Caimán	2	2	31 dic 85	31 dic 86
Dominica	3	3	31 mar 87	31 mar 87
Guayana Francesa	68	52	31 dic 86	31 dic 86
Granada	6	5	31 dic 84	30 jun 87
Guadalupe	46	26	31 dic 86	31 mar 87
Guyana	2	0	30 sep 86	31 mar 87
Jamaica	21	17	30 jun 86	31 mar 87
Martinica	23	15	31 dic 86	31 mar 87
Montserrat	-	-		
Antillas Holandesas	1	0	31 mar 87	31 mar 87
Santa Lucía	3	2	31 dic 84	31 dic 85
San Cristóbal y Nieves	1	0	31 dic 85	31 dic 85
San Vicente y las Granadinas	3	2	30 jun 85	31 dic 85
Suriname	5	5	30 jun 84	31 mar 87
Trinidad y Tabago	134	93	30 jun 83	31 dic 86
Islas Turcas y Caicos	4	2	31 dic 86	30 jun 87
Islas Vírgenes (Británicas)	0	0	31 mar 87	31 mar 87
Islas Vírgenes (EE.UU.)	7	0	31 jun 87	30 jun 87.
<u>América del Norte</u>	39,426	22,621		
Bermuda	62	43	31 dic 84	30 jun 87
Canadá	1,052	521	31 dic 79	30 jun 87
Estados Unidos de América <sup>c)</sup>	38,312	22,057	30 jun 81	13 jul 87
<b>TOTAL</b>	<b>43,354</b>	<b>24,201</b>		

a) Incluye las Islas Malvinas.

b) La Región del Caribe incluye la Guayana Francesa, Guyana y Suriname.

c) Incluye Puerto Rico.



consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXXII Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre 1987

comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XXXIX Reunión

Tema 5.6 del programa provisional

CD32/10, ADD. I (Esp.)  
18 septiembre 1987  
ORIGINAL: INGLES

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

El Cuadro 1 muestra los datos sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) oficialmente notificados en la Región de las Américas hasta el 18 de septiembre de 1987. Se anota que dos países no han notificado casos a la OPS desde el 31 de diciembre de 1985.

En el Cuadro 2 se presenta la proporción entre los casos notificados de SIDA en el año civil de 1986 y la población existente a mediados del mismo en cada subregión. La subregión del Caribe ocupa el segundo lugar después de América del Norte, con una proporción de 38,6 por millón de habitantes. Estos datos comprueban el informe anterior de la OPS (Documento CE99/7), que mostró que en el Caribe se había notificado un número de casos desproporcionado en relación con el tamaño de la población. Es preciso tomar medidas coordinadas, con carácter urgente, para la prevención y el control del SIDA en esta subregión.

Después de haber preparado el Documento CD32/10, la OPS consiguió financiamiento inicial para el programa nacional de prevención y control del SIDA en la República Dominicana. Se ha prestado colaboración técnica para establecer programas nacionales en El Salvador, Chile y Ecuador. Se han recibido propuestas iniciales de Venezuela y Uruguay. A finales de 1988, todos los países de la Región deberán haber establecido programas nacionales de prevención y control del SIDA según las pautas de la OPS/OMS.

Cuadro 1

ENCUESTA SOBRE EL SIDA EN LAS AMERICAS

NUMERO ACUMULATIVO DE CASOS DE SIDA Y DEFUNCIONES POR ESA CAUSA  
NOTIFICADOS HASTA EL 18 DE SEPTIEMBRE DE 1987

Subregión y país	Casos	Defunciones	Primer informe	Ultimo informe
<b>TOTAL REGIONAL</b>	<b>48.104</b>	<b>26.512</b>		
<b>AMERICA LATINA<sup>a</sup></b>	<b>4.338</b>	<b>1.392</b>		
<u>Grupo Andino</u>	352	140		
Bolivia	2	1	31 Dic 85	18 Sep 87
Colombia	153	53	31 Dic 86	1 Sep 87
Ecuador	52	6	31 Dic 85	15 Sep 87
Perú	44	6	30 Jun 82	15 Sep 87
Venezuela	101	74	31 Dic 84	18 Sep 87
<u>Cono Sur</u>	181	95		
Argentina	112	56	31 Dic 83	18 Sep 87
Chile	42	22	31 Dic 84	30 Jun 87
Paraguay	14	9	31 Dic 86	30 Jun 87
Uruguay	13	8	31 Dic 83	30 Jun 87
Brasil	2.013	734	31 Dic 82	15 Sep 87
<u>Istmo Centroamericano</u>	142	84		
Belice	2	2	31 Mar 87	30 Jun 87
Costa Rica	31	18	31 Dic 83	30 Jun 87
El Salvador	12	6	31 Dic 85	30 Jun 87
Guatemala	27	27	30 Sep 86	30 Jun 87
Honduras	29	13	30 Jun 85	30 Jun 87
Nicaragua	19	0	18 Sep 87	18 Sep 87
Panamá	22	18	31 Dic 84	18 Sep 87
México	534	177	30 Jun 81	30 Jun 87
<u>Caribe Latino<sup>b</sup></u>	1.116	162		
Cuba	4	3	31 Dic 86	30 Jun 87
República Dominicana,	200	35	31 Dic 85	31 Mar 87
Haití	912	124	31 Dic 83	18 Sep 87
<u>Caribe<sup>b)</sup></u>	628	350		
Anguila	2	0	31 Mar 87	30 Jun 87
Antigua	3	3	31 Dic 85	30 Jun 87
Bahamas	126	56	31 Dic 85	30 Jun 87
Barbados	44	27	31 Dic 84	30 Jun 87
Islas Caimán	2	2	31 Dic 85	31 Mar 87
Dominica	5	3	31 Mar 87	30 Jun 87
Guyana Francesa	84	60	31 Dic 86	30 Jun 87
Granada	6	5	31 Dic 84	30 Jun 87
Guadalupe	51	28	31 Dic 86	30 Jun 87
Guyana	4	2	30 Sep 86	30 Jun 87
Jamaica	30	20	30 Jun 86	18 Sep 87
Martinica	27	17	31 Dic 86	30 Jun 87
Montserrat	0	0	31 Jul 87	31 Jul 87
Antillas Holandesas	18	10	31 Mar 87	30 Jun 87
Santa Lucía	6	2	31 Dic 84	11 Sep 87
San Cristóbal y Nieves	1	0	31 Dic 85	31 Dic 85
San Vicente y Granadinas	3	2	30 Jun 85	31 Dic 85
Suriname	6	5	30 Jun 84	30 Jun 87
Trinidad y Tabago	199	106	30 Jun 83	15 Sep 87
Islas Turcas y Caicos	4	2	31 Dic 86	30 Jun 87
Islas Vírgenes (Británicas)	0	0	31 Mar 87	31 Mar 87
Islas Vírgenes (EE.UU.)	7	0	31 Mar 87	14 Sep 87
<u>América del Norte</u>	43.138	24.770		
Bermuda	62	43	31 Dic 84	30 Jun 87
Canadá	1.258	657	31 Dic 79	14 Sep 87
Estados Unidos de América <sup>b)</sup>	41.818	24.070	30 Jun 81	14 Sep 87

a) La Región del Caribe abarca la Guayana Francesa, Guyana y Suriname.

b) Los datos correspondientes a Puerto Rico se incluyen en los de los Estados Unidos de América.

Cuadro 2

EL SIDA EN LA REGION DE LAS AMERICAS  
CASOS NOTIFICADOS EN 1986 POR CADA  
1.000.000 HABITANTES  
POR SUBREGION

Subregión/País	Casos	Casos por 1.000.000 <sup>a)</sup>
Total Regional	15.478	22,7
América Latina	1.169	2,9
Grupo Andino	94	1,1
Cono Sur	49	1,0
Brasil	381	2,8
Istmo Centroamericano	60	2,2
México	250	3,1
Caribe Latino <sup>b)</sup>	335	12,5
América del Norte <sup>c)</sup>	14.033	52,6
Caribe <sup>b)</sup>	276	38,6

a) Estimaciones de población a mediados de 1986.

b) Los datos correspondientes a Puerto Rico se incluyen en los de los Estados Unidos de América.

c) La Región del Caribe abarca la Guayana Francesa, Guyana y Suriname.