

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



103a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1989

Tema 4.5 del programa provisional

CE103/24 (Esp.)
7 junio 1989
ORIGINAL: INGLES

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

La epidemia del SIDA continúa propagándose por todo el mundo. Entre los 46 países y territorios de las Américas, sólo uno, Monserrat, no ha notificado un caso de SIDA o de persona infectada por el virus del SIDA. Para el 1 de marzo de 1989 se había notificado un total de 101.862 casos del SIDA a la Organización Panamericana de la Salud, desde que se inició la vigilancia en 1983. Puede afirmarse ahora que la transmisión heterosexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está aumentando de manera impresionante, a medida que se detectan en las mujeres más casos del SIDA y de infecciones por VIH. Como consecuencia directa puede esperarse un tremendo incremento en la transmisión del SIDA a los niños, y una propagación mayor de la epidemia entre los heterosexuales.

Para mediados de 1988 todos los países y territorios de la Región de las Américas habían consolidado sus actividades de prevención y control del SIDA en un programa nacional de SIDA. Esos programas se formularon de acuerdo con las directrices, objetivos y estrategias globales de la OMS para la Prevención y Control del SIDA.

Con recursos extrapresupuestarios de la OMS se proporcionaron los fondos para comenzar programas nacionales en amplias áreas programáticas, como administración, apoyo de laboratorio, promoción de la salud y vigilancia. Para mitad de 1988 se llevaban a cabo actividades para desarrollar y financiar programas a largo plazo. Hoy, se ha comprometido un total de \$31,1 millón para los programas a largo plazo de 18 países del Caribe de habla inglesa, Suriname, Haití y la República Dominicana. Durante el bienio 1987-1988 se distribuyó un total de \$11,3 millones entre 35 países y el Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS.

Se pide al Comité Ejecutivo que analice la situación actual en las Américas, examine el avance de los programas regionales de prevención y control del SIDA, y apoye nuevos objetivos para la prevención y control del SIDA durante el bienio 1990-1991.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION	1
2. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS	1
2.1 Vigilancia regional	1
2.2 Transmisión sexual	2
2.3 Transmisión asociada con la sangre y productos de la sangre	3
2.4 El virus de inmunodeficiencia humana, tipo 2	3
3. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA	4
3.1 Desarrollo de programas nacionales	4
3.2 Apoyo regional para los programas nacionales	6
4. EL PROGRAMA GLOBAL DE LA OPS/OMS SOBRE EL SIDA EN LAS AMERICAS	8
4.1 Informe de la situación en relación con las metas para 1988-1989	8
4.2 Metas para el bienio 1990-1991	9
5. RESUMEN	9

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

1. INTRODUCCION

La epidemia del SIDA continúa difundiéndose por todo el mundo. Al 1 de abril de 1989, un total acumulativo de 147.000 casos de SIDA se notificaron oficialmente al Programa Global de la Organización Mundial de la Salud sobre el SIDA (PGS), procedentes de 148 países. El PGS ahora estima que el número acumulativo real de casos de SIDA acaecidos hasta la fecha es de más de 400.000, o más del doble del número de casos oficialmente notificados.

La transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa en todo el mundo y la OMS estima que más de 5 millones de personas están actualmente infectadas por este virus.

2. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

2.1 Vigilancia regional

Entre 46 países y territorios en las Américas, hay sólo uno, Montserrat, que todavía no ha notificado un caso de SIDA o una persona infectada por el virus del SIDA. El virus está ahora presente y transmitiéndose en todos los otros países y territorios de esta Región. Al 1 de marzo de 1989, un total de 100.862 casos del SIDA (Figura 1) se han notificado a la Organización Panamericana de la Salud desde el comienzo de la vigilancia en 1983. América del Norte declaró el número más elevado de casos, es decir, 88.184. La mayoría de estos casos ocurrieron en los Estados Unidos de América. México ha notificado 2.158 casos, mientras que el Caribe Latino, compuesto por Cuba, Haití y la República Dominicana, ha informado un número aún más elevado, es decir, 2.593. Los países del Istmo Centroamericano han notificado 519 casos mientras que los países del Caribe han notificado 1.198 casos. El Brasil ha notificado 4.946 casos mientras que el Area Andina y el Cono Sur han notificado 772 y 492 casos, respectivamente. Como antes, cinco países, los EE.UU., Brasil, Canadá, Haití y México, continúan contribuyendo más de 95% de todos los casos en la Región (Figura 2).

Dondequiera miremos, el virus parece difundirse de formas similares. La Figura 3 acumula la incidencia anual de casos declarados del SIDA por tres subregiones, América del Norte, América Latina y el Caribe. La única diferencia entre estas curvas es el tiempo en que empezaron. Al nivel de país, la situación es idéntica (Figura 4). El VIH se introdujo en diferentes países en diferentes momentos, pero una vez la transmisión firmemente establecida, la curva epidémica en cada país es similar. Es de hacer notar que se emplea una escala logarítmica, de modo que la línea descendente no significa que la velocidad de la epidemia está disminuyendo.

El número del total acumulativo de casos por país no es particularmente útil para hacer comparaciones entre los países porque el total no considera el tamaño de la población que da lugar a los casos de SIDA. El cálculo de la tasa de casos notificados por un año natural en relación con la estimación media de la población para ese año proporciona un método mejor para comparación. El Cuadro 1 revela la morbilidad por millón de habitantes para las diversas subregiones en las Américas para los años 1986, 1987 y 1988. El cuadro ilustra las diferentes velocidades de la propagación dentro de los países. Aunque no hubo un aumento en los casos notificados entre 1987 y 1988 para las Américas en su totalidad, hubo aumentos notables en varias subregiones, es decir, 92% y 110% en el Cono Sur y el Istmo Centroamericano, respectivamente. La incidencia para el Caribe en su totalidad permanece alta con 60,8 casos por millón de habitantes en 1988 y 38,4 casos por millón de habitantes para el Caribe Latino. No obstante, aun estos promedios oscurecen diferencias notables entre los países. Por ejemplo, la incidencia en Brasil llegó a 13,7 casos por millón de habitantes en 1988 mientras que en varios países del Caribe varió entre 300 y 400 casos de SIDA por millón de habitantes.

2.2 Transmisión sexual

Inicialmente, los casos de SIDA en América Latina y el Caribe se notificaron entre los hombres homosexuales y bisexuales con antecedentes de viajes fuera de América Latina y el Caribe. Cada vez más, este patrón está cambiando hacia la transmisión heterosexual. El Cuadro 2 compara el número de países que informan la transmisión heterosexual como porcentaje de los casos de transmisión sexual para los años 1987 y 1988. El número de países que declaran transmisión netamente homosexual, es decir, 0% casos heterosexualmente transmitidos, ha descendido de 10 países a sólo tres países. El número de países que informan un 26% o más de sus casos de transmisión sexual como heterosexualmente transmitidos aumentó de 17 en 1987 a 21 en 1988. Entre los 10 países en 1988 en el grupo desconocido, la mayoría está en el Caribe donde la transmisión heterosexual está bien establecida. Es ahora claro que la transmisión heterosexual del VIH está aumentando singularmente a medida que números crecientes de casos del SIDA y de infecciones por el VIH se están detectando en las mujeres.

La amplitud de la infección del SIDA en las mujeres puede verse en el Cuadro 3, que muestra la razón de casos notificados de SIDA en hombres y mujeres en 1987 y 1988. El número de países con una razón mayor que 12 a 1 disminuyó singularmente, desde 21 en 1987 hasta 13 en 1988.

Por tanto, hay ahora dos patrones diferentes de transmisión sexual en las Américas.

La Figura 5 contrasta claramente los dos patrones encontrados en la Región. El patrón 1 se encuentra en los países donde la enfermedad es transmitida por hombres homosexuales y bisexuales según se muestra en cuatro países representativos, los EE.UU., Canadá, Chile y Bolivia. El patrón 2 es caracterizado por la transmisión heterosexual según se halló en la República Dominicana, Trinidad y Tabago, Honduras y Bahamas. Predecimos que cada vez más países pasarán del patrón 1 al patrón 2. Este movimiento puede ser facilitado por la función central desempeñada por las prostitutas. Las tasas de infección por el VIH en las prostitutas continúan aumentando según indican estudios seleccionados de seroprevalencia. En un país hasta 49% de las prostitutas sometidas a análisis de laboratorio son ahora positivas para el virus del VIH.

Como consecuencia directa de este movimiento hacia la transmisión heterosexual, podemos esperar un aumento notable de la transmisión del SIDA a los niños y la propagación adicional de la epidemia en la comunidad heterosexual.

2.3 Transmisión asociada con la sangre y productos de la sangre

La transmisión a través de la sangre continúa siendo un problema principal en las Américas. Muchos países no tienen un suministro de sangre inocua, ya que la infraestructura básica para los servicios de transfusión no permite el tamizaje de 100% de la sangre utilizada en transfusiones. La prevalencia de anticuerpos del VIH entre los donantes de sangre es altamente variable según indica el Cuadro 4.

Sin embargo, el Cuadro 5 indica que algún progreso puede estar ocurriendo en la protección del suministro de sangre. Entre 1987 y 1988, el número de países que informan un 0% de sus casos como transmitidos por la sangre aumentó de 17 a 24. Asimismo, el número de países con más de 10% de los casos notificados como transmitidos por la sangre disminuyó de 2 a 0 en 1987 y 1988, respectivamente. Estos datos se deben interpretar con algún cuidado ya que el tamizaje de los donantes de sangre es un fenómeno relativamente reciente. Debemos aguardar datos adicionales para ver si continúa esta tendencia.

La contribución de las agujas y las jeringas contaminadas a la transmisión del virus del SIDA entre los farmacodependientes y a través del equipo médico mal esterilizado parece ser menos importante para la mayoría de los países en la Región.

2.4 El virus de inmunodeficiencia humana, tipo 2

Poco después del descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana, un segundo virus relacionado, llamado el VIH-2, se descubrió como endémico en varios países en África Occidental. Este virus nuevo se transmite de la misma manera que el VIH-1, pero parece ser algo menos patógeno. Sin embargo, la infección por este virus puede conducir a la misma deficiencia inmunológica causada por el VIH-1.

Por lo tanto, hay inquietud mundial respecto de la propagación posible del VIH-2. Hasta la fecha, en las Américas, ha habido sólo dos casos aislados confirmados del VIH-2, uno notificado por los EE.UU. en un viajero enfermo que regresaba de Africa Occidental y otro declarado por Cuba en un paciente similar. Ha habido un informe inédito y dos informes publicados que indican la presencia del VIH-2 en Brasil, pero ningún virus se ha aislado y caracterizado de este país.

Dadas las incertidumbres que rodean al VIH-2 y la amplitud de su presencia en las Américas, la OPS se está preparando para investigar la presencia y la magnitud del VIH-2 en esta Región.

3. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA

3.1 Desarrollo de programas nacionales

A mediados de 1988, todos los países y los territorios en la Región de las Américas consolidaron las actividades anteriores de prevención y control del SIDA en los programas nacionales de lucha contra el SIDA. Estos programas se organizaron según las Normas Globales de la OMS, y los Objetivos y las Estrategias para la Prevención y el Control del SIDA con la colaboración técnica de la OPS. La mayoría de los programas eran de corto plazo, concebidos para iniciar las actividades que se necesitaban urgentemente para la prevención y control. Estos programas recibieron recursos financieros de emergencia de fuentes presupuestarias no regulares de la OMS.

Después de obtener fondos, los programas nacionales iniciaron o consolidaron las actividades en áreas programáticas amplias, tales como la administración, apoyo de laboratorio, promoción de la salud y vigilancia. Para mediados de 1988, ya estaban en marcha iniciativas para desarrollar y financiar programas a plazo más largo, especialmente en aquellos países que estaban completando la fase de emergencia. Debido a la situación epidemiológica única en el Caribe, la atención de la OPS/OMS se centró primero allí. Para diciembre de 1988, trece países del Caribe han preparado programas de tres años con colaboración técnica del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) administrado por la OPS.*

El Programa del SIDA OPS/OMS organizó una reunión de donantes, que se celebró en Barbados, durante la cual se comprometieron \$15,1 millones para ayudar a sufragar el costo total de todos los planes. Esta suma

* Los Gobiernos Miembros del Centro de Epidemiología del Caribe administrado por la OPS son: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago. También incluye a los Gobiernos de los territorios del Reino Unido en las Américas tales como Anguila, Bermuda, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Monserrat e Islas Turcas y Caicos.

incluye fondos para un Programa Subregional de Prevención y Control del SIDA establecido por CAREC para proporcionar apoyo subregional adicional a los países.

Varios meses después, los programas de plazo medio para los seis territorios dependientes del Reino Unido también se completaron y financiaron plenamente con las contribuciones comprometidas por la UK Overseas Development Agency (Agencia del Reino Unido para el Desarrollo Internacional). En resumen, los Países Miembros y CAREC recibieron un total de \$15,7 millones, cantidad que se está invirtiendo ahora en los países para iniciar actividades extensas, a plazo más largo, de prevención y control del SIDA.

Para completar la Cuenca del Caribe, también se formularon programas de plazo medio para Haití y la República Dominicana y se celebraron reuniones de donantes en abril de 1989 para estos países. Se comprometió un total de \$10,4 millones para Haití y \$5,0 millones para la República Dominicana. Estos fondos se están recibiendo ahora de los diversos donantes y se están preparando planes de acción detallados.

Para continuar la transición del programa de emergencia al programa de plazo más largo, la OPS ha organizado equipos especiales de consultores en Costa Rica, México, Honduras, Panamá y El Salvador. Cada equipo está compuesto por lo menos de un administrador de programa/epidemiólogo, un especialista de educación sobre el SIDA, un experto en laboratorio de SIDA y un administrador para evaluar los logros de los planes de emergencia a corto plazo y presentar recomendaciones para la formulación de planes a plazo más largo. Se han recibido informes de evaluación de cada uno de estos países y actualmente se están revisando y las recomendaciones se han remitido a los países para la preparación de sus programas a plazo medio. Se enviarán equipos a Guatemala y Nicaragua entre junio y agosto de 1989.

Aunque se está progresando en un período muy corto, se han notado varias áreas de problemas. Todos los planes nacionales siguieron en general las normas establecidas por la OMS, que requiere muchas actividades difundidas en áreas muy amplias. Muchas de estas actividades se deben iniciar simultáneamente en todas las áreas. Por lo tanto, los programas nacionales del SIDA requieren aptitud gerencial considerable. Los países difieren en el nivel de éxito logrado dentro de las diferentes áreas del programa. Algunas áreas se desarrollan más rápidamente que otras y en algunos casos algunas actividades no han comenzado aún. Por lo tanto el nivel de logros y la organización de los programas varían de un país a otro. Se debe hacer más por integrar las actividades del SIDA en el Servicio Nacional de Atención de la Salud.

Un área que requiere en general más esfuerzo es la de estructura de organización del programa. Muchos programas inicialmente se organizan a lo largo de líneas estrictamente médicas. Sin embargo, hay una mayor conciencia de que el SIDA no es simplemente un problema biomédico. Después de comenzar la campaña de educación muchos países experimentan a

menudo una reacción conservadora a medida que diversos grupos acusan a los Ministerios de Salud de promover la promiscuidad y con frecuencia se producen conflictos entre diferentes sectores de la sociedad. En algunos casos, la Comisión o el Comité Nacional del SIDA que se había organizado bajo líneas estrictamente médicas no está preparado para hacer frente a las reacciones políticas y sociales y a menudo no puede proporcionar asesoramiento sobre la política. Frecuentemente hay necesidad de una participación amplia en el programa del SIDA que incluya a otros sectores de la sociedad como los de la ley, la religión, la ética, y la representación de comunidades y grupos minoritarios.

Continuará la necesidad de evaluar sistemáticamente los niveles de logros por los diversos programas, y la OPS proporcionará colaboración técnica para la evaluación de programas que conduzcan al desarrollo y fortalecimiento de los programas nacionales.

3.2 Apoyo regional para los programas nacionales

La OPS continúa ejecutando el Programa Regional sobre el SIDA en las Américas. Se ha llevado a cabo una variedad de actividades regionales en apoyo del desarrollo de programas nacionales de prevención y control del SIDA mediante seis estrategias básicas (Cuadro 6).

El Programa Regional proporciona colaboración técnica directa a los programas nacionales. Hasta la fecha se han movilizado, e impartido capacitación, a más de 50 consultores a corto plazo en los últimos seis meses para abordar los problemas específicos del control del SIDA. Equipos especiales integrados por gerentes de programas ayudan a especialistas en educación sanitaria, expertos de laboratorio, y se ha enviado a administradores a los países para que evalúen los programas nacionales y organicen la transición entre los enfoques de corto y largo plazos y contribuyan a la formulación de estrategias financieras para costear estos programas. Se ha proporcionado experiencia específica para resolver problemas especiales.

El Programa difunde información técnica y científica a los programas nacionales del SIDA. Algunas iniciativas especiales incluyen el establecimiento de tres Centros de Comunicación de Información/Educación en México y Brasil y en el Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS (CAREC) para recoger, evaluar y difundir información sobre el SIDA y materiales de educación de tantos países como sea posible a otros Países Miembros a fin de ayudarles a formular sus campañas nacionales de educación. Se distribuye información científica a los programas nacionales que utilizan tecnología de disco compacto. El disco compacto contiene la bibliografía total sobre el SIDA de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. más las reimpresiones de artículos seleccionados de las revistas principales del mundo. La OPS continuó utilizando la tecnología innovadora para promover la educación sobre el SIDA a través de la transmisión de la Segunda Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA en diciembre de 1989, desde Río de Janeiro, Brasil. Esta Teleconferencia llegó a más de 41.000 agentes de atención de la salud en todas las

Américas y por primera vez se transmitió fuera de la Región a Portugal, Kuwait y cinco países africanos.

Mediante la estrategia de adiestramiento, numerosos talleres sobre la promoción de la salud, orientación, vigilancia y otras áreas se han organizado con participación del personal de todos los países en las Américas.

Mediante la estrategia de investigaciones y el contrato especial con el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas), la OPS ha establecido programas de investigaciones sobre el SIDA en varios países. La OPS ha tratado de extender sus actividades de investigaciones más allá de la esfera biomédica para incluir un proyecto principal de investigación del comportamiento sexual.

A través de la estrategia de coordinación internacional, la OPS ha organizado reuniones trimestrales a las que han asistido más de 40 representantes de diversas agencias internacionales e instituciones nacionales para coordinar el apoyo a los Países Miembros de la OPS a la prevención y control del SIDA.

Finalmente, mediante la estrategia de movilización de recursos, la OPS, con la colaboración del PGS, ha asegurado recursos financieros de la OMS y otros donantes por la cantidad de \$11,3 millones desde el comienzo del programa. Estos fondos se han distribuido a 35 países y al Centro de Epidemiología del Caribe que administra la OPS durante el período 1987-1989. Durante el período 1987-1989, 89% de estos fondos se distribuyeron directamente a los países. La mayoría fueron a los países del Caribe (39%) mientras Brasil, el Istmo Centroamericano y el Caribe Latino recibieron 14%, 11% y 11%, respectivamente (Figura 6). En 1988 solamente se obtuvieron \$5,4 millones para prevención y control del SIDA en toda la Región. De la cantidad total, 83%, o \$4,5 millones (Figura 7) se canalizaron directamente a los países en apoyo de sus programas. La Figura 8 indica la distribución de estos fondos por subregión. El área del Caribe recibió la cantidad más grande (34%), seguida por Centroamérica (27%) y Brasil (19%).

4. EL PROGRAMA GLOBAL DE LA OPS/OMS SOBRE EL SIDA EN LAS AMERICAS

Aunque la OPS y sus Países Miembros ya trabajaban activamente en el desarrollo de una variedad de actividades para la prevención y el control del VIH y el SIDA antes de la organización del Programa Global de la OMS sobre el SIDA, el desarrollo formal del Programa Regional se empezó en 1987. Ahora, 2-1/2 años después, el Programa está establecido plenamente y está avanzando rápidamente hacia un enfoque consolidado y sistemático de la colaboración técnica con sus Países Miembros. La Figura 9 muestra la estructura de organización del programa. Hay tres unidades principales, a saber, Apoyo de Programas Nacionales, Promoción de la Salud e Investigaciones. El Programa tiene 19 funcionarios permanentes,

incluyendo 11 profesionales (de los cuales cinco trabajan en el campo) y ocho empleados de Servicios Generales. Actualmente hay ocho vacantes en el Programa, incluyendo cinco puestos profesionales y tres puestos en servicios generales. Cuatro de las vacantes totales corresponden al Programa de Investigaciones y repercuten menos en la colaboración técnica del programa con los Países Miembros.

Los objetivos y las estrategias del enfoque regional para el SIDA permanecen inalterados. Se llevan a cabo actividades regionales en apoyo de los programas nacionales. Las prioridades regionales continúan siendo la colaboración técnica directa con Países Miembros para el desarrollo, ejecución y financiación permanentes de los programas nacionales. El Programa Regional continúa desarrollando métodos innovadores para la difusión de la información técnica y científica sobre los aspectos epidemiológicos, biológicos, clínicos, de laboratorio y educativos/de la conducta del SIDA y la infección por el VIH.

4.1 Informe de la situación en relación con las metas para 1988-1989

Se han logrado algunas de las metas para el bienio actual. Según se ha advertido con anterioridad, para mediados de 1988, todos los países y los territorios de la Región han formulado programas de corto o largo plazo para la prevención y control del SIDA. Aunque no todos los países que recibieron recursos financieros iniciales del PGS de la OMS han sido evaluados, para fines de 1988, aproximadamente 50% de los Países Miembros recibieron algún nivel de la evaluación técnica a medida que preparaban sus programas de largo plazo. Hasta la fecha, sólo se han establecido tres, no cinco, Centros Subregionales de Intercambio de Información/Educación sobre el SIDA. Se necesita evaluar a los centros subregionales existentes antes que otros centros se establezcan prematuramente. Proyectos de investigaciones sobre el SIDA se han ejecutado en un país, y en seis países éstos se hallan en alguna fase de desarrollo. La OPS espera alcanzar la meta de realizar proyectos de investigaciones sobre el SIDA al menos en 12 países para fines de 1989. Con la colaboración del Centro Federal del Canadá sobre el SIDA se continuó el trabajo para el establecimiento de una red regional de laboratorios de referencia sobre el SIDA con la preparación del proyecto inicial para los cinco países andinos (Fase I del proyecto). El trabajo proseguirá hasta establecer la red para los países de la Fase II durante el verano de 1989. Si se logra obtener apoyo financiero suficiente, la OPS espera alcanzar la meta de una Red Regional de Laboratorios de Referencia sobre el SIDA plenamente operativa para fines de 1989.

Lamentablemente, para fines de 1988 no se había tamizado para VIH toda la sangre y los productos de sangre utilizados en el sector público en todos los países. Los porcentajes de sangre tamizada son muy variables: varían de 30% o menos en algunos países a 100% en otros países. Es dudoso que alcancemos la meta de tamizar toda la sangre y productos de sangre utilizados por todos los sectores en todos los países de la Región para fines de 1989. Sin embargo, creemos que podremos alcanzar esta meta para mediados de 1990.

4.2 Metas para el bienio 1990-1991

4.2.1 Para fines del bienio, todos los países y territorios de la Región tendrán programas de Prevención y Control del SIDA a largo plazo, y financiados plenamente.

4.2.2 Para mediados de 1990, serán tamizados para VIH toda la sangre y los productos de sangre utilizados por todos los sectores en todos los países de la Región.

4.2.3 Para fines de 1990, todos los países tendrán laboratorios nacionales de referencia sobre el SIDA y programas de control de la calidad para la prueba de VIH implantados en todo el país.

4.2.4 Todos los programas nacionales se esforzarán por movilizar apoyo político de alto nivel dentro de las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas y grupos interesados en apoyo de las actividades del programa nacional.

4.2.5 Todos los programas nacionales incluirán la formulación de políticas nacionales orientadas a lograr un equilibrio entre los derechos humanos individuales y las necesidades de salud pública en la prevención y el control del SIDA. La OPS organizará una reunión sobre aspectos legales y éticos del SIDA a principios de 1990.

4.2.6 Para mediados de 1990, la OPS desarrollará normas y procedimientos para obtener preservativos, suministros y materiales para la prevención y control del SIDA y medicamentos para el tratamiento de los individuos infectados con el VIH.

4.2.7 Todos los países desarrollarán políticas para integrar las actividades del SIDA al Sistema y Servicios Nacionales de Salud.

4.2.8 La OPS expandirá su Programa del SIDA para incluir proyectos de los países de investigaciones en áreas sexual y educativa.

5. RESUMEN

Durante el próximo año, la OPS continuará proporcionando colaboración técnica para la evaluación y la programación de los programas nacionales de prevención y control del SIDA para asegurar el logro del objetivo principal de detener la transmisión del VIH. Todos los países ahora tienen programas del SIDA y debemos concentrarnos en ejecutar estos programas a través de los servicios de salud nacionales de una manera integrada de forma que se fortalezcan esos servicios mediante su participación en la prevención y control del SIDA. Simultáneamente, será necesario garantizar la inocuidad de toda la sangre y productos de sangre utilizados por todos los servicios de salud en todos los países de la Región.

Dada la magnitud de la repercusión del SIDA en los servicios de atención de la salud y la carga futura de atender a un mayor número de pacientes con SIDA, es obvio que cada país debe mantener el compromiso político y financiero para hacer frente a esta enfermedad. Los países tendrán que identificar fuentes internas adicionales de ingresos para la prevención y control del SIDA al mismo tiempo que mantener los adelantos actualmente logrados por muchos otros programas de salud pública. Se debe prestar consideración permanente al reordenamiento de las prioridades nacionales para proporcionar una mayor inversión en el sector salud. En resumen, la epidemia del SIDA continúa creciendo en las Américas a diferentes velocidades en diferentes países sin que se vea un final a esta tendencia. La inquietud principal es el aumento rápido de la transmisión heterosexual. Las consecuencias de la epidemia son bien conocidas y debemos continuar haciéndoles frente. La OPS intensificará sus esfuerzos en nombre de sus Países Miembros para detener la propagación del SIDA.

FIGURA 1

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

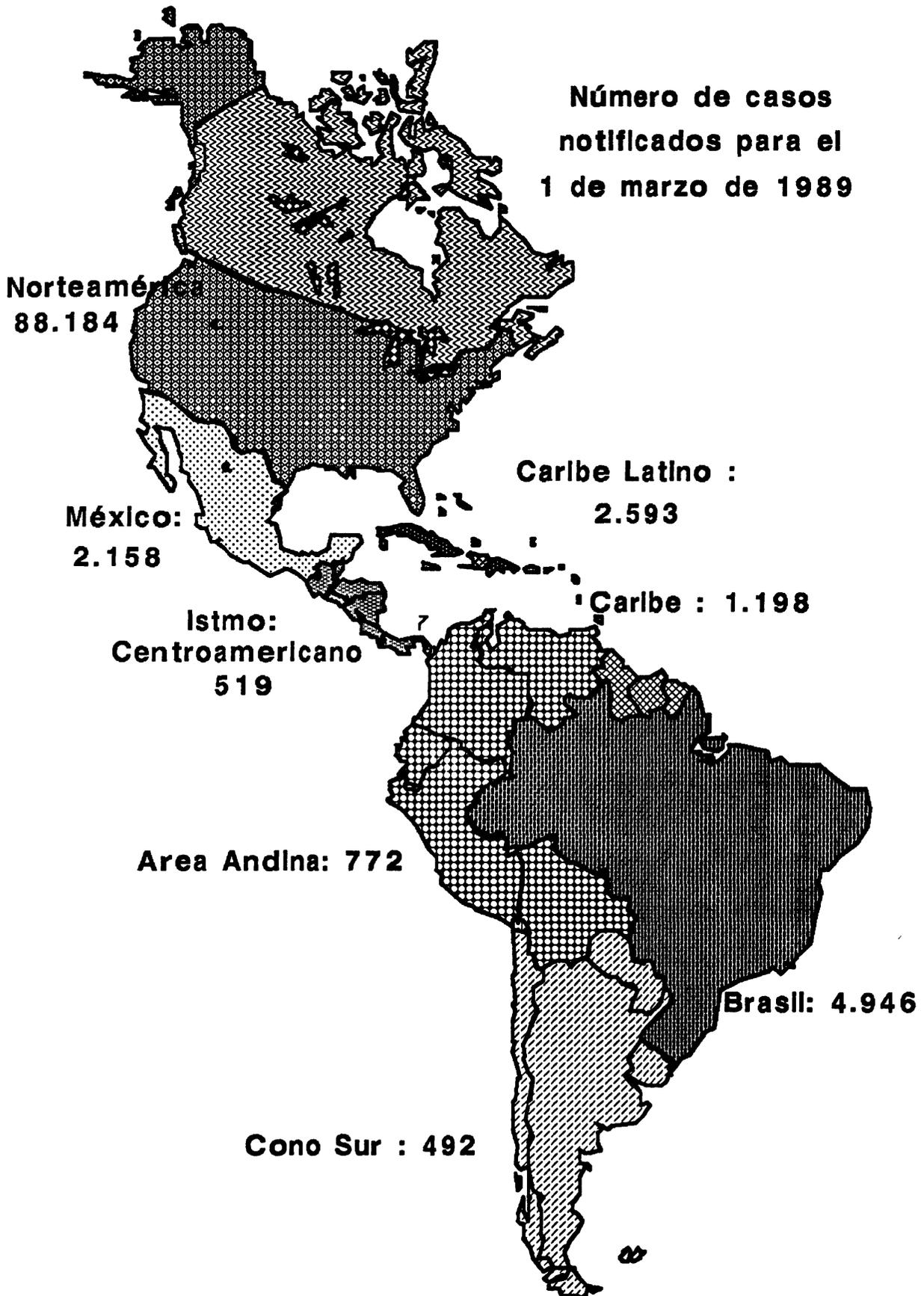
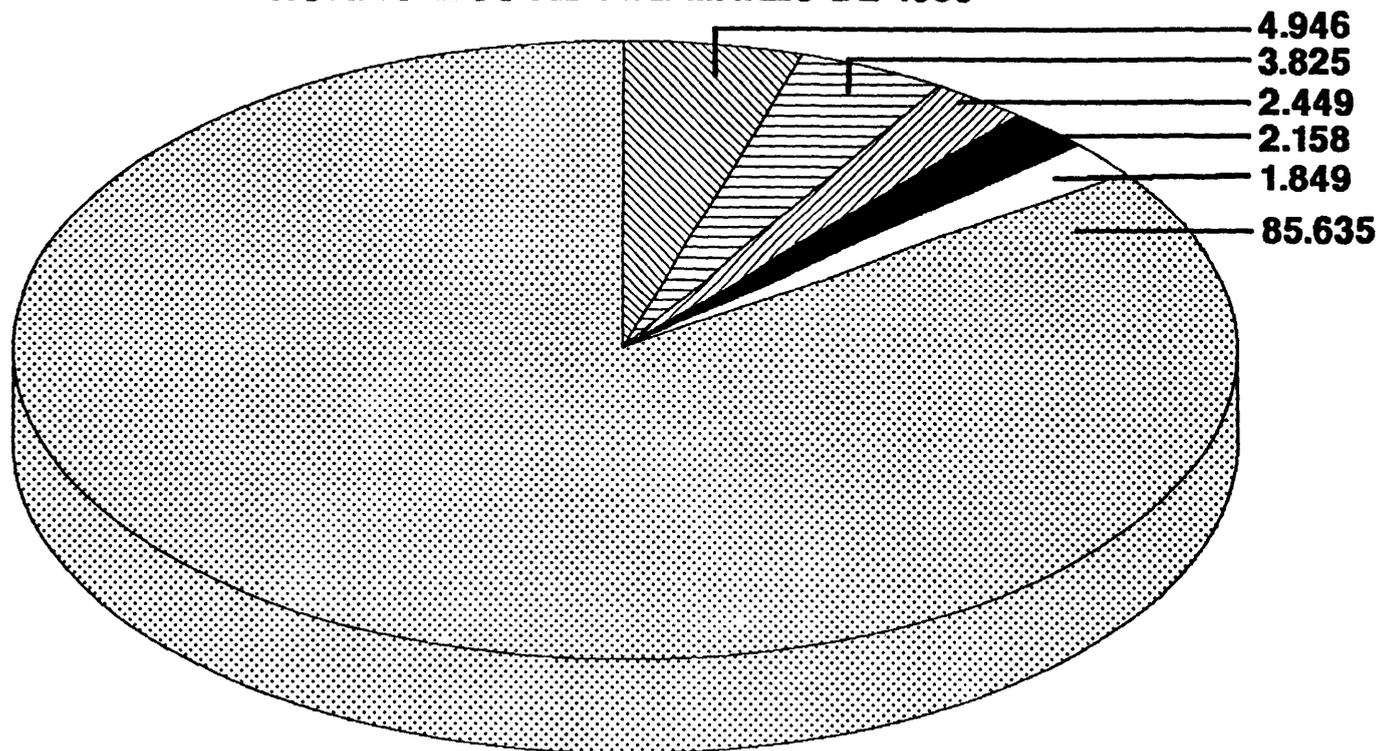


FIGURA 2
VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
NUMERO ACUMULATIVO DE CASOS POR PAIS

NOTIFICADOS AL 1 DE MARZO DE 1989



- | | |
|---|--|
|  EUA |  HAITI |
|  MEXICO |  CANADA |
|  OTROS |  BRASIL |

FIGURA 3
VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
CASOS NOTIFICADOS POR SUBREGION
1979 - 1988

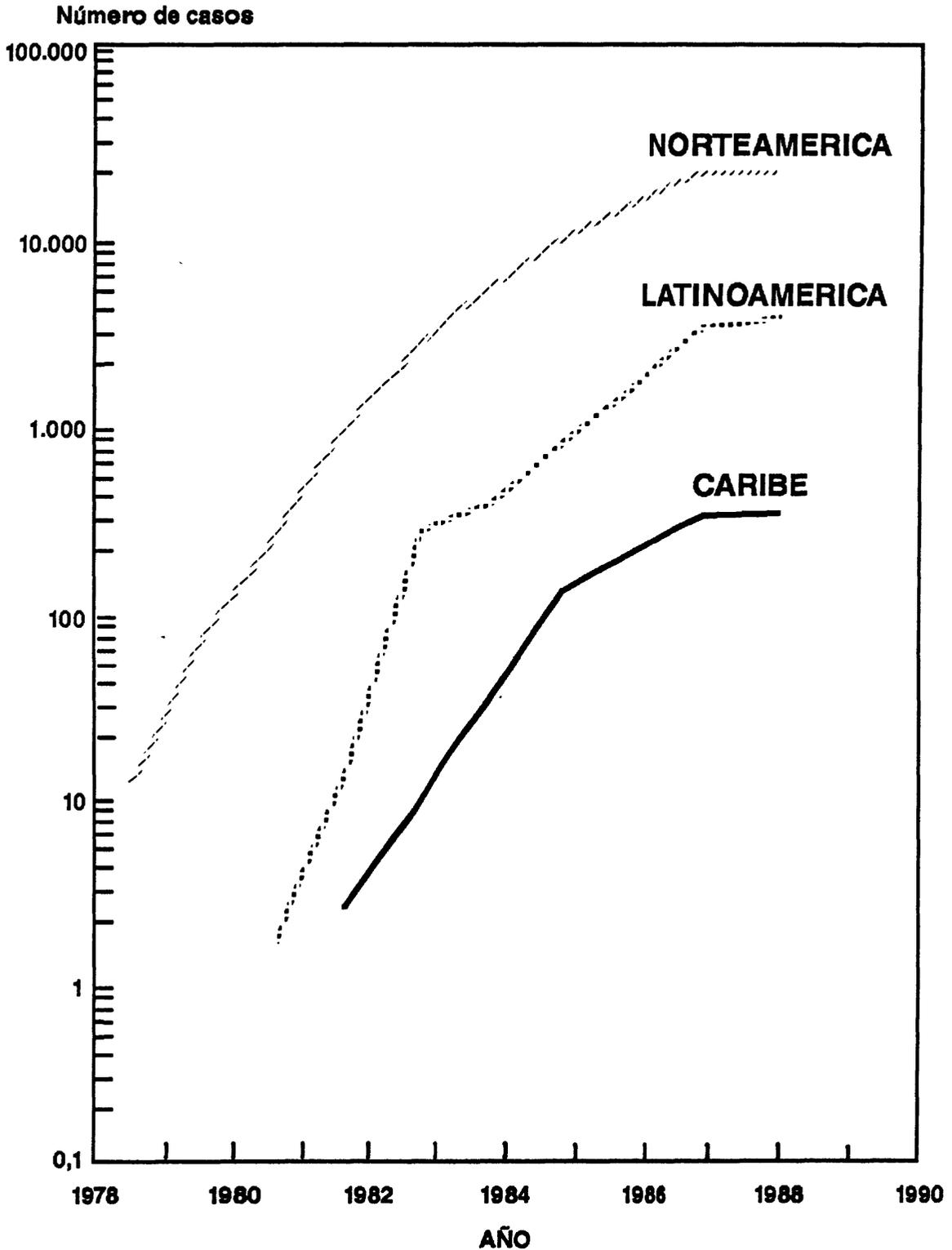


FIGURA 4
VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
CASOS NOTIFICADOS POR PAISES SELECCIONADOS
1980 - 1988

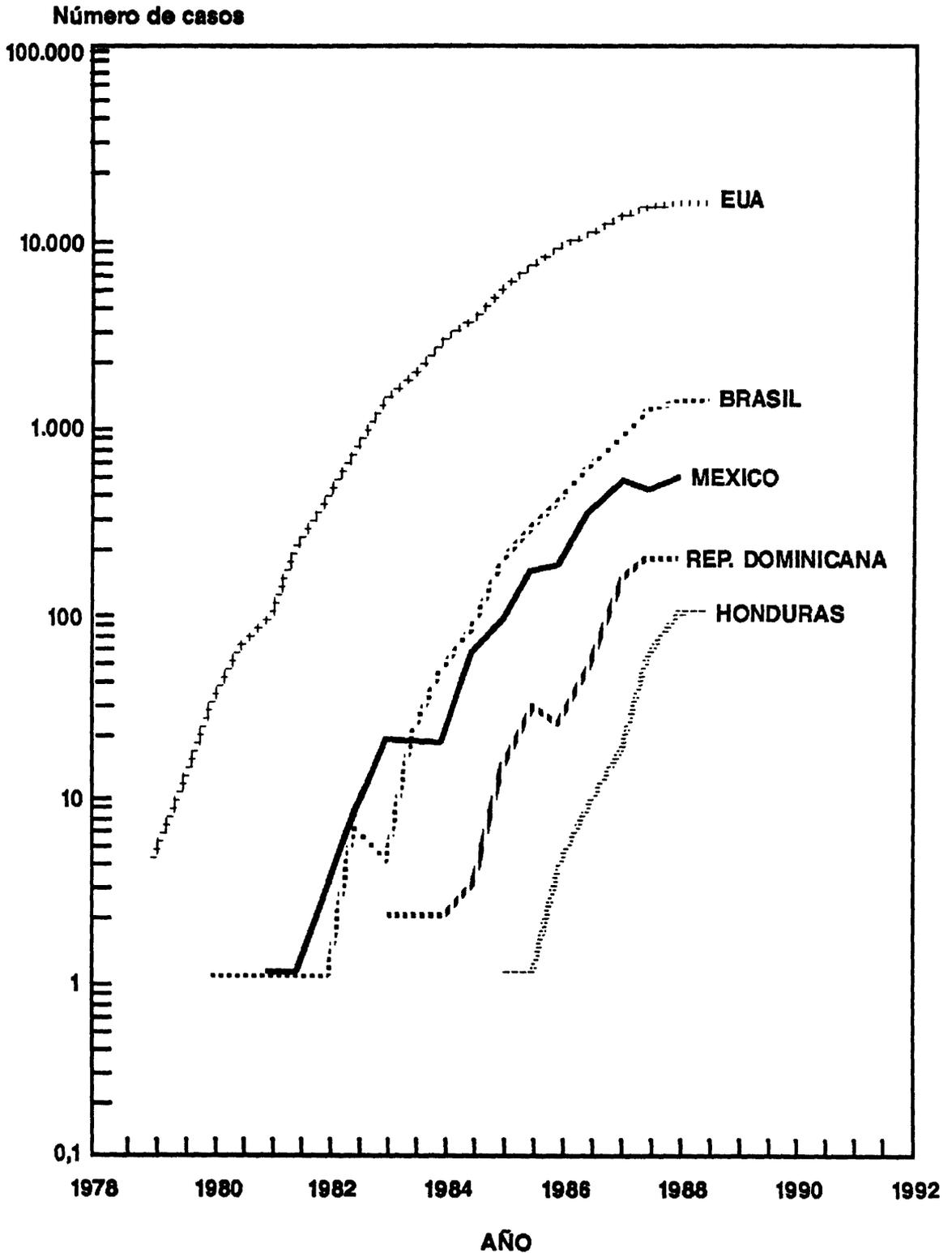


FIGURA 5
VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
TRANSMISION BISEXUAL/HOMOSEXUAL Y HETEROSEXUAL
1987 - 1988

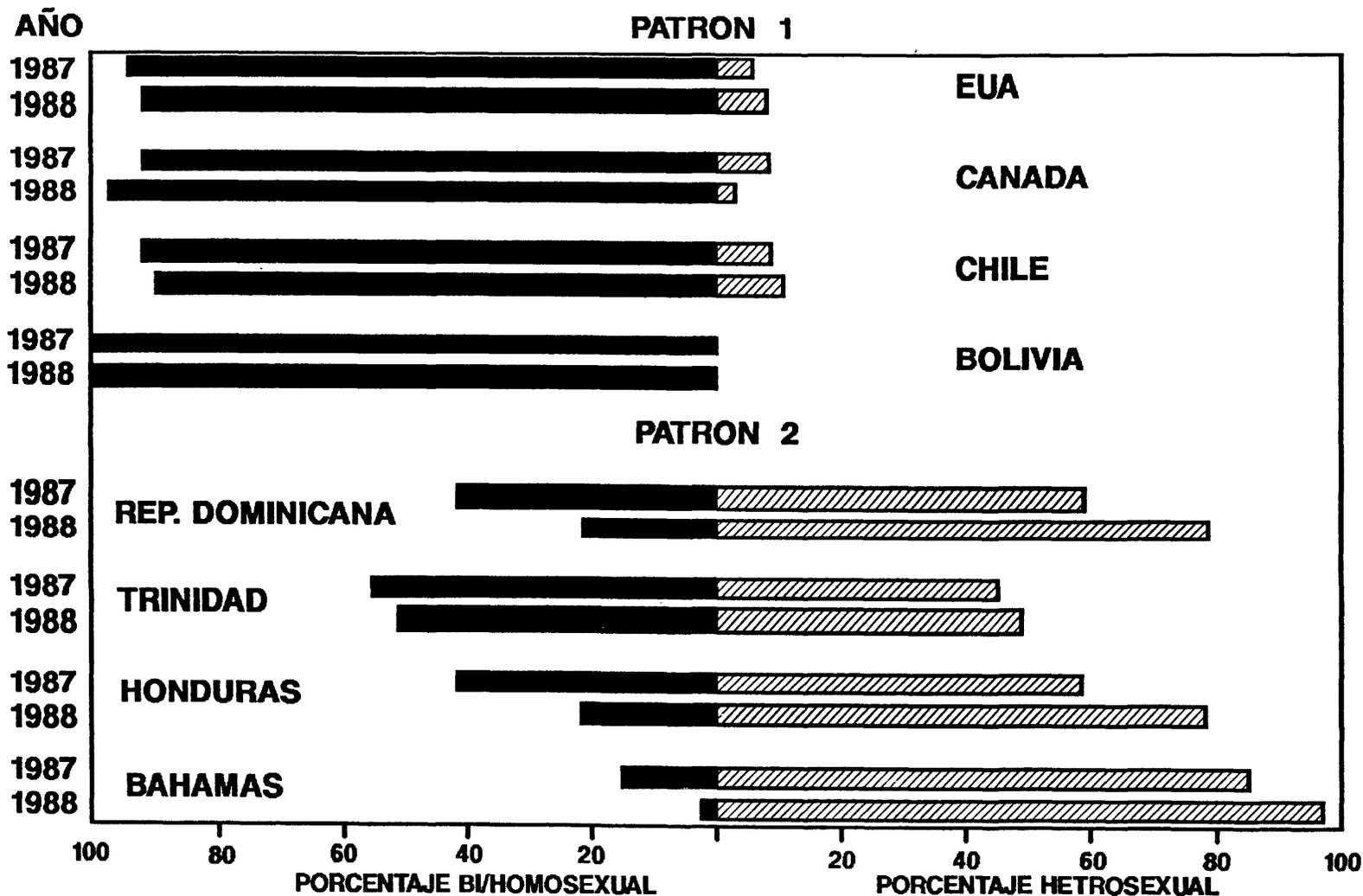
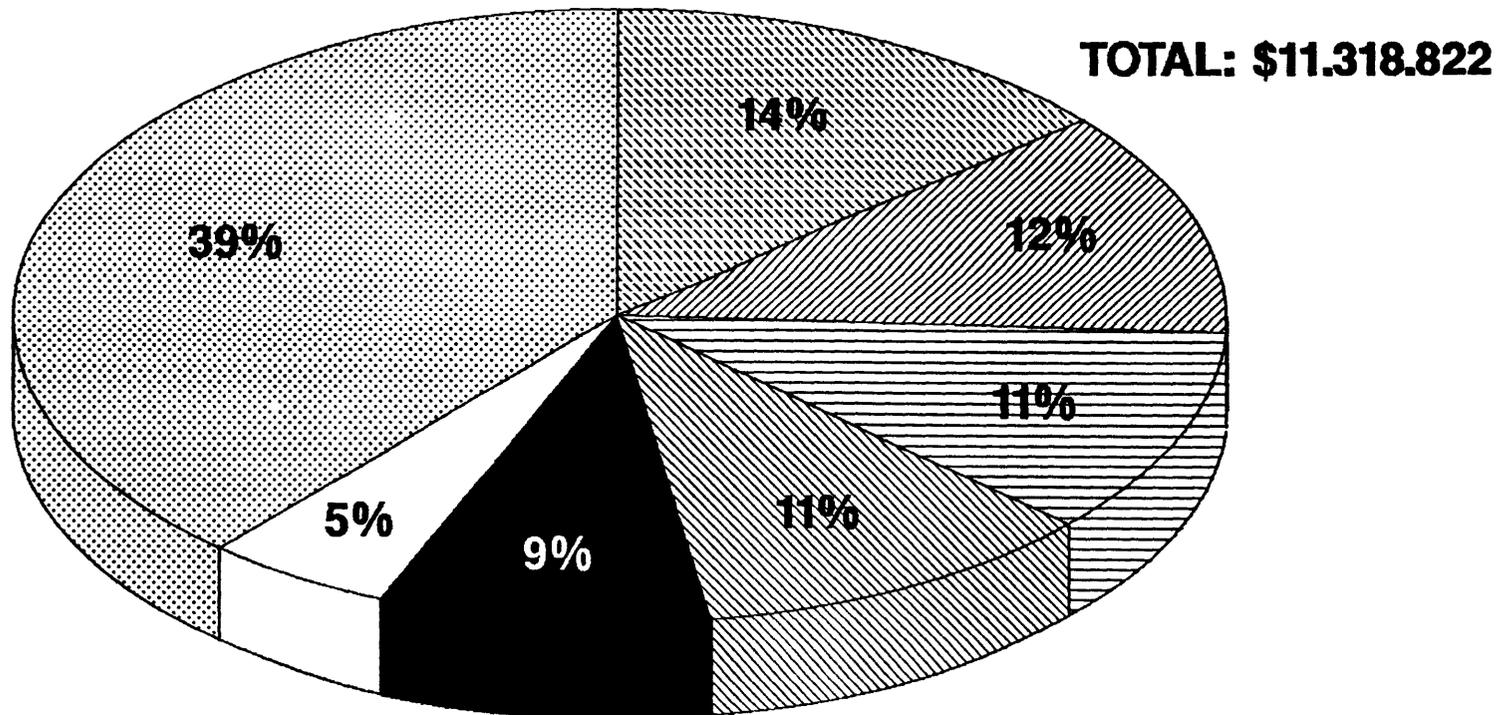


FIGURA 6
EL SIDA EN LAS AMERICAS
FONDOS NACIONALES ASIGNADOS AL SIDA
POR SUBREGION, 1987 - 1988



- | | |
|--|---|
|  CARIBE |  MEXICO |
|  AREA ANDINA |  CARIBE LATINO |
|  ISTMO CENTROAMERICANO |  CONO SUR |
|  BRASIL | |

FIGURA 7
EL SIDA EN LAS AMERICAS
TOTAL DE FONDOS NACIONALES Y REGIONALES
ASIGNADOS AL SIDA EN 1988

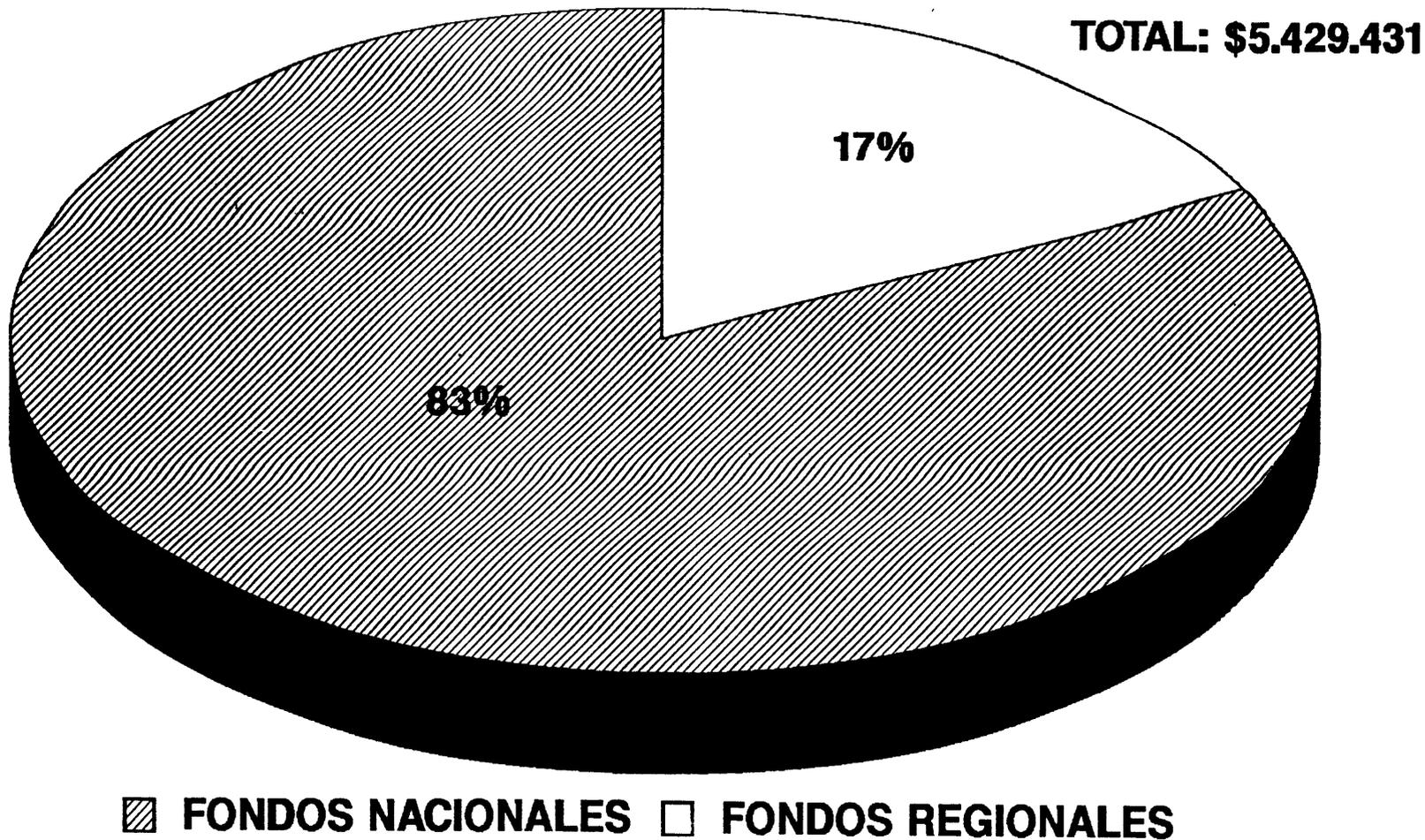
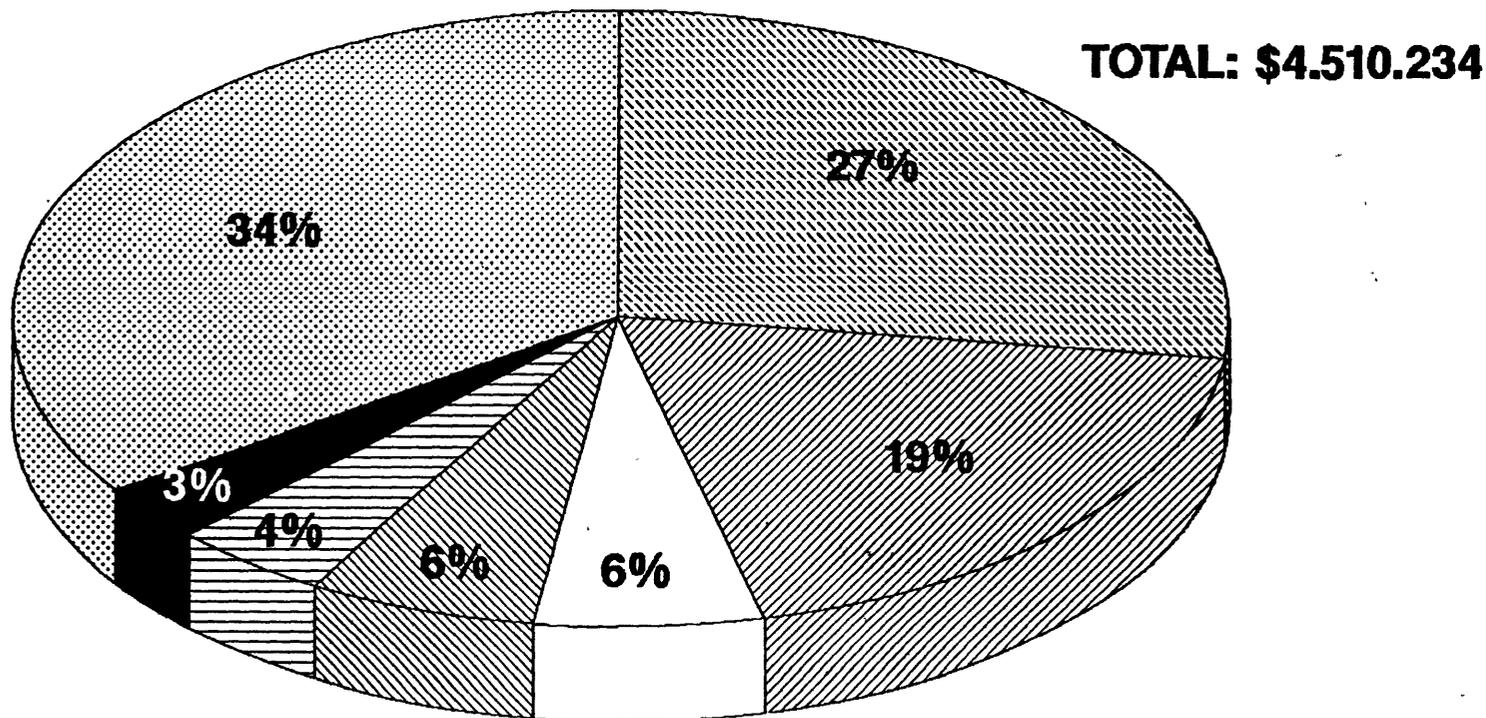
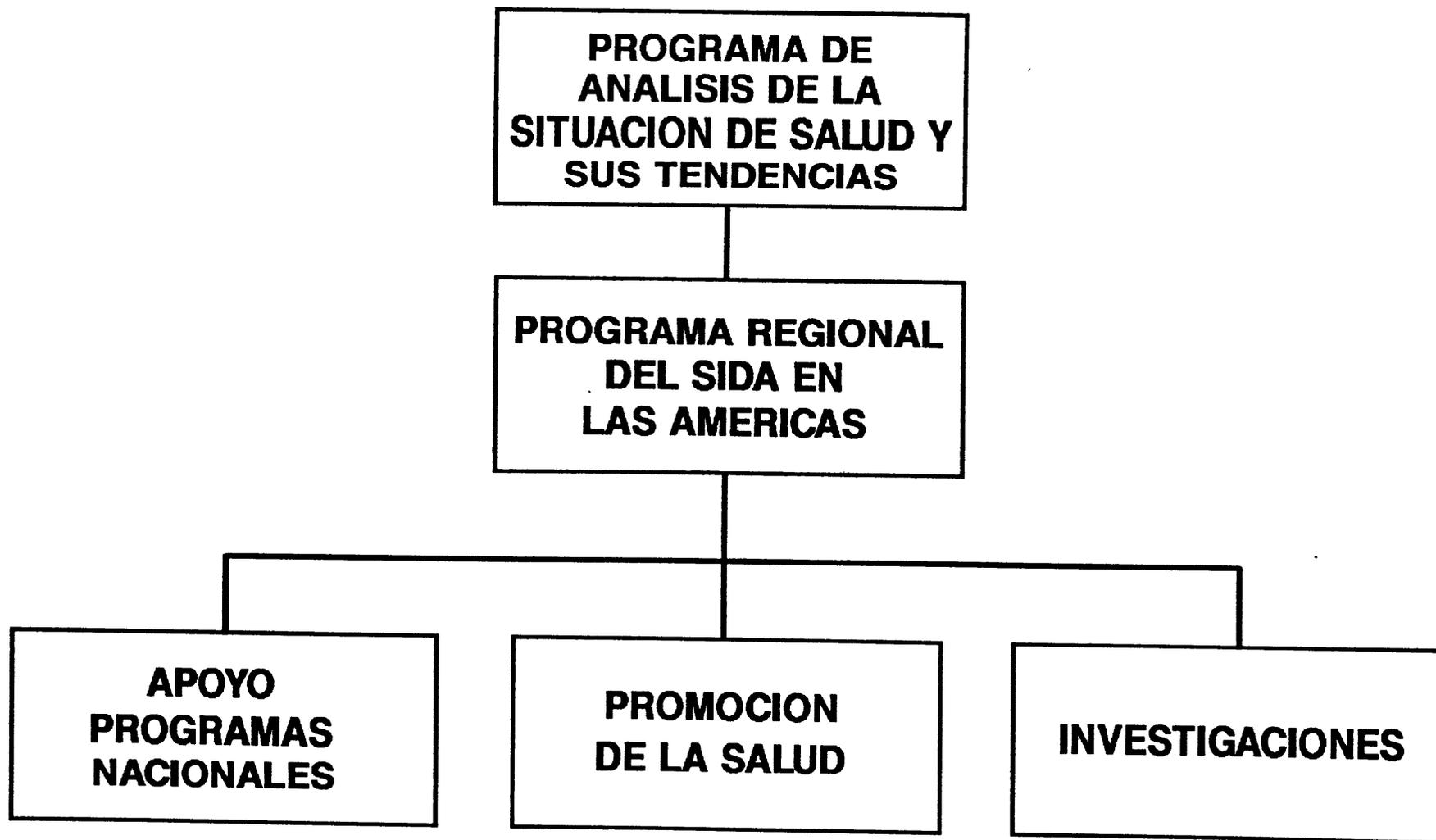


FIGURA 8
EL SIDA EN LAS AMERICAS.
FONDOS ASIGNADOS AL SIDA
POR SUBREGION, 1988



- | | |
|--|--|
|  CARIBE |  MEXICO |
|  CARIBE LATINO |  AREA ANDINA |
|  CONO SUR |  BRASIL |
|  ISTMO CENTROAMERICANO | |

FIGURA 9
PROGRAMA GLOBAL DEL SIDA EN LAS AMERICAS
ORGANIGRAMA



CUADRO 1

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Numero de casos por millón de habitantes 1986 a 1988
 y porcentaje aumento en 1987-1988

	CASOS/MILLON			% DE AUMENTO 1987-1988
	1986	1987	1988	
Total	<u>29.4</u>	<u>42.6</u>	<u>42.4</u>	<u>0</u>
Latinoamérica	4.6	9.3	10.3	11
Area Andina	1.4	2.8	3.9	39
Cono Sur	0.8	2.6	5.0	92
Brasil	6.3	12.6	13.7	9
Istmo Centroamericano	2.4	5.2	10.9	110
México	5.6	9.3	6.7	-28
Caribe Latino	13.6	34.8	38.4	10
Caribe	35.0	53.9	60.8	13
Norteamérica	66.9	93.5	91.8	-2

CUADRO 2

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Número de países que notifican transmisión heterosexual y
 porcentaje de casos transmitidos sexualmente

% TRANSMISION HETEROSEXUAL	NO. DE PAISES Y TERRITORIOS	
	1987	1988
0	10	3
1 - 25	11	12
26 - 50	3	10
51 - 75	4	4
76 - 100	10	7
Se desconoce	<u>8</u>	<u>10</u>
Total	46	46

CUADRO 3

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Razón de casos notificados del SIDA en
 hombres y mujeres. Número de países, 1987 y 1988

RAZON CASOS HOMBRES-MUJERES	NO. DE PAISES Y TERRITORIOS	
	1987	1988
Menos de 3:1	11	10
De 3:1 a menos de 6:1	4	6
De 6:1 a menos de 9:1	2	6
De 9:1 a menos de 12:1	0	1
Mas de 12:1	21	13
No hay datos	3	7
Se desconoce	<u>5</u>	<u>3</u>
Total	46	46

CUADRO 4

TASAS DE SEROPREVALENCIA DE INFECCION POR VIH ENTRE DONANTES
 DE SANGRE EN ALGUNOS PAISES DE LAS AMERICAS

<u>PAIS</u>	<u>NUMERO DE CASOS ESTUDIADOS</u>	<u>% INFECTADO</u>
Argentina	28.176	0,04
Brasil	11.807	0,09-7,0
Canadá	1.17 millón	0
CAREC*	37.713	0,61
Colombia	38.077	0,009
Costa Rica	38.000	0,11
Cuba	388.480	0,004
EUA	12.6 millones	0,020
Guadalupe	9.356	0,17
Jamaica	5.724	0,23
Martinica	10.109	0,20
México	700.000	0,01-7,3
Panamá	6.279	0,06
Perú	24.237	1,20
República Dominicana	1.480	1,62
Trinidad y Tabago	6.407	0,92
Venezuela	1.508	0,07

* Centro de Epidemiología del Caribe, Trinidad

CUADRO 5

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Porcentaje de transmisión por productos sanguíneos
 en los países, 1987 y 1988

% TRANSMISION POR PRODUCTOS SANGUINEOS	NO. DE PAISES Y TERRITORIOS	
	<u>1987</u>	<u>1988</u>
0	17	24
1 - 5	13	10
6 - 10	6	2
Más de 10	2	0
Se desconoce	8	10
Total	<u>46</u>	<u>46</u>

CUADRO 6

EL SIDA EN LAS AMERICAS
ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DEL SIDA

1. Colaboración técnica directa
2. Difusión de información
3. Adiestramiento
4. Investigación
5. Coordinación internacional
6. Movilización de recursos

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



103a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1989

Tema 4.5 del programa provisional

CE103/24, ADD. I (Esp.)
21 junio 1989
ORIGINAL: INGLES

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

Desde que fue preparado el Documento CE103/24, la información notificada a la Organización Panamericana de la Salud ha sido actualizada y se resume en el Cuadro 1. También las Figuras 1 y 2 han sido modificadas a fin de reflejar la nueva información.

Sírvase sustituir el siguiente párrafo del Documento CE103/24 por el primer párrafo de la Sección 2.1, "Vigilancia regional".

2.1 Vigilancia regional

De los 46 países y territorios de las Américas, solamente uno, Monserrat, aún no ha notificado casos de SIDA o una persona infectada con el virus del SIDA. Actualmente, el virus está presente y es transmitido en todos los demás países y territorios de esta Región. Al 1 de marzo de 1989, se había notificado a la Organización Panamericana de la Salud un número total de 115.043 casos del SIDA (Figura 1), desde que se dió inicio al proceso de vigilancia en 1983. América del Norte notificó el mayor número de casos, a saber 99.994, la mayoría de los cuales ocurrieron en los Estados Unidos de América. México ha notificado 2.351 casos, mientras que el Caribe Latino, que comprende Cuba, Haití y la República Dominicana, ha notificado un número aún mayor, a saber 2.948. Los países del Istmo Centroamericano han notificado 572 casos y los países del Caribe, 1.377. El Brasil ha reportado la presencia de 6.421 casos, mientras que la Región Andina y el Cono Sur han notificado 841 y 530 casos, respectivamente. Al igual que antes, cinco países--los Estados Unidos de América, Brasil, Canadá, Haití y México--siguen contribuyendo más del 95% de todos los casos en la Región (Figura 2).

CUADRO 1

NUMERO TOTAL DE DEFUNCIONES Y CASOS DEL SIDA
 NOTIFICADOS POR LAS SUBREGIONES Y LOS PAISES DE LAS AMERICAS
 AL 15 DE JUNIO DE 1989

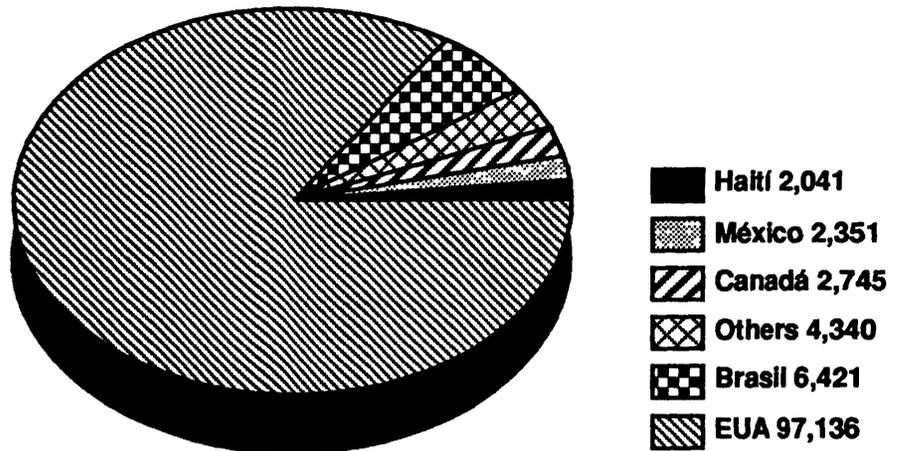
	Número de casos ^a	Número de defunciones
TOTAL PARA LA REGION	115.034	64.061
AMERICA LATINA ^b	13.663	5.146
REGION ANDINA	841	426
Bolivia	16	12
Colombia	308	98
Ecuador	45	26
Perú	156	82
Venezuela	316	208
CONO SUR	530	260
Argentina	342	170
Chile	125	52
Paraguay	12	8
Uruguay	51	30
BRASIL	6.421	3.201
ISTMO CENTROAMERICANO	572	277
Belice	11	8
Costa Rica	106	52
El Salvador	71	27
Guatemala	47	36
Honduras	250	108
Nicaragua	3	3
Panamá	84	43
MEXICO	2.351	602
CARIBE LATINO ^c	2.948	380
Cuba	51	12
Haití	2.041	297
República Dominicana	856	71
CARIBE	1.377	813
Anguila	3	0
Antigua	3	2
Antillas Holandesas	26	16
Bahamas	308	156
Barbados	84	60
Dominica	6	6
Granada	11	5
Guadalupe	86	46
Guyana	56	25
Guyana Francesa	131	78
Islas Caimán	4	2
Islas Turcas y Caicos	7	6
Islas Vírgenes Británicas	1	0
Islas Vírgenes (EE.UU.)	54	26
Jamaica	96	61
Martinica	58	25
Montserrat	0	0
San Cristóbal y Nieves	18	9
Santa Lucía	11	8
San Vicente y Granadinas	14	6
Suriname	11	11
Trinidad y Tabago	389	265
AMERICA DEL NORTE	99.994	58.102
Bermuda	113	84
Estados Unidos de América ^c	97.136	56.442

- a) Cualquier diferencia o cambio en la definición de los casos podría resultar en discrepancias en relación con otros datos publicados.
 b) Guyana Francesa, Guyana y Suriname han sido incluidos en el Caribe.
 c) Puerto Rico ha sido incluido en los Estados Unidos de América.

Figura 1.
VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
Número de casos notificados hasta el 15 junio de 1989
Total 115,034



Figura 2.
VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
Número acumulativo de casos por país
Notificados al 15 de junio de 1989



comité ejecutivo del
consejo directivo

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



103a Reunión
Washington D.C.
Junio-Julio 1989

Tema 4.5 del Programa Provisional

CE103/24, ADD. II (Esp.)
26 junio 1989
ORIGINAL: INGLES

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

1. Introducción

El Consejo Directivo, en su XXXIII Reunión de septiembre de 1988, aprobó la Resolución IX, en la cual solicita al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana "estudiar la factibilidad de establecer un fondo rotatorio para la adquisición de reactivos, equipos y otros materiales críticos en apoyo de los Países Miembros para la ejecución de sus planes de acción contra el SIDA".

En el interin, el Director convocó a un Grupo de Trabajo ad hoc constituido por el Director de Administración, el Jefe de Finanzas y Contabilidad, el Jefe del Departamento de Compras y el Coordinador del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, con el fin de estudiar la factibilidad de establecer un fondo rotatorio. El grupo examinó la experiencia general de la OPS con los fondos rotatorios que se han establecido para otros fines; estudió el número de pedidos de agentes reactivos y de prueba y otros materiales, formulados por los países; examinó la disponibilidad de fondos de los Programas Nacionales sobre el SIDA para adquirir material de laboratorio, y pidió a algunos Gobiernos Miembros de la OPS su opinión sobre el fondo rotatorio para la adquisición de materiales para el SIDA. Esos países fueron Chile, Costa Rica, México, Brasil y Trinidad y Tobago. Se recibió respuesta de Chile, Brasil y Costa Rica.

2. Materiales comprados por medio de la OPS

Durante 1988 el Programa Regional sobre el SIDA estimó que la OPS efectuaría la compra de 4 a 6 millones anuales de pruebas de SIDA para los países miembros en América Latina y el Caribe. La mayor parte de ese material de prueba se utilizaría para tamizar los donantes de sangre. Se consideró que era un estimado conservador, y de acuerdo con esa cifra la OPS inició negociaciones con varios proveedores comerciales en base a un contrato de precio fijo. Se juzgó que un contrato a precio fijo proporcionaría precios más favorables mediante el poder adquisitivo combinado. No obstante, para mediados del mes de diciembre de 1988 el Departamento de Compras de la OPS había pedido un volumen total de 580.000 pruebas aproximadamente. Un sólo país, Brasil, había pedido 500.000 pruebas.

Es evidente que la mayor parte del material de prueba de SIDA se está comprando a nivel nacional de las compañías subsidiarias de los grandes proveedores comerciales internacionales. Sin embargo, no está claro por qué la mayor parte de los países compran en el mercado local a precios más altos. Los registros de la OPS muestran que sólo un pequeño porcentaje del número total de pruebas de SIDA que se utilizan se adquieren actualmente por medio de la OPS.

3. Apoyo para los componentes de laboratorio de los programas nacionales sobre el SIDA

Hasta la fecha se ha suministrado a los programas nacionales de prevención y control del SIDA más de US\$1,2 millones para la adquisición de material de laboratorio. Esos fondos están en "cuentas en dólares" y se han utilizado para adquirir suministros por medio de la OPS. La OPS espera que a medida que se desarrollen planes nacionales a largo plazo contra el SIDA, el Programa Global sobre el SIDA y otros donantes bilaterales continuarán proporcionando los fondos para adquirir agentes reactivos y equipo de laboratorio. Por tanto, los países probablemente no tengan gran dificultad en obtener los suministros y el equipo necesarios, ya que la conversión de divisas y la disponibilidad de dólares no constituyen un problema.

4. Consulta con los Gobiernos Miembros

Como se mencionó antes, la OPS pidió la opinión a cinco países y recibió respuesta de tres. Chile indicó que las autoridades nacionales estaban interesadas en el fondo rotatorio para la adquisición de materiales y suministros para el tamizaje de sangre. Las autoridades del Brasil señalaron su deseo de participar en el fondo rotatorio. Costa Rica envió la respuesta más completa, expresando su alto interés en participar en el fondo rotatorio y ofreciendo coordinar el programa para la América Central.

5. Resumen

El Grupo de Trabajo ad hoc observó: 1) la disponibilidad de fondos ya asignados a los planes nacionales para la adquisición de reactivos y material de laboratorio; 2) que a pesar de los precios sumamente bajos que se pueden obtener por medio de la OPS hasta la fecha la OPS ha efectuado un volumen relativamente pequeño de compras, y 3) que ya existen los mecanismos para satisfacer las necesidades de los países en cuanto a la adquisición de suministros y materiales.

Después de evaluar todos los factores, el Grupo ha determinado que el establecimiento de un fondo rotatorio para la adquisición de reactivos y material de laboratorio para el SIDA no redundaría en grandes beneficios, que existen razones de peso para no instituirlo y, por tanto, recomienda al Comité Ejecutivo que no establezca ese fondo.