



XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1990

Tema 5.10 del programa provisional

CSP23/12 (Esp.)

29 julio 1990

ORIGINAL: ESPAÑOL

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

Debido a que la infección con VIH y el SIDA representan una carga cada vez mayor para los servicios sociales y de salud de los Países Miembros, a la situación cambiante de la epidemiología del SIDA y la infección con VIH en la Región, y al estado actual de las actividades nacionales y regionales para la prevención y control del SIDA en la Región de las Américas, el Secretariado presentó al Comité Ejecutivo, en su 105a Reunión, un análisis de las actividades emprendidas por el Programa Regional del SIDA en apoyo a los esfuerzos realizados a nivel nacional.

En la discusión que siguió a la presentación del informe del Secretariado (Documento CEI05/7 y ADD. I) se señalaron algunos aspectos que no resultaban suficientemente explícitos en el documento, relacionados a: educación y utilización eficiente de los medios de comunicación; desarrollo tecnológico y control de calidad para el diagnóstico serológico; atención médica; participación activa de la OPS en la movilización de fondos para los programas nacionales y gerencia de los mismos, y la integración del Programa Regional contra el SIDA y de los programas nacionales a nivel regional, interpaís, e intra e intersectorial, y con otros programas relacionados. Se enfatizó la necesidad de expresar con mayor nivel de precisión las metas para el control y prevención de SIDA en la Región de las Américas. La sesión concluyó con la expresión del deseo de que el documento sea revisado para darle mayor claridad en los aspectos señalados por los participantes de la Reunión y, sobre todo, para enunciar con mayor precisión las metas para lograr la prevención del SIDA en la Región de las Américas.

En el documento revisado (anexo) se han introducido los cambios sugeridos por el Comité Ejecutivo. En especial, se precisaron las metas del Programa contra el SIDA en la Región de las Américas. También se realizaron cambios en lo referente a movilización de recursos y gerencia para la ejecución de los planes nacionales; diversos aspectos de educación e investigación, y atención integral al paciente infectado.

Se pide a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que revise este documento, analice la situación de la epidemia del SIDA en las Américas, y decida sobre las metas para 1990-1991. Finalmente, se solicita a la Conferencia que considere la resolución recomendada por el Comité Ejecutivo, que se transcribe a continuación:

LA 105a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CE105/7 y ADD. I),

RESUELVE:

Recomendar a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución en los términos siguientes:

LA XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (Documento CSP23/12);

Tomando nota de la situación cambiante de la epidemiología del SIDA y la infección por VIH en la Región y el estado de las actividades nacionales y regionales para la prevención del SIDA en la Región;

Considerando las importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la pandemia del SIDA y las prolongadas repercusiones que ha de tener en los programas de salud y los servicios sociales en las Américas, y

Consciente de las necesidades financieras y técnicas para velar por la realización de esfuerzos prolongados y sostenidos para prevenir la transmisión sexual, por la sangre y hemoderivados y perinatal del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el contexto socioeconómico de cada Gobierno Miembro,

RESUELVE:

1. Apoyar las metas del programa contra el SIDA en las Américas, tal como se presentan en el Documento CSP23/12.
2. Instar a los Gobiernos Miembros a que identifiquen y movilicen recursos internos y externos adecuados para velar por la participación multisectorial, gubernamental y no gubernamental continua y eficiente en la prevención y control del SIDA a nivel nacional.
3. Solicitar al Director de la OSP, en coordinación con PGS/OMS, que refuerce la capacidad regional de gerencia y movilización de recursos en apoyo de los programas nacionales de prevención del SIDA.

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
EN LAS AMERICAS

INDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION	1
2. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS	1
2.1 Transmisión del virus de la inmuno- deficiencia humana (VIH).	1
2.2 Adelantos recientes en las investigaciones sobre el SIDA y en la prevención del SIDA	7
3. DESARROLLO DE PROGRAMAS PARA COMBATIR EL SIDA EN LAS AMERICAS.	7
4. PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA EN LAS AMERICAS	9
4.1 Objetivos	9
4.2 Estrategias	9
4.3 Actividades	10
4.4 Organización.	10
5. LOGROS DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS CON LOS PAISES MIEMBROS.	12
6. METAS PARA 1990-1991	14

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

1. INTRODUCCION

La epidemia del SIDA continúa difundiéndose en todo el mundo. Al 29 de julio de 1990, 156 países habían notificado oficialmente un total acumulado de 266.098 casos del SIDA al Programa Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre el SIDA (PMS). El PMS estima que el número acumulado real de casos del SIDA hasta la fecha excede de 600.000, o sea, 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 ese virus.

2. EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

La totalidad de los 46 países y territorios de las Américas ha notificado casos de SIDA o de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. Al 29 de julio de 1990, se había comunicado un total de 165.934 casos del SIDA a la Organización Panamericana de la Salud desde que se inició la vigilancia en 1983. América del Norte declaró el número más elevado de casos, a saber, 140.289 la mayoría de los cuales ocurrieron en los Estados Unidos de América. México ha notificado 4.416 casos, mientras que los países del Caribe Latino, compuesto por Cuba, Haití y la República Dominicana, han declarado un total de 3.781. Los países del Istmo Centroamericano han notificado 1.417 casos, y los del Caribe de habla inglesa, 2.153. El Brasil ha comunicado 11.080 casos, en tanto que el Area Andina y el Cono Sur han notificado 1.824 y 974 casos, respectivamente. Al igual que antes, los casos de cinco países, Estados Unidos de América, Brasil, Canadá, Haití y México, siguen constituyendo más del 95% del total de la Región. El Cuadro 1 muestra los casos de SIDA por año en todos los Países Miembros.

Sin embargo, es importante recordar que la distribución geográfica de los casos del SIDA no es homogénea y que algunos de los territorios e islas más pequeños del Caribe tienen un número excesivo de casos en proporción a sus poblaciones. Lo mismo se aplica a los países más extensos, donde la mayoría de los casos todavía se concentra en las zonas urbanas, o en algunos estados y provincias. Por otro lado, la tasa de aumento de casos ha sido muy similar en América del Norte, América Latina y el Caribe, y la única diferencia ha sido el momento en que se iniciaron el reconocimiento y la notificación de los casos.

2.1 Transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

En las Américas, al igual que en todas partes del mundo, hay sólo tres maneras por las cuales se transmite el VIH, a saber: 1) a través del contacto sexual entre dos hombres, o entre un hombre y una mujer; 2) por vía parenteral, por la sangre, los productos sanguíneos, los

CUADRO 1

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES
Al 29 de julio de 1990

SUBREGION País	Casos					Total casos acum.	Total funciones	Fecha del informe más reciente
	hasta 1986	Casos 1987	Casos 1988	Casos 1989	Casos 1990			
TOTAL DE LA REGION	44952	32341	39386	41171	8121	165934	96072	—
AMERICA LATINA (a)	3687	4478	6586	7722	1050	23492	9243	—
AREA ANDINA	229	323	465	727	110	1824	884	—
Bolivia	3	2	3	3	0	11	7	30 Jun 89
Colombia	84	119	105	335	0	643	333	31 Dic 89
Ecuador	15	19	25	15	7	79	56	31 Mar 90
Perú	37	60	68	117	70	324	122	31 Mar 90
Venezuela	90	123	284	257	33	787	366	31 Mar 90
CONO SUR	100	128	259	353	134	974	391	—
Argentina	69	72	174	251	85	651	242	30 Jun 90
Chile	22	41	55	60	0	178	71	31 Dic 89
Paraguay	1	6	2	4	3	16	13	31 Mar 90
Uruguay	8	9	28	38	48	129	65	30 Jun 90
BRASIL	1568	2077	3314	3708	415	11080	5555	31 Mar 90
ISTMO CENTROAMERICANO	87	155	309	538	329	1417	629	—
Belice	1	6	4	0	0	11	8	31 Sep 88
Costa Rica	20	23	52	58	18	169	96	31 Mar 90
El Salvador	7	16	48	94	27	192	38	31 Mar 90
Guatemala	18	16	13	18	27	92	58	30 Jun 90
Honduras	15	68	130	301	231	743	306	30 Jun 90
Nicaragua	1	0	2	2	3	7	4	30 Jun 90
Panamá	25	28	60	67	23	203	121	30 Jun 90
MEXICO	793	997	1192	1434	0	4416	1270	31 Dec 89
CARIBE LATINO (b)	910	798	1047	984	62	3781	514	—
Cuba	0	27	24	12	0	63	29	31 Mar 90
Haití	795	477	731	453	0	2456	297	31 Dic 89
Republica Dominicana	115	294	292	499	62	1262	188	31 Mar 90
CARIBE	462	387	525	716	69	2153	1261	—
Anguila	0	0	3	1	1	5	1	30 Jun 90
Antigua	2	1	0	0	0	3	3	31 Mar 89
Antillas Neerlandesas	0	23	16	2	0	41	16	30 Jun 89
Bahamas	86	90	93	168	0	437	229	31 Dic 89
Barbados	32	24	15	40	18	127	97	30 Jun 90
Dominica	0	6	1	3	0	10	10	31 Dic 89
Grenada	3	5	3	5	1	17	15	31 Mar 90
Guadalupe	47	41	47	47	0	182	85	31 Dic 89
Guayana Francesa	78	25	34	54	0	191	118	31 Dic 89
Guyana	0	10	34	40	12	96	43	31 Mar 90
Islas Caimán	2	1	1	1	0	5	5	31 Dic 89
Islas Turcas y Caicos	3	4	1	0	0	8	4	31 Dic 88
Islas Vírgenes (EUA)	7	0	32	35	0	74	31	31 Mar 90
Islas Vírgenes (RU)	0	0	1	0	0	1	0	31 Mar 90
Jamaica	11	33	30	66	10	150	80	31 Mar 90
Martinica	25	21	25	44	10	125	65	31 Mar 90
Montserrat	0	0	0	1	0	1	0	30 Jun 89
San Cristóbal-Nieves	1	0	17	0	0	18	9	31 Dic 89
San Vicente y las Granadinas	3	5	8	6	0	22	12	31 Dic 88
Santa Lucía	3	7	2	4	0	16	10	31 Mar 89
Suriname	4	5	4	35	19	67	52	30 Jun 89
Trinidad y Tabago	155	86	158	164	0	557	376	31 Dic 89
AMERICA DEL NORTE	40803	27476	32275	32733	7002	140289	85568	—
Bermuda	51	21	28	35	0	135	102	31 Dic 89
Canada	1151	833	919	919	128	3950	2321	30 Jun 90
Estados Unidos (b)	39329	26313	30514	28007	821	124984	83145	30 Jun 90

(a) Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen bajo el Caribe.

(b) Puerto Rico se incluye con los Estados Unidos.

trasplantes de órganos, el uso de jeringas, agujas y otros instrumentos contaminados, y 3) por transmisión perinatal, de una madre infectada a su hijo.

Inicialmente, los casos de SIDA en América Latina y el Caribe se notificaron entre hombres homosexuales y bisexuales con antecedentes de viajes fuera de América Latina y el Caribe. Con una frecuencia creciente, este patrón está cambiando hacia la transmisión heterosexual y hoy en día es posible observar dos patrones diferentes de transmisión sexual en las Américas.

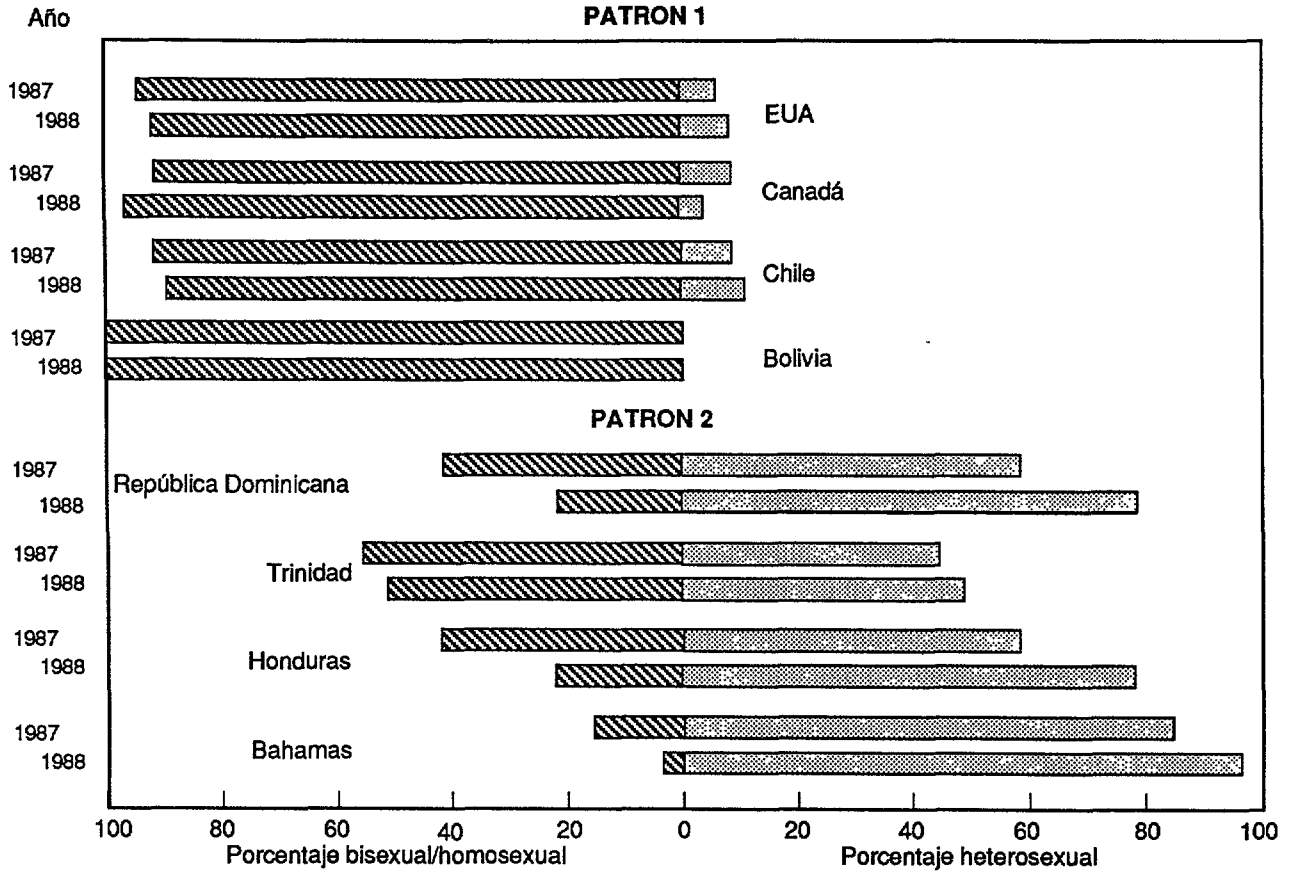
En la Figura 1 se ve claramente el contraste entre los dos patrones que se encuentran en la Región. El patrón 1 se presenta en los países en los que la enfermedad es transmitida por hombres homosexuales/bisexuales, tal como se observa en cuatro países representativos, Estados Unidos de América, Canadá, Chile y Bolivia. El patrón 2 se caracteriza por la transmisión heterosexual, según se halló en la República Dominicana, Trinidad y Tabago, Honduras y Bahamas. A medida que transcurre el tiempo, se observará en más y más países el paso del patrón 1 al patrón 2. Como consecuencia directa de este desplazamiento hacia la transmisión heterosexual se producirá un incremento en la transmisión perinatal del SIDA y una mayor diseminación de la epidemia entre la comunidad heterosexual.

La transmisión a través de la sangre sigue siendo un problema importante en las Américas. Muchos países no cuentan con un suministro de sangre no infectada con VIH, ya que la infraestructura básica de los servicios de transfusión no permite el tamizaje del 100% de la sangre utilizada en transfusiones. La prevalencia de anticuerpos del VIH entre los donantes de sangre es sumamente variable, según se indica en el Cuadro 2.

La transmisión del virus del SIDA por el uso de agujas y jeringas contaminadas entre los farmacodependientes y por el uso de equipo médico mal esterilizado parece ser menos importante en la mayoría de los países de la Región. Sin embargo, la transmisión del VIH por vía intravenosa entre los farmacodependientes está aumentando con rapidez en varias ciudades de América Norte y del Sur y en algunos de los territorios más pequeños del Caribe.

El Cuadro 3 resume la prevalencia de la infección por el VIH en diferentes grupos de población según su comportamiento de riesgo. Los estudios sobre los hombres homosexuales han revelado que la prevalencia del VIH varía de 9,4 a 20,3%. Como se observa en ese cuadro, el consumo de drogas por vía intravenosa es un fenómeno que no ha sido suficientemente estudiado. Sin embargo, existen indicios que permiten suponer que en ciertas áreas éste es un factor determinante de alta prevalencia de infección.

Figura 1
VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS
Comparación entre la transmisión bisexual/homosexual y la heterosexual
1987 - 1988



CUADRO 2

PREVALENCIA DEL VIH EN DONANTES DE SANGRE
Ciudades Latinoamericanas Seleccionadas

CIUDAD, FECHA	TAMAÑO DE LA MUESTRA	TASA DE PREVALENCIA %
Ciudad de Panamá, 1986 PANAMA	7720	0.2
7 ciudades, 1987 COLOMBIA	38077	0.1
Buenos Aires, 1987 ARGENTINA	9810	0.1
Ciudad de México, 1986-87 Puebla, 1985-86 MEXICO	319153 1362	0.7 0.7
Rio de Janeiro, 1985-87 Sao Paulo, 1985-86 BRASIL	21679 22245	0.2 0.2

Datos compilados por la Oficina de Censo de los Estados Unidos de América, 1989.

**SEROPREVALENCIA POR GRUPOS DE RIESGO
EN LAS SUBREGIONES**

SUBREGION	HOMOSEXUALES/BISEXUALES	FARMACODEPENDIENTES POR VIA INTRAVENOSA
Andina	20.3% (n=128)	n.d.
Brasil	12.3% (n=283)	48.9% (n=366)
América Central	9.4% (n=668)	n.d.
México	21.1% (n=3370)	n.d.
Caribe Latino	15.1% (n=233)	n.d.
Cono Sur	11.7% (n=556)	35.6% (n=1302)

Oficina de Censo de los Estados Unidos de América, 1989 (promedios agrupados)

A nivel mundial, se estima que cinco millones de personas están ya infectadas por el VIH. Sobre la base del conocimiento actual de la historia natural de la infección por el VIH y empleando una proyección de Delphi, los expertos internacionales han predicho que aunque pudiéramos detener la transmisión del VIH ahora, cabría esperar sin embargo de cinco a seis millones de casos del SIDA en todo el mundo para el año 2000. Si la transmisión del VIH no se reduce en gran medida o se detiene, el número de personas infectadas puede superar los 16 millones en ese mismo año. Indudablemente, el costo de la atención médica y los servicios sociales requeridos por el número cada vez mayor de pacientes con el SIDA y de personas infectadas por el VIH representarán un importante desafío para el logro de las metas de Salud para Todos en el Año 2000 en muchos países de la Región y del mundo.

2.2 Adelantos recientes en las investigaciones sobre el SIDA y en la prevención del SIDA

Durante el último año, los adelantos en el conocimiento científico relacionado con el SIDA y la infección por el VIH no han sido tan notables como en años anteriores. Sin embargo, se ha logrado un progreso constante en varios campos, entre otros, el diagnóstico y el manejo de personas infectadas por el VIH mediante análisis de laboratorio más complejos, como la detección de IgA en el SIDA perinatal, la reacción en cadena de la polimerasa y el uso generalizado de indicadores de pronóstico como la cuenta de las células CD4; el desarrollo de un sistema de determinación de estadios del VIH; la realización de pruebas clínicas de medicamentos reconocidos y prometedores (AZT, ddC, ddI, interferón) en las primeras etapas de la infección y en grupos de edad pediátrica; una mejor comprensión de la regulación de los genes del VIH; la interacción entre la infección por el VIH y otros agentes infecciosos; la evaluación inicial de otras vacunas experimentales y de inmunomoduladores. Sin embargo, la cura del SIDA y la prevención primaria de la infección por el VIH mediante la vacunación siguen eludiendo los esfuerzos de los investigadores.

Por otro lado, las investigaciones sobre las intervenciones educativas y la evaluación de las mismas han empezado a mostrar que los cambios de conducta son posibles y que quizás pueden ser duraderos en algunos grupos específicos de población. Finalmente, en los países en desarrollo se están realizando cada vez más investigaciones epidemiológicas biomédicas, clínicas, de la conducta y económicas para responder a las preguntas pertinentes a la prevención del SIDA en esos entornos específicos.

3. DESARROLLO DE PROGRAMAS PARA COMBATIR EL SIDA EN LAS AMERICAS

Los programas para combatir el SIDA en las Américas comenzaron en 1986, cuando se iniciaron las actividades de emergencia para el control de esa enfermedad. Esta etapa incluyó el financiamiento de emergencia proporcionado por el Programa Mundial sobre el SIDA para las actividades

en los países. La OPS asistió a los Países Miembros para que desarrollaran tanto sus estrategias de emergencia como los programas a corto plazo para el control del SIDA, brindándoles financiamiento a un año para esas actividades. Al mediados de 1988 todos los países habían recibido algún financiamiento para sus actividades de control del SIDA, y en 1989 se aprobó y financió el último de los planes a corto plazo. A medida que se hizo evidente que el problema persistiría durante largo tiempo, las actividades coordinadas de control a mediano plazo también adquirieron carácter prioritario. La etapa del plan a corto plazo se continuó con el plan a mediano plazo consistente en detallar las actividades nacionales en un marco de planificación de tres años. Esos planes han sido elaborados por 35 Países Miembros.

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

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

Se ha hecho cada vez más hincapié en la contribución nacional a la programación de las actividades relacionadas con el SIDA. La lucha contra el SIDA requiere que los países se comprometan sin claudicaciones y asignen recursos nacionales a esta área prioritaria. Al mismo tiempo, debe existir un equilibrio entre las exigencias de las actividades de lucha contra el SIDA y las necesidades de atención de salud y prevención de enfermedades de otros problemas y condiciones de salud. Es evidente que la mayor parte de los recursos asignados a las actividades de control del SIDA son recursos nacionales. Se estima que la contribución financiera del PMS a los programas nacionales representa aproximadamente el 20% del dinero gastado en esos programas procedente de fuentes nacionales e internacionales.

4. PROGRAMA MUNDIAL SOBRE EL SIDA EN LAS AMERICAS

La OPS continúa llevando a cabo el Programa Mundial sobre el SIDA en las Américas. Desde 1987, la OPS ha promovido el establecimiento de programas nacionales de prevención y control del SIDA en los principales territorios y países de la Región de las Américas, de conformidad con las normas del PMS/OMS. Para esta tarea, se han destinado más de US\$15 millones de los recursos del PMS al apoyo directo de los programas nacionales y más de \$5 millones, a las actividades regionales. Durante este período, el esfuerzo regional ha pasado del apoyo en situaciones de emergencia y de corto plazo a objetivos de más largo alcance para los próximos tres a cinco años, específicamente la elaboración de planes nacionales a mediano plazo y la consolidación de la capacidad regional para proporcionar liderazgo y colaboración técnica a los Países Miembros.

4.1 Objetivos

La primera prioridad del Programa del SIDA es mejorar la calidad y la intensidad de la colaboración técnica con los países para consolidar los programas nacionales existentes. Los objetivos principales del programa son:

- a) Prevenir la transmisión sanguínea, sexual y perinatal del VIH;
- b) Reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con la infección por el VIH;
- c) Disminuir la repercusión de la infección por el VIH en las personas, los grupos y las sociedades.

La segunda prioridad regional importante es consolidar la gestión del programa, movilizar los recursos humanos y financieros, y proveer liderazgo y coordinación para la prevención del SIDA en las Américas.

4.2 Estrategias

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

Otra estrategia ha sido la difusión de información técnica sobre los aspectos epidemiológicos, biológicos, clínicos, de laboratorio, educativos y de la conducta, tanto del SIDA como de la infección por VIH.

4.3 Actividades

Se logró completar casi el 100% de las actividades del programa del PMS/Américas planificadas para 1989. El nivel de ejecución del presupuesto de 1989 fue del 85%.

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

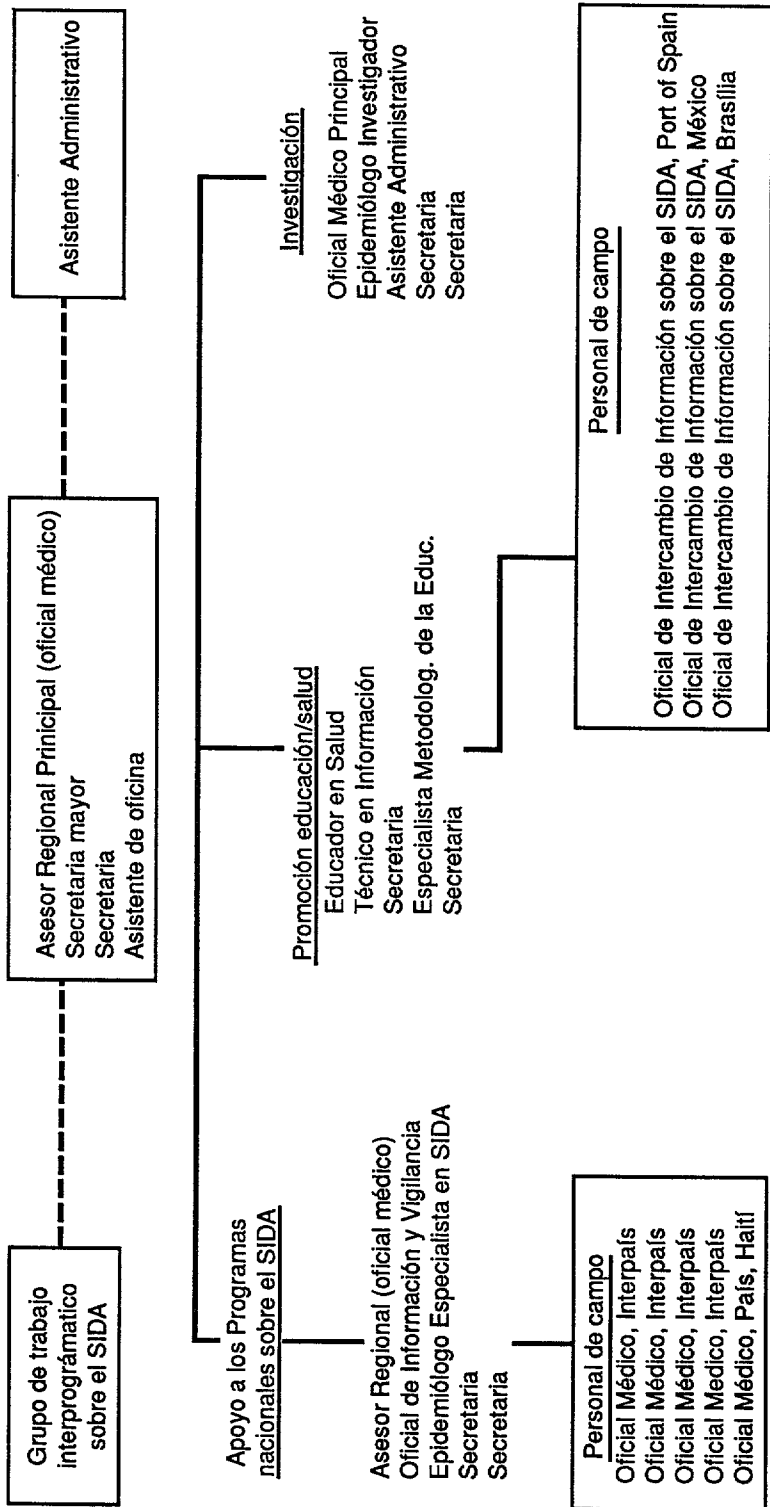
4.4 Organización

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

La dirección del programa y la coordinación de las actividades son incumbencia del Asesor Regional Principal (SRA) sobre SIDA/ETS, con la coordinación general del Coordinador del Programa (HST). La oficina del Asesor Regional Principal es también responsable de las iniciativas especiales (por ejemplo, el fortalecimiento de laboratorios, la iniciativa encaminada a asegurar el suministro de sangre inocua a nivel mundial, las teleconferencias, etc.) y de la coordinación del grupo interprogramático de la OPS sobre el SIDA y del grupo interinstitucional para la prevención del SIDA en las Américas.

Las principales áreas de actividades del programa del SIDA están a cargo de tres subunidades: Apoyo de Programas Nacionales (NPS), Promoción de la Salud (HPR), e Investigaciones (RES). Se adjunta el organigrama del Programa sobre el SIDA (Figura 2). Durante el último año la OPS inició un cambio en la dirección de los programas, al sustituir la modalidad de reacción ante situaciones de emergencia por un enfoque más consolidado de planificación y ejecución de actividades. Además del personal de Washington, hay cuatro asesores interpaíses que proporcionan cooperación técnica a los países del Caribe (designado en CAREC), Centroamérica y Panamá (designado en Costa Rica), los países andinos (designado en el Ecuador) y el Brasil y el Cono Sur (designado en el Brasil), así como un asesor de país en Haití. En otras palabras, el número total de profesionales permanentes es de 11, de los cuales seis están asignados a las oficinas de Washington y cinco se encuentran en países de la Región. Dos puestos permanentes se encuentran en proceso de selección de los candidatos que habrán de ocuparlos.

Figura 2
ORGANIGRAMA PROPUESTO
PERSONAL DEL PROGRAMA DE HST/SIDA



5. LOGROS DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS CON LOS PAISES MIEMBROS

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

En el proceso de desarrollo de dichos planes, la OPS ha realizado una movilización de recursos humanos que ha permitido proporcionar a los Países Miembros asistencia técnica en las áreas de gerencia y finanzas, epidemiología, educación y promoción de la salud y laboratorio. En 1989, 78 meses/hombre de trabajo fueron empleadas, bajo la modalidad de consultoría, para prestar colaboración en el desarrollo de los programas a mediano plazo. Más del 85% de los consultores pertenecen a la propia Región, excluyendo a los Estados Unidos de América, lo que refleja el fomento que se ha dado a la colaboración técnica entre países en desarrollo.

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

Actualmente, se están llevando a cabo actividades de revisión y reprogramación con los países y territorios del Caribe, que han iniciado el segundo año de actividades de los planes a mediano plazo. En una reunión de revisión y evaluación celebrada en Jamaica en el mes de marzo pasado, con la asistencia de 20 Países Miembros y territorios, se elaboró un plan concreto para ejecutar estas actividades en tiempo oportuno.

En términos generales, los planes de los programas nacionales continúan reflejando las cuatro estrategias principales para la prevención y control del SIDA, a saber: prevención de la transmisión sexual del VIH, prevención de la transmisión por la sangre o derivados, prevención de la transmisión perinatal y reducción del efecto de la epidemia del SIDA en las personas y grupos sociales. Los conocimientos de los equipos de consultores integrados por un epidemiólogo, un especialista en educación para la salud, un experto de laboratorio y un administrador, han contribuido a fortalecer la capacidad para poner en práctica estas estrategias.

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

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

El Programa proporciona información técnica y científica a los programas nacionales de prevención y control del SIDA. Entre las iniciativas especiales figuran el establecimiento de tres Centros de Comunicación, Información y Educación en México, en el Brasil y en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), administrado por la OPS, que recogerán y evaluarán información y materiales educativos sobre el SIDA del mayor número posible de países para difundirlos en otros Países Miembros y asistirlos en la formulación de sus programas nacionales de educación. Para distribuir información científica a los programas nacionales se utiliza la tecnología del disco compacto. Toda la bibliografía sobre el SIDA de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EUA, además de las versiones completas de artículos seleccionados de importantes revistas de todo el mundo han sido archivadas en discos compactos. La OPS continuará utilizando tecnología innovadora para promover la educación sobre el SIDA mediante la transmisión de la Tercera Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA que se llevará a cabo en un futuro cercano. Se espera que esta teleconferencia llegue a más de 50.000 agentes de atención de la salud en toda la Región de las Américas.

Como contribución a las actividades destinadas a la formación y capacitación técnica de profesionales en servicio y funcionarios de los programas nacionales, el Programa Regional ha organizado numerosos talleres principalmente en las áreas de promoción de la salud, orientación psicológica, vigilancia epidemiológica, técnicas y métodos de investigación, con participación de personal de todos los países de la Región.

Como parte de las actividades de investigación y en conformidad con los términos del contrato especial establecido con los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América (Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas), la OPS ha establecido programas de investigación sobre el SIDA en varios países. Una gran parte de las investigaciones ha estado orientada a obtener información que permita conocer los mecanismos de diseminación del VIH en los países de América Latina y el Caribe. Entre los objetivos de las investigaciones realizadas o en preparación se puede mencionar los siguientes: determinar la

seroprevalencia en diferentes grupos poblacionales; definir la extensión y consecuencias de la infección perinatal y la transmisión heterosexual e identificar tratamientos quimioprolácticos efectivos para prevenir las infecciones oportunistas asociadas al SIDA. Una de las investigaciones en estas áreas ha sido completada; tres de ellas se encuentran actualmente en desarrollo, y siete están siendo objeto de una evaluación científica. La OPS procura extender sus actividades de investigación más allá de la esfera biomédica e incluirá proyectos de investigación sobre comportamiento.

Con el fin de fomentar la coordinación internacional, la OPS organizó reuniones trimestrales a las que asistieron más de 40 representantes de diversos organismos internacionales e instituciones nacionales. Esto ha contribuido a coordinar el apoyo prestado a los Países Miembros de la OPS para la prevención y el control del SIDA.

Finalmente, mediante la estrategia de movilización de recursos y con la colaboración del PMS, la OPS ha obtenido de la OMS y de otros donantes recursos financieros para los países por un monto de \$20 millones desde el comienzo del programa. Estos fondos se han distribuido a 35 países y al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Durante el período 1987-1990, el 75% de esos fondos se distribuyó directamente a los países. La mayor parte se destinó a los países del Caribe (39%), mientras Brasil, el Istmo Centroamericano y el Caribe Latino recibieron 14, 11 y 11% respectivamente. Durante 1989 solamente, se aseguraron fondos por valor de \$5,4 millones para la prevención y control del SIDA en toda la Región. Del monto total, \$4,5 millones se encauzaron directamente a los países para apoyar sus programas. Las áreas del Caribe recibieron la cantidad mayor (34%), seguidas de Centroamérica (27%) y Brasil (19%).

Durante el segundo semestre de 1989 y el primero de 1990, se celebraron reuniones para movilizar recursos con destino a las cinco repúblicas centroamericanas, Panamá y México.

En lo que resta de 1990 se finalizarán los planes a mediano plazo para los cinco países andinos, los países del Cono Sur y el Brasil, y la OPS continuará colaborando con los Países Miembros en la búsqueda de apoyo internacional adicional para sus planes nacionales de prevención del SIDA. De conformidad con las recomendaciones de los gerentes de programas nacionales sobre el SIDA que se reunieron en Kingston, Jamaica, en marzo de 1990, se hará un examen metódico del progreso alcanzado en los programas del Caribe. El fortalecimiento de la capacidad de gestión regional y nacional seguirá teniendo máxima prioridad en el programa de la OPS sobre el SIDA.

6. METAS PARA 1990-1991

Para el bienio 1990-1991, se proponen las siguientes metas para lograr la prevención de la infección con VIH/SIDA en las Américas:

- a) Para 1991, todos los países y territorios de la Región contarán con programas a mediano plazo de prevención y control del SIDA escritos, plenamente financiados y en ejecución.
- b) Durante el bienio todos se desarrollará la capacidad de gestión y administración de todos los programas nacionales, destacándose por su importancia la gerencia de nivel intermedio.
- c) Durante el bienio todos los programas nacionales de control y prevención del SIDA fomentarán la elaboración de políticas nacionales explícitas tendientes a lograr y apoyar la coordinación de dichos programas con otros orientados a la mujer, el niño y la familia, en particular de salud maternoinfantil, salud reproductiva y planificación familiar, así como de enfermedades de transmisión sexual.
- d) Para fines de 1991, se llevará a cabo el tamizaje del 100% de la sangre y de los productos sanguíneos utilizados en el sector público en todos los países de la Región para la detección del VIH. Además, se brindará todo el apoyo necesario al sector privado para el logro de una meta equivalente. El tamizaje deberá ser complementado con intervenciones educativas que posibiliten la autoexclusión de donantes potencialmente infectados.
- e) Para fines de 1991, todos los países habrán establecido laboratorios nacionales de referencia y redes de laboratorio para detectar infección con VIH y habrán puesto en marcha programas de control de calidad para las pruebas del VIH. Asimismo, se estimulará el desarrollo y utilización de pruebas rápidas, baratas, específicas y sensibles.
- f) Para fines de 1991, se desarrollarán por lo menos cuatro laboratorios colaboradores subregionales para apoyar la referencia, capacitación y transferencia de tecnología en el área de diagnóstico de la infección con VIH.
- g) Para 1991, todos los países contarán con las disposiciones jurídico-legales necesarias para reglamentar normas de seguridad sobre sangre para transfusiones, así como la protección de la identidad y no discriminación de individuos seropositivos.
- h) Para 1992, todos los programas nacionales tendrán la capacidad de realizar vigilancia serológica de la infección con VIH, con el fin de orientar y evaluar los programas de control.
- i) Para finales de 1991, la OPS habrá elaborado pautas y procedimientos para la óptima utilización de todos los medios y recursos humanos y materiales de comunicación y educación, incluyendo promotores de salud de la comunidad y otros miembros

- del equipo de atención primaria, con el fin de realizar intervenciones específicas sobre el comportamiento orientadas a conseguir cambios efectivos y duraderos entre la población sexualmente activa más joven.
- j) Para 1991, habrá por lo menos 15 proyectos de investigación que tengan como propósito definir la extensión y consecuencias de la transmisión heterosexual y perinatal del VIH y otros retrovirus. También se estarán llevando a cabo en la Región investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en por lo menos 10 países. Otras investigaciones operacionales que resulten pertinentes para el logro de los programas nacionales serán iniciadas e incluirán aspectos tales como costo-eficacia de intervenciones y seguimiento de contactos.
 - k) Para 1991, la OPS habrá elaborado pautas y procedimientos referentes a la promoción, obtención, mantención y distribución de preservativos y productos virucidas.
 - l) Para 1991, la OPS habrá elaborado pautas y ejemplos para la enseñanza escolar de conductas preventivas y de búsqueda de servicios de salud apropiados, así como para el desarrollo de actitudes de solidaridad y responsabilidad, con miras a reducir la diseminación del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
 - m) Durante el bienio, la OPS realizará acciones para apoyar las actividades de capacitación de trabajadores de la salud, de la educación y de la comunicación social emprendidas por los programas nacionales, con un énfasis especial en las áreas de laboratorio, epidemiología y educación y promoción de la salud.
 - n) Para 1991, todos los programas nacionales deberán esbozar un plan nacional de atención al paciente infectado. Dicho plan deberá incluir aspectos tales como medidas para la profilaxis de infecciones asociadas, apoyo a la participación comunitaria en la atención del paciente y actividades de orientación psicológica a estos últimos y a sus familiares.

La OPS ha desempeñado y seguirá desempeñando un papel importante para la consecución de estas metas, tanto brindando apoyo técnico y científico como coordinando actividades de cooperación técnica entre los países. Igualmente importante es el rol que la OPS juega--y continuará jugando--en la búsqueda que realizan los Países Miembros de apoyo internacional adicional requerido para ejecutar sus planes a cabalidad. Sin embargo, el logro de las metas arriba señaladas dependerá básicamente de los esfuerzos que hagan los programas nacionales para conseguir la movilización y el apoyo de las organizaciones gubernamentales no gubernamentales y privadas y los grupos interesados, en respaldo a las actividades contempladas en los planes a mediano plazo de cada país.

La articulación de esfuerzos a nivel intrasectorial e intersectorial también constituye un requisito para encarar problemas de aparición reciente, como la diseminación del uso de drogas, especialmente inyectables, entre personas jóvenes.

Se recomienda vehementemente que todos los programas nacionales incluyan entre sus actividades la formulación de políticas explícitas orientadas a lograr un equilibrio entre los derechos humanos individuales y las necesidades de salud pública en lo referente a prevención y control del SIDA. Una contribución en este sentido es la reunión que la OPS está organizando para 1990 sobre aspectos legales y éticos del SIDA.



XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1990

Tema 5.10 del programa provisional

CSP23/12, ADD. I (Esp.)

12 septiembre 1990

ORIGINAL: ESPAÑOL

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

El Director tiene el placer de presentar a la consideración de la Conferencia el informe actualizado sobre la situación de las actividades de vigilancia del SIDA en las Américas al 12 de septiembre de 1990.

NUMERO NOTIFICADO DE CASOS DE SIDA, POR AÑO, Y NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES, POR PAIS

Al 12 de septiembre de 1990

SUBREGION País	Número de casos					Total acumulado	Total defunciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1986	1987	1988	1989	1990			
TOTAL REGIONAL	45,095	32,526	40,033	42,353	13,894	173,933	101,602	
	(a)							
AMERICA LATINA (b)	3,647	4,513	6,801	7,480	1,321	23,794	9,955	
AREA ANDINA	200	328	461	772	166	1,957	965	
Bolivia	3	2	3	3	...	11	7	30/Jun/90
Colombia	84	119	105	335	...	643	333	31/Dic/89
Ecuador	13	19	25	15	7	81	56	31/Mar/90
Perú	9	60	68	117	70	352	122	31/Mar/90
Venezuela	91	128	260	302	89	870	447	30/Jun/90
CONO SUR	100	128	259	353	138	978	391	
Argentina	69	72	174	251	85	651	242	30/Jun/90
Chile	22	41	55	60	...	178	71	31/Dic/89
Paraguay	1	6	2	4	3	16	13	31/Mar/90
Uruguay	8	9	28	38	50	133	65	31/Ago/90
BRASIL	1,558	2,077	3,314	3,706	415	11,070	5,555	31/Mar/90
ISTMO CENTROAMERICANO	86	155	309	538	359	1,448	642	
Belice	1	6	4	11	8	30/Sep/88
Costa Rica	20	23	52	56	48	199	109	30/Jun/90
El Salvador	7	16	48	94	27	192	38	31/Mar/90
Guatemala	18	16	13	18	27	92	56	30/Jun/90
Honduras	15	66	130	301	231	743	306	30/Jun/90
Nicaragua	0	0	2	2	3	8	4	30/Jun/90
Panamá	25	28	60	67	23	203	121	30/Jun/90
MEXICO	793	1,027	1,411	1,147	76	4,454	1,882	30/Jun/90
CARIBE LATINO (c)	910	798	1,047	964	167	3,887	520	
Cuba	0	27	24	12	0	63	29	31/Mar/90
República Dominicana	115	294	292	499	167	1,368	194	30/Jun/90
Haití	795	477	731	453	...	2,456	297	31/Dic/89
CARIBE	458	387	528	726	257	2,356	1,371	
Anguila	0	0	1	2	1	4	1	30/Jun/90
Antigua	2	1	0	0	0	3	3	31/Mar/90
Antillas Neerlandesas	0	23	16	2	...	41	16	30/Jun/89
Bahamas	86	90	93	168	70	507	273	30/Jun/90
Barbados	32	24	15	40	16	127	97	30/Jun/90
Dominica	0	6	1	3	2	12	10	30/Jun/90
Grenada	3	5	3	5	1	17	15	31/Mar/90
Guadalupe	47	41	47	47	...	182	85	31/Dic/89
Guayana Francesa	78	25	34	54	...	191	118	31/Dic/89
Guyana	0	10	34	40	24	108	49	30/Jun/90
Islas Caimán	2	1	1	1	...	5	5	31/Dic/89
Islas Turcas y Caicos	3	4	1	8	4	31/Dic/88
Islas Vírgenes (RU)	0	0	1	0	0	1	0	31/Mar/90
Islas Vírgenes (EUA)	7	0	32	35	3	77	31	31/Ago/90
Jamaica	11	33	30	66	26	166	80	30/Jun/90
Martinica	25	22	28	50	10	135	78	30/Jun/90
Montserrat	0	0	0	1	0	1	0	30/Jun/89
San Cristóbal-Nieves	1	0	17	0	...	18	9	31/Dic/88
San Vicente y las Granadinas	3	5	8	6	...	22	12	31/Dic/89
Santa Lucía	3	7	2	4	...	16	10	31/Mar/89
Suriname	4	5	4	35	19	67	52	30/Jun/90
Trinidad y Tabago	151	85	160	167	85	648	423	30/Jun/90
AMERICA DEL NORTE	40,990	27,826	32,704	34,147	12,316	147,783	90,276	
Bermuda	51	21	28	35	12	147	114	30/Jun/90
Canadá	1,236	865	961	1,026	339	4,427	2,518	31/Ago/90
Estados Unidos de América (c)	39,703	26,740	31,715	33,086	11,965	143,209	87,644	31/Ago/90

* Provisional.

(a) Incluye casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.

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

(c) Puerto Rico se incluye en los Estados Unidos.