



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXVII Reunión

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



XLV Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre 1993

Tema 5.2 del programa provisional

CD37/10 (Esp.)

8 julio 1993

ORIGINAL: ESPAÑOL

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

De los más de 700.000 casos de SIDA oficialmente notificados a la fecha por los Países Miembros a la Organización Mundial de la Salud, más del 50% corresponden a la Región de las Américas. Asimismo, se estima que puede haber alrededor de 2,5 millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Región: un millón en América del Norte y un millón y medio en América Latina y el Caribe.

Dada la magnitud y relevancia de la epidemia, ésta ha pasado a ser no solo un problema de salud, sino un problema que afecta a todos los sectores nacionales incluyendo el educativo, económico, político, social, legal e, inclusive, de seguridad. La suma del impacto del SIDA en cada una de estas áreas puede generar gran inestabilidad y aparejar serias consecuencias sobre el desarrollo de los países. Por ello, el Programa Regional del SIDA/ETS de la OPS/OMS ha promovido y apoyado la formulación de planes nacionales que no solo se dirijan a emprender acciones en el sector salud, sino que además prevengan o aminoren el impacto social, económico y político del SIDA mediante una articulación intersectorial de esfuerzos y recursos. Por su parte, la Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA46.37, adoptada en mayo de 1993, solicitó al Director General de la OMS que estudie la viabilidad de un programa conjunto, de naturaleza intersectorial, de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA. Tal resolución apunta a optimizar la coordinación de las diversas agencias del Sistema de las Naciones Unidas, para que en sus campos de pericia cada una de ellas contribuya a prevenir y reducir el impacto de la epidemia.

Dentro del marco de la estrategia mundial contra el SIDA y con la orientación de las metas y prioridades del Programa Regional contra el SIDA de la OPS, se presentaron propuestas de colaboración entre los países de la Región durante la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos, en el mes de mayo

pasado; propuestas que subrayan la necesidad de movilizar a todos los sectores de la sociedad.

Durante la 111a Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS en junio, tanto la situación de la epidemia, su impacto en múltiples terrenos y las estrategias para prevenirla y enfrentar sus repercusiones, así como la Resolución y las recomendaciones atrás citadas, fueron motivo de amplias discusiones. El análisis de la situación a cargo del Programa Regional de SIDA/ETS fue discutido, por el Comité, que recomendó añadir información y actualizar algunos aspectos del Documento CE111/9, incluyendo los anexos correspondientes. (Se anexa el texto revisado.)

Como resultado de lo anterior, se solicita al Consejo Directivo que revise los datos disponibles y actualizados sobre la situación de la epidemia de VIH/SIDA/ETS en las Américas, así como, los logros de la cooperación técnica brindada por el Programa Regional de SIDA/ETS de la OPS/OMS. De igual manera, se pide al Consejo Directivo su orientación para acciones futuras, dentro del contexto de la estrategia mundial contra el SIDA y de las recomendaciones emanadas de las Conferencias respectivas de Ministros de Salud y de Jefes de Estado en mayo y julio de 1993. Finalmente, se somete a la consideración del Consejo Directivo la Resolución V aprobada por el Comité Ejecutivo en su 111a Reunión.

RESOLUCION V

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

LA 111a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo revisado el Documento CE111/9 y ADD. I sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas, y

Tomando nota de la Resolución WHA46.37 y de las conclusiones y recomendaciones emanadas de la Reunión de Ministros de Salud de los países iberoamericanos,

RESUELVE:

Solicitar al Consejo Directivo que apruebe una resolución en los siguientes términos:

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/_ sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en las Américas, que toma en cuenta las recomendaciones de la Reunión de Ministros de Salud de los países iberoamericanos, y la Resolución WHA46.37 de la Asamblea Mundial de la Salud;

Consciente de la creciente amenaza que la epidemia de SIDA, la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el aumento de la ocurrencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan para la salud y el desarrollo social y económico de los Estados Miembros, y

Tomando nota de la imperiosa necesidad de movilizar a todos los sectores de la sociedad en la lucha contra el SIDA/VIH/ETS y la necesidad de lograr la mejor coordinación posible de las acciones preventivas a nivel regional y de país,

RESUELVE:

1. Exhortar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Intensifiquen los esfuerzos nacionales para prevenir el SIDA/VIH/ETS y disminuir sus consecuencias sociales y económicas mediante la unificación y coordinación de todas las acciones que con este fin se lleven a cabo a nivel de país;
- b) Promuevan el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA que reúna los recursos de los diversos sectores de la sociedad bajo el liderazgo del ministerio de salud y en coordinación con los organismos gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales involucrados en el esfuerzo de lucha contra el SIDA/VIH/ETS;
- c) Se apoyen en la competencia de todos los organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y de las organizaciones del Sistema Interamericano para instaurar un programa intersectorial bien coordinado con miras a combatir el SIDA/VIH/ETS a nivel de país.

2. Apoyar plenamente la Resolución WHA46.37, adoptada en mayo de 1993, en la cual se solicita al Director General de la OMS que estudie, en consulta estrecha con todas las organizaciones y entidades interesadas, la viabilidad de establecer un programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA.

3. Destacar el liderazgo científico-técnico de la OPS en materia de salud en la Región de las Américas.

4. Solicitar al Director que:

- a) Asista a los Gobiernos Miembros en sus esfuerzos para establecer, a nivel de país, mecanismos sólidos de coordinación intersectorial para combatir el SIDA/VIH/ETS;
- b) Tome las medidas necesarias para mejorar la coordinación con miras a promover, reunir y articular las acciones de los diversos organismos del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano en la Región de las Américas.

*(Aprobada en la sexta sesión plenaria,
celebrada el 30 de junio de 1993)*

Anexo

CD37/10 (Esp.)
ANEXO

**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
EN LAS AMERICAS**

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. Introducción	1
2. Análisis de la situación, impacto socioeconómico y proyecciones del SIDA y de la infección por el VIH en las Américas	2
3. Programas de prevención y control del SIDA en las Américas y colaboración intersectorial, interagencial e interprogramática	5
4. Prioridades presentes y futuras para la prevención del SIDA en las Américas	10
5. Enfoques programáticos y políticas propuestas en el contexto de la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos y de la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno	13
 Anexo: Vigilancia epidemiológica del SIDA en las Américas	

1. Introducción

A partir de 1983, en que se estableció un sistema de vigilancia epidemiológica del SIDA en la Región de las Américas, se puso en evidencia el aumento progresivo en el número de casos detectados de este padecimiento. Hasta el 10 de junio de 1993, 45 países y territorios de las Américas habían informado 371.086 casos de SIDA. Esta cifra no es un indicador exacto de la situación, en parte debido a problemas de diagnóstico, subnotificación y retraso en la comunicación a las autoridades competentes. Probablemente el número real de casos acumulados de SIDA en los últimos doce años sea dos a cinco veces mayor que la cifra señalada. Por otro lado, a través de diversos métodos de análisis, se han elaborado estimaciones de la extensión de la infección con VIH en la Región. Se calcula que puede haber entre 2 y 2,5 millones de personas portadoras de la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que aún no presentan las manifestaciones características del SIDA. Tres quintas partes de este número (alrededor de un millón y medio de personas) se encuentran en América Latina y el Caribe, en donde, además, existen indicios de que la infección continua diseminándose rápidamente entre la población.

Considerando que el SIDA es el estadio tardío de la infección por el VIH y que las personas infectadas desarrollarán el SIDA en un período promedio de diez años, se prevé un aumento significativo en el número de casos de SIDA en los próximos años, particularmente en América Latina y el Caribe. Este incremento representará una carga adicional para los servicios sociales y de salud, que ya en la actualidad enfrentan serios problemas para responder a demandas tanto cotidianas como intempestivas y emergentes. La carga que la epidemia impone, tanto a individuos, como a familias, comunidades y a la estructura social en general se asocia con los siguientes hechos:

- Una vez que el SIDA es diagnosticado en una persona infectada, ella y sus allegados enfrentarán las dificultades asociadas a una enfermedad incurable y fatal a corto plazo.
- El tratamiento de las complicaciones del SIDA es costoso y las recaídas frecuentes.
- El segmento de la población más afectado es el de adultos jóvenes, los cuales se encuentran en la fase más productiva de la vida. Una gran parte de ellos son responsables por el sustento y cuidado de sus familias. Al fallecer, éstas quedarán desprotegidas.
- La infección con VIH tiene un efecto sinérgico con otras infecciones, como la tuberculosis y otras enfermedades de transmisión sexual.
- La sobrecarga económica y de trabajo que el SIDA impone en el sector salud agravará las dificultades que este suele tener para responder eficaz y oportunamente a las necesidades de la comunidad.

La amenaza que la epidemia de SIDA representa en materia de salud y desarrollo, necesita ser detenida con previsión y con acciones efectivas.

2. Análisis de la situación, impacto socioeconómico y proyecciones del SIDA y de la infección por el VIH en las Américas

Es a través de una definición operativa del SIDA que resulta más fácil caracterizar la situación y tendencias de la epidemia y predecir el impacto de la misma. Igualmente, una definición operativa posibilita el desarrollo de intervenciones apropiadas a la realidad, tanto de los grupos destinatarios, como del contexto económico y sociopolítico de los países de la Región. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una alteración permanente e irreversible del estado de salud, cuya causa se asocia a determinados hábitos, prácticas y estilos de vida. El SIDA afecta preferentemente a aquellas personas que por razones individuales (como desinformación, costumbres arraigadas, negación, racionalización) o sociales (creencias, mitos, roles sexuales estereotipados, valores comunitarios, falta de programas e intervenciones eficaces) persisten en tener comportamientos que tienen entre sus consecuencias el riesgo de contacto con fluidos corporales potencialmente contaminados con el VIH, como el semen, las secreciones vaginales y la sangre. En razón de esto, existen tres mecanismos básicos de transmisión del VIH: 1) relación sexual (heterosexual u homosexual); 2) transfusión de sangre contaminada (iatrogénica o por el uso de agujas y jeringas no esterilizadas); y 3) de una madre infectada a su hijo (perinatal).

El análisis epidemiológico demuestra que el factor principal de riesgo identificado en la inmensa mayoría de los casos de SIDA a nivel mundial (718.894 casos acumulados y notificados a la OMS hasta el 30 de junio de 1993) ha sido la relación sexual (homosexual y heterosexual) sin protección.

La eclosión inicial de la epidemia entre determinados sectores de la población, como por ejemplo, las comunidades homosexuales en países industrializados, desencadenó una movilización intensa para alertar a los miembros de esas comunidades acerca de los riesgos implícitos en ciertos comportamientos y para lograr cambios más o menos duraderos en dichos comportamientos. Se podría especular que tal vez por el etiquetamiento homosexual inicial de la epidemia, muchos individuos con comportamiento heterosexual, que no se reconocían como miembros de los grupos inicialmente afectados, se sintieron a resguardo y persistieron en tener comportamientos de riesgo. Por otro lado, es muy probable que el incremento en el número de casos entre mujeres se haya debido al hecho de que desconocían que sus compañeros se habían involucrado en prácticas de riesgo o que, aunque lo conocieran, los papeles sexuales culturalmente establecidos les impidieron tomar iniciativas para protegerse. Un estudio efectuado en Costa Rica indica que la mayoría de las mujeres con SIDA fueron infectadas por su compañero, que tenía comportamiento de riesgo sin que ellas lo supieran.

Los estudios muestran que la relación hombre:mujer en algunas subregiones (países de América Central y el Caribe) se aproxima a 1:1. Aunque en otras subregiones del Hemisferio Occidental esta razón todavía es elevada (por ejemplo, en el Area Andina es de 12:1), la tendencia observada es a una disminución a expensas del incremento de casos entre mujeres. La prevalencia creciente entre mujeres en edad fértil indica que habrá un aumento correspondiente en la transmisión del VIH al feto o al recién nacido, hecho ya verificado por el incremento en el número de casos entre niños menores de 2 años en algunos países. Se estima que entre 300.000 y 500.000 mujeres son portadoras de la infección con VIH en el Hemisferio Occidental. De este total 150.000 viven en América Latina y el Caribe.

Otros factores que implican riesgo de infección con el VIH son la carencia de servicios y la falta de orientación y tratamiento médico apropiado para lesiones genitales ulcerativas, como la sífilis y otros tipos de infecciones que producen lesiones erosivas en los genitales, como el herpes y el chancro blando. Aunque no se dispone de datos completos para toda la Región, existen evidencias de un aumento importante en las tasas de sífilis y gonorrea, particularmente entre la población joven sexualmente activa (25 años y menos).

Por otra parte, a pesar de que el VIH se transmite predominantemente a través de relaciones sexuales, existen pruebas de la importancia creciente del uso de drogas inyectables como comportamiento de riesgo en la transmisión del virus, al menos en algunos países. Así, en algunas comunidades estudiadas en Argentina, Brasil y Uruguay, más del 50% de los usuarios de drogas endovenosas pueden estar infectados con el VIH. De hecho, en el Cono Sur como Subregión, el uso de drogas inyectables ha sido identificado en alrededor del 25% de los casos declarados, lo que ubica a este comportamiento en segundo lugar como factor de riesgo después de las relaciones sexuales.

Una epidemia que se asocia a comportamientos bien identificados y caracterizados podría ser detenida mediante intervenciones que logran incidir sobre esos comportamientos y prácticas de riesgo. Sin embargo, las iniciativas hasta ahora emprendidas no parecen haber tenido el impacto buscado; es decir, no han conseguido los cambios necesarios para disminuir comportamientos de riesgo. Esto parece deberse, básicamente, a las limitaciones del sector salud en el desarrollo de intervenciones educativas. A guisa de ejemplo se pueden mencionar: la confusión existente entre educación y transmisión de información factual; la creencia de que comunicar es solo cuestión de crear materiales vistosos; la idea de que las personas se enferman porque "no quieren aprender lo que se les enseña". En realidad, parece ser que las intervenciones educativas que se desarrollaron con un esquema prescriptivo, vertical y doctrinal no han tenido el impacto que con ellas se buscaba. Más aún, no existen formas objetivas de verificación del impacto de la mayoría de esas intervenciones porque no fue prevista una evaluación de las mismas. Por todas las razones señaladas, y ya que la prevención del SIDA a través

de cambios efectivos del comportamiento es una prioridad que es necesario atender a través de esfuerzos concertados, es indispensable abordar las intervenciones educativas con la misma seriedad y dinamismo que las intervenciones puramente médicas. El mayor desafío que se enfrenta es el de poder incidir sobre comportamientos profundamente arraigados y reestructurar, como sociedades, el valor de la aceptación de una sexualidad humana sana.

En lo que respecta a la transmisión del VIH por el uso de sangre y hemoderivados, resulta mucho más fácil la eliminación de este mecanismo de transmisión que los asociados a comportamientos y prácticas individuales y sociales. La eliminación de la transmisión del VIH durante transfusiones sanguíneas es una meta alcanzable en poco tiempo si se empeñan voluntad, iniciativa y esfuerzos.

Por último, la transmisión de una madre infectada a su hijo, está íntimamente relacionada con la transmisión heterosexual y por drogas en la comunidad y con el número, cada vez mayor, de mujeres en edad fértil infectadas con el VIH.

Por otra parte, la dinámica y verdaderas dimensiones de la epidemia de VIH/SIDA en la Región no puede entenderse si no se considera la interacción crítica entre VIH y tuberculosis. Esta relación es de tipo sinérgico y sus efectos se combinan y potencian a nivel individual y comunitario. Los problemas de la tuberculosis en individuos y comunidades, sus complicaciones y manejo durante el curso de la infección con VIH, son algunas de las dificultades enfrentadas por aquellos países en los que la tuberculosis tiene una alta prevalencia. Las interacciones entre VIH y *Mycobacterium tuberculosis* pueden incluir:

- Mayor riesgo de desarrollo de tuberculosis en personas infectadas con VIH.
- Aumento de la severidad de la tuberculosis clínica y disminución de la respuesta al tratamiento de esta en personas infectadas con VIH.
- Aumento de la severidad del cuadro clínico de tuberculosis en personas infectadas con VIH.
- Aparición de resistencia a drogas utilizadas en esquemas terapéuticos múltiples para tuberculosis en personas infectadas con VIH y pacientes con SIDA.
- Disminución de la seguridad y eficacia de la vacuna BCG.
- Impacto adverso de la tuberculosis en la historia natural de la infección con VIH/SIDA.

El SIDA y, en términos generales, la infección con VIH, afecta predominantemente a la población adulta de los países de la Región. Esto puede acarrear serios perjuicios a la dinámica económica y de mercado de trabajo en aquellos países en los que la epidemia tenga mayor impacto. Un indicador económico, como lo es la esperanza de vida activa, que oscila entre 35 y 45 años, cuando se considera que las personas comienzan su actividad productiva a los 15 años, podrá ser reducido drásticamente como consecuencia de la epidemia.

Si tomamos un ejemplo concreto como Brasil, podremos ilustrar mejor el impacto de la epidemia en la economía de un país. Brasil es un país en el que la epidemia se encuentra aún en sus estadios iniciales. Considerando que el tamaño de la población brasileña económicamente activa (entre 15 y 60 años) es de alrededor de 76 millones de personas y que el producto per cápita promedio es de cerca de US\$5.920 anualmente, y si planteamos el supuesto de que la epidemia de VIH/SIDA afectase al 0,6% de dicha población, habría una pérdida en la producción de \$2.700 millones, una vez que la enfermedad se manifestase en todos los individuos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Además, si se consideran los gastos del manejo de las complicaciones asociadas con la enfermedad, el costo de la epidemia en un país puede ser elevado. Si se compara dicho costo con el desembolso que habría que realizar para prevenir nuevas infecciones, a través de intervenciones educativas y de estrategias de promoción y distribución de condones, se pone en evidencia que tal desembolso es varias centenas de veces inferior al costo causado por las pérdidas que causa la enfermedad. En otras palabras, la inversión en prevención es costo-efectiva y deberá ser hecha ahora.

3. Programas de prevención y control del SIDA en las Américas y colaboración intersectorial, interagencial e interprogramática

Cuando a mediados de la década de los ochenta se hizo evidente la gravedad que revestía la rápida diseminación de la epidemia del SIDA, se iniciaron actividades de emergencia para su control. En 1987, la 40ª Asamblea Mundial de la Salud explícitamente recomendó que cada país del mundo desarrollara un programa nacional de prevención y control del SIDA. En este contexto, la OPS prestó su cooperación técnica a los Países Miembros a fin de que desarrollaran tanto sus estrategias de emergencia, como planes a corto plazo para el control del SIDA. El apoyo financiero procedente de los fondos movilizados por el Programa Mundial del SIDA (PMS) permitió la implementación efectiva de las actividades contempladas en dichas estrategias y planes. A medida que se hizo evidente que el problema persistiría durante largo tiempo, la coordinación de las actividades de prevención y control a más largo plazo se tornó una prioridad. Prácticamente todos los países de la Región de las Américas recibieron algún financiamiento para sus actividades de prevención y control del SIDA, enmarcadas en un plan a corto plazo.

El siguiente ciclo de programación consistió en el desarrollo pormenorizado de las actividades nacionales en un marco de planificación de tres a cinco años. Equipos multidisciplinarios de expertos, con la asistencia continua de los funcionarios de la OPS y con el apoyo financiero del Programa Mundial del SIDA (PMS) y de agencias de cooperación bilateral y multilateral ayudaron a todos los Países Miembros a elaborar, ejecutar y evaluar planes de mediano plazo (PMP) de prevención y control del SIDA.

El Plan de Mediano Plazo se centró fundamentalmente en iniciativas y acciones del sector salud. La implementación del PMP contribuyó, entre otras cosas, a mejorar notablemente los sistemas para el control de calidad de sangre y hemoderivados, a llamar la atención de diversos sectores de la población sobre la seriedad del problema y a desarrollar una estructura gerencial que posibilitó una mayor integración intersectorial para la prevención y control del SIDA. Sin embargo, las experiencias nacionales y mundiales han puesto en evidencia que las respuestas que la epidemia del SIDA exige trascienden el dominio del sector de salud.

Con el impulso y experiencia conseguida en el desarrollo de los planes de mediano plazo, se dan las condiciones para iniciar una nueva etapa de planificación, que busca no solo involucrar diversos programas, sectores y estratos de la sociedad, sino además, coordinar sus iniciativas y esfuerzos para la efectiva prevención y control del SIDA y de sus consecuencias psicológicas, económicas y sociales. En esta etapa consecutiva de planificación, los países están también desarrollando planes para períodos de entre tres y cinco años. Son, por tanto, planes de mediano plazo que habrá que distinguir de los del ciclo anterior llamándolos planes de mediano plazo de "segunda generación" (PMP II). Las características distintivas de estos planes de segunda generación son:

- Se sustentan en información de base (epidemiológica, antropológica, socioeconómica, etc.) mucho más precisa que la empleada en cualquier programación previa.
- La planificación no parte de especulaciones sino de experiencias acumuladas y lecciones aprendidas, lo que garantiza un mayor impacto de las acciones programadas.
- Involucran en su diseño, ejecución y evaluación, varios sectores, programas y profesionales de diversas áreas y disciplinas relevantes.

Este enfoque servirá para garantizar tanto la implementación efectiva de lo programado, así como el cuidado integral y solidario a los individuos afectados, tal como se señala en el punto 8 de la Declaración de la Cumbre Mundial de Ministros de Salud, realizada en Londres en enero de 1988.

Con la asistencia técnica y administrativa de la OPS los países de Centroamérica y del Caribe, Panamá y República Dominicana, han completado el proceso de elaboración de sus planes de mediano plazo de segunda generación. La OPS apoyará activamente, en el futuro inmediato, el proceso de movilización de fondos para la ejecución de dichos planes. Durante el año 1993, los países del Area Andina, Uruguay, Paraguay y Chile estarán dedicando esfuerzos para la elaboración de sus PMP II. Brasil, por su parte, se encuentra en proceso de consolidación de un gran plan nacional con la participación del Banco Mundial, el PNUD, la OPS, la OMS y organizaciones no gubernamentales. En el caso de la Argentina, la OPS seguirá brindando el apoyo necesario para el desarrollo de un plan nacional que responda a las necesidades y realidades del país.

Desde el punto de vista del fortalecimiento gerencial y administrativo, el Programa Regional del SIDA de la OPS ha desarrollado un instrumento para facilitar el seguimiento de las actividades y tareas de los planes nacionales. Este instrumento permite a los equipos nacionales realizar una supervisión continua de sus avances, erogaciones y necesidades de reprogramación. Bajo el nombre de "Sistema de Control y Monitoreo (SCM)", el instrumento ha sido puesto a disposición de los Países Miembros y la mayor parte de ellos lo han adoptado, señalando que resulta de gran utilidad para la supervisión de la gestión del programa nacional. Dicho sistema constituye un medio a través del cual el Programa Regional del SIDA puede informar a los donantes acerca de la aplicación y efecto de sus contribuciones.

La colaboración activa de la OPS con los territorios americanos del Reino Unido, con Aruba y las Antillas Neerlandesas, así como el intercambio de información con los Departamentos Franceses en las Américas han servido para sentar las bases para una participación integral del Hemisferio Occidental en la estrategia mundial contra el SIDA.

En 1992 se realizaron diversas actividades tendientes a estrechar la colaboración entre el Programa Regional del SIDA y el Programa Mundial, en la sede de la OMS. Entre otras, son dignas de mención las misiones conjuntas que los equipos de Ginebra y Washington realizaron para seleccionar sitios para investigación de vacunas. En Brasil fueron identificadas condiciones adecuadas para seleccionar a ese país como colaborador en el Hemisferio Occidental en el proceso de desarrollo de vacunas anti-VIH.

Por otro lado, el Director del Programa Mundial del SIDA y el Coordinador Regional visitaron tres países de la Región (Brasil, Honduras y Panamá) con el fin de gestionar el más alto nivel de apoyo intersectorial e interinstitucional para los programas de SIDA de esos países. Además, la Directora Adjunta del PMS viajó junto con el Coordinador Regional a Cuba para discutir con las autoridades de ese país el apoyo del PMS al Programa Nacional y a actividades específicas.

El intercambio de opiniones y experiencias entre los equipos técnicos de OPS y de la sede de OMS no solo ha servido para dar mayor pertinencia a las actividades de cooperación técnica en la Región de las Américas, sino que también ha contribuido con las "lecciones aprendidas" en los Países Miembros de la OPS para apoyar las actividades preventivas en otras regiones del planeta.

La OPS continúa desplegando esfuerzos para promover una participación activa de grupos comunitarios y organizaciones no gubernamentales (ONG) en el desarrollo y ejecución de actividades de los programas nacionales de prevención y control del SIDA. Este despliegue ha incluido acciones específicas de asistencia técnica (incluida el área de gerencia) a grupos comunitarios y ONGs de América Central, el Area Andina, el Cono Sur y los Estados Unidos; una reunión en Uruguay con ONGs de países del Cono Sur, y la ponderación cuidadosa y objetiva de las solicitudes de apoyo financiero que fueron sometidas a la OMS, en el marco del programa de otorgamiento competitivo de recursos (Programa de "Asociados").

Con el apoyo de la Sede de la OMS, se realizó un inventario de investigaciones y recursos de investigación sobre SIDA y VIH que permitió identificar más de 600 estudios científicos y proyectos en América Latina y el Caribe. El inventario, una vez publicado, se distribuyó a grupos, centros e instituciones de investigación y docencia de la Región. De esta manera se busca diseminar información científica y promover el intercambio de conocimientos y transferencia de tecnología apropiada entre los países.

Por otro lado, con el apoyo de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, ha sido posible distribuir a casi 200 investigadores e instituciones académicas de América Latina, la publicación mensual que produce dicha Sociedad y que contiene artículos y ensayos de muy alto nivel, permanentemente actualizados.

En el área de investigación, continuó la colaboración con el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos, la que se ha traducido en: a) colaboración técnica directa con investigadores de los países de América Latina y el Caribe; b) movilización de recursos provenientes de NIH, y c) diseminación de hallazgos científicos. Los proyectos desarrollados en el marco de la colaboración OPS/NIAID son los siguientes: un estudio en Jamaica sobre incidencia de seropositividad al VIH entre usuarios de los servicios de una clínica de ETS en Kingston; la continuación del estudio sobre transmisión heterosexual del VIH en Brasil y un estudio comparativo de incidencia de tuberculosis entre individuos seropositivos y seronegativos, en México.

Las actividades de investigación relacionadas con la mujer se han centralizado en la Sede de la OMS, en Ginebra. No obstante, el Programa Regional se propone reunir un grupo de trabajo, integrado por mujeres y hombres profesionales, que elabore

recomendaciones específicas para realizar intervenciones vinculadas a investigación entre grupos de mujeres cuyas características deberán ser precisadas.

El reconocimiento de que la epidemia de SIDA/VIH constituye un problema cuya dinámica y dimensiones lo harán extenderse en el tiempo, ha consolidado la idea de hacer de las actividades de prevención y control de SIDA programas permanentes e integrados dentro de las estructuras existentes de salud y desarrollo. Además, dichos programas deberán tener la capacidad de funcionar de manera continua, de tal manera que constituyan parte del esfuerzo permanente para salvaguardar la salud pública y contribuir al desarrollo de la Región.

Entre los ejemplos de esfuerzos tendientes a asegurar una programación amplia, integrada y permanente cabe mencionar la iniciativa de buscar la participación de organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios en los programas nacionales de prevención y control del SIDA; la ejecución de actividades interinstitucionales e interprogramáticas por el Programa Regional del SIDA de la OPS; la introducción de equipos multidisciplinarios, y la orientación e información interprogramáticas de esos equipos para que brinden colaboración técnica y gerencial en la formulación y ejecución de programas nacionales de SIDA.

Durante 1992, la OPS con la colaboración del Programa Mundial del SIDA de la OMS (PMS), movilizó US\$11 millones provenientes de diversos donantes, para actividades en 40 países de la Región y a nivel regional. Aunque hubo una reducción del 23% respecto a los fondos movilizados en 1991, el hecho de que los programas nacionales se encuentran bien establecidos y tienen mayor capacidad de ejecución favoreció un compromiso más firme de los países de la Región, lo que se tradujo en una mayor asignación de recursos nacionales para esta área prioritaria. La recomendación que se había hecho en el pasado de incrementar la contribución nacional para la programación de actividades se ha concretizado en el hecho de que la mayor parte de los recursos asignados a las actividades de control del SIDA son de origen nacional. Sin embargo, debe existir un equilibrio entre las exigencias de las actividades de control del SIDA y las necesidades de atención de la salud y prevención de enfermedades para otras condiciones sanitarias. Por ello, es todavía indispensable asegurar la cooperación externa, para lo que es necesario que los países fortalezcan su capacidad de vigilar la gestión de las actividades del programa (tanto desde el punto de vista técnico como financiero) y de documentar de manera periódica y sistemática sus logros, avances y dificultades. La OPS continuará apoyando este fortalecimiento y brindando la asistencia requerida para movilizar recursos con agencias y organismos donantes.

A cinco años de la Cumbre Mundial de Ministros de Salud, que tuvo lugar en Londres, varios de los aspectos ahí discutidos y considerados como fundamentales para la implementación de una estrategia mundial contra el SIDA continúan constituyendo desafíos que es necesario enfrentar con intensidad renovada. Entre otros, cabe mencionar

los siguientes: persuasión del público general para que adopte comportamientos de bajo riesgo de infección; compromiso de los medios de comunicación para que cumplan con su misión social de informar objetivamente; desarrollo de programas educativos, así como evaluación cuidadosa y rigurosa de dichos programas y de su impacto para replicarlos o reestructurarlos.

Son también desafíos impostergables el desarrollo de intervenciones para reducir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables; el desarrollo de intervenciones encaminadas a aumentar el uso del condón; la disminución de la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual; la eliminación de la transmisión de VIH por uso de sangre y hemoderivados; la participación activa de ONGs en las actividades de los programas nacionales y la superación de las barreras sectoriales para el efectivo control y prevención del SIDA/VIH.

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

El Programa Regional del SIDA de la OPS ha quedado completamente integrado en su equipo técnico, tanto a nivel de la Oficina Central, como en el terreno. Esta integración del equipo, además de la clara definición de funciones y responsabilidades de cada uno de sus integrantes, ha facilitado la gestión de las actividades de cooperación técnica. Es así que, de una manera coordinada, se trabaja con la mira puesta en objetivos programáticos, líneas de acción y resultados esperados. Con esta modalidad de planificación estratégica se han llevado a cabo en tiempo oportuno más del 90% de las actividades previstas en el plan anual del Programa Regional del SIDA, además de aquellas que surgieron sobre la marcha y que fueron atendidas tan pronto como fue posible.

Si bien es verdad que a nivel nacional y Regional aún no se ha conseguido perfeccionar totalmente el sistema de preparación de informes de avance, con el desarrollo y puesta en marcha de la parte informática para el control de las actividades de los programas nacionales (Sistema de Control y Monitoreo), será posible mejorar la producción de tales informes. Además, se realizaron tres reuniones con gerentes y administradores de programas (una en el Caribe sobre implementación, una en Centroamérica sobre elaboración de informes y una tercera en América del Sur sobre planificación y desarrollo de programas) que contribuyeron a mejorar la coordinación y cooperación técnica entre el personal de OPS (en la Sede y en los países) y las contrapartes de los programas nacionales de prevención y control del SIDA en todos los países de la Región.

También se han logrado adelantos considerables en el sistema regional de vigilancia epidemiológica del SIDA. Como resultado de los dos talleres subregionales sobre vigilancia centinela realizados en 1991, siete países iniciaron en 1992 actividades específicas para mejorar la vigilancia de la infección por el VIH a nivel nacional. Se

espera que para fines de 1993, todos los países con más de un millón de habitantes cuenten con un sistema similar que permita vigilar la situación de la epidemia, evaluar las tendencias en diversos grupos de población, aplicar medidas preventivas donde más se necesiten y superar las actitudes de no aceptación de la magnitud del problema del VIH/SIDA.

La OPS y los Países Miembros se han comprometido a poner en práctica la estrategia mundial para la prevención y el control del SIDA/VIH en las Américas. Los objetivos principales de esta estrategia son: a) prevenir la infección por el VIH; b) reducir las repercusiones personales y sociales de la infección por el VIH, y c) movilizar y unificar esfuerzos nacionales e internacionales contra el SIDA.

Para lograr estos objetivos es necesario establecer ciertas prioridades a diversos niveles: prioridades del Programa Mundial del SIDA (PMS) y prioridades de los Países Miembros.

Las prioridades del PMS son las siguientes:

- Fortalecer los programas nacionales de control del SIDA en cuanto a la formulación de planes y la coordinación de la prevención del SIDA por medio de modificaciones del comportamiento, incluyendo el uso de condones y la atención de las personas con VIH/SIDA.
- Formular planes para abordar las consecuencias sociales y económicas del SIDA que amenazan a las familias, a las comunidades y la estabilidad económica de muchas naciones en desarrollo.

Las metas comunes a todos los Países Miembros son:

- Tener Planes de Mediano Plazo (planes nacionales estratégicos) en etapa de implementación.
- Fortalecer la capacidad gerencial.
- Involucrar a las organizaciones no gubernamentales y al sector privado.
- Establecer sistemas de vigilancia necesarios para la planificación.
- Desarrollar actividades educacionales e intervenciones para cambios de comportamiento que se adecúen a la situación nacional (local).
- Desarrollar actividades dirigidas específicamente a la reducción de la transmisión sexual del VIH en mujeres.

- Promover prácticas eficaces de reducción de la transmisión sexual del VIH y las ETS en grupos de riesgo (promoción del uso del condón, otros métodos de barrera).
- Transmitir mensajes explícitos y culturalmente adecuados para combatir el conformismo y la negación.
- Desarrollar estrategias factibles para la atención de los pacientes.
- Lograr una capacidad adecuada para atender las infecciones oportunistas más corrientes y, en forma especial, la tuberculosis.
- Asegurar la provisión de sangre y hemoderivados libres de infección por VIH.
- Establecer una red de información técnico-científica.

Asimismo, dado que la prevención del SIDA es una prioridad programática de la OPS, la Organización tiene como el objetivo general del Programa Regional tanto la reducción de la transmisión del VIH y otros agentes de ETS así como las consecuencias sociales y económicas de dichas enfermedades.

Los objetivos específicos del Programa son: a) fortalecer la capacidad nacional de todos los Países Miembros para responder en forma adecuada, efectiva, eficaz, eficiente y a largo plazo al reto de prevenir y controlar el SIDA, el VIH y las ETS en la Región de las Américas, y b) liderar y promover la colaboración interagencial, intersectorial e interprogramática para la prevención del SIDA y las ETS en los niveles nacional, subregional y regional.

A continuación se enumeran las líneas de acción del Programa:

- Apoyo al desarrollo de la capacidad nacional.
- Coordinación de iniciativas internacionales e interagenciales.
- Establecimiento y mantenimiento de la participación intersectorial.
- Movilización de recursos.
- Articulación interprogramática.
- Apoyo a la identificación de grupos de riesgo.

- Promoción y apoyo a las intervenciones a nivel de los sistemas locales de salud (SILOS).
- Fortalecimiento de la transferencia de tecnología, la investigación y la diseminación de información científica.
- Apoyo a las actividades de adquisición de suministros, tales como condones y reactivos de laboratorio.
- Promoción de intercambio de información, experiencias y conocimientos en la Región de las Américas.

5. Enfoques programáticos y políticas propuestas en el contexto de la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos y de la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno

El SIDA es no solo un problema de salud, sino también social, económico y político con repercusiones a largo plazo en las comunidades y en los países en su totalidad. A nivel de país, la lucha contra el SIDA y la reducción de sus repercusiones en la sociedad requerirán un esfuerzo concertado y sostenido en el que participen, entre otros, los ministerios de salud, de educación, del trabajo, de justicia, de finanzas y de planificación; los institutos del Seguro Social, los medios de comunicación de masas, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las agrupaciones profesionales, universitarias y religiosas y otros grupos comunitarios.

Para lograr esto, es necesario conseguir el apoyo político del más alto nivel gubernamental, el liderazgo técnico del sector de los servicios sociales y de salud, los aportes financieros y otros recursos de los diversos organismos nacionales e internacionales, y sobre todo, la dedicación incondicional de los sistemas locales de salud y de las comunidades locales a la prevención del SIDA.

Además del sufrimiento infligido a los pueblos de la Región por esta epidemia, los costos materiales, directos e indirectos de la misma, son extraordinarios. La reducción de estos costos es directamente proporcional a la capacidad de los programas nacionales de SIDA de poner en marcha acciones preventivas y de racionalizar las curativas. Actualmente existe una gran disparidad a nivel internacional en cuanto a las inversiones y gastos per cápita en actividades de prevención, a saber: América del Norte, \$2.70; Europa, \$1.18; Africa subsahariana, \$0.07 y América Latina, \$0.03.

El momento es oportuno para fortalecer el reconocimiento de que la epidemia del VIH/SIDA, además de ser un problema de salud, tiene serias repercusiones en las áreas social, económica, educativa, legal y política. La suma de estas repercusiones puede generar inestabilidad y serias consecuencias sobre el proceso de desarrollo de los países.

Es por esto que en la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos, en mayo de 1993, se presentaron propuestas de colaboración entre los países en base a los siguientes objetivos y estrategias, con miras al establecimiento de un Plan de Acción común.

- Reducir el impacto socioeconómico de la epidemia.
- Reducir la diseminación del VIH debida al uso de drogas inyectables, ya que afecta en forma significativa a un número creciente de países en la Región.
- Asegurar los derechos colectivos e individuales.
- Evitar los efectos de la epidemia en los movimientos migratorios, tanto nacionales como internacionales.
- Desarrollar recursos humanos en todas las áreas relevantes a la prevención del SIDA.
- Transferir y usar tecnología adecuada a la prevención y control de las ETS y el VIH.

En el ámbito del desarrollo de recursos humanos y del uso de tecnología adecuada se recomiendan como pautas de discusión las siguientes:

- Reformas curriculares.
- Formación y consolidación de recursos multidisciplinarios.
- Programas de educación continua con sistemas de educación a distancia.
- Utilización de tecnologías simples de laboratorio.
- Evaluación de algoritmos para el manejo clínico de las ETS.
- Evaluación y adaptación de modelos asistenciales alternativos.
- Mejoría de la capacidad diagnóstica.

En el área de protección de los derechos humanos y de flujo migratorio se prevé:

- La elaboración de instrumentos jurídico-legales que reduzcan la discriminación.

- La elaboración y aplicación práctica de acuerdos que eliminen toda exigencia de pruebas serológicas para cualquier tipo de visa.
- El desarrollo de investigaciones cuantitativas y cualitativas para determinar flujos migratorios y diseñar programas de prevención de la infección por VIH.
- El uso común de la información, la educación y la comunicación (IEC).

En el área del uso de drogas inyectables se propone:

- Desarrollar investigaciones conjuntas para identificar el perfil epidemiológico, antropológico, de comportamiento y socioeconómico de los usuarios de drogas inyectables.
- La capacitación de agentes comunitarios en el tema.
- El desarrollo de experiencias piloto utilizando diversas estrategias de intervención.

Finalmente, para reducir el impacto socioeconómico se propone:

- La definición de áreas prioritarias nacionales para la movilización y asignación de recursos financieros.
- La elaboración y ejecución de proyectos destinados a la evaluación del impacto económico y social de las estrategias de prevención.
- El desarrollo de metodologías apropiadas para la obtención de información sobre los costos directos e indirectos de la infección por VIH y el SIDA y su análisis sistemático.

Se propone que la inversión de los países de la Región en la prevención, control, tratamiento e investigación sobre el SIDA debe considerarse como una prioridad entre los Gobiernos Miembros, no solo por razones de salud pública y respeto a la dignidad y a los derechos humanos, sino como contribución al crecimiento y al desarrollo nacionales. Para que esta inversión no se haga sin una base técnica o administrativa fuerte y adecuada, será necesario hacer inversiones importantes en sistemas de información y estudios socioeconómicos relacionados con la epidemia del SIDA/VIH, que puedan orientar las decisiones políticas al más alto nivel de gobierno en los Países Miembros.

Una recomendación adicional que surgió en el Seno de la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos, fue la de desarrollar en la Región un

amplio proyecto para la eliminación, para el año 2000, de la sífilis congénita, integrando acciones de prevención, prestación de servicios y participación comunitaria.

Las decisiones y recomendaciones de la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos fueron presentadas a la consideración de la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada el mes de julio pasado.

El documento conteniendo dichas decisiones y recomendaciones solicitaba de los Jefes de Estado su apoyo para la implementación de una estrategia amplia de prevención y control del SIDA, incluyendo los tópicos presentados en el mismo documento. Igualmente, se solicitaba la dedicación de una mayor cantidad de recursos para la implementación de la estrategia, así como el apoyo jurídico-legal y administrativo para la más expedita y eficiente ejecución de las acciones contempladas dentro de dicha estrategia.

Apéndice

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

INFORME TRIMESTRAL

10 de junio de 1993

PROGRAMA REGIONAL DE SIDA/ETS

División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles

Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty Third St. N.W.

Washington D.C. 20037



VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Resumen

Información al 10 de junio de 1993

Número acumulado de casos notificados
a nivel mundial: 669,592

Número acumulado de casos notificados
en las Américas: 371,086

Número acumulado de muertes notificadas
en las Américas: 217,276

FIG. 1. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA POR REGION DE LA OMS, 1987-1992.

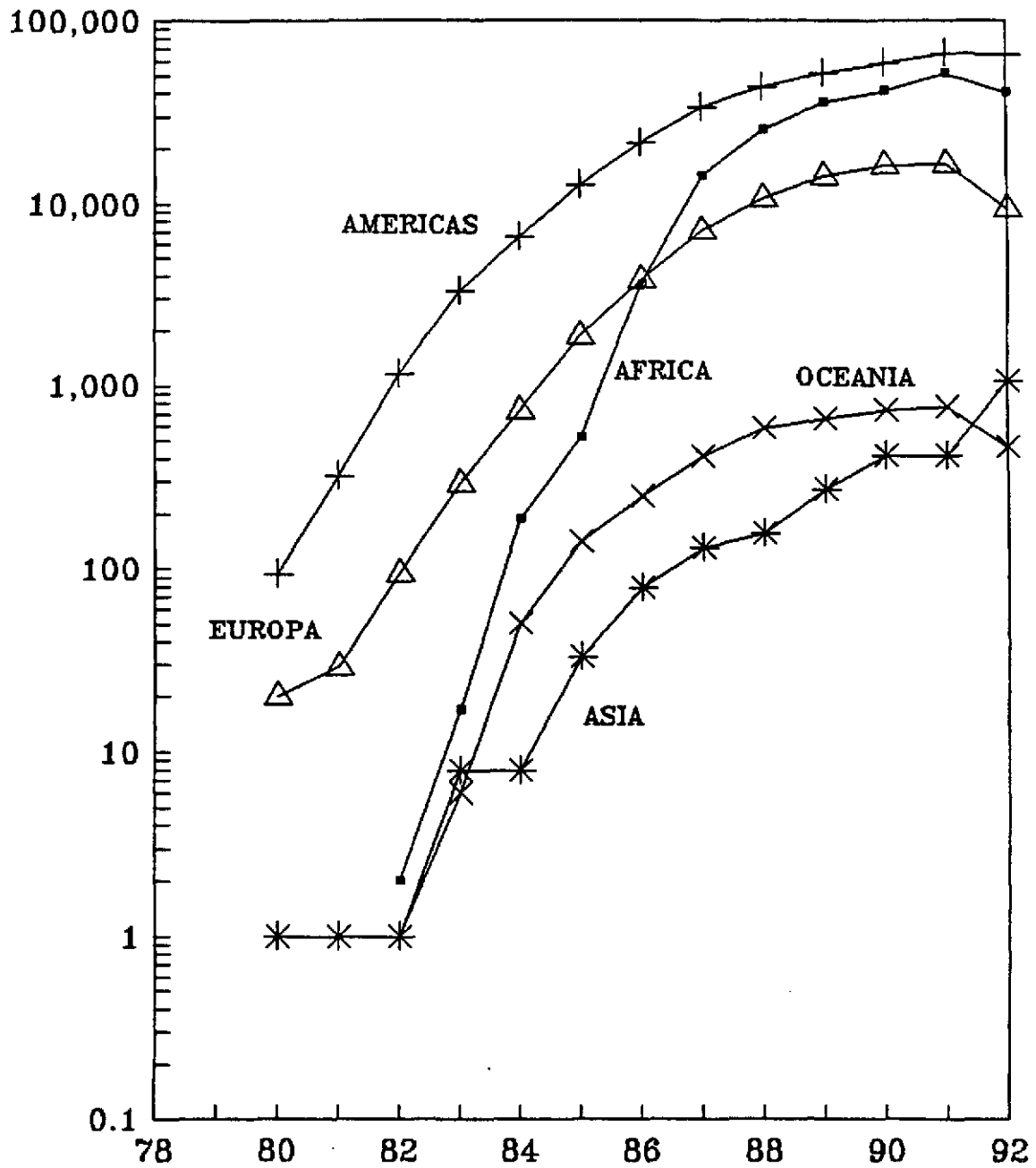
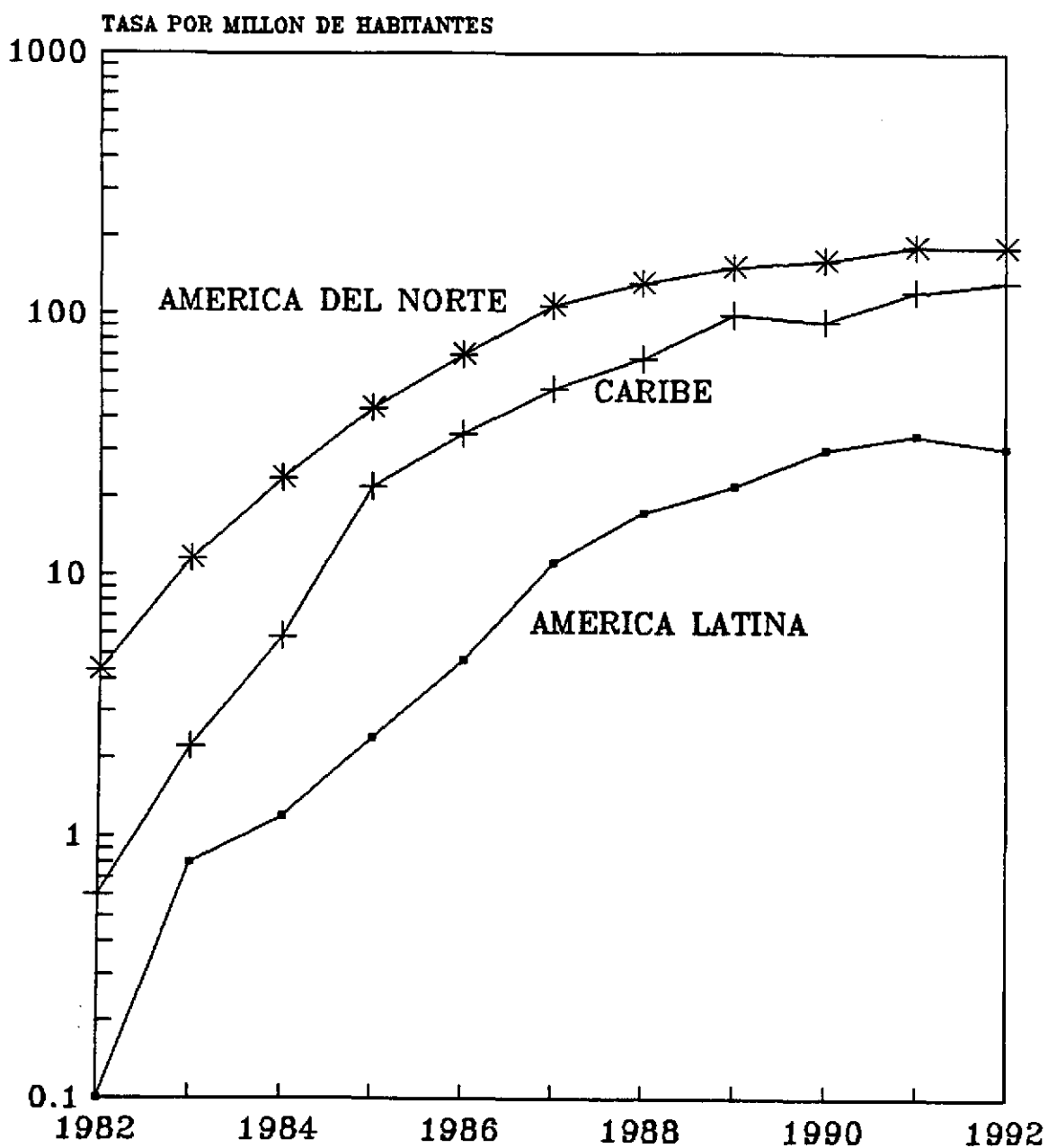


Fig.2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA EN LAS AMERICAS (POR MILLON), SUBREGIONES PRINCIPALES, 1982-1992.



**CUADRO 1. NUMERO NOTIFICADO DE CASOS DE SIDA POR AÑO, Y NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES,
POR PAIS Y SUBREGION.**
Al 10 de junio de 1993

SUBREGION País	Número de casos							Total (a) Acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993			
TOTAL REGIONAL	79.523	43.208	51.321	58.056	66.336	65.494	6.709	371.086	217.276	
AMERICA LATINA b)	7.850	7.294	9.357	13.185	15.332	14.029	1.633	69.089	29.206	
AREA ANDINA	623	734	940	1.468	1.536	900	25	6.226	3.134	
Bolivia	6	10	2	9	17	8	8	60	45	31/Mar/93
Colombia	247	319	410	765	782	434	...	2.957	1.483	30/Sep/92
Ecuador	35	29	22	42	51	57	17	253	161	31/Mar/93
Perú	62	65	118	141	155	73	...	614	216	31/Mar/92
Venezuela	273	311	388	511	531	328	...	2.342	1.229	31/Dic/92
CONO SUR	246	268	352	606	758	875	149	3.594	1.489	
Argentina	145	169	228	388	478	605	103	2.456	915	31/Mar/93
Chile	77	67	83	130	184	162	20	723	352	31/Mar/93
Paraguay	7	4	3	12	10	18	2	56	38	31/Mar/93
Uruguay	17	28	38	76	86	90	24	359	184	31/Mar/93
BRASIL	4.017	3.868	5.094	6.884	8.746	7.640	232	36.481	15.619	13/Abr/93
ISTMO CENTROAMERICANO	280	359	491	907	911	1.151	260	4.436	1.559	
Belize	7	4	0	19	11	12	...	53	46	30/Sep/92
Costa Rica	43	52	57	86	91	117	24	470	285	31/Mar/93
El Salvador	23	34	72	54	132	114	41	470	120	31/Mar/93
Guatemala	31	18	32	92	96	94	25	434	148	31/Mar/93
Honduras	119	189	251	585	495	709	142	2.510	657	31/Mar/93
Nicaragua	0	2	2	7	13	6	6	39	30	31/Mar/93
Panamá	57	60	77	64	73	99	22	460	273	31/Mar/93
MEXICO	1.049	964	1.499	2.395	3.166	3.219	967	13.259	6.789	31/Mar/93
CARIBE LATINO c)	1.635	1.101	981	905	215	244	...	5.093	616	
Cuba	16	14	15	28	38	57	...	168	94	31/Dic/92
Haití	1.272	731	453	630	...	...	...	3.086	297	31/Dic/90
República Dominicana	347	356	513	247	177	187	...	1.839	225	31/Dic/92
CARIBE c)	836	493	725	701	872	951	102	4.692	2.869	
Anguilla	0	1	2	1	1	0	0	5	3	31/Mar/93
Antigua	3	0	0	3	...	...	...	6	5	31/Dic/90
Antillas Neerlandesas	18	13	16	30	23	10	...	110	55	30/Jun/92
Bahamas	176	93	168	162	235	259	68	1.161	700	31/Mar/93
Barbados	56	15	40	61	80	78	20	350	271	31/Mar/93
Dominica	5	2	3	2	...	...	...	12	11	30/Jun/90
Grenada	8	3	8	5	7	4	...	35	25	31/Dic/92
Guadalupe	88	47	47	...	...	...	...	182	85	31/Dic/89
Guayana Francesa	103	34	54	41	...	...	...	232	144	30/Sep/90
Guyana	10	34	40	61	85	160	...	390	102	31/Dic/92
Islas Calmán	3	1	1	2	4	4	...	15	11	31/Dic/92
Islas Turcas y Caicos	5	6	7	1	2	4	...	25	23	31/Dic/92
Islas Vírgenes (RU)	0	1	0	2	1	2	0	6	1	31/Mar/93
Jamaica	43	30	66	62	133	99	...	433	299	31/Dic/92
Martinica	48	30	51	45	28	25	10	237	164	31/Mar/93
Montserrat	0	0	1	0	0	0	0	1	0	31/Mar/93
Saint Kitts y Nevis	10	9	5	8	1	4	1	38	24	31/Mar/93
San Vicente y las Granadinas	7	8	6	4	14	7	3	49	34	31/Mar/93
Santa Lucía	8	2	8	3	7	9	...	49	25	31/Dic/92
Suriname	9	4	35	35	16	29	...	128	100	31/Dic/92
Trinidad y Tabago	236	160	167	173	235	257	...	1.228	787	31/Dic/92
AMERICA DEL NORTE	70.837	35.419	41.239	44.190	50.132	50.514	4.974	297.305	185.201	
Bermuda	72	28	35	33	23	17	7	215	156	31/Mar/93
Canadá	2.116	1.068	1.238	1.199	1.184	931	34	7.770	5.128	29/Abr/93
Estados Unidos de América c)	68.649	34.323	39.966	42.958	48.925	49.566	4.933	289.320	179.917	31/Mar/93

a) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico

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

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

CUADRO 2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1992.

SUBREGION País	TASA POR MILLON				
	1988	1989	1990	1991	1992
AMERICA LATINA a)	17,4	21,9	30,1	34,4	30,8
AREA ANDINA	8,4	10,5	16,0	16,3	9,3
Bolivia	1,4	0,3	1,2	2,3	1,0
Colombia	10,4	13,1	24,0	23,3	12,7
Ecuador	2,8	2,1	3,9	4,7	5,1
Perú	3,1	5,4	6,3	7,0	3,3
Venezuela	16,6	20,2	25,9	26,3	15,8
CONO SUR	5,2	6,7	11,5	14,1	16,1
Argentina	5,4	7,1	12,0	14,6	18,3
Chile	5,3	6,4	9,9	13,7	11,9
Paraguay	1,0	0,7	2,8	2,3	4,0
Uruguay	9,1	12,2	24,3	27,5	28,8
BRASIL	26,8	34,6	45,8	57,0	48,9
ISTMO CENTROAMERICANO	13,0	17,4	31,2	30,5	37,5
Belice	23,0	0	104,4	60,4	64,5
Costa Rica	18,1	19,4	28,5	29,5	37,0
El Salvador	6,8	14,0	10,3	24,6	20,7
Guatemala	2,1	3,6	10,0	10,1	9,6
Honduras	39,1	50,4	113,9	93,4	129,8
Nicaragua	0,6	0,5	1,8	3,3	1,5
Panamá	25,8	32,5	26,5	29,6	39,4
MEXICO	11,4	17,3	27,0	35,0	34,9
CARIBE LATINO b)	47,3	41,5	37,7	6,7	9,7
Cuba	1,4	1,5	2,7	3,5	5,3
Haití	116,7	71,0	96,8	...	...
República Dominicana	51,8	73,1	34,4	24,2	25,0
CARIBE a)	67,9	96,4	93,0	121,2	131,7
Anguila	142,2	284,5	142,9	142,9	0
Antigua	0	0	34,9	...	...
Antillas Neerlandesas	69,1	83,7	155,4	119,2	51,3
Bahamas	367,5	653,7	623,1	903,8	988,5
Barbados	58,4	154,6	233,7	313,7	304,7
Dominica	25,3	37,5	24,7	...	...
Grenada	30,0	79,2	48,5	66,0	42,4
Guadalupe	139,0	138,6	...	...	...
Guayana Francesa	386,3	600,7	445,7	...	...
Guyana	33,8	39,1	58,6	106,3	198,8
Islas Caimán	47,5	47,6	95,2	190,5	148,1
Islas Turcas y Caicos	750,9	876,1	111,1	222,2	400,0
Islas Vírgenes (RU)	76,7	0	25,8	12,9	153,8
Jamaica	12,3	26,6	24,6	53,5	39,4
Martínica	90,9	154,3	136,0	81,6	72,5
Montserrat	0	76,7	0	0	0
Saint Kitts y Nevis	187,5	103,1	160,0	20,0	90,1
San Vicente y las Granadinas	74,1	55,0	36,0	126,1	58,4
Santa Lucía	15,0	59,3	22,1	51,5	57,0
Suriname	10,2	87,9	86,6	37,3	66,4
Trinidad y Tabago	128,7	132,2	134,8	180,6	194,8
AMERICA DEL NORTE	130,3	150,2	160,2	180,9	180,5
Bermuda	490,8	601,4	569,0	396,6	293,1
Canadá	40,9	47,1	45,2	44,3	34,5
Estados Unidos de América b)	139,7	161,1	172,4	195,4	196,0

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

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

CUADRO 3. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR SEXO, POR PAIS Y POR AÑO, 1987-1992.

SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES												
	HOMBRES						MUJERES						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
País													
AMERICA LATINA a)	19,0	28,9	37,3	49,0	56,4	49,4	2,7	5,4	6,7	8,9	10,1	10,3	
AREA ANDINA	8,6	14,5	18,5	26,2	23,3	14,6	0,4	1,1	1,7	3,0	1,7	1,2	
Bolivia	0,9	2,9	0	1,9	4,3	1,8	0	0	0,6	0	0	1,0	
Colombia	11,8	17,7	23,5	40,8	30,9	23,7	0,5	1,6	2,3	3,2	1,8	1,7	
Ecuador	4,0	5,5	3,8	7,0	8,1	9,1	0,4	0,2	0,4	0,7	1,3	1,1	
Perú	2,9	5,5	9,7	8,1	13,1	6,0	0,2	0,6	0,8	4,5	0,9	0,4	
Venezuela	14,8	28,4	34,8	42,3	37,1	16,6	0,7	2,0	2,9	3,5	3,4	1,3	
CONO SUR	5,1	9,7	12,1	20,7	25,8	23,4	0	0,7	1,2	2,1	2,2	5,1	
Argentina	4,6	10,4	12,9	21,6	26,8	29,3	0	0,4	1,2	2,4	2,5	7,2	
Chile	6,9	9,2	11,4	18,4	24,7	11,8	0,2	1,2	1,1	0,7	1,3	1,3	
Paraguay	2,6	2,0	1,4	4,6	4,5	7,4	0	0	0	0,9	0	0,4	
Uruguay	6,0	15,8	21,6	42,9	50,8	36,0	0	2,8	2,5	6,3	5,6	6,2	
BRASIL	29,8	47,0	61,1	80,6	96,5	80,4	3,1	6,7	8,1	11,1	17,8	17,5	
ISTMO CENTROAMERICANO	10,0	17,2	20,6	37,7	40,1	50,6	3,1	6,2	7,6	16,3	13,6	16,9	
Belice	23,5	23,0	...	11,0	...	...	11,8	11,5	...	...	...	...
Costa Rica	16,3	33,2	33,0	40,7	50,6	54,4	0	2,8	2,7	4,7	2,6	5,1	
El Salvador	...	...	...	...	36,8	31,1	...	...	...	...	12,4	7,8
Guatemala	3,3	3,6	3,1	13,3	16,1	14,2	0,5	0,5	0,7	3,1	3,6	2,3	
Honduras	28,5	50,4	64,8	140,4	107,7	180,0	15,4	27,8	35,8	80,5	48,4	78,7	
Nicaragua	0	1,1	1,1	3,1	4,5	2,4	0	0	0	0,5	0,5	0	
Panamá	25,0	41,4	55,4	44,7	40,7	29,7	1,8	9,7	8,6	7,6	15,7	4,0	
MEXICO	17,1	19,0	33,3	41,0	59,3	59,3	1,8	3,3	6,1	8,0	10,8	10,6	
CARIBE LATINO b)	39,2	64,2	51,0	44,3	10,4	8,8	18,3	30,6	30,0	27,6	5,0	2,9	
Cuba	4,1	3,9	0,2	0,8	4,3	5,9	1,2	0,8	0,2	0	1,3	2,4	
Haití	92,7	154,4	87,1	118,2	...	...	39,8	80,0	55,4	76,7	...	...
República Dominicana	44,7	73,8	94,0	44,2	28,5	20,8	23,7	28,1	49,3	21,3	15,3	6,3	
CARIBE	75,1	94,9	128,5	107,7	157,2	177,9	29,0	38,4	59,9	47,3	79,0	82,3	
Anguila	0	0	...	0	0	0	0	281,7	0	284,1	281,7	0	
Antigua	24,6	0	0	...	...	...	0	0	0	...	...	...
Antillas Neerlandesas	110,2	10,9	...	...	...	...	21,0	20,8	...	...	...	...
Bahamas	430,0	448,0	701,3	747,8	1155,3	1292,4	294,2	289,0	607,2	501,5	673,0	892,9	
Barbados	173,3	73,9	244,5	409,6	520,3	471,5	22,3	44,4	73,5	73,2	105,3	150,4	
Dominica	101,3	49,9	49,3	48,7	...	...	26,0	0	25,4	0	...	...
Grenada	62,0	20,2	100,3	78,7	62,4	20,7	20,2	39,5	0	19,2	87,4	0	
Guadalupe	187,9	217,6	210,9	...	...	...	58,1	63,7	69,3	...	...	...
Guayana Francesa	395,2	545,0	735,0	...	...	...	186,0	204,6	466,7	...	...	...
Guyana	28,2	61,4	42,9	86,3	149,0	268,8	0	10,0	9,8	30,9	64,4	130,5	
Islas Caimán	96,2	0	96,2	96,2	...	75,1	0	93,9	0	0	...	73,1	
Islas Turcas y Caicos	253,2	1012,7	1519,0	0	404,9	809,7	247,5	495,0	247,5	219,5	0	0	
Islas Vírgenes (RU)	0	...	0	144,0	155,0	155,0	0	...	0	14,2	0	151,7	
Jamaica	15,9	18,2	38,2	32,6	59,1	52,8	10,7	6,5	15,2	16,6	48,0	25,3	
Martinica	100,1	137,2	230,1	191,4	120,5	95,8	41,5	47,2	82,4	82,9	33,9	50,6	
Montserrat	0	0	...	0	0	0	0	0	...	0	0	0	
Saint Kitts y Nevis	85,0	381,0	126,6	248,1	46,8	140,4	81,5	0	80,6	77,5	0	43,4	
San Vicente y las Granadinas	77,6	57,2	37,7	55,6	122,2	103,3	18,4	72,0	89,3	17,5	88,4	16,2	
Santa Lucía	47,3	15,5	107,4	15,2	66,6	65,4	14,8	14,6	14,3	28,4	25,0	49,1	
Suriname	15,8	20,7	137,5	125,0	56,3	82,9	10,2	0	39,7	49,3	18,5	50,0	
Trinidad y Tabago	103,3	187,1	193,7	144,0	248,8	277,4	26,1	70,6	71,1	54,3	113,1	113,1	
AMERICA DEL NORTE	149,9	223,9	242,5	291,3	299,1	302,4	13,3	25,8	28,6	37,7	43,1	46,8	
Bermuda	638,3	850,2	975,6	489,5	664,3	419,6	104,2	138,8	237,3	238,1	136,1	170,1	
Canadá	65,7	78,4	89,5	87,1	84,1	66,1	4,1	4,1	5,3	4,1	5,3	3,7	
Estados Unidos de América b)	158,9	239,4	258,9	313,4	322,3	327,9	14,3	28,1	31,0	41,2	47,1	51,3	

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

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

CUADRO 4. RAZON HOMBRE:MUJER, DE LOS CASOS DE SIDA NOTIFICADOS, POR PAIS Y POR AÑO, 1987-1992.

SUBREGION País	RAZON HOMBRE:MUJER					
	1987	1988	1989	1990	1991	1992
AMERICA LATINA a)	6,9	5,4	5,6	5,5	5,6	4,8
AREA ANDINA	20,4	12,7	10,8	8,8	13,4	12,1
Bolivia	N/A	N/A	0	N/A	N/A	1,8
Colombia	22,3	11,3	10,2	13,0	16,6	13,4
Ecuador	10,0	28,0	10,0	9,5	6,3	8,5
Perú	15,0	9,8	11,9	1,8	14,5	13,6
Venezuela	22,8	14,2	12,1	12,4	11,1	13,3
CONO SUR	129,0	13,1	10,1	9,7	11,6	4,5
Argentina	N/A	23,1	10,3	8,9	10,6	4,0
Chile	43,0	7,3	10,4	24,0	18,1	8,8
Paraguay	N/A	N/A	N/A	5,0	N/A	17,0
Uruguay	N/A	6,0	8,3	6,6	8,6	5,5
BRASIL	9,7	7,0	7,5	7,2	5,4	4,6
ISTMO CENTROAMERICANO	3,3	2,8	2,8	2,3	3,0	3,0
Belice	2,0	2,0	...	N/A	...	...
Costa Rica	N/A	12,0	12,3	8,9	19,8	10,9
El Salvador	...	...	...	...	2,9	3,8
Guatemala	7,0	8,0	4,7	4,4	4,5	6,4
Honduras	1,9	1,8	1,8	1,8	2,3	2,3
Nicaragua	N/A	N/A	N/A	6,0	9,0	N/A
Panamá	14,5	4,5	6,7	6,1	2,7	7,6
MEXICO	9,5	5,8	5,4	5,1	5,5	5,6
CARIBE LATINO b)	2,2	2,1	1,7	1,6	2,1	3,1
Cuba	3,5	5,0	1,0	N/A	3,3	2,5
Haití	2,3	1,9	1,5	1,5	...	...
República Dominicana	1,9	2,7	1,9	2,1	1,9	3,4
CARIBE a)	2,5	2,4	2,1	2,2	1,9	2,1
Anguila	N/A	0	...	0	0	N/A
Antigua	N/A	N/A	N/A	...	...	...
Antillas Neerlandesas	5,0	0,5	...	...	...	...
Bahamas	1,4	1,5	1,1	1,5	1,7	1,8
Barbados	7,0	1,5	3,0	5,1	4,6	2,9
Dominica	4,0	N/A	2,0	N/A	...	...
Grenada	3,0	0,5	N/A	4,0	0,8	N/A
Guadalupe	3,1	3,3	2,9	...	...	...
Guayana Francesa	2,1	2,7	1,6	...	...	...
Guyana	N/A	6,2	4,4	2,8	2,3	2,0
Islas Caimán	N/A	0	N/A	N/A	...	1,0
Islas Turcas y Caicos	1,0	2,0	6,0	0	N/A	N/A
Islas Vírgenes (RU)	N/A	...	N/A	1,0	N/A	1,0
Jamaica	1,5	2,8	2,5	2,0	1,2	2,1
Martinica	2,3	2,8	2,6	2,2	3,3	1,8
Montserrat	N/A	N/A	...	N/A	N/A	N/A
Saint Kitts y Nevis	1,0	N/A	1,5	3,0	N/A	3,0
San Vicente y las Granadinas	4,0	0,8	0,4	3,0	1,2	6,0
Santa Lucía	3,0	1,0	7,0	0,5	2,5	1,3
Suriname	1,5	N/A	3,4	2,5	3,0	1,6
Trinidad y Tabago	3,9	2,6	2,7	2,6	2,2	2,4
AMERICA DEL NORTE	10,7	8,2	8,1	7,4	6,6	6,2
Bermuda	6,0	6,0	4,0	2,0	4,8	2,4
Canadá	15,6	18,8	16,4	20,8	15,7	17,6
Estados Unidos de América b)	10,6	8,1	7,9	7,2	6,5	6,1

NOTA: N/A = No se aplica. No se ha notificado casos en mujeres en este periodo.

... = Información no disponible por sexo.

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

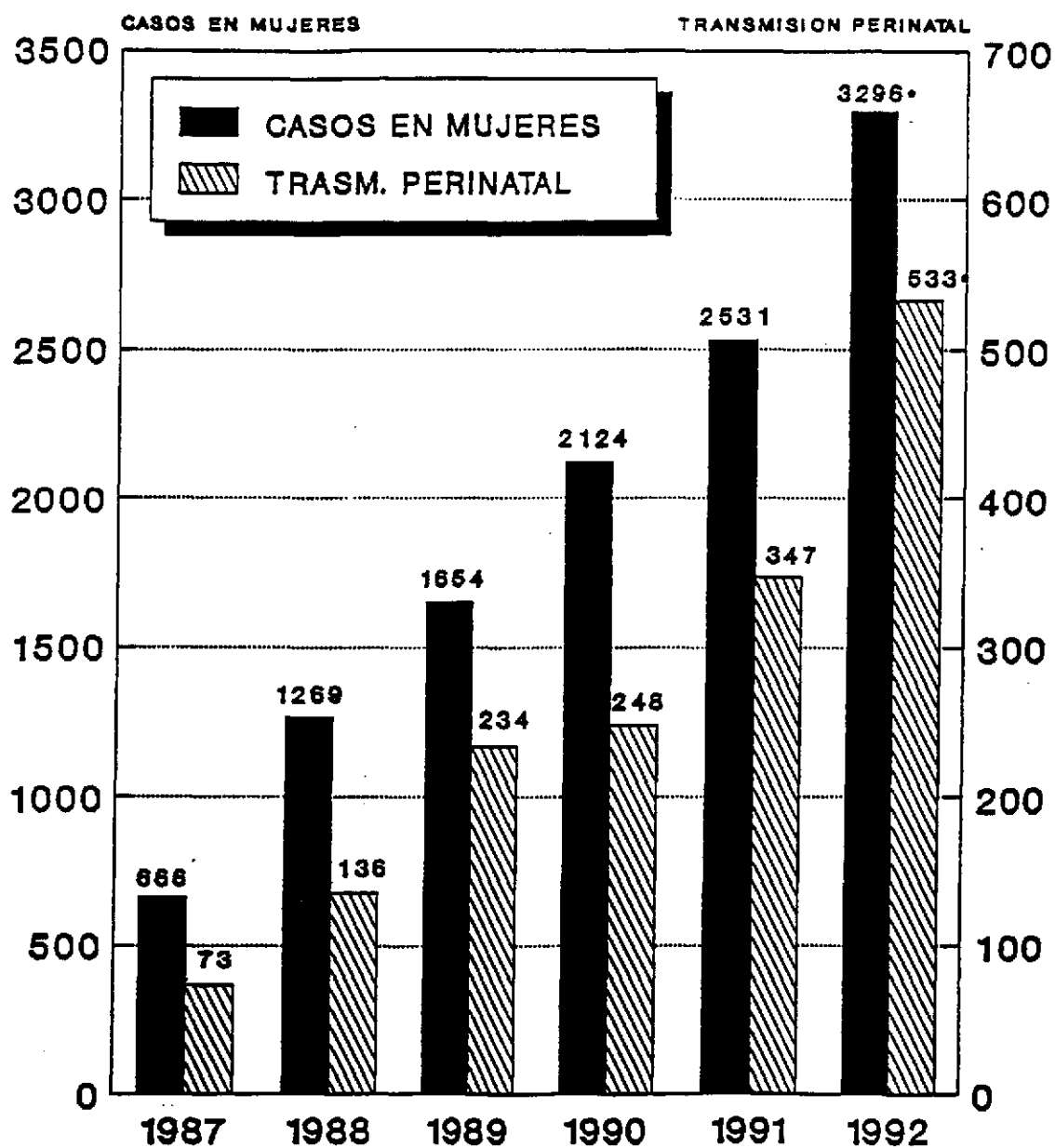
b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 5. NUMERO TOTAL DE CASOS , CASOS PEDIATRICOS, PORCENTAJE DE CASOS PEDIATRICOS SOBRE EL TOTAL; CASOS PERINATALES Y PORCENTAJE DE CASOS PERINATALES SOBRE LOS PEDIATRICOS POR SUBREGION Y PAIS (a), ACUMULADO A JUNIO 1993.

País	TOTAL CASOS	CASOS PEDIATRICOS	PORCENTAJE PEDIATRICOS	CASOS PERINATALES	PORCENTAJE PERINATALES
AREA ANDINA					
Bolivia	60	1	1,7	1	100,0
Colombia	2.957	63	2,1	52	82,5
Ecuador	253	4	1,6	3	75,0
Perú	614	10	1,6	1	10,0
Venezuela	2.342	38	1,6	18	47,4
CONO SUR					
Argentina	2.456	70	2,9	51	72,9
Chile	723	14	1,9	10	71,4
Uruguay	359	9	2,5	9	100,0
BRASIL	36.481	1.265	3,5	728	57,5
ISTMO CENTROAMERICANO					
Costa Rica	470	12	2,6	5	41,7
El Salvador	470	8	1,7	5	62,5
Guatemala	434	5	1,2	1	0,0
Honduras	2.510	91	3,6	78	85,7
Panamá	460	8	1,7	6	75,0
MEXICO	13.259	397	3,0	180	45,3
CARIBE LATINO					
Cuba	168	1	0,6	1	100,0
Haití	3.086	82	2,7	16	19,5
República Dominicana	1.839	42	2,3	24	70,0
CARIBE					
Antillas Neerlandesas	110	1	0,9	1	100,0
Bahamas	1.161	93	8,0	91	97,8
Barbados	350	16	4,6	15	93,8
Dominica	12	1	8,3	1	100,0
Grenada	35	2	5,7	2	100,0
Guadalupe	182	13	7,1	12	92,3
Guayana Francesa	232	17	7,3	16	94,1
Guyana	390	9	2,3	9	100,0
Islas Vírgenes (RU)	6	1	16,7	1	100,0
Jamaica	433	44	10,2	41	93,2
Martinica	237	12	5,1	10	83,3
Saint Kitts y Nevis	38	1	2,6	1	100,0
San Vicente y las Granadinas	49	1	2,0	1	100,0
Santa Lucía	49	3	6,1	3	100,0
Suriname	128	3	2,3	2	66,7
Trinidad y Tabago	1.228	89	7,2	83	93,3
AMERICA DEL NORTE					
Canadá	7.770	79	1,0	60	75,9
Estados Unidos de América	289.320	4.480	1,5	3.665	81,8

(a) Excluye a países que no han notificado casos pediátricos.

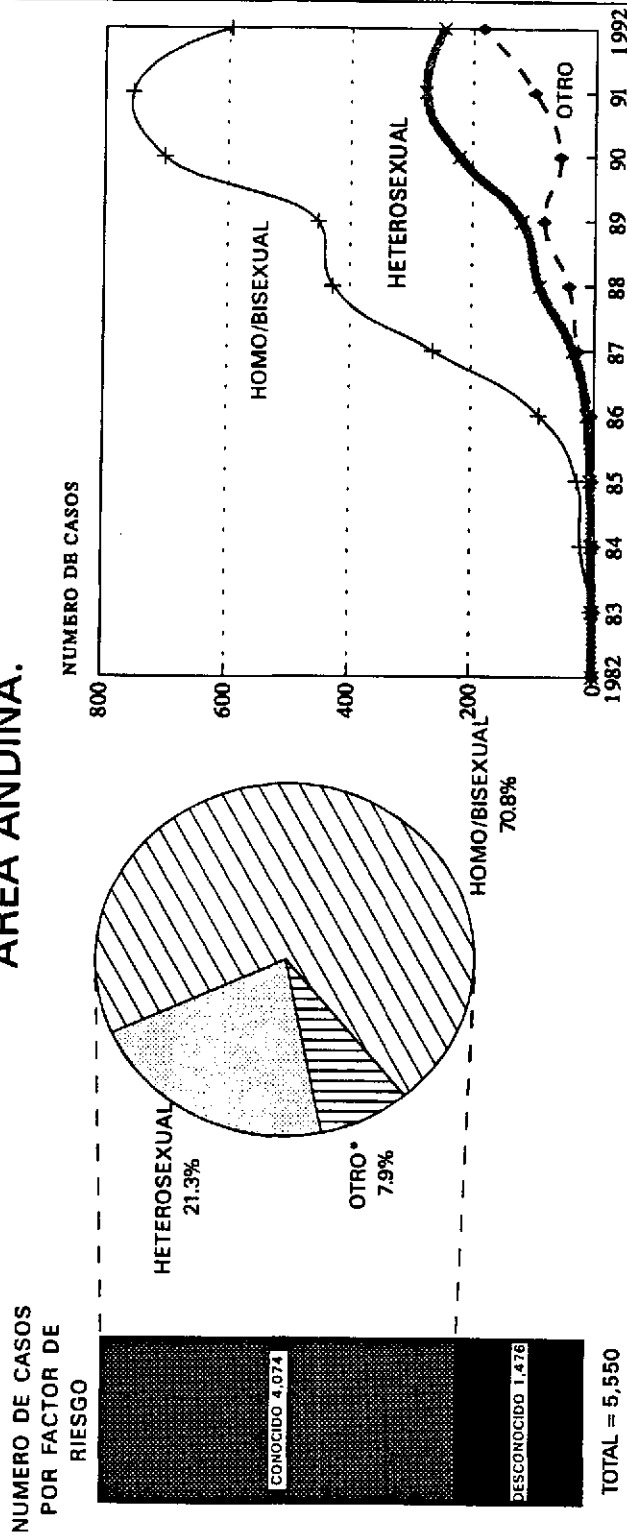
Fig. 3. NUMERO DE CASOS DE SIDA EN MUJERES, Y CASOS DE TRANSMISION PERINATAL, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1987-1992.



• LA INFORMACION DE 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

ei\hg\SPJUN93\temestm

FIG. 4a. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1992, AREA ANDINA.

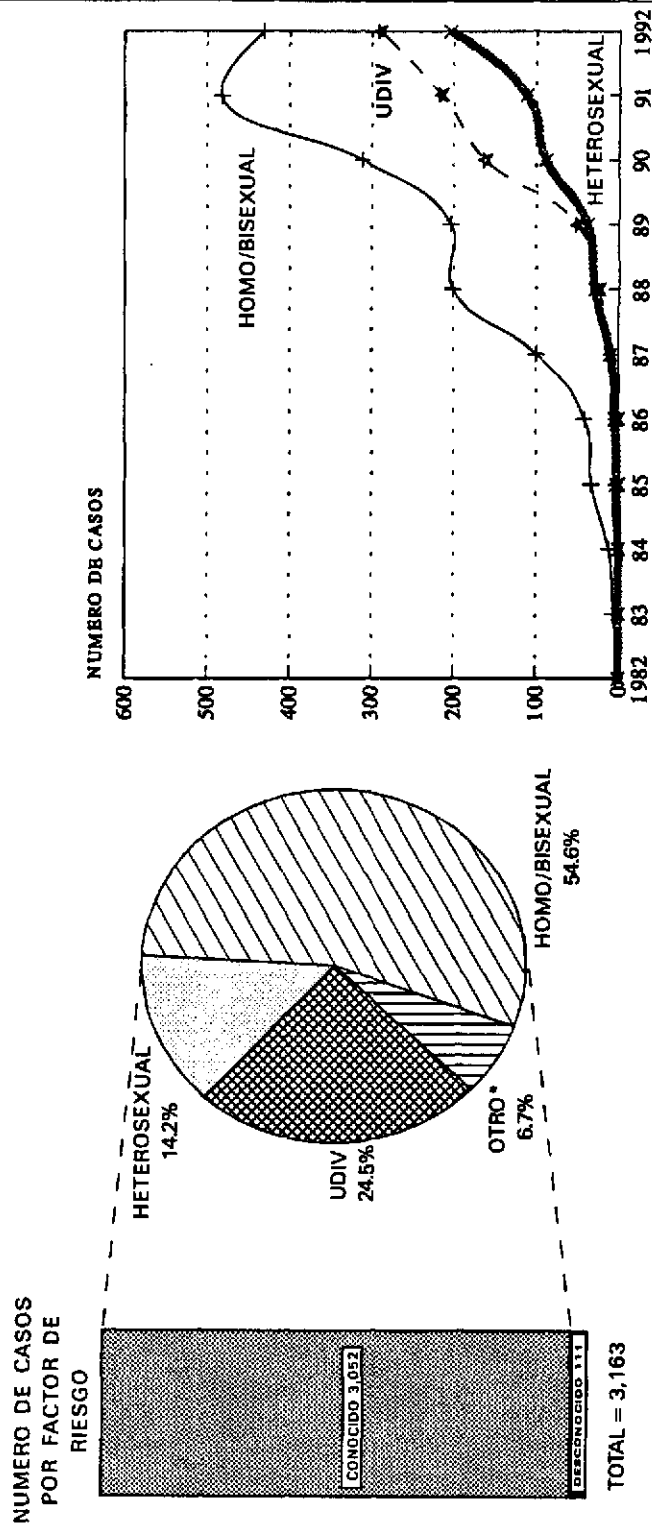


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1982-1992.**

* INCLUYE 2.6% SANGUINEO, 0.8% UDVY, 1.8% PERINATAL Y 2.4% DE OTROS FACTORES CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4b. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A JUNIO 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1992, CONO SUR.



* INCLUYE 4.0% SANGUINEO, 3.3% PERINATAL Y 0.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4c. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1980-1992, BRASIL.

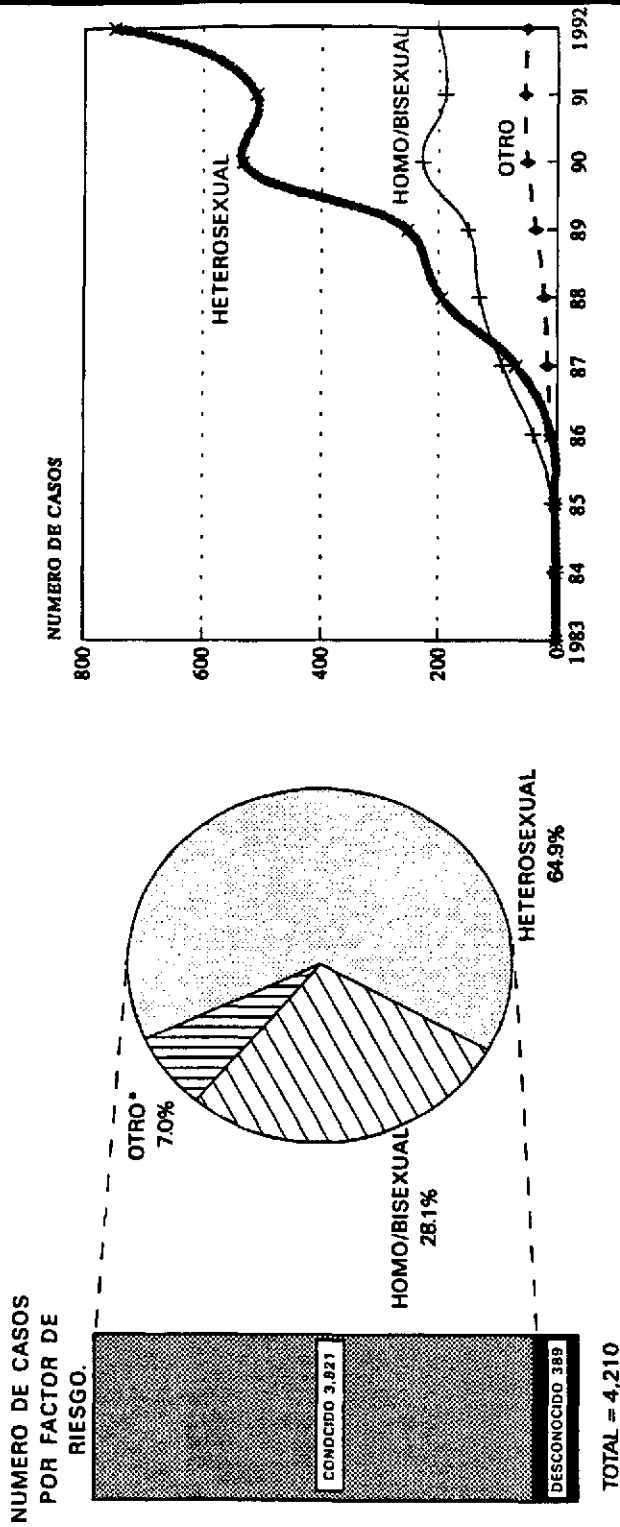


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO SELECCIONADOS, JUNIO DE 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1980-1992.**

* INCLUYE 6,7% SANGUINEO, 2,2% PERINATAL Y 0,008% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4d. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1992, ISTMO CENTROAMERICANO.

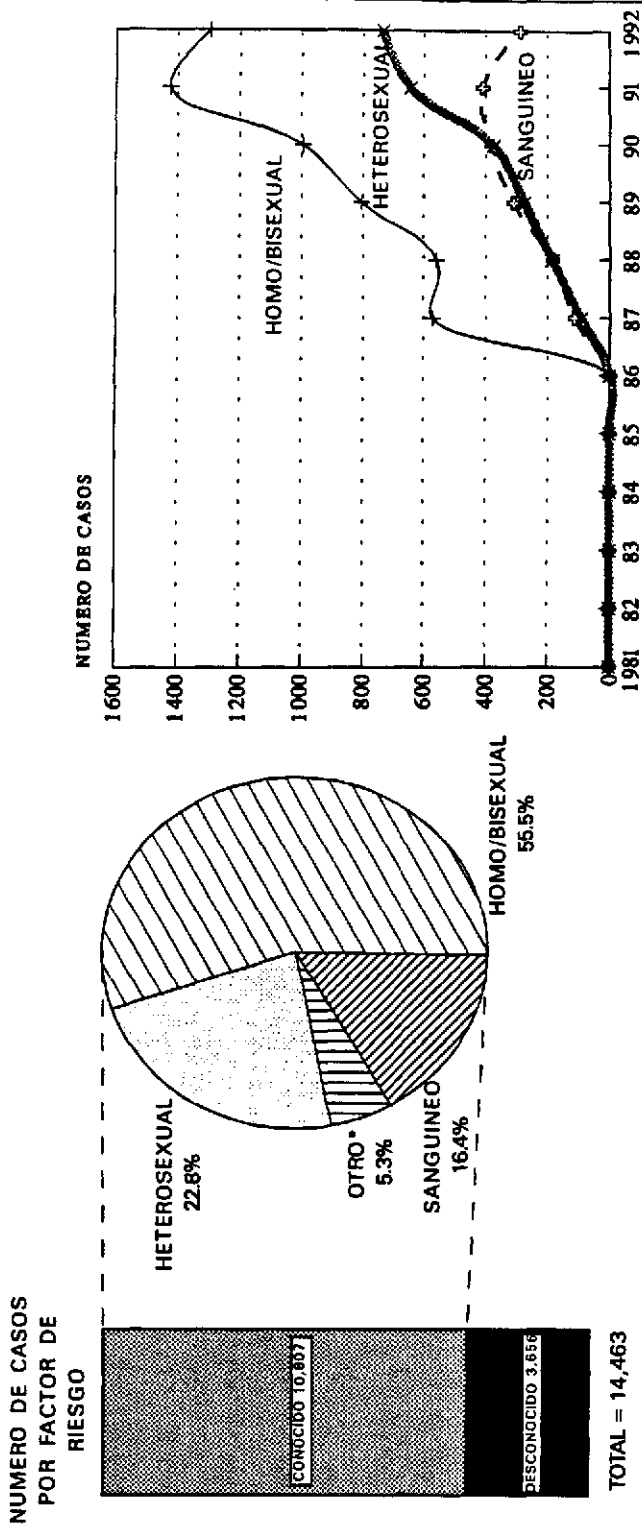


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1983-1992.**

* INCLUYE 2.9% SANGUINEO, 1.2% UDIV, 2.5% PERINATAL Y 0.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4e. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1981-1992, MEXICO.

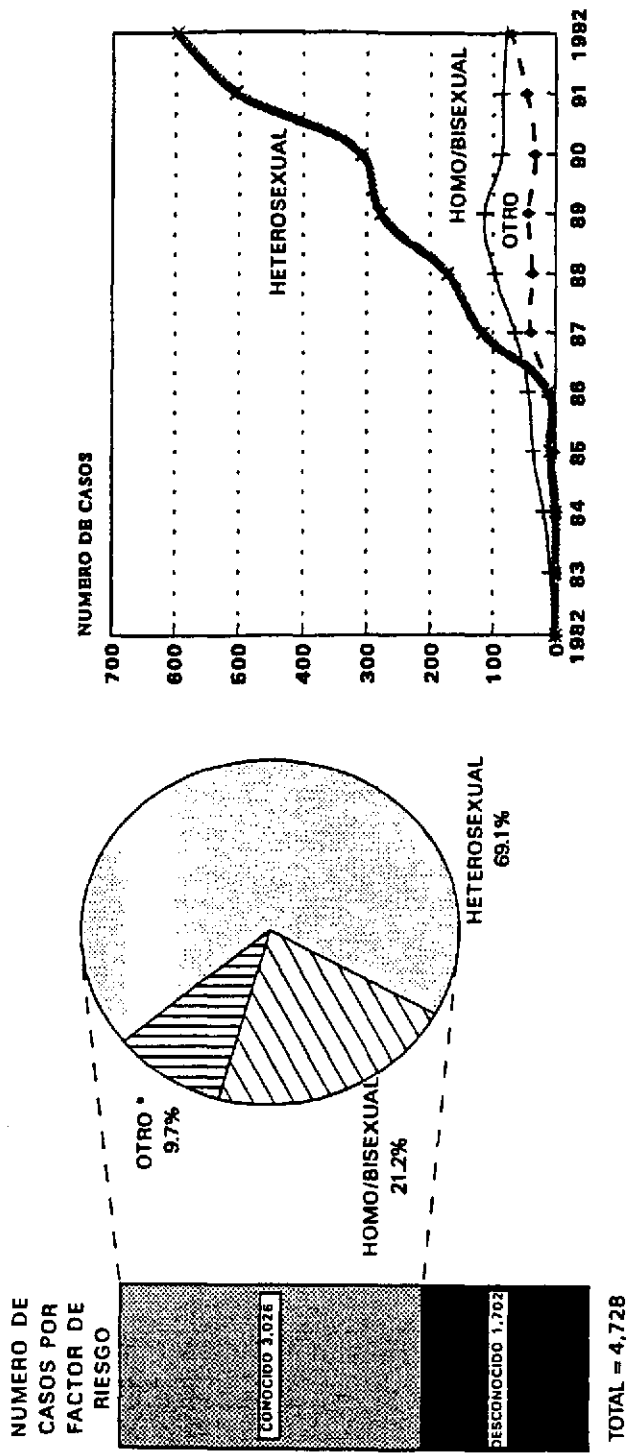


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1981-1992.**

* INCLUYE 0.8% UDIV, 1.7% PERINATAL Y 2.8% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

** LA INFORMACION DE 1981 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4f. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1992, CARIBE.



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1982-1992.**

* INCLUYE 0.6% SANGUINEO, 0.2% UDIV, 8.5% PERMATAL, Y 0.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1991, 1992 Y 1993 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO EN LA NOTIFICACION.



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXXVII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre 1993

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XLV Reunión

Tema 5.2 del programa provisional

CD37/10, ADD. I (Esp.)
12 agosto 1993
ORIGINAL: ESPAÑOL

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS AMERICAS

Recomendaciones sobre SIDA, emanadas de la III Conferencia
Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno
(Salvador, Bahía, Brasil, 15-16 de julio de 1993)

Durante esta importante reunión, y como parte de las discusiones sobre "cooperación entre los países del área" y específicamente bajo el temario de "Educación, cultura, salud, ciencia y tecnología como instrumentos del desarrollo; las soluciones de conjunto y las cuestiones intersectoriales", se abordó el tema "Salud y Desarrollo: SIDA, una Cuestión Social y Económica", cuyo texto completo es el siguiente:

"En la Conferencia de Ministros de Salud de los países iberoamericanos, realizada en Brasilia del 24 al 27 de mayo de 1993, se reconoció la urgencia de elaborar y aplicar, en el ámbito iberoamericano, una política global para el control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Los Jefes de Estado y de Gobierno aprobamos, y hacemos nuestras, las conclusiones y recomendaciones de dicha Conferencia ...[Apéndice]... Resaltamos, en particular, la importancia de dedicar mayores recursos financieros y humanos a las actividades de lucha contra el VIH/SIDA, así como de promover la transferencia de tecnología y la diseminación de información científica y técnica. Apoyamos la propuesta de mantener o ubicar los programas de prevención y control de VIH/SIDA y las iniciativas de revisión, actualización y expedición de normas jurídicas que favorezcan la ejecución adecuada de las medidas de prevención del VIH/SIDA, dentro del marco del respeto a los derechos humanos y la protección de la salud pública".

Desde el punto de vista de la OPS y sus Estados Miembros, la declaración anterior resalta la importancia que los Jefes de Estado y de Gobierno otorgan a este apremiante problema de salud pública y endosa, implícitamente, el enfoque y políticas globales que el Programa Mundial del SIDA, la OPS y los Estados Miembros han seguido en la lucha contra el SIDA, en base a las estrategias de prevención de la

transmisión del VIH, reducción del impacto social y económico y coordinación de esfuerzos nacionales e internacionales, dentro del marco de respeto a los derechos humanos y la protección de la salud pública.

En términos de la puesta en práctica de políticas globales para el control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el ámbito iberoamericano, se hace necesario concertar, tanto a nivel Regional, como a nivel de cada uno de los países, el trabajo y los esfuerzos de los diversos sectores, instituciones y agencias que están ya colaborando o que deberían involucrarse en la lucha contra el SIDA. De especial importancia es la identificación y movilización de recursos, incluyendo los del sector privado, y la asignación de recursos a actividades de prevención y control del VIH y SIDA dentro de los presupuestos de los gobiernos nacionales. El secretariado se encargará de hacer seguimiento a esta declaración, la cual ya ha sido ampliamente diseminada, para conocimiento y acción de las diversas instancias involucradas en la lucha contra el SIDA en los países iberoamericanos.

CONFERENCIA DE MINISTROS DE SALUD
DE LOS PAISES IBEROAMERICANOS

"SALUD Y DESARROLLO:
SIDA—UNA CUESTION SOCIAL Y ECONOMICA"

Brasilia, 24-27 de mayo de 1993

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES INICIALES

La Conferencia de Salud de los Países Iberoamericanos, realizada en Brasilia durante los días 24 a 27 de mayo de 1993, adoptó las siguientes conclusiones:

Reunidos siguiendo la recomendación de la Segunda Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en Madrid del 23-27 de julio de 1992, en la cual se reconoció la urgencia de elaborar y aplicar en el ámbito iberoamericano, una política global para el control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Preocupados por la rápida expansión de la epidemia de VIH/SIDA que amenaza con reducir la esperanza de vida de millones de hombres, mujeres y niños, disminuir los logros de las últimas décadas en el campo de la salud y la asistencia social e impedir el progreso y desarrollo socioeconómico de los países iberoamericanos.

Conscientes de la necesidad de dedicar mayores recursos nacionales, promover la cooperación intersectorial, la cooperación internacional y coordinar las acciones de prevención, atención médica, servicios sociales y amparo legal, a nivel nacional y entre los países.

Reconociendo que la marginalización, estigmatización y discriminación de las personas afectadas no sólo constituyen una violación de los derechos humanos, sino que además obstaculizan las acciones de prevención y control de la epidemia.

Con la decisión firme de que los compromisos adquiridos en esta conferencia resulten en acciones concretas y medidas eficaces para hacer frente a los desafíos que plantea esta epidemia para la salud y el desarrollo de nuestros pueblos, acordamos promover y ejecutar las recomendaciones:

1. IMPACTO SOCIOECONOMICO

A efectos de determinar el impacto socio-económico de la epidemia y garantizar que la utilización de recursos se lleve a cabo de acuerdo con directrices técnicas y controles administrativos, es necesario desarrollar sistemas de información socioeconómica en prevención y control de VIH/SIDA. Recomendamos:

- 1.1 Definir áreas prioritarias nacionales para la movilización y asignación de recursos financieros, en consideración a la realidad y políticas de salud del país, así como de la situación de la epidemia a nivel local, regional y mundial.
- 1.2 Elaborar protocolos para estudiar en forma sistemática los costos directos e indirectos de la epidemia.
- 1.3 Desarrollar y/o adaptar metodologías orientadas a evaluar el retorno económico y social de las estrategias de prevención del SIDA.

2. DESPLAZAMIENTOS HUMANOS

Consideramos que ha sido particularmente importante el impacto del SIDA en los movimientos migratorios, por lo que se hace necesario la elaboración de acuerdos efectivos para evitar restricciones discriminatorias en el tránsito internacional.

Recomendamos:

- 2.1 Eliminar todo requerimiento de pruebas serológicas de infección con VIH, para la obtención de cualquier tipo de visado (de trabajo, temporal residente, transeúnte, turista, estudiante).
- 2.2 Desarrollar investigaciones sobre patrones de desplazamiento de población, estudios epidemiológicos de comportamiento y sociales para establecer los patrones de transmisión del VIH/SIDA/ETS, e identificar mecanismos de apoyo comunitario e impacto social en las comunidades de intenso desplazamiento y en las zonas fronterizas.
- 2.3 Establecer convenios bilaterales y/o multilaterales entre países de la Región Iberoamericana que aseguren la asistencia médica a personas procedentes de otros países de la Región dentro de las leyes y posibilidades de asistencia de cada país.

- 2.4 Desarrollar e implementar intervenciones de información, educación y comunicación para la prevención de la infección por el VIH y otras ETS, dirigidas a viajeros, turistas, transeúntes, inmigrantes y poblaciones receptoras.

3. DERECHOS HUMANOS

Creemos que promover el respeto por los Derechos Humanos constituye una estrategia esencial de salud pública. Recomendamos:

- 3.1 Estudiar el ordenamiento jurídico existente en cada país para identificar o desarrollar los instrumentos legales necesarios para la implementación de programas nacionales de prevención y control de SIDA acordes con las políticas nacionales de salud y desarrollo y con respeto a los Derechos Humanos.
- 3.2 Recomendar a organismos internacionales que continúen pronunciándose contra cualquier forma de discriminación basada en la condición de infectado o infectada.
- 3.3 Incluir en toda reunión nacional e internacional sobre VIH/SIDA en la Región Iberoamericana, aspectos ético-legales, englobando el análisis de la situación de los Derechos Humanos y la descripción de las dificultades identificadas, así como alternativas para resolverlas.

4. USO DE DROGAS Y VIH/SIDA

Nos preocupa la importancia del uso de drogas inyectables en la expansión de la epidemia del SIDA en la Región Iberoamericana, así como las posturas políticas y las normas jurídicas en relación al uso de drogas, que han limitado la implantación de medidas eficaces de prevención y control de VIH/SIDA entre usuarios de drogas y sus parejas sexuales.

Recomendamos:

- 4.1 Revisar las posturas político-jurídicas relacionadas con el uso de drogas con el propósito de asegurar y facilitar la implementación de acciones de prevención y control del VIH/SIDA entre usuarios de drogas y sus parejas sexuales dentro del marco del conocimiento del tema y las experiencias nacionales e internacionales.

- 4.2 Identificar el perfil epidemiológico, antropológico de comportamiento y sociodemográfico de usuarios de drogas, particularmente drogas inyectables, a través de estudios e investigaciones que ofrezcan las bases para el desarrollo de estrategias específicas de prevención.
- 4.3 Establecer centros de referencia especializados en la atención a usuarios de drogas, particularmente drogas inyectables, y promover el intercambio de experiencias e información en la Región Iberoamericana y fuera de ella.
- 4.4 Apoyar iniciativas y actividades de ONGs y grupos de autoapoyo que trabajan en esta área, dentro del marco de la política y estrategias de prevención y control de VIH/SIDA.
- 4.5 Desarrollar modelos experimentales de intervención (sustitución de jeringas, distribución de hipoclorito de sodio, acciones educativas) para la prevención de la infección entre usuarios de drogas en locales preseleccionados (por ejemplo, centros de referencia), que permitan la comparación de resultados alcanzados.

5. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

La epidemia del SIDA pone en evidencia la imperiosa necesidad de fortalecer el desarrollo de recursos humanos y equipo de salud a quienes la epidemia encontró insuficientemente preparados para hacer frente a este nuevo y apremiante problema de salud.

Recomendamos:

- 5.1 Fomentar reformas dentro de las escuelas de formación de profesionales de la salud para cambiar su actual enfoque curativo individualizante, adecuándolos a las necesidades de formación de equipos multidisciplinarios para la atención integral del VIH/SIDA.
- 5.2 Desarrollar sistemas y mecanismos que permitan realizar actividades de educación a distancia y actualización de la información sobre VIH/SIDA de todos los integrantes del equipo de salud.
- 5.3 Promover el intercambio de información actualizada, experiencias y recursos humanos entre los países a través de convenios bilaterales y multilaterales y de otros mecanismos, tales como publicaciones periódicas.

- 5.4 Evitar la pérdida de recursos humanos calificados hacia otras áreas y hacia fuera de la Región a través de la garantía de salarios dignos y condiciones adecuadas de trabajo que permitan dedicación al programa, apoyo necesario para actualización profesional y compromiso de mantener los equipos de los programas ante cambios políticos/administrativos.

6. TRANSFERENCIA Y UTILIZACION DE TECNOLOGIAS

Reconocemos que las tecnologías para prevención y control del VIH/SIDA, actualmente en uso, no son las más apropiadas a la realidad de la mayoría de los países de la Región Iberoamericana.

Recomendamos:

- 6.1 Desarrollar e implementar proyectos de "mercadeo social" (incluyendo promoción y distribución de condones) que enfoquen la salud como un bien y un valor.
- 6.2 Difundir de manera sistemática, mensajes de promoción de la salud y prevención de VIH/SIDA/ETS a través de medios de comunicación (radio, televisión, prensa y otros) que existen en la Región.
- 6.3 Identificar oportunidades y mecanismos para que el gobierno, las empresas privadas y las asociaciones nacionales e internacionales de prensa contribuyan con tiempo, espacio u otros elementos para emitir mensajes de prevención de VIH/SIDA.
- 6.4 Realizar conferencias vía satélite sobre temas de interés común dirigidos a audiencias específicas, tales como profesionales de la salud y otros grupos destinatarios debidamente identificados.
- 6.5 Revisar y evaluar en proyectos multicéntricos, algoritmos y recomendaciones terapéuticas nacionales e internacionales para el manejo de las ETS.
- 6.6 Evaluar e implementar en la Región estudios y algoritmos específicos para zonas de alta y baja transmisión de tuberculosis, ajustando estos últimos a la situación de las epidemias de VIH/SIDA y tuberculosis en cada país.

- 6.7 Realizar estudios y evaluaciones de métodos y estrategias de laboratorio para el control de la sangre para transfusiones y pruebas de diagnóstico clínico del VIH/SIDA/ETS.
- 6.8 Implementar alternativas asistenciales adecuadas (por ejemplo, hospitales de días, casas de apoyo, servicios ambulatorios y asistencia domiciliar).
- 6.9 Implementar intervenciones educativas en farmacias, boticas o droguerías, dirigidas a usuarios, dependientes y farmacéuticos, y a trabajadores de la industria farmacéutica.
- 6.10 Implementar proyectos de intervención educativa en el ámbito escolar.
- 6.11 Desarrollar programas educativos utilizando metodología participativa, dirigidos a la población en general, priorizando grupos con prácticas de riesgo, de acuerdo a los recursos disponibles y dentro de un marco institucional multidisciplinario e intersectorial.
- 6.12 Promover la identificación y uso de indicadores comunes que permitan estimar el impacto de programas de prevención y control de VIH/SIDA y actividades, y comparar experiencias similares.
- 6.13 Fomentar con la cooperación de organismos internacionales, el establecimiento de mecanismos para inventariar y facilitar la adquisición o intercambio de insumos entre los países iberoamericanos (por ejemplo, preservativos, reactivos, medicamentos, equipos, etc.).
- 6.14 Crear un grupo integrado por representantes de los países interesados para elaboración de un proyecto de implementación de la recomendación anterior, que será sometido a la consideración de la IV Cumbre de Jefes de Estado en 1994.

7. RECOMENDACION ADICIONAL

- 7.1 Desarrollar en la Región un amplio proyecto para la eliminación para el año 2000 de la sífilis congénita, integrando acciones de prevención, prestación de servicios y participación comunitaria.

Creemos en el esfuerzo conjunto en la lucha contra la epidemia del SIDA como una contribución al desarrollo social, económico y político de nuestros países. Reafirmamos nuestro compromiso con la democracia, con el respeto a los Derechos

Humanos y con el espíritu de cooperación que debe prevalecer en las relaciones entre nuestros países.

Solicitamos a los Jefes de Estado:

1. Apoyar la implementación de estas recomendaciones bajo un enfoque multidisciplinario e intersectorial.
2. Dedicar mayores recursos financieros y humanos a las actividades de lucha contra el VIH/SIDA.
3. Apoyar las iniciativas de revisión, actualización y expedición de normas jurídicas que favorezcan la implementación adecuada y oportuna de las medidas de prevención del VIH/SIDA dentro del marco del respeto por los derechos humanos y la protección de la salud pública.
4. Promover el uso y transferencia de tecnología apropiada, así como la diseminación de información científica y técnica utilizando sistemas de telecomunicación vía satélite.
5. Mantener o utilizar los programas de prevención y control de VIH/SIDA en un nivel dentro de la estructura ministerial que posibilite la más expedita y eficiente ejecución de las acciones contempladas en la estrategia nacional contra el VIH/SIDA.

consejo directivo

comité regional



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXXVII Reunión



ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XLV Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1993

Tema 5.2 del programa provisional

CD37/10, ADD. II (Esp.)
10 septiembre 1993
ORIGINAL: INGLES

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN LAS
AMERICAS

El Director se complace en presentar al Consejo Directivo un informe revisado sobre el estado de la vigilancia del SIDA en las Américas al 10 de septiembre de 1993.

VIGILANCIA DEL SIDA EN LAS AMERICAS

Resumen

Información al 10 de septiembre de 1993

Número acumulado de casos notificados

a nivel mundial: 751,267

Número acumulado de casos notificados

en las Américas: 403,459

Número acumulado de muertes notificadas

en las Américas: 234,369

NOTA: Información preliminar. Los países se encuentran revisando su información antes de la publicación del Informe Anual de 1992.

FIG. 1. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA POR REGION DE LA OMS, POR AÑO, 1979-92.

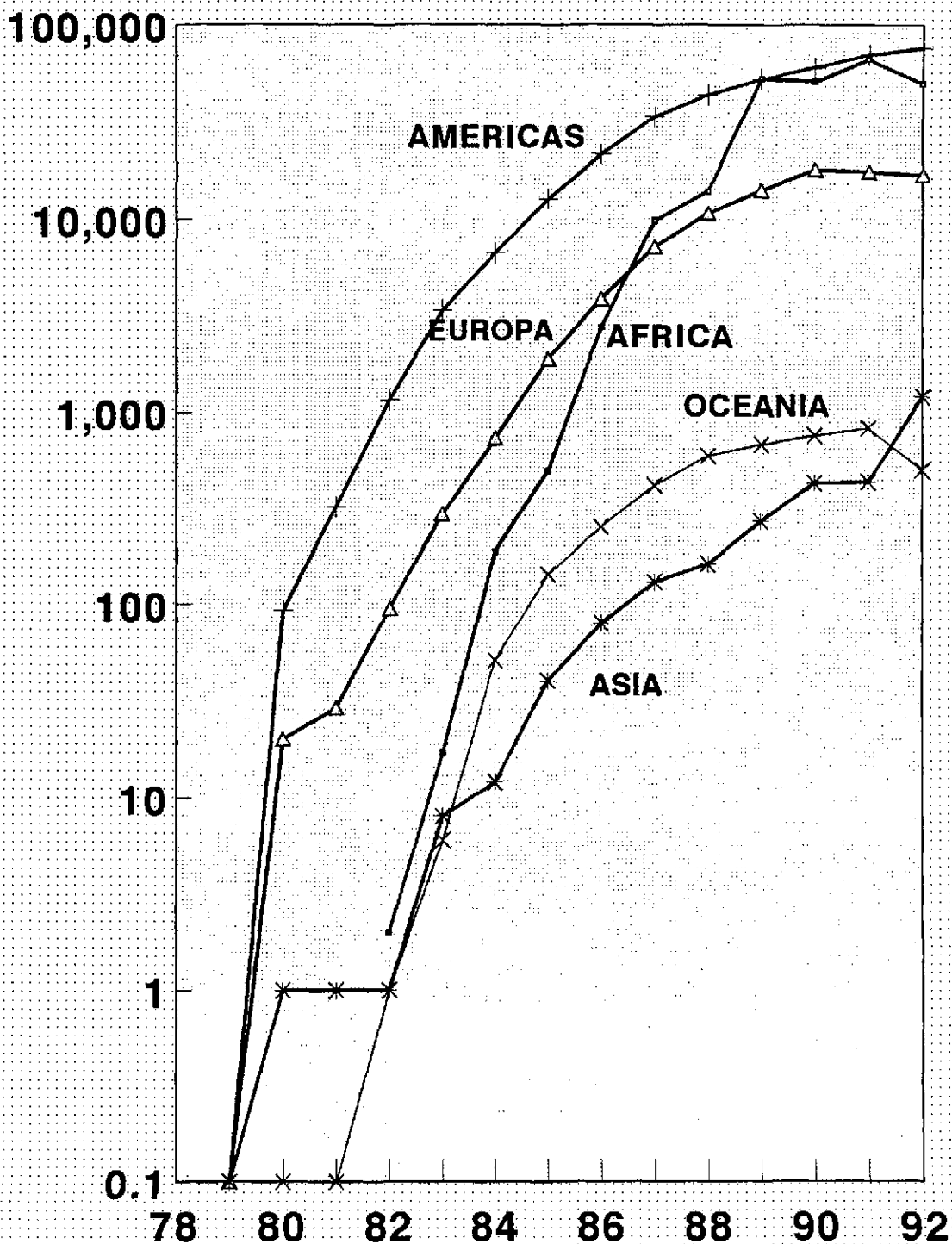
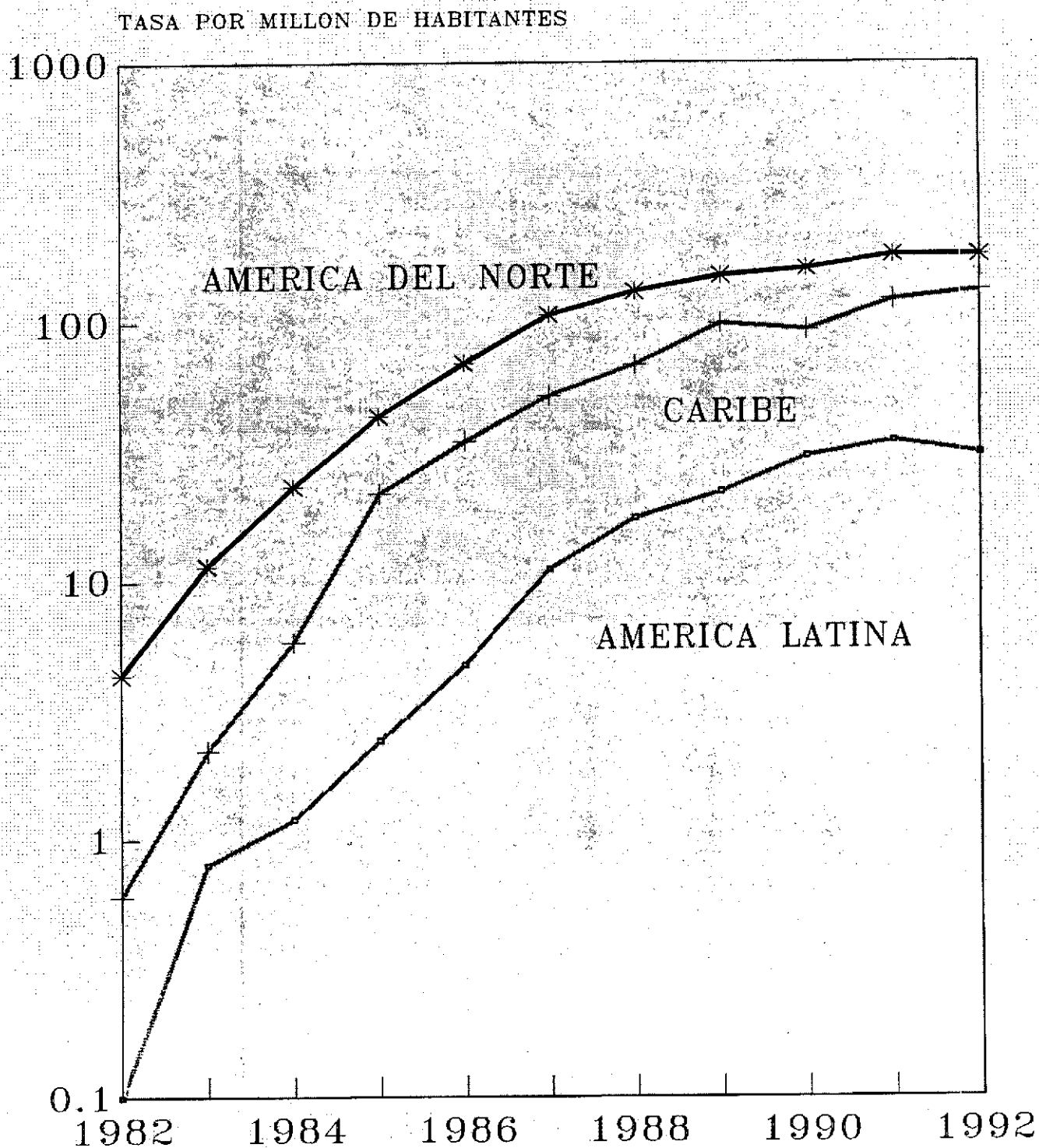


Fig.2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA EN LAS AMERICAS(POR MILLON), SUBREGIONES PRINCIPALES, 1982-1992.



CUADRO 1. NUMERO NOTIFICADO DE CASOS DE SIDA POR AÑO Y NUMERO ACUMULADO DE CASOS Y DEFUNCIONES, POR PAIS Y SUBREGION

Al 10 de septiembre de 1993

SUBREGION	Número de Casos							Total(a) acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993			
TOTAL REGIONAL	79.762	43.556	52.300	60.040	69.880	75.730	21.662	403.459	234.369	
AMERICA LATINA b)	7.636	7.256	9.478	13.449	15.680	15.963	4.753	74.579	31.261	
AREA ANDINA	630	736	954	1.501	1.600	1.198	227	6.847	3.419	
Bolivia	6	10	2	9	17	8	8	60	45	31/Mar/93
Colombia	247	319	410	765	782	434	...	2.957	1.483	30/Sep/92
Ecuador	35	29	22	42	51	57	28	265	192	30/Jun/93
Perú	62	65	113	141	155	230	107	873	270	30/Jun/93
Venezuela	280	313	407	544	595	469	84	2.692	1.429	06/Sep/93
CONO SUR	247	267	352	606	757	878	214	3.661	1.588	
Argentina	145	169	228	388	478	605	103	2.456	915	31/Mar/93
Chile	78	66	83	130	183	166	51	757	437	30/Jun/93
Paraguay	7	4	3	12	10	17	6	59	39	30/Jun/93
Uruguay	17	28	38	76	86	90	54	389	197	30/Jun/93
BRASIL	4.033	3.884	5.134	6.937	8.923	9.126	1.463	39.500	16.485	03/Jul/93
ISTMO CENTROAMERICANO	280	362	491	910	924	1.197	754	4.941	1.692	
Belice	7	4	0	19	11	12	...	53	46	30/Sep/92
Costa Rica	43	52	57	86	91	125	45	499	302	30/Jun/93
El Salvador	23	34	72	54	132	114	41	470	120	31/Mar/93
Guatemala	31	18	32	92	96	94	114	477	148	30/Jun/93
Honduras	119	189	251	586	495	733	474	2.867	723	30/Jun/93
Nicaragua	0	2	2	7	13	6	7	40	32	30/Jun/93
Panamá	57	63	77	66	86	113	73	535	321	30/Jun/93
MEXICO	802	905	1.607	2.588	3.167	3.220	1.991	14.280	7.434	30/Jun/93
CARIBE LATINO c)	1.644	1.102	940	907	309	344	104	5.350	643	
Cuba	16	14	14	29	37	62	32	204	117	30/Jun/93
Haití	1.272	731	453	630	...	...	...	3.086	297	31/Dic/90
República Dominicana	356	357	473	248	272	282	72	2.060	229	30/Jun/93
CARIBE c)	836	493	725	701	872	951	453	5.043	3.211	
Anguila	0	1	2	1	1	0	0	5	3	31/Mar/93
Antigua	3	0	0	3	...	...	...	6	5	31/Dic/90
Antillas Neerlandesas	18	13	16	30	23	10	...	110	55	30/Jun/92
Bahamas	176	93	168	162	235	259	137	1.230	751	30/Jun/93
Barbados	56	15	40	61	80	78	44	374	285	30/Jun/93
Dominica	5	2	3	2	...	...	...	12	11	30/Jun/90
Grenada	8	3	8	5	7	4	11	46	31	30/Jun/93
Guadalupe	88	47	47	...	...	...	...	182	85	31/Dic/89
Guayana Francesa	103	34	54	41	...	...	...	232	144	30/Sep/90
Guyana	10	34	40	61	85	160	...	390	102	31/Dic/92
Islas Caimán	3	1	1	2	4	4	...	15	11	31/Dic/92
Islas Turcas y Caicos	5	6	7	1	2	4	...	25	23	31/Dic/92
Islas Vírgenes (RU)	0	1	0	2	1	2	0	6	1	30/Jun/93
Jamaica	43	30	66	62	133	99	104	537	359	30/Jun/93
Martinica	48	30	51	45	28	25	19	246	175	30/Jun/93
Montserrat	0	0	1	0	0	0	0	1	0	30/Jun/93
Saint Kitts y Nevis	10	9	5	8	1	4	1	38	24	30/Jun/93
San Vicente y las Granadinas	7	8	6	4	14	7	7	53	36	30/Jun/93
Santa Lucía	8	2	8	3	7	9	8	57	28	30/Jun/93
Suriname	9	4	35	35	16	29	18	146	119	30/Jun/93
Trinidad y Tabago	236	160	167	173	235	257	104	1.332	963	30/Jun/93
AMERICA DEL NORTE	71.290	35.807	42.097	45.890	53.328	58.816	16.456	323.837	199.897	
Bermuda	72	28	35	33	23	17	7	215	156	31/Mar/93
Canadá	2.120	1.069	1.252	1.222	1.230	1.127	212	8.232	5.407	31/Jul/93
Estados Unidos de América c)	69.098	34.710	40.810	44.635	52.075	57.672	16.237	315.390	194.334	30/Jun/93

a) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.

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

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

CUADRO 2. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR PAIS Y POR AÑO, 1988-1992.

SUBREGION País	TASA POR MILLON				
	1988	1989	1990	1991	1992
AMERICA LATINA a)	17,4	21,9	30,1	34,4	30,8
AREA ANDINA	8,4	10,5	16,0	16,3	9,3
Bolivia	1,4	0,3	1,2	2,3	1,0
Colombia	10,4	13,1	24,0	23,3	12,7
Ecuador	2,8	2,1	3,9	4,7	5,1
Perú	3,1	5,4	6,3	7,0	3,3
Venezuela	16,6	20,2	25,9	26,3	15,8
CONO SUR	5,2	6,7	11,5	14,1	16,1
Argentina	5,4	7,1	12,0	14,6	16,3
Chile	5,3	6,4	9,9	13,7	11,9
Paraguay	1,0	0,7	2,8	2,3	4,0
Uruguay	9,1	12,2	24,3	27,5	28,8
BRASIL	26,8	34,6	45,8	57,0	48,9
ISTMO CENTROAMERICANO	13,0	17,4	31,2	30,5	37,5
Belice	23,0	0	104,4	60,4	64,5
Costa Rica	18,1	19,4	28,5	29,5	37,0
El Salvador	6,8	14,0	10,3	24,6	20,7
Guatemala	2,1	3,8	10,0	10,1	9,6
Honduras	39,1	50,4	113,9	93,4	129,8
Nicaragua	0,6	0,5	1,8	3,3	1,5
Panamá	25,8	32,5	26,5	29,6	39,4
MEXICO	11,4	17,3	27,0	35,0	34,9
CARIBE LATINO b)	47,3	41,5	37,7	8,7	9,7
Cuba	1,4	1,5	2,7	3,5	5,3
Haití	116,7	71,0	96,8	...	...
República Dominicana	51,8	73,1	34,4	24,2	25,0
CARIBE a)	67,9	98,4	93,0	121,2	131,7
Anguila	142,2	284,5	142,9	142,9	0
Antigua	0	0	34,9	...	...
Antillas Neerlandesas	69,1	83,7	155,4	119,2	51,3
Bahamas	367,5	653,7	623,1	903,8	918,5
Barbados	58,4	154,6	233,7	313,7	304,7
Dominica	25,3	37,5	24,7	...	...
Grenada	30,0	79,2	48,5	68,0	42,4
Guadalupe	139,0	138,6	...	...	...
Guayana Francesa	386,3	600,7	445,7	...	...
Guyana	33,8	39,1	58,6	106,3	198,8
Islas Caimán	47,5	47,6	95,2	190,5	148,1
Islas Turcas y Caicos	750,9	876,1	111,1	222,2	400,0
Islas Vírgenes (RU)	76,7	0	25,8	12,9	153,8
Jamaica	12,3	26,6	24,6	53,5	39,4
Martinica	90,9	154,3	136,0	81,6	72,5
Montserrat	0	76,7	0	0	0
Saint Kitts y Nevis	187,5	103,1	160,0	20,0	90,1
San Vicente y las Granadinas	74,1	55,0	36,0	126,1	58,4
Santa Lucía	15,0	59,3	22,1	51,5	57,0
Suriname	10,2	87,9	86,8	37,3	56,4
Trinidad y Tabago	128,7	132,2	134,6	180,6	194,8
AMERICA DEL NORTE	130,3	150,2	160,2	180,9	180,5
Bermuda	490,8	601,4	569,0	396,6	293,1
Canadá	40,9	47,1	45,2	44,3	34,5
Estados Unidos de América b)	139,7	161,1	172,4	195,4	196,0

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

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

CUADRO 3. TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA (POR MILLON DE HABITANTES), POR SEXO, POR PAIS Y POR AÑO, 1987-1992.

SUBREGION	TASA POR MILLON DE HABITANTES											
	HOMBRES						MUJERES					
País	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992
AMERICA LATINA a)	19,0	28,9	37,3	49,0	56,4	49,4	2,7	5,4	6,7	8,9	10,1	10,3
AREA ANDINA	8,6	14,5	18,5	26,2	23,3	14,6	0,4	1,1	1,7	3,0	1,7	1,2
Bolivia	0,9	2,9	0	1,9	4,3	1,8	0	0	0,6	0	0	1,0
Colombia	11,8	17,7	23,5	40,8	30,9	23,7	0,5	1,6	2,3	3,2	1,8	1,7
Ecuador	4,0	5,5	3,8	7,0	8,1	9,1	0,4	0,2	0,4	0,7	1,3	1,1
Perú	2,9	5,5	9,7	8,1	13,1	6,0	0,2	0,6	0,8	4,5	0,9	0,4
Venezuela	14,8	28,4	34,8	42,3	37,1	16,6	0,7	2,0	2,9	3,5	3,4	1,3
CONO SUR	5,1	9,7	12,1	20,7	25,8	23,4	0	0,7	1,2	2,1	2,2	5,1
Argentina	4,6	10,4	12,9	21,6	26,8	29,3	0	0,4	1,2	2,4	2,5	7,2
Chile	6,9	9,2	11,4	18,4	24,7	11,8	0,2	1,2	1,1	0,7	1,3	1,3
Paraguay	2,6	2,0	1,4	4,6	4,5	7,4	0	0	0	0,9	0	0,4
Uruguay	6,0	15,8	21,6	42,9	50,8	36,0	0	2,6	2,5	6,3	5,6	6,2
BRASIL	29,8	47,0	61,1	80,6	96,5	80,4	3,1	6,7	8,1	11,1	17,8	17,5
ISTMO CENTROAMERICANO	10,0	17,2	20,6	37,7	40,1	50,6	3,1	6,2	7,6	16,3	13,6	16,9
Belice	23,5	23,0	...	11,0	...	...	11,8	11,5	...	...	...	...
Costa Rica	16,3	33,2	33,0	40,7	50,6	54,4	0	2,8	2,7	4,7	2,6	5,1
El Salvador	...	...	...	...	36,8	31,1	...	...	...	...	12,4	7,8
Guatemala	3,3	3,6	3,1	13,3	16,1	14,2	0,5	0,5	0,7	3,1	3,6	2,3
Honduras	28,5	50,4	64,8	140,4	107,7	180,0	15,4	27,8	35,8	80,5	48,4	78,7
Nicaragua	0	1,1	1,1	3,1	4,5	2,4	0	0	0	0,5	0,5	0
Panamá	25,0	41,4	55,4	44,7	40,7	29,7	1,8	9,7	8,6	7,6	15,7	4,0
MEXICO	17,1	19,0	33,3	41,0	59,3	59,3	1,8	3,3	6,1	8,0	10,8	10,6
CARIBE LATINO b)	39,2	64,2	51,0	44,3	10,4	8,8	18,3	30,6	30,0	27,6	5,0	2,9
Cuba	4,1	3,9	0,2	0,8	4,3	5,9	1,2	0,8	0,2	0	1,3	2,4
Haití	92,7	154,4	87,1	116,2	...	...	39,8	80,0	55,4	76,7	...	...
República Dominicana	44,7	73,8	94,0	44,2	28,5	20,8	23,7	28,1	49,3	21,3	15,3	6,3
CARIBE	75,1	94,9	128,5	107,7	157,2	177,9	29,0	38,4	59,9	47,3	79,0	82,3
Anguila	0	0	...	0	0	0	0	281,7	0	284,1	281,7	0
Antigua	24,6	0	0	...	...	...	0	0	0	...	...	...
Antillas Neerlandesas	110,2	10,9	...	...	...	...	21,0	20,8	...	...	...	...
Bahamas	430,0	448,0	701,3	747,8	1155,3	1292,4	294,2	289,0	607,2	501,5	673,0	692,9
Barbados	173,3	73,9	244,5	409,6	520,3	471,5	22,3	44,4	73,5	73,2	105,3	150,4
Dominica	101,3	49,9	49,3	48,7	...	...	26,0	0	25,4	0	...	...
Grenada	62,0	20,2	100,3	78,7	62,4	20,7	20,2	39,5	0	19,2	87,4	0
Guadalupe	187,9	217,6	210,9	...	...	...	58,1	63,7	69,3	...	...	...
Guayana Francesa	395,2	545,0	735,0	...	...	...	186,0	204,6	466,7	...	...	...
Guyana	28,2	61,4	42,9	86,3	149,0	268,8	0	10,0	9,8	30,9	64,4	130,5
Islas Caimán	96,2	0	96,2	96,2	...	75,1	0	93,9	0	0	...	73,1
Islas Turcas y Caicos	253,2	1012,7	1519,0	0	404,9	809,7	247,5	495,0	247,5	219,5	0	0
Islas Vírgenes (RU)	0	...	0	144,0	155,0	155,0	0	...	0	14,2	0	151,7
Jamaica	15,9	18,2	38,2	32,6	59,1	52,8	10,7	6,5	15,2	16,6	48,0	25,3
Martinica	100,1	137,2	230,1	191,4	120,5	95,8	41,5	47,2	82,4	82,9	33,9	50,6
Montserrat	0	0	...	0	0	0	0	0	...	0	0	0
Saint Kitts y Nevis	85,0	381,0	126,6	248,1	46,8	140,4	81,5	0	80,6	77,5	0	43,4
San Vicente y las Granadinas	77,6	57,2	37,7	55,6	122,2	103,3	18,4	72,0	89,3	17,5	98,4	16,2
Santa Lucía	47,3	15,5	107,4	15,2	66,6	65,4	14,8	14,6	14,3	28,4	25,0	49,1
Suriname	15,8	20,7	137,5	125,0	56,3	82,9	10,2	0	39,7	49,3	18,5	50,0
Trinidad y Tabago	103,3	187,1	193,7	144,0	248,8	277,4	26,1	70,6	71,1	54,3	113,1	113,1
AMERICA DEL NORTE	149,9	223,9	242,5	291,3	299,1	302,4	13,3	25,8	28,6	37,7	43,1	46,8
Bermuda	638,3	850,2	975,6	489,5	664,3	419,6	104,2	138,8	237,3	236,1	136,1	170,1
Canadá	65,7	78,4	89,5	87,1	84,1	66,1	4,1	4,1	5,3	4,1	5,3	3,7
Estados Unidos de América b)	158,9	239,4	258,9	313,4	322,3	327,9	14,3	28,1	31,0	41,2	47,1	51,3

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

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

CUADRO 4. RAZON HOMBRE:MUJER, DE LOS CASOS DE SIDA NOTIFICADOS, POR PAIS Y POR AÑO, 1987-1992.

SUBREGION	RAZON HOMBRE:MUJER					
	1987	1988	1989	1990	1991	1992
País						
AMERICA LATINA a)	6,9	5,4	5,6	5,5	5,6	4,8
AREA ANDINA	20,4	12,7	10,8	8,8	13,4	12,1
Bolivia	N/A	N/A	0	N/A	N/A	1,8
Colombia	22,3	11,3	10,2	13,0	16,6	13,4
Ecuador	10,0	28,0	10,0	9,5	6,3	8,5
Perú	15,0	9,8	11,9	1,8	14,5	13,6
Venezuela	22,8	14,2	12,1	12,4	11,1	13,3
CONO SUR	129,0	13,1	10,1	9,7	11,6	4,5
Argentina	N/A	23,1	10,3	8,9	10,6	4,0
Chile	43,0	7,3	10,4	24,0	18,1	8,8
Paraguay	N/A	N/A	N/A	5,0	N/A	17,0
Uruguay	N/A	6,0	8,3	6,6	8,6	5,5
BRASIL	9,7	7,0	7,5	7,2	5,4	4,6
ISTMO CENTROAMERICANO	3,3	2,8	2,8	2,3	3,0	3,0
Belice	2,0	2,0	...	N/A	...	...
Costa Rica	N/A	12,0	12,3	8,9	19,8	10,9
El Salvador	...	...	...	...	2,9	3,8
Guatemala	7,0	8,0	4,7	4,4	4,5	6,4
Honduras	1,9	1,8	1,8	1,8	2,3	2,3
Nicaragua	N/A	N/A	N/A	6,0	9,0	N/A
Panamá	14,5	4,5	6,7	6,1	2,7	7,6
MEXICO	9,5	5,8	5,4	5,1	5,5	5,6
CARIBE LATINO b)	2,2	2,1	1,7	1,6	2,1	3,1
Cuba	3,5	5,0	1,0	N/A	3,3	2,5
Haití	2,3	1,9	1,5	1,5	...	...
República Dominicana	1,9	2,7	1,9	2,1	1,9	3,4
CARIBE a)	2,5	2,4	2,1	2,2	1,9	2,1
Anguila	N/A	0	...	0	0	N/A
Antigua	N/A	N/A	N/A	...	...	...
Antillas Neerlandesas	5,0	0,5	...	...	...	...
Bahamas	1,4	1,5	1,1	1,5	1,7	1,8
Barbados	7,0	1,5	3,0	5,1	4,6	2,9
Dominica	4,0	N/A	2,0	N/A	...	...
Grenada	3,0	0,5	N/A	4,0	0,8	N/A
Guadalupe	3,1	3,3	2,9	...	...	...
Guayana Francesa	2,1	2,7	1,6	...	...	...
Guyana	N/A	6,2	4,4	2,8	2,3	2,0
Islas Caimán	N/A	0	N/A	N/A	...	1,0
Islas Turcas y Caicos	1,0	2,0	6,0	0	N/A	N/A
Islas Vírgenes (RU)	N/A	...	N/A	1,0	N/A	1,0
Jamaica	1,5	2,8	2,5	2,0	1,2	2,1
Martinica	2,3	2,8	2,6	2,2	3,3	1,8
Montserrat	N/A	N/A	...	N/A	N/A	N/A
Saint Kitts y Nevis	1,0	N/A	1,5	3,0	N/A	3,0
San Vicente y las Granadinas	4,0	0,8	0,4	3,0	1,2	6,0
Santa Lucía	3,0	1,0	7,0	0,5	2,5	1,3
Suriname	1,5	N/A	3,4	2,5	3,0	1,6
Trinidad y Tabago	3,9	2,6	2,7	2,6	2,2	2,4
AMERICA DEL NORTE	10,7	8,2	8,1	7,4	6,6	6,2
Bermuda	6,0	6,0	4,0	2,0	4,8	2,4
Canadá	15,6	18,8	16,4	20,8	15,7	17,6
Estados Unidos de América b)	10,6	8,1	7,9	7,2	6,5	6,1

NOTA: N/A = No se aplica. No se ha notificado casos en mujeres en este período.

... = Información no disponible por sexo.

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

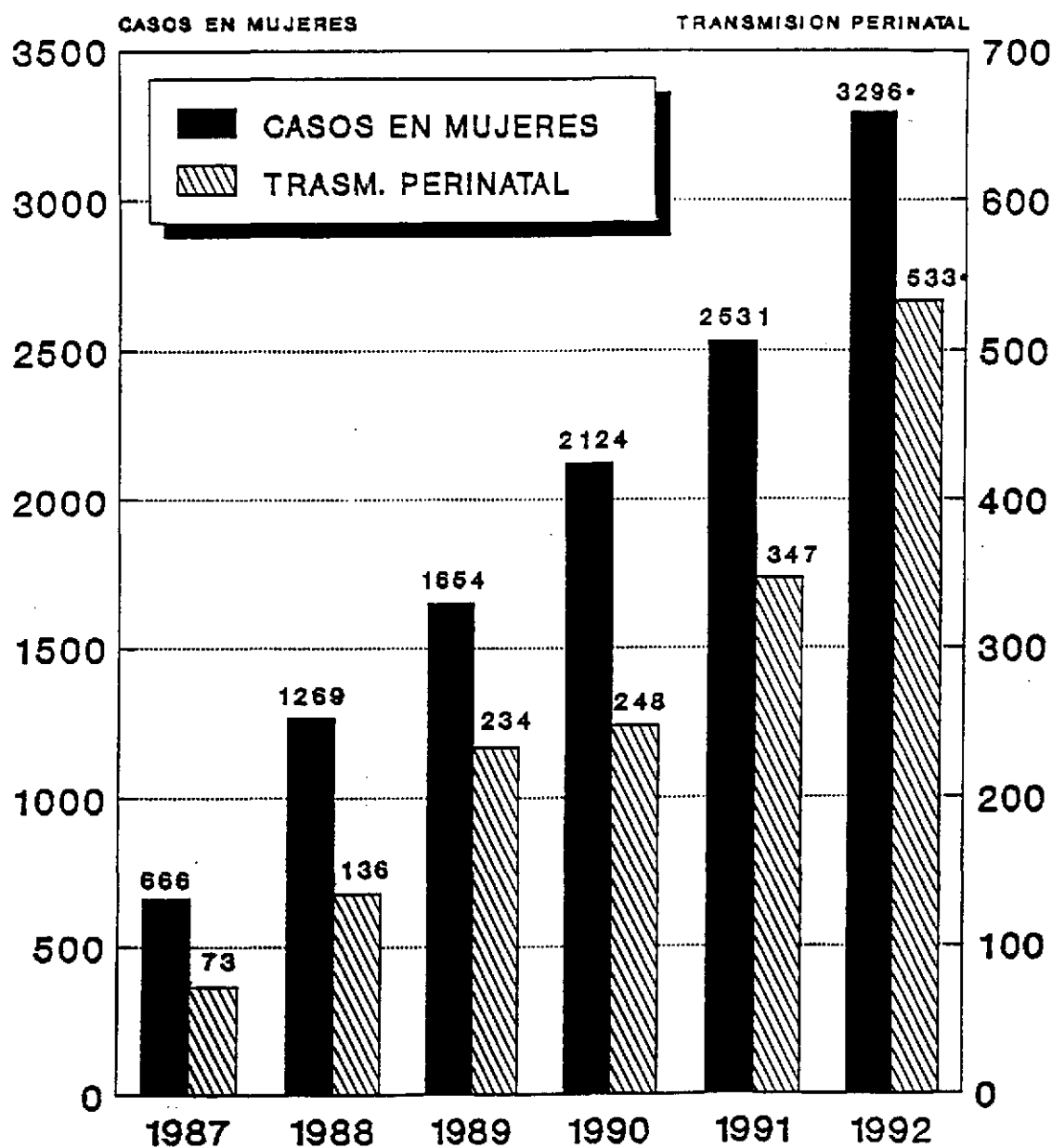
b) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

CUADRO 5. NUMERO TOTAL DE CASOS , CASOS PEDIATRICOS, PORCENTAJE DE CASOS PEDIATRICOS SOBRE EL TOTAL; CASOS PERINATALES Y PORCENTAJE DE CASOS PERINATALES SOBRE LOS PEDIATRICOS POR SUBREGION Y PAIS (a), ACUMULADO A JUNIO 1993.

País	TOTAL CASOS	CASOS PEDIATRICOS	PORCENTAJE PEDIATRICOS	CASOS PERINATALES	PORCENTAJE PERINATALES
AREA ANDINA					
Bolivia	60	1	1,7	1	100,0
Colombia	2.957	63	2,1	52	82,5
Ecuador	253	4	1,6	3	75,0
Perú	614	10	1,6	1	10,0
Venezuela	2.342	38	1,6	18	47,4
CONO SUR					
Argentina	2.456	70	2,9	51	72,9
Chile	723	14	1,9	10	71,4
Uruguay	359	9	2,5	9	100,0
BRASIL	36.481	1.265	3,5	728	57,5
ISTMO CENTROAMERICANO					
Costa Rica	470	12	2,6	5	41,7
El Salvador	470	8	1,7	5	62,5
Guatemala	434	5	1,2	1	0,0
Honduras	2.510	91	3,6	78	85,7
Panamá	460	8	1,7	6	75,0
MEXICO	13.259	397	3,0	180	45,3
CARIBE LATINO					
Cuba	168	1	0,6	1	100,0
Haití	3.086	82	2,7	16	19,5
República Dominicana	1.839	42	2,3	24	70,0
CARIBE					
Antillas Neerlandesas	110	1	0,9	1	100,0
Bahamas	1.161	93	8,0	91	97,8
Barbados	350	16	4,6	15	93,8
Dominica	12	1	8,3	1	100,0
Grenada	35	2	5,7	2	100,0
Guadalupe	182	13	7,1	12	92,3
Guayana Francesa	232	17	7,3	16	94,1
Guyana	390	9	2,3	9	100,0
Islas Vírgenes (RU)	6	1	16,7	1	100,0
Jamaica	433	44	10,2	41	93,2
Martinica	237	12	5,1	10	83,3
Saint Kitts y Nevis	38	1	2,6	1	100,0
San Vicente y las Granadinas	49	1	2,0	1	100,0
Santa Lucía	49	3	6,1	3	100,0
Suriname	128	3	2,3	2	66,7
Trinidad y Tabago	1.228	89	7,2	83	93,3
AMERICA DEL NORTE					
Canadá	7.770	79	1,0	60	75,9
Estados Unidos de América	289.320	4.480	1,5	3.665	81,8

(a) Excluye a países que no han notificado casos pediátricos.

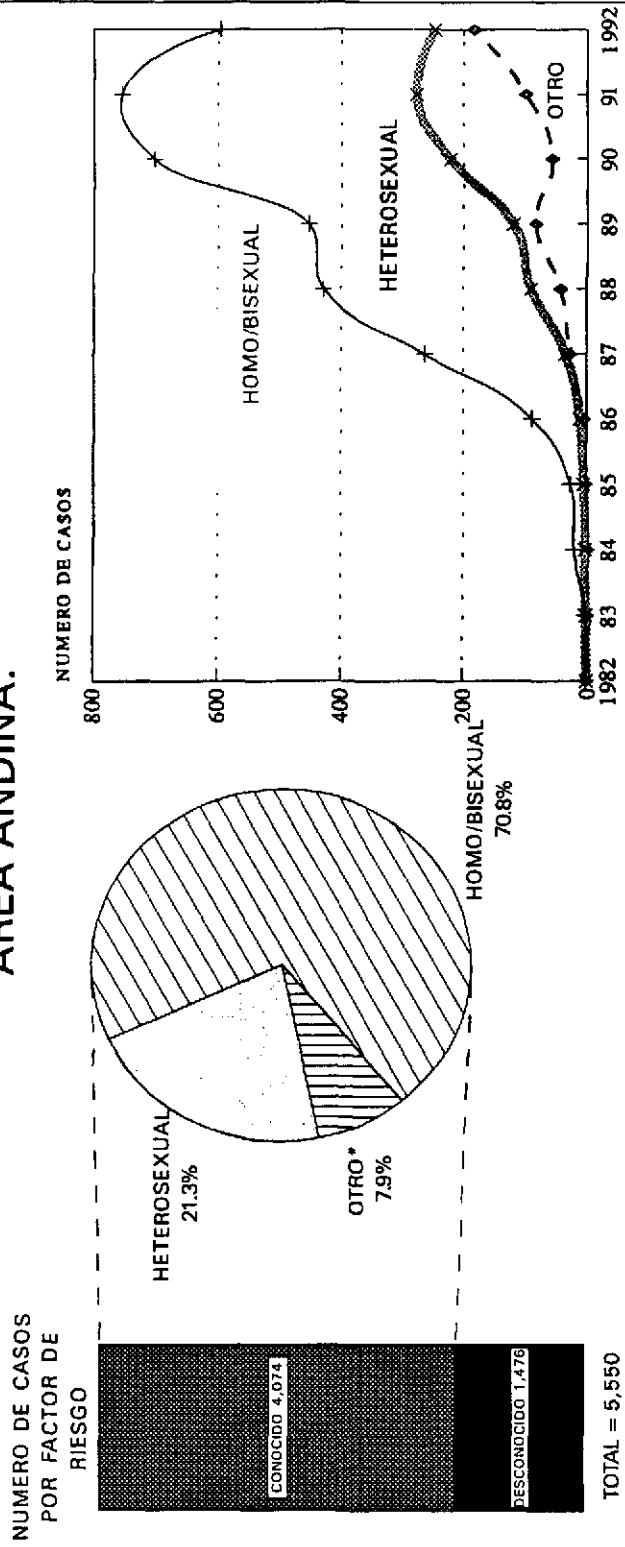
Fig. 3. NUMERO DE CASOS DE SIDA EN MUJERES, Y CASOS DE TRANSMISION PERINATAL, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1987-1992.



• LA INFORMACION DE 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

e:\hg\SPJUN93\femestlm

FIG.4a. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1992, AREA ANDINA.

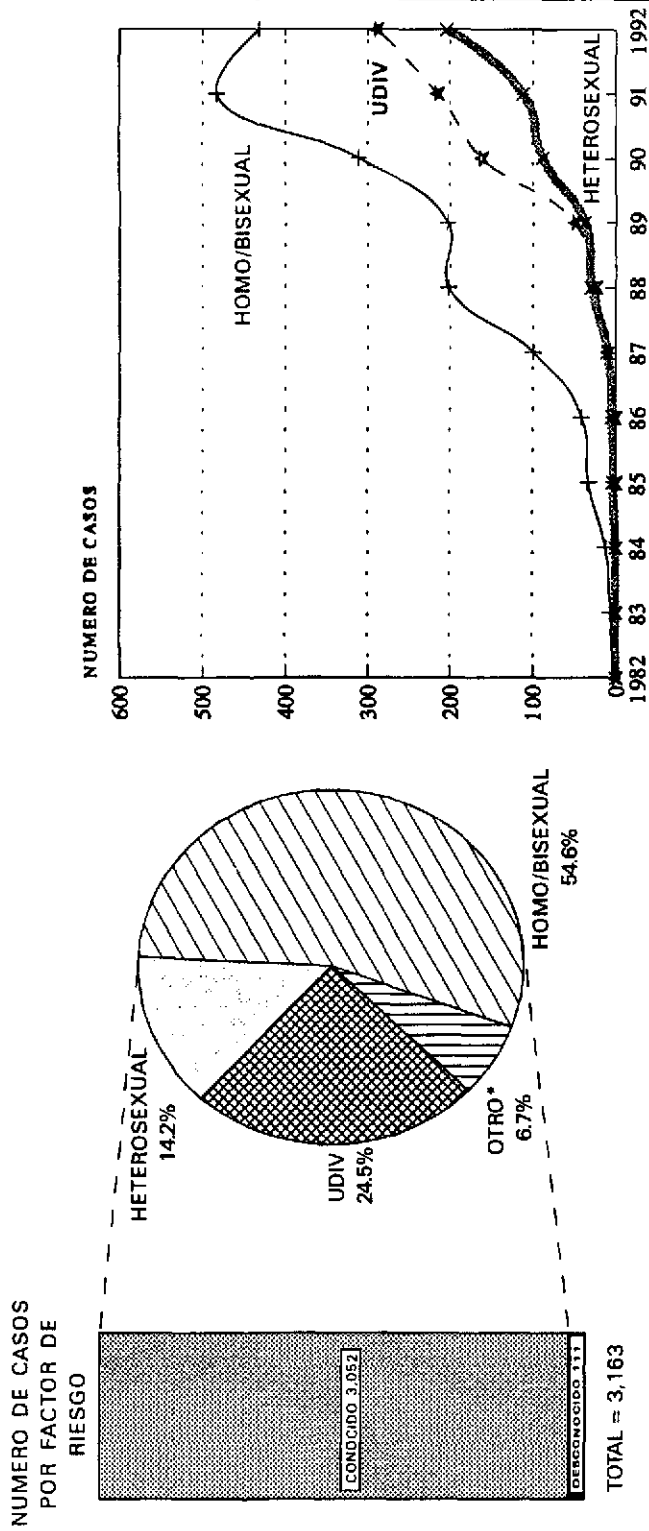


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1982-1992.**

* INCLUIVE 2,8% SANGUINEO, 0,9% UDIV, 1,8% PERINATAL Y 2,4% DE OTROS FACTORES CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4b. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A JUNIO 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1992, CONO SUR.

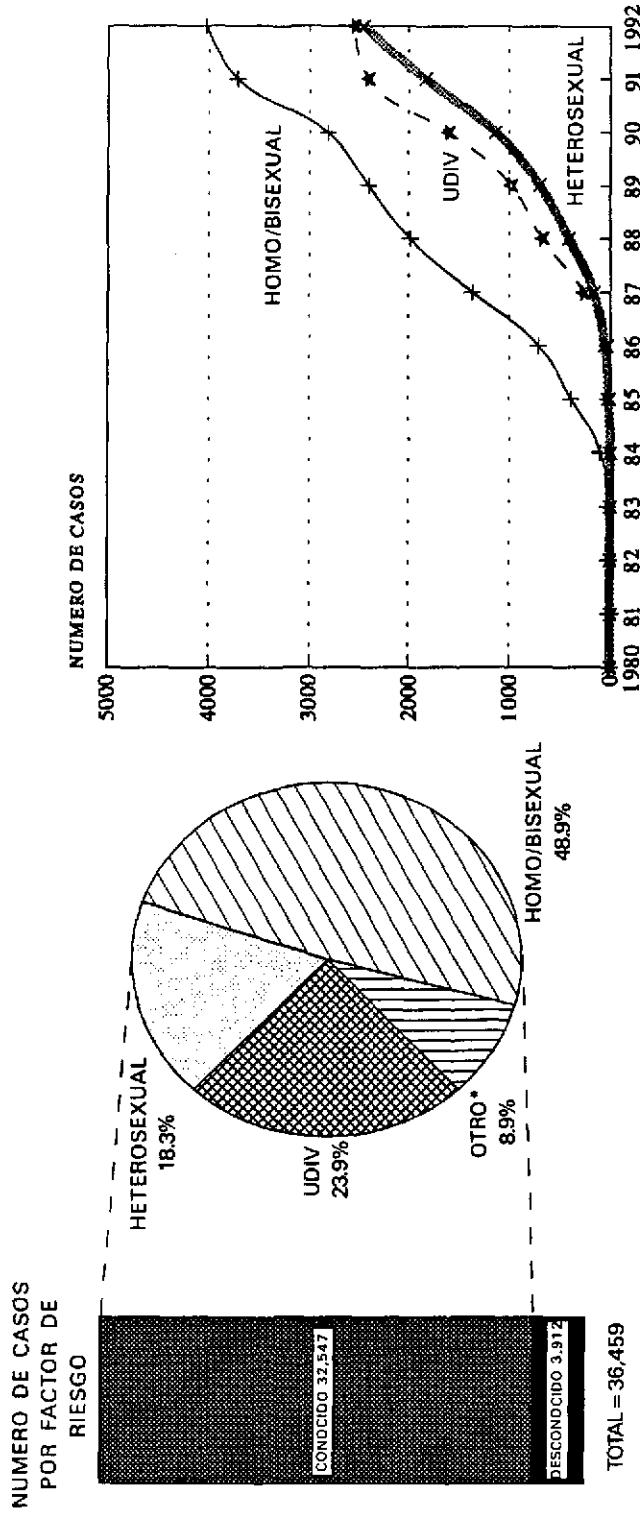


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1982-1992.**

* INCLUYE 4.0% SANGUINEO, 2.3% PERINATAL Y 0.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4c. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1980-1992, BRASIL.

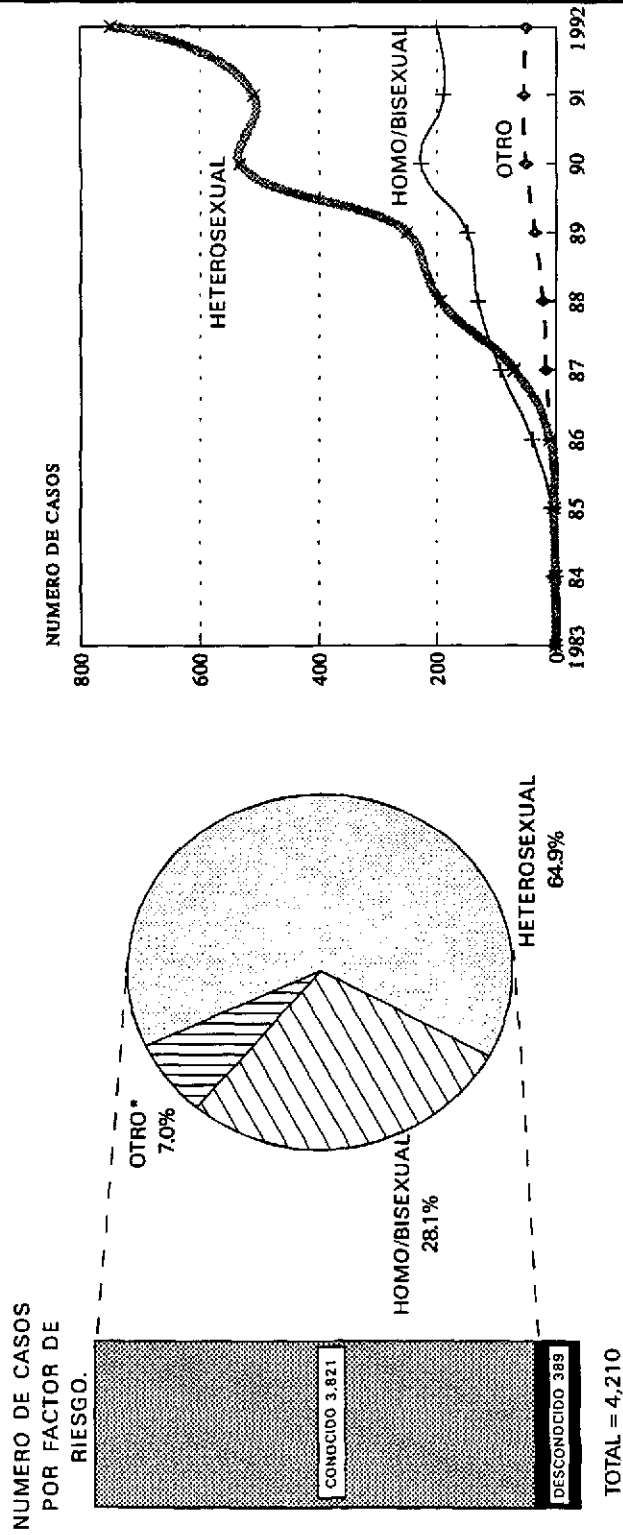


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO SELECCIONADOS, JUNIO DE 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1980-1992.**

* INCLUYE 6.7% SANGUINEO, 2.2% PERINATAL Y 0.006% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.
 ** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4d. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1983-1992, ISTMO CENTROAMERICANO.



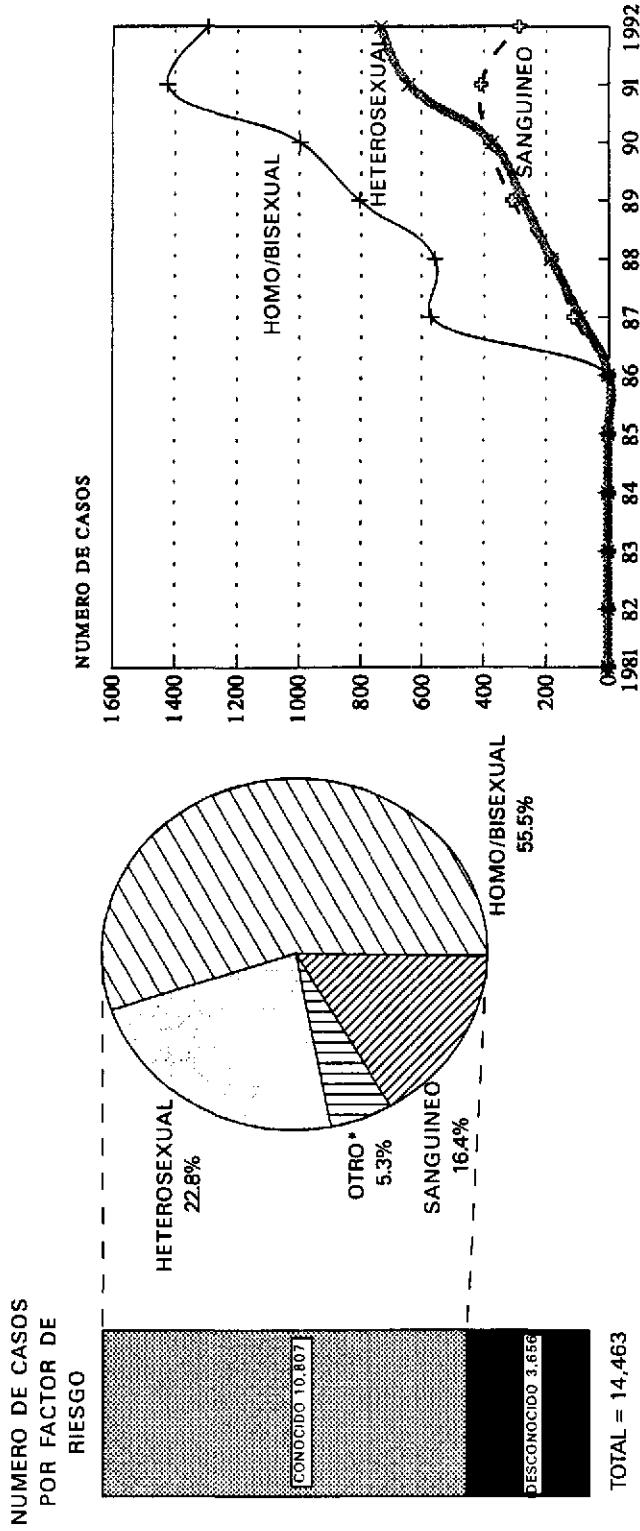
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1983-1992.**

* INCLUYE 2.9% SANGUINEO, 1.2% UDIV, 2.5% PERINATAL Y 0.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4e. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993 E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1981-1992, MEXICO.



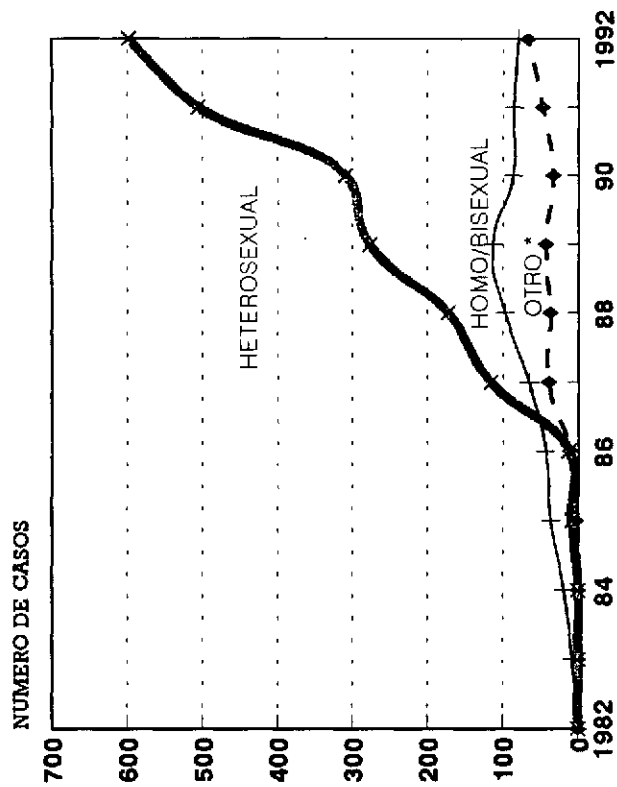
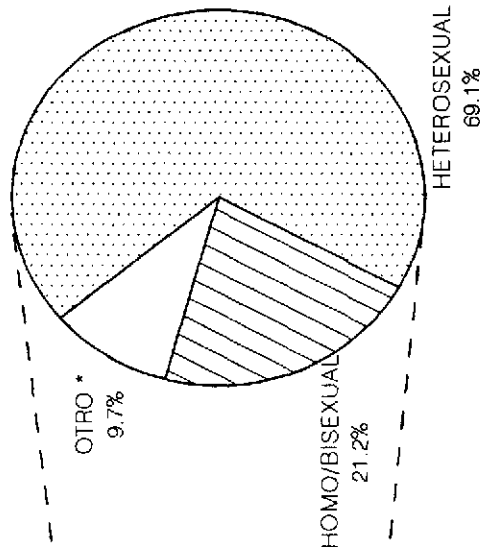
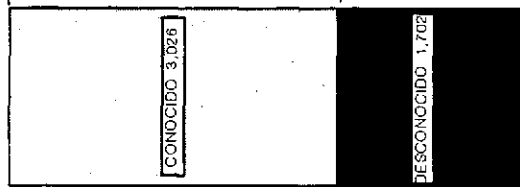
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A JUNIO DE 1993. INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1981-1992.**

* INCLUYE 0.8% UDIV, 1.7% PERINATAL Y 2.8% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS.

** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.

FIG. 4f. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO ACUMULADO A 1993, E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, 1982-1992, CARIBE.

INFORMACION
SOBRE FACTOR DE
RIESGO



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTOR DE RIESGO, ACUMULADO A 1993.

INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA, POR FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1982-1992.**

* INCLUYE 0.6% SANGUINEO, 0.2% UDIV, 8.5% PERINATAL, Y 0.4% DE OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS

** LA INFORMACION DE 1991 Y 1992 HA SIDO AJUSTADA CON EL INDICE DE RETRASO DE LA NOTIFICACION.