

122.<sup>a</sup> sesión  
Washington, D.C.  
Junio de 1998

*Punto 4.9 del orden del día provisional*

CE122/15 (Esp.)  
1 mayo 1998  
ORIGINAL: INGLÉS

**SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)  
EN LAS AMÉRICAS**

La epidemia de infección por el VIH/SIDA en casi todos los países de América Latina y el Caribe todavía se concentra en grupos específicos de riesgo. Esta situación ofrece una oportunidad para redoblar esfuerzos e instrumentar una respuesta intersectorial más amplia antes de que la epidemia se propague a la población en general.

En el presente documento se analiza el estado de la vigilancia, gestión y planificación de los programas contra el SIDA, las intervenciones comportamentales, la atención de la infección por el VIH/SIDA y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), y se proponen mecanismos para fortalecer la respuesta nacional frente a la infección por el VIH/SIDA y las ETS en general. Una esfera que precisa atención especial es la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual, ya que contribuyen considerablemente a la diseminación rápida del VIH en los adolescentes y las mujeres y los hombres jóvenes.

En concreto, se pide al Comité Ejecutivo que examine la estrategia propuesta de la OMS para la prevención, atención y control de las enfermedades de transmisión sexual (PACETS) y brinde su asesoramiento acerca de la idoneidad de la estrategia para su adopción por la OPS y sus Estados Miembros. Asimismo, se solicita del Comité Ejecutivo que proporcione orientación sobre los temas de política relacionados con los beneficios y los costos de los tratamientos antirretrovíricos, incluido el uso de azidotimidina (AZT) para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo.....	3
1. Introducción .....	4
2. Tipología de las epidemias de infección por el VIH/SIDA y ETS en las Américas.....	4
3. Prioridades y respuestas actuales.....	5
3.1 Vigilancia .....	7
3.2 Asuntos de gestión y política sanitaria.....	7
3.3 Intervenciones comportamentales .....	10
3.4 Modelos de atención de la infección por el VIH/SIDA .....	11
3.5 Prevención y control de las ETS .....	12
4. La estrategia PACETS de la Organización Mundial de la Salud.....	12
4.1 Elementos básicos de la PACETS .....	13
4.2 Puesta en práctica de la PACETS en los países de las Américas .....	14
5. Estado actual de los tratamientos antirretrovíricos y la prevención de la transmisión perinatal .....	15
5.1 Tratamientos antirretrovíricos.....	15
5.2 Prevención de la transmisión perinatal.....	16
6. Perspectivas.....	16

## **RESUMEN EJECUTIVO**

Se estima que 1,6 millones de personas en América Latina y el Caribe viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Más de 200.000 han contraído el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y están experimentando en la actualidad todos los problemas relacionados con esta enfermedad. Además, aproximadamente 40 millones de hombres y mujeres contraen una infección de transmisión sexual cada año. La epidemia de infección por el VIH/SIDA y ETS en América Latina y el Caribe no es homogénea, sino que está integrada por una combinación de epidemias de transmisión baja y concentradas y generalizadas que requieren estrategias apropiadas para detener su propagación. Habrá que fortalecer aun más las principales esferas técnicas de las actividades de los programas nacionales (vigilancia; planificación y gestión; elaboración de intervenciones de prevención, y atención y control de las enfermedades de transmisión sexual). El presente documento contiene una descripción breve del estado actual de estos componentes así como una actualización sobre la combinación de tratamientos antirretrovíricos para el manejo de los pacientes infectados por el VIH/SIDA, y el uso de la azidotimidina (AZT) en la prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH.

Un tema importante del documento es la necesidad de fortalecer los programas de control de enfermedades de transmisión sexual en la Región. A tal fin, la Secretaría propone que el Comité Ejecutivo examine la estrategia de la OMS para la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual (PACETS) y considere su adopción por los Estados Miembros. Por último, el documento hace referencia a algunos de los mecanismos para fortalecer la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA y ETS en los países, como la participación intersectorial, la descentralización de la capacidad técnica, la exploración de mecanismos de financiamiento adicionales y el establecimiento de redes de cooperación interpaíses.

## 1. Introducción

El año pasado fue notable en la lucha contra el SIDA. Por un lado, la mayor disponibilidad de medicamentos antirretrovíricos eficaces —pero costosos— en los países industrializados y en unos pocos países en desarrollo dio lugar a una disminución de la mortalidad por el SIDA y una reducción en la progresión de la infección por el VIH hacia la etapa de enfermedad clínica. Lo anterior, unido a las intervenciones comportamentales debidamente dirigidas y la adopción de prácticas sexuales de menor riesgo por los hombres y las mujeres jóvenes, conlleva una esperanza real de que se logrará vencer a esta epidemia devastadora. Paradójicamente, en casi todos los países en desarrollo, el SIDA y las infecciones por el VIH siguen prosperando como resultado de las disparidades económicas y estructurales entre las naciones y la persistencia de las inequidades entre los individuos y las poblaciones. Además, las enfermedades de transmisión sexual continúan afectando cada año a más de 300 millones de hombres y mujeres en todo el mundo (40 millones de ellos en las Américas), a pesar de que en la mayor parte de los países de la Región se dispone de los conocimientos y la capacidad técnica para reducir sustancialmente su transmisión y sus consecuencias.

## 2. Tipología de las epidemias de infección por el VIH/SIDA y ETS en las Américas

La OPS estima que hay 1,6 millones de personas que viven con la infección por el VIH en América Latina y el Caribe (5,4% del total mundial) y más de 200.000 enfermos de SIDA (3,0% del total de casos notificados en el mundo). La epidemia de infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe se caracteriza por una gran heterogeneidad, manifestándose diferencias claras entre los países y dentro de ellos. Por lo tanto, es esencial identificar las características de las distintas epidemias que surgen en los países, a fin de planificar y aplicar las estrategias de prevención y atención más apropiadas. Los tres tipos de epidemias de infección por el VIH reconocidas en dos reuniones mundiales de expertos (Berlín, 1997, y Ginebra, 1998) son de transmisión baja, concentradas y generalizadas.

- Las *epidemias de transmisión baja* se caracterizan por tasas de prevalencia de la infección por el VIH de menos de 5% en grupos con comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con muchos hombres, usuarios de drogas por vía intravenosa), frente a tasas prácticamente de cero en la población general (medidas en mujeres que acuden a la atención prenatal en zonas urbanas).
- Las *epidemias concentradas* son aquellas en las que la prevalencia de la infección por el VIH es de más de 5% en uno o varios grupos con comportamientos de alto

riesgo, en tanto que la prevalencia en la población general (evaluada en embarazadas) no alcanza 5%.

- Las *epidemias generalizadas* son aquellas en las que la infección por el VIH se ha propagado de grupos con comportamientos de alto riesgo a la población general y, por consiguiente, la tasa de prevalencia del VIH en las embarazadas es de más de 5%.

La mayoría de las epidemias en América Latina y el Caribe se pueden clasificar como concentradas. Esto significa que las epidemias en los países todavía están afectando a los grupos con comportamientos de alto riesgo, en los que las tasas de infección exceden 5%. Como consecuencia, la epidemia sigue cobrando el número de víctimas más elevado entre los hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con otros hombres y los usuarios de drogas inyectables y sus compañeras sexuales.

Hay algunos países en las Américas con epidemias de transmisión baja, como Bolivia, Cuba, Nicaragua y Paraguay, y otros países y zonas con epidemias generalizadas, como Haití y varios países del Caribe (las Bahamas, Guyana), así como algunas zonas urbanas en Brasil y la costa atlántica de Honduras.

En general, la epidemia de infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe no se ha diseminado a la población en general. Sin embargo, las tasas en las principales zonas urbanas están aumentando en determinados grupos de población (por ejemplo, mujeres y adultos jóvenes) y en los segmentos de la sociedad más empobrecidos, analfabetas y sin pleno acceso a los servicios de salud. Las epidemias en las etapas de transmisión baja y concentrada ofrecen a los gobiernos, los políticos, las instituciones, los profesionales, las comunidades y los individuos la oportunidad de adoptar las medidas necesarias para detener su propagación. Las intervenciones y los recursos deben ser compatibles con el tipo y características de la epidemia, determinadas según la información recopilada en el país. El cuadro 1 muestra la distribución relativa de la infección por el VIH por grupos determinados (usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y grupos heterosexuales, incluidos los trabajadores del sexo).

### **3. Prioridades y respuestas actuales**

Con objeto de orquestar una respuesta técnicamente acertada frente a la epidemia de infección por el VIH/SIDA, las autoridades de salud pública y la OPS han concentrado sus esfuerzos en los ámbitos que figuran a continuación.

**Cuadro 1**

**Distribución del VIH por determinados grupos en América Latina y el Caribe**

Subregión/país	Categorías		
	UDI	HSH	HET
<b>Área Andina</b>			
Bolivia	0	+	+
Colombia	0	++	+
Ecuador	0	+	+
Perú	0	+++	+
Venezuela	0	+++	+
<b>Brasil</b>	+++	+++	++
<b>Centroamérica</b>			
Belice	0	++	++
Costa Rica	0	+++	++
El Salvador	0	++	++
Guatemala	0	+++	++
Honduras	0	++	++
Nicaragua	0	+++	+
Panamá	+	+++	++
<b>Caribe Latino</b>			
Cuba	+	+	+
República Dominicana	++	++	++
Haití	0	++	+++
<b>México</b>	+	+++	++
<b>Cono Sur</b>			
Argentina	+++	+++	++
Chile	+	++	+
Paraguay	+	+	+
Uruguay	++	++	+

+++ = alto o en rápido aumento

++ = relativamente bajo o estabilizado

+ = no es un componente principal

0 = información no disponible

*Categorías:*

UDI = usuarios de drogas inyectables

HSH = hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

HET = heterosexuales

### **3.1 Vigilancia**

La vigilancia de la epidemia de infección por el VIH/SIDA ha dependido del monitoreo y el análisis de los casos notificados de SIDA para determinar las tendencias y elaborar proyecciones y cálculos. Muchos países tienen un sistema fiable de notificación de casos de SIDA, que se estableció formalmente a mediados de los años ochenta. Estos sistemas de vigilancia nacionales proporcionan información a los sistemas de vigilancia regional y mundial. Sin embargo, factores como la subnotificación y las variaciones entre países y dentro de los mismos en la definición de caso de SIDA limitan la utilidad de esta información.

El cuadro 2 presenta la información sobre los casos de SIDA notificados a la OPS hasta diciembre de 1997. El factor que limita más el uso exclusivo de la notificación de casos de SIDA para monitorear la epidemia es que la información solo da una idea de la transmisión del VIH que ocurrió hace cinco, diez o más años. Por consiguiente, los sistemas de notificación de casos de SIDA no son las mejores fuentes para determinar la velocidad de propagación o detectar cambios rápidos en la epidemia. Por este motivo, para proyectar el futuro de la epidemia se necesita la información que suministra un sistema debidamente diseñado de vigilancia centinela de la infección por el VIH.

Casi todos los países de la Región han implantado la vigilancia centinela de la infección por el VIH, aunque las variaciones en su ejecución dificultan el análisis y la interpretación de los datos. El fortalecimiento de los sistemas existentes de vigilancia de la infección por el VIH debiera redundar en lo que la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) llaman la vigilancia de segunda generación, que toma como base las situaciones actuales de los países, pero introduce las innovaciones que ayudarán a conocer mejor la epidemia. La vigilancia de segunda generación en América Latina y el Caribe recurrirá a una combinación de instrumentos y métodos viejos y nuevos, como notificación de casos de infección por el VIH y de SIDA, serovigilancia del VIH, vigilancia molecular, indicadores de mortalidad y vigilancia centinela de los comportamientos. Esto generará la información que necesitan los Estados Miembros y los programas nacionales contra el SIDA para confeccionar y ampliar intervenciones eficaces de prevención y atención de la infección por el VIH/SIDA.

### **3.2 Asuntos de gestión y de política sanitaria**

Casi todos los Estados Miembros han logrado preparar y disponer de un cuadro directivo nacional debidamente calificado de personal técnico y profesional. En unos cuantos países, la contratación bien dirigida de expertos en gestión y la capacitación en el servicio han dotado al programa contra el SIDA de mejores destrezas y prácticas de gestión. Sin embargo, el desarrollo de las aptitudes nacionales en materia de elaboración

**Cuadro 2**

**Número de casos notificados de SIDA por año, y casos acumulados y muertes  
por país y subregión, al 10 de diciembre de 1997**

SUBREGIÓN  País o territorio	Número de casos									Fecha de última notificación
	A fines de 1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997(a)	Total acumulativo (b)	Total muertes	
TOTAL REGIONAL	331.634	104.026	107.635	100.560	93.247	68.826	5.896	812.162	472.562	
AMÉRICA LATINA	61.432	23.178	26.935	28.410	28.350	29.508	5.268	203.378	92.175	
ÁREA ANDINA	6.865	2.551	2.489	3.369	2.843	2.946	1.165	22.228	10.210	
Bolivia	47	19	21	19	15	28	8	157	104	30/Jun/97
Colombia	2.804	934	740	1.361	910	1.095	589	8.433	3.375	31/Dic/97
Ecuador	198	69	90	117	69	67	15	625	430	31/Mar/97
Perú	1.337	645	665	782	1.050	1.106	404	5.989	2.220	30/Sep/97
Venezuela	2.479	884	973	1.090	799	650	149	7.024	4.081	30/Sep/97
CONO SUR	2.724	1.420	1.798	2.471	2.117	2.697	1.511	14.743	5.214	
Argentina	1.874	1.103	1.413	2.036	1.682	2.165	1233	11.506	3.282	31/Dic/97
Chile	535	199	237	292	285	323	96	1.967	1.241	30/Jun/97
Paraguay	70	28	45	24	23	53	56	304	178	30/Sep/97
Uruguay	245	90	103	119	127	156	126	966	513	30/Sep/97
BRASIL	33.352	13.420	15.228	15.994	16.382	16.469		110.845	54.813	31/mayo/97
ISTMO CENTROAMERICANO	3.379	1.326	1.890	1.961	2.107	2.705	1.344	14.974	3.714	
Belize	46	13	24	18	28	38	...	198	190	31/Dic/96
Costa Rica	325	127	127	163	207	202	127	1.284	674	30/Sep/97
El Salvador	315	114	176	387	380	417	230	2.019	289	30/Jun/97
Guatemala	277	94	178	110	141	831	152	1.787	455	31/Mar/97
Honduras	2029	851	1.183	1.058	1.127	949	661	7.926	1.063	30/Sep/97
Nicaragua	29	10	24	38	21	25	5	157	94	30/Jun/97
Panamá	358	117	178	187	203	243	169	1.603	949	30/Nov/97
MÉXICO	9.057	3.210	5.058	4.111	4.310	4.216	1.008	30.970	16.636	30/Jun/97
CARIBE LATINO	6.055	1.251	472	504	591	475	240	9.618	1.588	
Cuba	109	70	82	102	116	94	26	599	433	30/Jun/97
República Dominicana c)	1.785	375	390	402	475	381	214	4.052	858	30/Sep/97
Haití	4.161	806	...	...	...	...	...	4.967	297	31/Dic/92
Puerto Rico d)	8.683	2.250	2.374	673	...	...	...	13.980	8.183	30/Sep/94



SUBREGIÓN País o territorio	Número de casos									Fecha de última notificación
	A fines de 1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997(a)	Total acumulativo (b)	Total muertes	
<b>CARIBE</b>	<b>3.783</b>	<b>1.138</b>	<b>1.319</b>	<b>1.476</b>	<b>1.802</b>	<b>1.811</b>	<b>539</b>	<b>11.909</b>	<b>7.096</b>	
Anguila	5	0	0	0	0	...	...	5	3	31/Dic/95
Antigua y Barbuda	16	14	18	16	7	13	2	86	66	30/Jun/97
Aruba	11	3	1	0	6	1	...	22	17	30/Jun/96
Bahamas	838	254	297	322	390	374	92	2.567	1.643	31/Mar/97
Barbados	252	78	88	119	95	130	58	820	689	30/Jun/97
Islas Caimán	11	4	0	3	0	3	1	22	18	30/Jun/97
Dominica	12	0	14	6	5	14	5	56	74	31/Mar/97
Guayana Francesa	230	73	52	70	78	44	...	588	267	31/Dic/96
Granada	31	4	21	7	18	18	2	101	65	30/Jun/97
Guadalupe	311	81	77	104	104	54	...	731	226	31/Dic/96
Guyana	230	160	107	105	96	144	...	842	304	31/Dic/96
Jamaica	333	100	236	359	505	527	241	2.301	1.265	30/Jun/97
Martinica	193	44	43	49	38	35	...	402	184	31/Dic/96
Montserrat	6	0	1	0	0	0	0	7	0	31/Mar/97
Antillas Holandesas	100	10	47	0	76	...	...	233	74	31/Dic/95
Saint Kitts y Nevis	31	4	3	5	5	6	2	56	32	31/Mar/97
Santa Lucía	33	8	12	13	10	14	8	98	95	30/Jun/97
San Vicente y las Granadinas	41	5	8	8	6	19	8	95	93	31/Mar/97
Suriname	106	28	35	20	20	2	...	211	191	31/Dic/96
Trinidad y Tabago	968	263	243	269	340	412	118	2.613	1.754	31/Mar/97
Islas Turcas y Caicos	21	4	14	...	...	...	...	39	30	30/Sep/93
Islas Vírgenes Británicas	4	1	2	1	3	1	2	14	6	30/Jun/97
<b>AMÉRICA DEL NORTE</b>	<b>266.419</b>	<b>79.710</b>	<b>79.381</b>	<b>70.674</b>	<b>63.095</b>	<b>37.507</b>	<b>89</b>	<b>596.875</b>	<b>373.291</b>	
Bermuda	191	17	15	44	48	17	13	345	241	30/Jun/97
Canadá	7.690	1.709	1.725	1.671	1.433	797	76	15.101	11.046	30/Jun/97
Estados Unidos de América d)	258.538	77.984	77.641	68.959	61.614	36.693	...	581.429	362.004	31/Dic/96

\*Los casos notificados en 1997 se incluyen en 1996.

- a) La información de 1996 están incompleta debido al retraso en la notificación. b) Puede incluir casos de los que se desconoce el año del diagnóstico..  
 c) El país revisó la información d) El número total acumulativo de casos y muertes para los Estados Unidos de América incluye la información de Puerto Rico.  
 El total de casos y muertes notificados por Puerto Rico al 30/Sep/94 no se incluye en el total del Caribe Latino.

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético inglés.

de políticas y gestión sanitaria no ha avanzado con la misma celeridad que en otros campos técnicos (por ejemplo, laboratorio, epidemiología, orientación). Por consiguiente, se tiene que prestar más atención a la planificación estratégica y al diseño, la ejecución y la evaluación de proyectos, además de la capacidad para movilizar recursos internos y externos y para colaborar con otros sectores.

Con respecto a las políticas sanitarias, la epidemia de infección por el VIH y el SIDA ha planteado cuestiones importantes técnicas, sociales, económicas, políticas y éticas que los países están abordando con distintos grados de atención y éxito. Algunos ejemplos positivos son las normas y procedimientos adoptados para velar por la seguridad de la sangre y sus derivados en todos los países, las pruebas y la orientación para las

embarazadas, y la disponibilidad de la AZT para prevenir la transmisión perinatal en un número cada vez mayor de países.

Por otro lado, en ocasiones ha sido muy difícil formular políticas claras en relación con temas polémicos como el mercadeo social de los condones, la educación sexual en las escuelas, el acceso a los medicamentos antirretrovíricos y los servicios para los trabajadores migratorios o los profesionales del sexo. Es imperativo que, en el marco de los valores sociales y culturales, el respeto por los derechos individuales y el bienestar colectivo, los Estados Miembros sigan instaurando las políticas más apropiadas, incluidas disposiciones legislativas, para ayudar a la lucha contra la infección por el VIH/SIDA. Entre los ejemplos de tales políticas figuran la no-discriminación de los individuos infectados por el VIH en materia de acceso a la educación, trabajo, servicios de salud y vivienda.

### **3.3    *Intervenciones comportamentales***

La modificación del comportamiento y la adopción de prácticas preventivas siguen siendo las piedras angulares para atajar la epidemia de infección por el VIH/SIDA y ETS. Las iniciativas viables han de constar de dos estrategias convergentes: 1) el establecimiento de ambientes sociales propicios, y 2) el desarrollo de intervenciones idóneas.

#### **3.3.1    *Establecimiento de ambientes sociales propicios***

La asignación de recursos suficientes y la formulación de políticas de apoyo o instrumentos jurídicos para introducir medidas preventivas han resultado ser las actividades clave en el establecimiento de ambientes sociales propicios para promover comportamientos más sanos. Por ejemplo, se ha comprobado que los mensajes de los medios de comunicación social concebidos adecuadamente y patrocinados por las autoridades sanitarias gozan de un prestigio único de fiabilidad y verosimilitud. Estos mensajes contribuyen a generar opiniones y actitudes favorables y a conservar la conciencia social acerca de la salud y los problemas afines en el público en general. Por lo tanto, las campañas sanitarias dirigidas al público son puntos de partida sólidos en el desarrollo de intervenciones comportamentales, aunque por sí solas no logren motivar cambios de comportamiento en los individuos.

#### **3.3.2    *Desarrollo de intervenciones***

Este tema incluye la planificación y la ejecución de actividades educativas y de desarrollo de aptitudes, además de sistemas logísticos y de adquisición de productos básicos (por ejemplo, condones y guantes de látex) para proteger a los individuos en riesgo. En los países con epidemias de transmisión baja de infección por el VIH (como Bolivia y Cuba), las intervenciones se deben concentrar en grupos determinados con

comportamientos de alto riesgo. Los resultados de los estudios comportamentales de base deberían servir para elaborar y respaldar los métodos apropiados.

En los países con epidemias concentradas (casi todos los de América Latina), las intervenciones deben tener en cuenta la variedad de interacciones sociales positivas y negativas que pueden estimular o inhibir el aprendizaje y el comportamiento. Por ejemplo, la educación de los jóvenes parece surtir un mejor efecto cuando las intervenciones en las escuelas se combinan con la educación por pares y el uso de medios informales (tiras cómicas, películas, juegos de video). Entre las personas con prácticas de alto riesgo, las actividades de orientación bien concebidas desempeñan una función importante en la adopción de prácticas sexuales menos peligrosas.

En todo el mundo se ha comprobado que, al margen del grupo destinatario, las intervenciones comportamentales tienen que comprender el desarrollo de aptitudes tales como tomar decisiones, resistir la presión de los pares, negociar prácticas sexuales de menor riesgo, aprender a comunicarse eficazmente con los compañeros sexuales, y adoptar comportamientos que favorezcan la salud y otras aptitudes para mejorar el autocuidado y acrecentar la responsabilidad social. El acceso a condones de buena calidad y jeringas y agujas estériles es de importancia capital para reducir aun más el riesgo de que se propague la infección por el VIH/ETS. Por consiguiente, los sistemas logísticos para la adquisición y distribución de los condones y equipo de inyección deben estar funcionando a fin de evitar que las estrategias de prevención se vean constreñidas por la falta de recursos materiales.

En los países con una epidemia generalizada, la incidencia de la infección pediátrica por el VIH es más alta como resultado del mayor número de casos de transmisión de madre a hijo. Por consiguiente, los esfuerzos se deben dirigir a impedir la transmisión de las mujeres a sus bebés. Además de los métodos biomédicos con que se cuenta (véase la sección 5.2), la educación y orientación de las embarazadas y su compañero sexual es un componente fundamental para reducir la transmisión perinatal.

### **3.4 Modelos de atención de la infección por el VIH/SIDA**

El origen de la demanda más intensa de atención integral de las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA es la expansión continua de la epidemia y la creciente necesidad y consciencia de los pacientes, los proveedores de servicios de salud y el público en general acerca de los tratamientos antirretrovíricos eficaces. Los proveedores de servicios de salud son más competentes para reconocer los síntomas de las enfermedades relacionadas con la infección por el VIH, y las personas están más dispuestas a pedir servicios de salud si advierten que se encuentran en peligro de contraer la infección o cifran sus esperanzas en los beneficios de los adelantos recientes en el tratamiento antirretrovírico. Puesto que la atención de las personas que viven con la infección por el

VIH/SIDA es compleja y costosa, es importante definir ciertos puntos a lo largo de la escala asistencial que se ajusten a la situación epidemiológica y económica de los Estados Miembros. Esto ayudaría a los países a establecer prioridades e invertir racionalmente los recursos disponibles.

En los lugares donde la epidemia de infección por el VIH/SIDA es de transmisión baja o concentrada, la primera consideración debe ser garantizar el acceso a la orientación y las pruebas y establecer sistemas de remisión de los pacientes. Si la epidemia se ha extendido a otros grupos, además de los que están en riesgo específico (es decir, si la epidemia es generalizada), tiene que haber profilaxis y prevención de la transmisión de infecciones oportunistas, en particular la tuberculosis, e intervenciones para reducir la transmisión vertical. En los países que registran un aumento de la morbilidad y mortalidad debidas a la infección por el VIH/SIDA, los modelos de asistencia en el hogar deben considerarse un medio para aliviar la sobrecarga de los servicios de salud. También cabe explorar la manera de aumentar la disponibilidad de la farmacoterapia antirretrovírica (por ejemplo, compras en grandes volúmenes, fondos rotatorios).

### **3.5 *Prevención y control de las ETS***

Se ha comprobado definitivamente que existe una interacción entre otras enfermedades de transmisión sexual, especialmente las que producen úlceras genitales (sífilis, chancroide y herpes) o procesos inflamatorios (gonorrea, tricomoniasis, clamidiosis), y la transmisión del VIH. Asimismo, se demostró que el manejo adecuado de las ETS redujo la incidencia de infección por el VIH en más de 40% en comunidades semejantes de Mwanza (Tanzanía). Incluso si se excluye esta interacción con el VIH, las enfermedades de transmisión sexual deben recibir toda la atención de las autoridades de salud pública debido a sus repercusiones y consecuencias en los adultos jóvenes, especialmente en las mujeres, y en los niños (por ejemplo, enfermedad inflamatoria pelviana, carcinoma del cuello uterino, esterilidad, sífilis congénita). Sin embargo, en el último decenio no se ha prestado suficiente atención ni se han dedicado suficientes recursos a la prevención de estas enfermedades en la Región. Debido a un renovado interés científico, técnico y financiero, las condiciones actuales son propicias para orquestar una respuesta más enérgica e integral para prevenir y controlar las ETS a nivel regional y de país. En este sentido, el Programa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual de la OPS está proponiendo a los Estados Miembros que consideren la conveniencia de adoptar la estrategia PACETS de la OMS.

## **4. La estrategia PACETS de la Organización Mundial de la Salud**

En la 5.<sup>a</sup> reunión de los Asesores Regionales de ETS/VIH/SIDA, que se celebró en la sede de la OMS (Ginebra, 5 y 6 de marzo de 1998), se presentó la propuesta de la

Organización acerca de una estrategia integral para la prevención, atención y control de las enfermedades de transmisión sexual (PACETS).

#### **4.1    *Elementos básicos de la PACETS***

Casi todos los elementos básicos para integrar la prevención, atención y control de las ETS en los sistemas de salud ya existen de manera individual. La estrategia PACETS pretende generar una respuesta nacional integral e integrada al problema de las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias. A continuación se exponen los elementos clave de la PACETS en la comunidad, los servicios de salud y la estructura de gestión.

##### **4.1.1   *Comunidad***

- Promoción de comportamientos sexuales menos peligrosos integrada a la educación sanitaria; programación y comercialización de condones (sí conviene); promoción del comportamiento de búsqueda de atención de salud, e información, educación y comunicación a base de mensajes explícitos y bien dirigidos.
- Tamizado y detección de casos (es decir, pruebas en la población para identificar las probabilidades de la infección [tamizado] y pruebas en individuos que buscan atención por otras razones, a fin de determinar la presencia de ETS [detección de casos]).
- La prevención de enfermedades y la promoción de la atención en grupos particularmente vulnerables (por ejemplo, trabajadores migratorios, conductores de camiones, profesionales del sexo y sus clientes).

##### **4.1.2   *Servicios de salud***

- Diagnóstico y tratamiento tempranos de mujeres y hombres y manejo apropiado de los compañeros sexuales, con integración de la atención de las ETS en los servicios básicos de salud (atención primaria).
- Manejo integral, etiológico y sindrómico (todos los servicios, según los recursos).

##### **4.1.3   *Estructura de gestión***

- Estructura de gestión eficaz integrada en los programas contra la infección por el VIH/SIDA y que resuelva problemas como disponibilidad y acceso a

medicamentos; capacitación; vigilancia; investigación; apoyo de laboratorio, y capacidad para coordinarse con otros programas de salud, instituciones y sectores.

#### **4.2 *Puesta en práctica de la PACETS en los países de las Américas***

Pese a que se cuenta con los conocimientos y las aptitudes técnicas necesarios para aplicar la PACETS en los países de las Américas, hay que conseguir el compromiso político y financiero de los gobiernos nacionales y locales para promoverla más ampliamente. Según el país, se pueden considerar estos ejemplos de actividades relacionadas con la PACETS.

- Fortalecimiento de la vigilancia de las ETS.
- Elaboración de normas nacionales actualizadas para la prevención y atención de las ETS, basadas en los principios de la PACETS.
- Establecimiento de centros clínicos, integrados a los servicios generales de salud, para proporcionar atención ambulatoria a los pacientes con ETS.
- Establecimiento de laboratorios clínicos de referencia.
- Implantación de servicios integrados específicos para los adolescentes.
- Establecimiento o ampliación del tamizado de la sífilis en las embarazadas y tratamiento de los casos detectados para reducir la incidencia de sífilis congénita.
- Capacitación de los proveedores de asistencia sanitaria en el manejo de casos de ETS.
- Recopilación continua de información sobre secreción uretral, úlceras genitales y flujo vaginal, prevalencia de sífilis en las embarazadas y de sífilis congénita, a fin de utilizar esos datos en la promoción de la causa y la planificación.
- Incorporación de los medicamentos para tratar las ETS en la lista de medicamentos esenciales, con miras a adquirirlas y distribuirlas de manera integrada y continua a los centros que prestan atención a las personas con ETS.
- Adquisición y distribución integrada y continua de condones a los centros catalogados como proveedores de atención a las personas con ETS.
- Aplicación de los indicadores preventivos del Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS para el seguimiento y la evaluación y para producir otros indicadores de atención.

A lo largo de 1998, el Programa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual preparará, en colaboración con los programas nacionales, un inventario de necesidades y una actualización del estado actual de la prevención de las ETS en los Estados Miembros, con la finalidad de crear mecanismos para fortalecer las actividades de colaboración técnica propias de los países. Además, se propone la formación de un grupo de estudio regional de las ETS con la participación de expertos de los países, la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS), otras instituciones y organismos y otros programas de la OPS (por ejemplo, Salud de la Familia y Población; Mujer, Salud y Desarrollo; Promoción y Protección de la Salud). Su objetivo concreto será ayudar a determinar necesidades y recursos técnicos y financieros adicionales para la prevención y el control de las ETS.

## **5. Estado actual de los tratamientos antirretrovíricos y la prevención de la transmisión perinatal**

En su última reunión, el Consejo Directivo pidió que se lo mantuviera al corriente sobre estos dos temas.

### **5.1 *Tratamientos antirretrovíricos***

Continúa el entusiasmo frente a los resultados positivos (es decir, disminución de la mortalidad y la morbilidad) de los tratamientos antirretrovíricos en combinación. Sin embargo, estos fármacos, lejos de ser una panacea, plantean problemas que limitan su uso. En virtud de su costo elevado, todavía no están al alcance de muchas personas que se podrían beneficiar. La Oficina está explorando con la industria farmacéutica varias opciones para reducir los costos de estos productos en las Américas. En este momento, el ONUSIDA también está investigando en el plano mundial, con la participación de Chile, mecanismos para mejorar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos. Una de las posibilidades, la creación de un fondo rotatorio interpaíses o regional para adquisiciones en grandes volúmenes, sigue pendiente a falta de capital para su lanzamiento.

Otras inquietudes con respecto al tratamiento con antirretrovíricos son: 1) deterioro de la calidad de vida de los individuos (efectos colaterales, interacciones medicamentosas, necesidad de cumplir estrictamente los esquemas de tratamiento); 2) la presión social fundada en esperanzas y expectativas falsas; 3) el aumento de las probabilidades de que el VIH adquiera farmacorresistencia, y 4) cuestiones éticas (quiénes deben beneficiarse si sólo hay tratamiento para un número limitado de pacientes). En algunos casos, este último punto se está resolviendo mediante la definición de grupos prioritarios conforme a diversos criterios. Otros problemas se están solucionando con la introducción de nuevas formas farmacéuticas de los medicamentos que ya existen o de preparaciones farmacéuticas nuevas o mejores. Cualquier decisión en lo referente a la

provisión de los medicamentos de una manera limitada causaría preocupación con respecto a la equidad y los derechos humanos. En condiciones ideales de atención integral, los recursos para dar atención apropiada, humanitaria y ética a las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA estarían al alcance de todos.

## **5.2 *Prevención de la transmisión perinatal***

Se sabe desde 1994 que la AZT administrada durante el embarazo y el parto a las embarazadas infectadas por el VIH, y al niño después del parto, puede disminuir el riesgo de transmisión perinatal del VIH en dos tercios (de 25% a 8%). Sin embargo, el régimen de tratamiento inicial de eficacia comprobada es complejo y costoso y, por consiguiente, no es apropiado en la mayoría de los países en desarrollo. Durante una reunión del ONUSIDA, la OMS y el UNICEF, celebrada en Ginebra en marzo de 1998, los participantes recalcaron que la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo debe convertirse en una prioridad mundial de salud pública. Esta propuesta fue apoyada por los resultados recientes en Tailandia que revelaron la eficacia de regímenes simplificados menos costosos (US\$ 100, frente a \$1.300) de AZT para disminuir el riesgo de la transmisión perinatal en 51%.

Además de estos resultados, un argumento de peso a favor de la propuesta fue el anuncio, a principios de marzo de 1998, de que Glaxo-Wellcome, la empresa que fabrica la AZT, había reducido drásticamente el precio para ponerla al alcance de las embarazadas infectadas por el VIH en los países en desarrollo. Sin embargo, cabe reflexionar sobre algunos factores antes de recomendar la adopción universal de este régimen de tratamiento. Estos factores son el costo y la sostenibilidad, las opciones de manejo de la madre después del parto y los servicios que se necesitan para lograr el resultado óptimo del uso profiláctico de la AZT.

## **6. Perspectivas**

No obstante los avances constantes que se han logrado en el establecimiento de la infraestructura para la prevención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS en el último decenio, uno de los componentes principales, el control de las ETS, no ha recibido suficiente atención. Unos cuantos países de la Región se han vuelto técnica y económicamente autosuficientes y ahora están en condiciones de brindar cooperación técnica a otros países y de compartir recursos con ellos para prevenir el SIDA. Sin embargo, la mayoría de los programas nacionales contra el SIDA todavía necesitan apoyo y recursos externos considerables para responder mejor a las nuevas realidades, incluidos los principios y las normas operativas preconizados por el ONUSIDA. Como consecuencia, las actividades de prevención del SIDA y las ETS en algunos países se redujeron sustancialmente mientras la epidemia seguía propagándose. Aprovechando la experiencia que adquirió ayudando al ONUSIDA a tratar de orquestar una respuesta nacional más amplia y los conocimientos obtenidos a lo largo de casi 15 años de



colaboración con los Estados Miembros en la prevención del SIDA, la Oficina desea proponer al Comité Ejecutivo los siguientes mecanismos para fortalecer la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA y las ETS en los países:

- Los programas nacionales deberán seguir reconociendo, estimulando e incluso exigiendo la participación de asociados pertinentes en los países (por ejemplo, sectores gubernamentales distintos al sanitario, organizaciones no gubernamentales, sector privado) en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA y las ETS.
- Se deberá transferir más capacidad técnica al nivel local como parte del proceso de descentralización. Cabe citar los siguientes ejemplos de este criterio: la experiencia del Ministerio de Salud, la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo con los educadores-administradores comunitarios en Honduras; la capacitación de los trabajadores de salud locales en la atención adecuada de las ETS en el Uruguay; la difusión y aplicación de las normas de tratamiento de las ETS en varios países, y la formación de grupos municipales encargados de la prevención del SIDA en México y Brasil, entre otros.
- Habrá que buscar oportunidades para incluir el financiamiento de las actividades de prevención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS en los préstamos bancarios multilaterales y los proyectos de organismos bilaterales y multilaterales para el desarrollo social.
- Siguiendo el ejemplo del Grupo Técnico sobre la Cooperación Horizontal, constituido por varios directores de programas nacionales contra el SIDA, se deberían promover y fortalecer redes similares de cooperación interpaíses en otros sectores y grupos como las ONG; las agrupaciones profesionales, académicas y religiosas, y las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA.
- Lo más importante es el hecho de que, aunque la infección por el VIH/SIDA y las ETS son problemas que exigen un enfoque multisectorial, las autoridades de salud pública no deberán renunciar a su responsabilidad de dirigir y orientar las actividades técnicas contra la infección por el VIH/SIDA y las ETS en el marco de la respuesta multisectorial preconizada por el sistema de las Naciones Unidas y sus organismos por conducto del ONUSIDA.

Durante el bienio 1998-1999 y los años subsiguientes, la Organización seguirá proporcionando colaboración técnica y trabajando con los países en: a) el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; b) el mejoramiento, la integración y la sostenibilidad de los programas nacionales de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA y las ETS; c) el diseño de intervenciones propias de cada país; d) la elaboración de modelos apropiados de asistencia de los pacientes, y e) la promoción de una respuesta intersectorial e interpaíses más amplia en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA y las ETS.