

Reporte de avance en el ODM6 en América Latina y el Caribe. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. 2010

Sobre la base de: Naciones Unidas (2010). El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

□ Introducción

El objetivo 6 apunta a la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, que son posibles de reducir mediante acciones de detección y control eficaces. Las metas 6.A y 6.B se orientan a la detención de la propagación y tratamiento del VIH/SIDA, mientras la meta 6.C considera la reducción de la malaria y otras enfermedades graves como la tuberculosis.

La relación entre el VIH y los otros Objetivos de Desarrollo del Milenio es biunívoca – la detención y reducción del VIH/SIDA depende estrechamente del cumplimiento de otras metas, incluyendo la de reducción de la pobreza y del hambre, del acceso a la educación, a igualdad de género y salud materna, especialmente el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Las desigualdades socio-económicas y de género, la violencia, las brechas en el ejercicio de los derechos humanos, la falta de protección social y judicial, el bajo nivel educativo y el acceso inequitativo a servicios de salud crean situaciones de vulnerabilidad que promueven o exacerban comportamientos de riesgo que a su vez aumentan las posibilidades de contraer el VIH. Por esto y por la capacidad de la respuesta al VIH de contribuir al desarrollo integral de los países hacia el logro de las demás metas del milenio, es que este Objetivo requiere especial atención.

El movimiento hacia el Acceso Universal a tratamiento, prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA ha sido guiado por metas ambiciosas establecidas en la mayoría de los países contra resultados claves, y ha convocado a un compromiso global para incrementar el acceso a intervenciones efectivas relacionadas al VIH. Las interacciones entre socios, incluyendo gobiernos, sociedad civil, asociaciones de personas viviendo con el VIH, sector académico, y cooperación internacional, entre otros, han sido fortalecidas en este proceso, y han planteado un enfoque multisectorial en la respuesta al VIH, más allá del sector salud. El año 2010 y el movimiento hacia el Acceso Universal ofrecen un punto intermedio de reflexión y análisis de progresos y desafíos hacia el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 para el 2015.

□ Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años

Los datos en América Latina y el Caribe sobre la prevalencia del VIH en la población joven son limitados. De este modo, para poder analizar la situación regional se presentarán datos referentes a la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años en América Latina y el

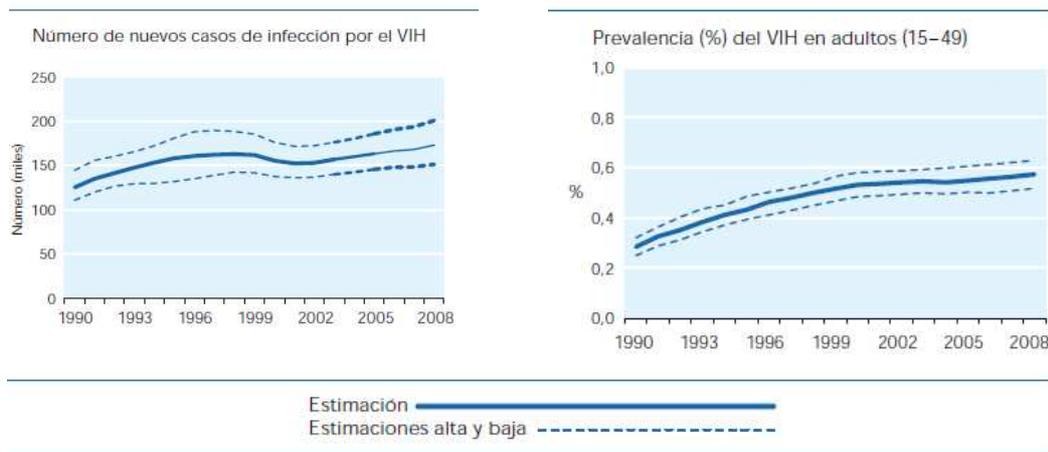
Caribe y luego en poblaciones claves¹. Según datos de ONUSIDA, la prevalencia de VIH en la población adulta (15-49 años) de la región se estima en 0,6% en 2008, concentrándose principalmente en hombres que tienen sexo con hombres² (HSH), trabajadores sexuales (TS) y sus clientes, y usuarios de drogas inyectables (UDI). Las gráficas a continuación apuntan a una tendencia creciente en el número de nuevas infecciones y una propensión a la estabilización de la prevalencia en la población adulta.

Gráfico 6.1

Estimaciones de la incidencia y prevalencia del VIH

América Latina, 1990-2008

(miles de casos y porcentaje)



Fuente: ONUSIDA/OMS.

En el 2001, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 150.000. En el 2008, se registro un total de 170.000 nuevas infecciones, llevando el número de personas viviendo con VIH a un estimado de 2 millones. En el 2001, el estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños fue de 6.200. En el 2008 se registraron 6.900 nuevas infecciones en niños. La epidemia aún no se ha detenido ni tampoco revertido. Al contrario, sigue presente el riesgo de una mayor expansión de la infección entre mujeres, jóvenes e indígenas.

¹ Poblaciones clave de mayor riesgo o ‘población con mayor riesgo de exposición al VIH’: clave tanto para la dinámica de la epidemia como para la respuesta a la epidemia; poblaciones más expuestas. Orientaciones terminológicas del ONUSIDA 2007.

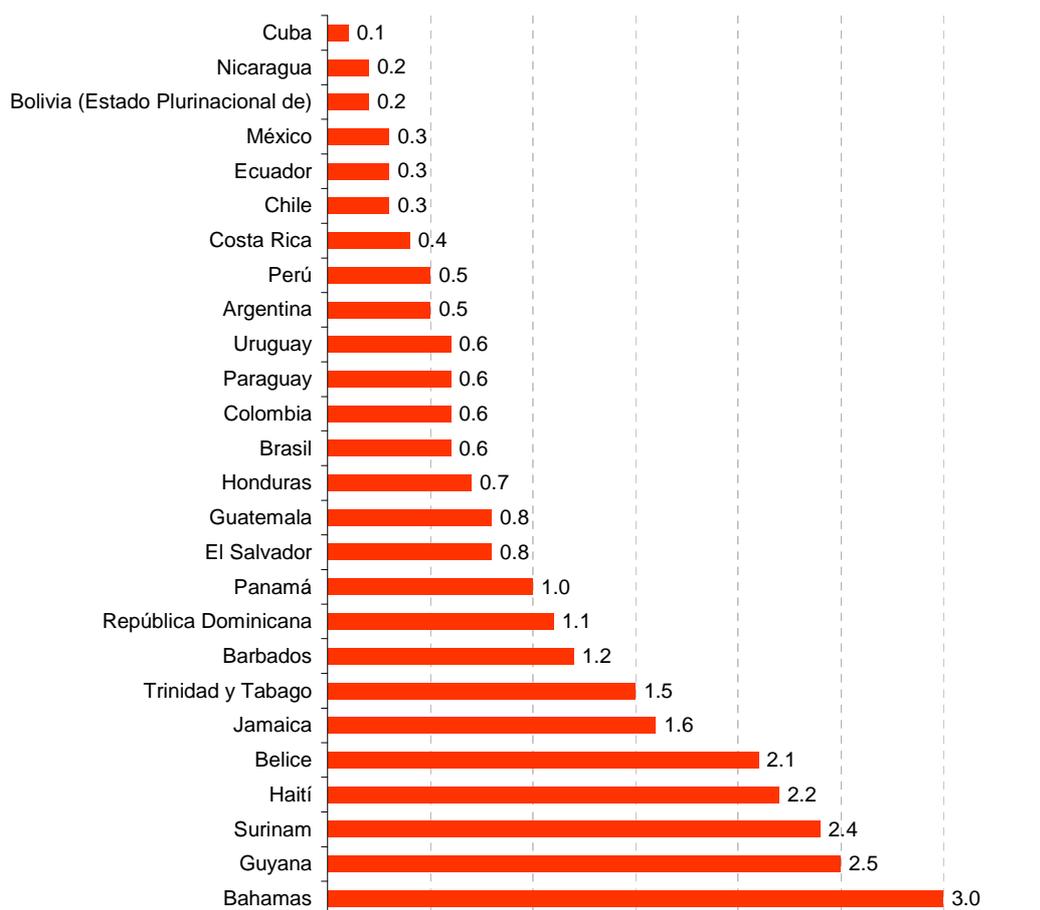
² Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: este término es útil ya que no solo incluye a los hombres que se autodefinen como ‘gay’ u homosexuales y que tienen relaciones sexuales solamente con hombres, sino también a hombres bisexuales y heterosexuales que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres. Orientaciones terminológicas del ONUSIDA 2007

Gráfico 6.2

Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad con VIH/SIDA

América Latina y el Caribe (26 países), 2007

(en porcentaje)



Fuente: ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Reporte sobre la epidemia global del SIDA 2008*, ONUSIDA / OMS.

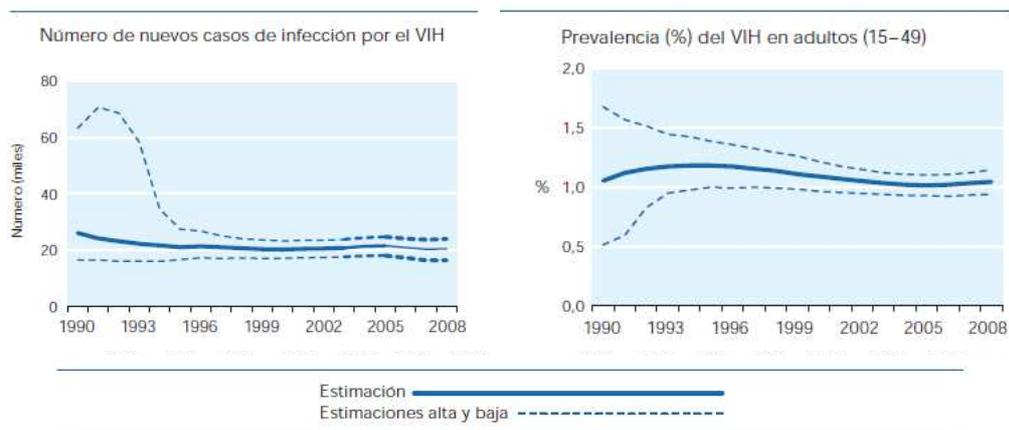
La epidemia del VIH en el Caribe parece haberse estabilizado, con un número decreciente de nuevas infecciones. En el 2001, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 21.000. En el 2008, se registraron un total de 20.000 nuevas infecciones, llevando el número de personas viviendo con VIH a aproximadamente 240.000. Alrededor de tres cuartos de ellas viven en la República Dominicana y Haití. En el 2001, el estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños fue de 2.800. En el 2008 se registró 2.300 nuevas infecciones en niños. Surinam y Cuba son los dos únicos países del Caribe, que a pesar de tener prevalencias bajas, tienen epidemias en crecimiento.

Gráfico 6.3

Estimaciones de la incidencia y prevalencia del VIH

El Caribe, 1990-2008

(miles de casos y porcentaje)



Fuente: ONUSIDA/OMS

Aunque en términos absolutos la epidemia en el Caribe parece menor, después de África sub-sahariana, el Caribe ha sido la región más afectada por el VIH y ocupa el segundo lugar entre las prevalencias del VIH más altas en adultos (cerca del 1 %). Es más, en el Caribe, el SIDA es una de las principales causas de muerte entre adultos de 15 a 44 años. El Caribe presenta una mezcla de epidemias generalizadas³ y concentradas⁴ con prevalencias de hasta 3% en Bahamas. La transmisión es principalmente heterosexual, muchas veces ligada al comercio sexual y con un componente de HSH.

En algunos países del Caribe, la prevalencia es especialmente elevada entre mujeres jóvenes de 15-19 años, que presentan de 3 a 6 veces mayor riesgo de tener el VIH que hombres jóvenes.

Sin embargo hay evidencia que en Haití y en la República Dominicana, por ejemplo, la incidencia del VIH entre jóvenes ha disminuido gracias a las intervenciones que promovieron la reducción del número de parejas y el uso de condones. En República Dominicana el descenso en la prevalencia de VIH en población joven (0,6 % en 2002 y 0,3% en 2007) fue documentado a través de encuestas de sero-prevalencia. Estos logros ilustran el potencial de medidas preventivas integrales, con elementos de prevención bio-médica, cambios de comportamiento y estructurales, desarrolladas en base a evidencia, para controlar y revertir la epidemia.

³ En una epidemia generalizada, el VIH está firmemente establecido en la población general. Aunque las sub-poblaciones con alto riesgo pueden continuar a contribuir desproporcionadamente a la difusión del VIH, las redes sexuales en la población general son suficientes para sostener una epidemia independiente de las sub-poblaciones con mayor riesgo de infectarse. OMS/ONUSIDA

⁴ En una epidemia concentrada, el VIH se ha difundido substancialmente en una o más sub-poblaciones, pero no está bien establecido en la población general. Este estado de la epidemia sugiere redes de riesgo activas entre estas sub-poblaciones. El curso futuro de la epidemia está determinado por la frecuencia y forma de los enlaces entre sub-poblaciones con altos niveles de infección y la población general.

○ **Prevalencia del VIH en poblaciones claves en América Latina y el Caribe.**

Diversas encuestas han mostrado prevalencias de VIH entre HSH desde 7.9% en El Salvador hasta 25.6% en México, con prevalencias mayores al 5% en la mayoría de las ciudades más grandes de la región. En Honduras, por ejemplo, se notifica que la prevalencia en VIH en HSH menores de 25 años es de 4% comparada con la tasa en HSH mayores de 25 años que asciende a 11,9%. La prevalencia en personas transgénero en Argentina se estima en 27.6%, un valor muy preocupante. Esta información es raramente disponible en los países. En Jamaica hasta un 31% de infecciones en VIH son en HSH, en Trinidad y Tobago un 20,4%.

Las prevalencias en mujeres y hombres trabajadores sexuales (TS) varían significativamente entre países. En Argentina la prevalencia de VIH reportada en TS mujeres es de 1.8% mientras que en TS hombres sube a 22.8%. Las prevalencias de VIH en TS mujeres pueden ser bajas, como en Nicaragua (0.2%) o altas como en Honduras (9.6%) o en Guyana (27%). Honduras reporta una prevalencia de VIH en trabajadores sexuales menores de 25 años de 1% y en mayores de 25 años de 3,1%.

Las prevalencias en usuarios de drogas inyectables varían de 9.1% en Paraguay a 6.7% en México. En Argentina se midió también la prevalencia en usuarios de drogas no inyectables que se estima en 5,3%. En República Dominicana la prevalencia en usuarios de drogas no inyectables es de 8%.

Estos datos indican una carga de enfermedad alta en poblaciones claves, tanto joven como adulta.

○ **¿Cómo han cambiado estas cifras en la última década y qué dicen sobre la probabilidad de lograr el ODM 6 en VIH?**

La proporción de la infección en hombres con relación a mujeres ha disminuido dramáticamente desde la década de los ochenta. Se ha reportado un aumento de las infecciones en mujeres, especialmente entre mujeres en condiciones socio-económicas precarias o en otras condiciones de vulnerabilidad, sin descender el número de infecciones en hombres. La proporción de mujeres entre las personas con VIH en ALC se ha estabilizado en aproximadamente 34% de la población total con VIH en América Latina y 48% en el Caribe.

Por la carga de enfermedad alta que sufren, el rechazo institucional y social que viven, los HSH, los usuarios de drogas inyectables, las TS y sus clientes, y las personas transgénero siguen siendo las poblaciones más afectadas por la epidemia del VIH en ALC.

Cabe destacar que los indígenas y afrodescendientes representan el 40% de la población de la región y a pesar del reconocimiento de su alta vulnerabilidad al VIH, existe poca información estratégica sobre ellos. Se considera que son muy vulnerables al VIH por los niveles de pobreza, analfabetismo, movimientos migratorios, y prácticas culturales que les caracterizan, así como por el descuido institucional que frecuentemente sufren. Las prácticas culturales de riesgo incluyen la iniciación sexual temprana, la poligamia, y el uso escaso del condón. Barreras culturales (estigma y discriminación, vergüenza, miedo) impiden su acceso a servicios e información. Algunas comunidades se han visto afectadas por el tráfico de drogas que ha llevado a sus pueblos violencia, uso de drogas y trabajo sexual. Con este cuadro se considera indispensable empezar a investigar, monitorear y evaluar sistemáticamente la epidemia en poblaciones indígenas y minoridades étnicas con el fin de conocer mejor el alcance de la epidemia, de desarrollar intervenciones efectivas culturalmente adaptadas, junto con las comunidades afectadas para que la epidemia no se continúe a expandir y para reducir su impacto.

Las mismas recomendaciones se hacen en relación a jóvenes en situaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo. En epidemias generalizadas e híper endémicas los expertos recomiendan que los programas de VIH sean dirigidos a todos los jóvenes pero en otros escenarios los programas deben focalizar sus intervenciones en jóvenes vulnerables y en situación de mayor riesgo.

6.2: Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

En estudios llevados a cabo entre 2001 y 2006 en los países de la región se encontró que el porcentaje de hombres entre 15 y 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual es generalmente mayor (desde 15% en Costa Rica a 48% en Argentina) que en mujeres entre 15 y 49 años (desde 11% en Costa Rica a 44% en Argentina).

En el Caribe, en el 2007 se observan variaciones similares entre países: el porcentaje de hombres entre 15 y 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual es de 41% en Cuba y 48% en Santa Lucía. En mujeres es de 33 % en Cuba y 39% en Santa Lucía. En República Dominicana, el informe de la encuesta demográfica y de salud 2007 indica que entre las mujeres y los hombres que tuvieron relaciones sexuales con una persona que no era esposo/a o conviviente, el 40% de las mujeres y el 69% de los hombres usaron un condón en la última relación sexual de ese tipo. Es destacable que en ambos casos el porcentaje que usó el condón es mayor en la población masculina que en la femenina.

Varios nuevos estudios registran también un mayor número de casos en poblaciones indígenas y jóvenes en circunstancias difíciles (adolescentes que viven en la calle y jóvenes afuera del sistema de educación formal).

El porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron más de una pareja sexual durante los últimos 12 meses y utilizaron un condón durante su última relación sexual en 2007 es menor al 50% en todos los países que reportaron esta información.

En el Caribe encuestas han revelado que son más los profesionales del sexo que están protegiéndose (y protegiendo a sus clientes) contra la infección por el VIH, en especial en los principales centros turísticos y urbanos. Se reportan en 2007 tasas de uso de condón con último cliente por TS similares entre TS mujeres, de 56% en Cuba a 84% en Jamaica y 90% en Haití.

Se observa una tendencia al uso sistemático de condones con clientes por parte de TS que son apoyadas/os por intervenciones comunitarias integrales que incluyen cambio de políticas. A pesar de los relativamente altos porcentajes de uso del condón con clientes, en algunos países las TS reportan usar con menor frecuencia el condón con sus parejas no clientes, ocasionales o estables. Por ejemplo en Honduras las TS reportan usar con menor frecuencia el condón con sus parejas ocasionales (40,7%) que con sus parejas estables (10,6%).

El porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina en 2007 también muestra disparidades significativas entre los países de la región, desde 29% en Chile hasta 91% en Argentina. A pesar de que existe cierta evidencia de que programas de prevención están alentando a HSH a adoptar mayores medidas de prevención, como en El Salvador, por ejemplo, donde se ha reportado un incremento en el uso del condón durante la última relación sexual entre 2004 y 2007 desde 70.5% a 82.1%, y en Argentina, donde entre 2004 y 2007 también se encontró un incremento en el uso del condón entre HSH, el nivel de la prevención aún es insuficiente. En Centroamérica, 39% de HSH encuestados reportan no utilizar de forma consistente el condón con sus parejas ocasionales y solamente el 29% reportó haber tenido acceso a programas de prevención.

En el Caribe se reportan variaciones en el porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina en 2007, desde 55% en Cuba a 74% en Santa Lucía.

En la región, a pesar de la existencia de experiencias exitosas en promoción del uso de preservativo en relaciones sexuales de alto riesgo, especialmente en TS, los datos existentes demuestran prácticas muy variadas y brechas persistentes en los esfuerzos de prevención, especialmente dirigidos hacia HSH y UDI, lo que indica la necesidad de aumentar la programación e inversión en la prevención del VIH para poblaciones claves. Un esfuerzo especial debe ser emprendido para empoderar las mujeres y los jóvenes a protegerse.

6.3: Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

Se estima que los jóvenes representan más del 40% de las nuevas infecciones a nivel mundial en 2008, por lo cual para reducir el número de nuevas infecciones y detener la propagación de la epidemia es imprescindible desarrollar programas de educación y prevención para asegurar

En TS, generalmente un mayor porcentaje de mujeres trabajadoras sexuales que varones trabajadores sexuales declara haber usado un preservativo con su último cliente. Las tasas reportadas de uso del condón con el último cliente por TS mujeres son altas, hasta 93.4% en Chile, con aumentos en el uso del condón de aproximadamente 4 veces entre 2004 y 2007 reportados en El Salvador.

El porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual en 2008 fue reportado por tres países, con valores entre 33% y 65%.

que los jóvenes, en especial los que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad y de riesgo, puedan protegerse cuando inician su vida sexual.

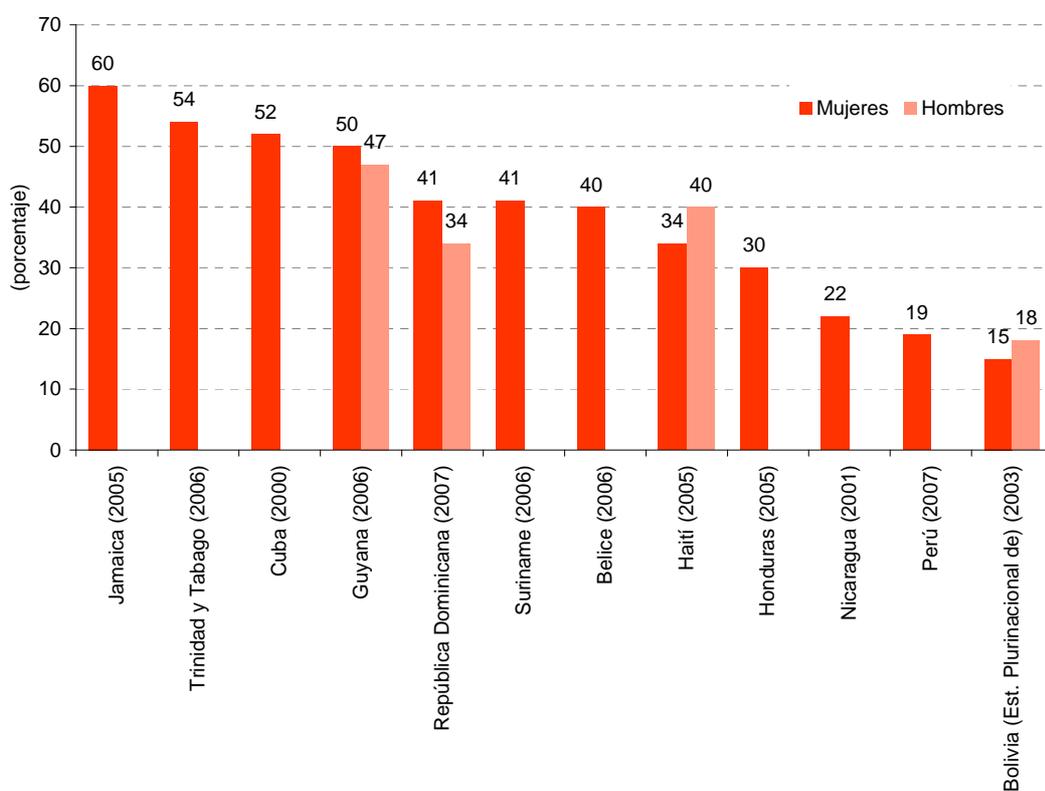
Gráfico 6.4

Proporción de la población de 15 a 24 años de edad que tienen amplios y correctos conocimientos sobre el VIH/SIDA (Indicador ODM 6.3)

América Latina y el Caribe (12 países)

(en porcentaje)

En la región, el porcentaje de jóvenes entre 15 y 24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las principales ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH en mujeres varía desde 9% en Guatemala (2002) y 89% en Argentina (2005), y en hombres desde 10% en Guatemala (2002) a 83% en Argentina (2005). Estas son cifras informadas por los países.



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/ CEPALSTAT

En el Caribe en el 2007, los valores no superaron el 60%, con un rango desde 5,2% en Aruba a 56% en Trinidad y Tobago.

El acceso al condón para jóvenes escolarizados es limitado. Solo tres países en la región reportan que existe distribución y/o acceso a condones para jóvenes adolescentes en instituciones escolares, sin embargo aún en estos países este acceso o la distribución no es universal. Ese panorama manifiesta la falta de acceso a educación sexual integral y servicios relacionados con la sexualidad para jóvenes en la región.

6.4: Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años

Los países de América Latina en su gran mayoría no reportan este indicador por varios motivos, entre los cuales el número reducido de huérfanos del SIDA y la existencia de sistemas de protección social que cuidan de los huérfanos y los escolarizan. Por ejemplo Colombia reporta un 85% de tasa de asistencia escolar de huérfanos entre 2003-2008. Igualmente existe poca información sobre el tema en el Caribe. República Dominicana reporta una tasa de asistencia escolar de huérfanos entre 2003-2008 de 77%.

Todos los países reconocen el derecho y la necesidad de incluir a los estudiantes viviendo con y/o afectados por el VIH en la escuela, sin embargo con diferentes niveles de protección. En la caracterización de los 34 países estudiados, doce países reportan contar con políticas para promover la educación de los menores que viven con el VIH o menores afectados(as) por el VIH. Brasil, Chile, Costa Rica, México y Perú mencionaron que han desarrollado lineamientos o pautas oficiales para la integración del niño viviendo con el VIH en la escuela. Brasil, por ejemplo, tiene varias guías que están dirigidas a diferentes niveles: a las autoridades municipales y estatales, a docentes escolares y la sociedad civil. Chile y El Salvador abordan explícitamente la integración de niños, niñas y jóvenes viviendo con VIH en el ámbito escolar en su currícula oficial. Ecuador y Santa Lucía están en proceso de elaborar materiales de apoyo sobre el estigma y discriminación en la escuela.

□ Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

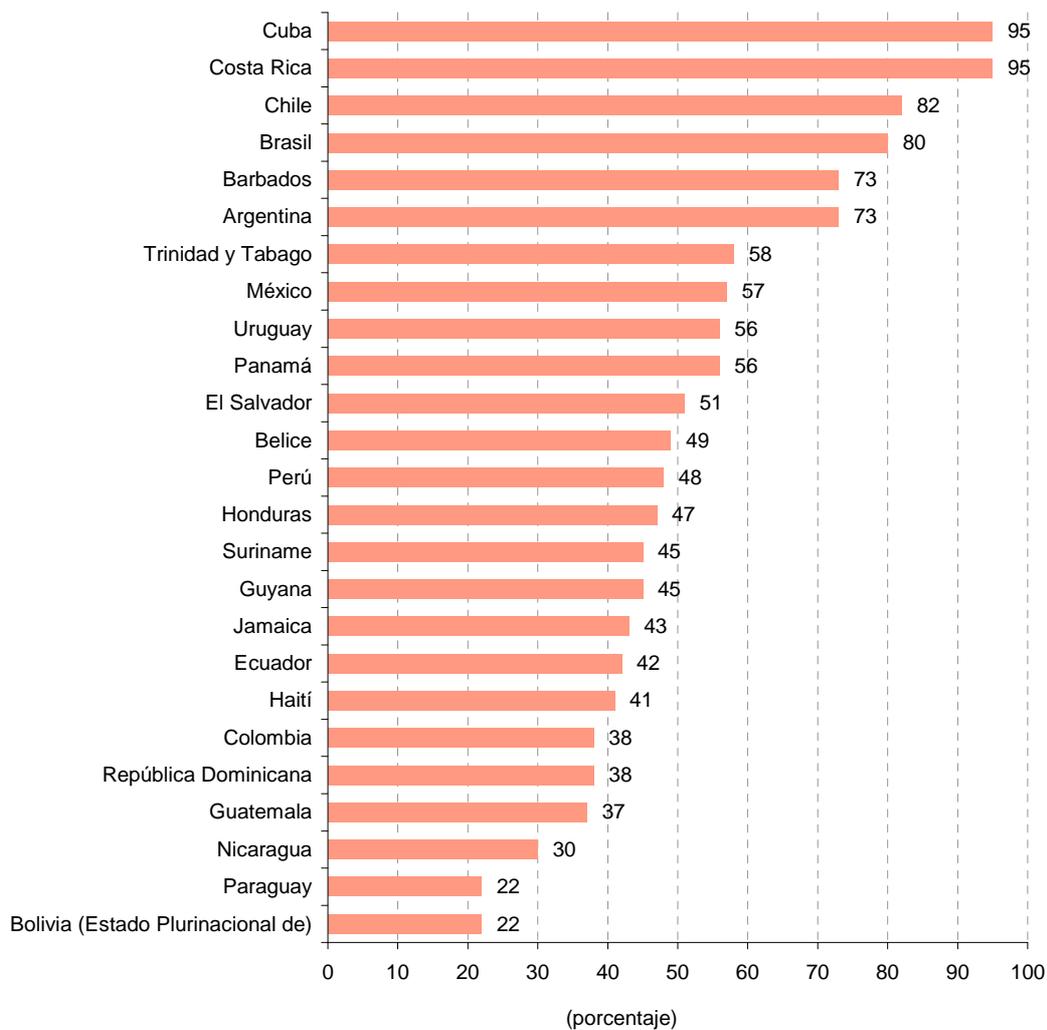
La cobertura media del tratamiento antirretroviral en América Latina fue del 54% y de 51% en el Caribe en 2008, superando el promedio global, con algunos países como Brasil, Chile y Costa Rica, alcanzando la meta de acceso universal al tratamiento con 80% o más de cobertura. El aumento en cobertura de tratamiento en 2008 en América Latina y el Caribe es de aproximadamente 36% en un año y una multiplicación por diez en cinco años. Sin embargo, aún existen importantes desigualdades en el acceso a tratamiento entre países en la región, con algunos países que todavía reportan coberturas limitadas como Bolivia (22%, 2007) y Paraguay (22%, 2007).

Gráfico 6.5

Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada con acceso a medicamentos antiretrovirales (Indicador ODM 6.5)

América Latina y el Caribe (25 países), 2007

(en porcentaje)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/ CEPALSTAT

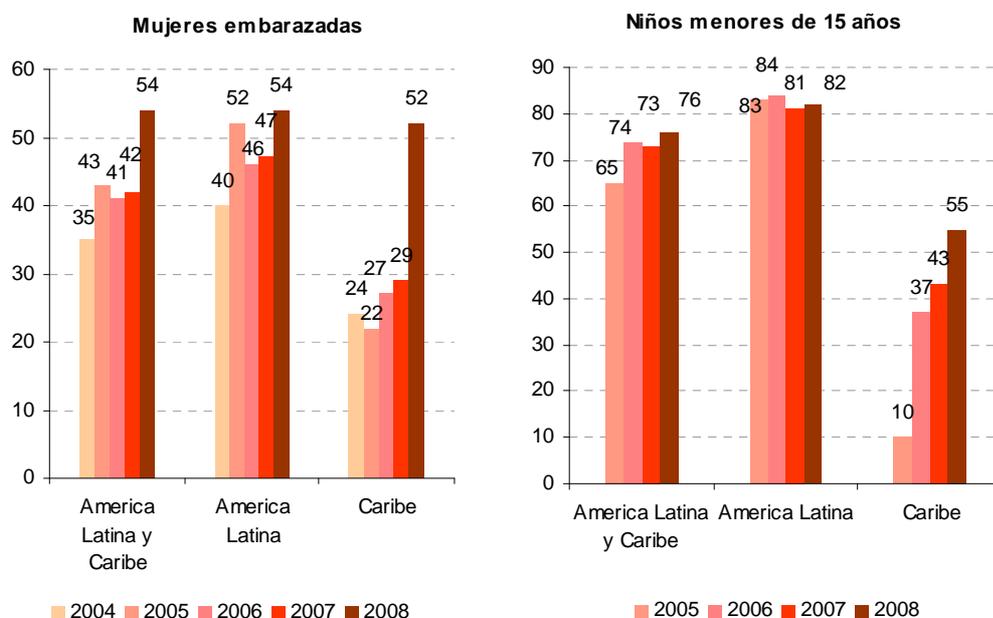
Se estima que a finales del 2008, 54% (América Latina) y 52% (Caribe) de las embarazadas que necesitaban tratamiento antirretroviral lo recibían. En 2008 la cobertura de tratamiento en niños menores de 15 años en América Latina era de 82% y de 55% en el Caribe.

Gráfico 6.6

Porcentaje de mujeres embarazadas y de niños menores de 15 años de edad viviendo con el VIH, en tratamiento antiretroviral

América Latina y el Caribe, 2004 – 2007

(en porcentaje)



Fuente: UNICEF/WHO/UNAIDS, Towards Universal Access: scaling up priority HIV AIDS interventions in the health sector, progress report 2009

Los resultados alentadores de la región ocultan frecuentemente la fragilidad de los sistemas de salud, como quedó evidenciado a inicios de 2010 con el desabastecimiento de antiretrovirales que ocurrió en 7 de 10 países latinoamericanos estudiados. Análisis sugieren que esta situación se debe a debilidades en la planificación y distribución de insumos, más que por limitaciones de recursos financieros.

□ **Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves**

○ a) **La lucha contra el paludismo**

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio contemplan haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo para 2015. Si bien en la región de las Américas algunos países han progresado bastante al respecto, para alcanzar la meta se requiere en todos ellos esfuerzos sostenidos, financiamiento adecuado, mayor colaboración entre los programas de salud y otros sectores, adecuada contratación y capacitación de

La incidencia del paludismo en América Latina y el Caribe es muy inferior a la de las regiones más afectadas del mundo. Sin embargo, en 21 de los 35 países y territorios miembros de la OPS/OMS hay zonas en que el paludismo se transmite activamente, estimándose que 284 millones de personas están—en diverso grado—expuestas a contraerlo.

personal de salud y de la comunidad en la materia, participación de diversos sectores de la sociedad en la prevención y control de la enfermedad, así como el fortalecimiento de los sistemas de salud y la definición de políticas basadas en pruebas documentadas.

En 2008 hubo 560.888 casos de paludismo en la región, es decir, un 53% menos que en 2000. En el mismo período, las defunciones relacionadas con la enfermedad disminuyeron en un 75%.

En 18 de los 21 países en los cuales la enfermedad es endémica, su incidencia se redujo entre 2000 y 2008. En siete de ellos la caída superó el 75%, con lo cual alcanzaron tanto la meta de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” como el objetivo del Milenio en esta materia. Otros cinco declararon bajas del 50% al 75% y otras seis reducciones inferiores al 50%. Pero en el mismo período, Haití, República Dominicana y República Bolivariana de Venezuela dieron cuenta de un aumento del número de casos (véase el cuadro VI.12).

Cuadro 6.1

Indicadores del paludismo en países endémicos de la región

América Latina y el Caribe (21 países y territorios), 2008

País (Año de último informe)	Número de casos comunicados, 2008	Cambio porcentual desde 2000	Índice Parasitario Anual (IPA), 2008	Índice Láminas Positivas (ILP), 2008
Argentina (2008)	130	-70.5	0.04	2.05
Belice (2008)	539	-63.7	1.73	2.44
Bolivia (Est. Plur. Nac. de) (2008)	9.748	-69.0	7.05	6.10
Brasil (2008)	314.802	-48.7	1.69	11.58
Colombia (2008)	79.230	-26.4	3.01	17.70
Costa Rica (2008)	966	-48.6	0.61	5.58
Ecuador (2008)	4.891	-95.3	0.55	1.27
El Salvador (2008)	33	-95.6	0.00	0.03
Guatemala (2008)	7.198	-86.5	1.62	4.19
Guyana (2008)	11.815	-50.8	17.34	8.61
Guayana Francesa (2008)	3.264	-12.0	20.01	27.21
Haití (2008)	36.774	+117.6	4.64	21.77
Honduras (2008)	8.225	-76.6	1.67	6.89
México (2008)	2.295	-69.0	0.00	0.19
Nicaragua (2008)	764	-96.8	0.19	0.14
Panamá (2008)	744	-28.2	0.23	0.37
Paraguay (2008)	341	-95.0	0.01	0.04
Perú (2008)	42.214	-38.2	6.54	5.3
Rep. Dominicana (2008)	1.840	+49.2	0.25	0.48
Suriname (2008)	2.086	-88.7	31.04	7.41
Venezuela (Rep. Bol. de) (2008)	32.037	+7.7	5.83	7.74

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Nota: El valor negativo en el cambio porcentual refleja reducción y el positivo indica aumento.

IPA inferior a 1 es un criterio para considerar que el país se encuentra en la fase previa a la eliminación. ILP inferior a 5 en casos febriles indica que el programa de control es adecuado.

Por otra parte, diez países en que la enfermedad es endémica declararon un índice de láminas positivas (ILP) inferior a 5, lo cual revela un buen control en las áreas de riesgo de paludismo.

A su vez, nueve países declararon un índice parasitario anual (IPA) inferior a 1‰ personas en áreas de riesgo, criterio que se utiliza para clasificar a un país dentro de la etapa previa a la eliminación. Considerando además patrones endémicos, tendencias epidemiológicas y otros aspectos, puede estimarse que Argentina, El Salvador, México y Paraguay se encuentran en esta categoría y tienen mayores posibilidades de progresar hacia la eliminación. Por el contrario, las tendencias epidemiológicas muestran que los casos van en aumento en la isla que comparten República Dominicana y Haití.

En los países y territorios de las Américas que pueden considerarse libres de transmisión para la OMS, desde 2000 se ha declarado un promedio anual de 1.300 casos. Ellos son “importados”, es decir, afectan a viajeros provenientes de países de la región y del resto del mundo en que el paludismo es endémico. En 2006, hubo brotes en Bahamas y Jamaica, dos países libres de transmisión, pero esfuerzos nacionales realizados con la colaboración de la OPS y otros organismos internacionales permitieron controlarlos, y se realiza vigilancia activa para evitar rebrotes.

o **b) El control de la tuberculosis**

La incidencia de la tuberculosis se ha venido reduciendo desde los años 1980 y se espera que la tendencia se mantenga hasta 2015. En 2008, los países de América Latina y el Caribe notificaron 218.249 casos nuevos; 119.862 de ellos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, forma de grave pronóstico para el enfermo y para la población, por el alto riesgo de muerte y de contagio a la comunidad si no es tratada.⁵ El 77.3 % de los casos declarados de tuberculosis pulmonar de baciloscopia positiva afectó a personas entre 15 y 54 años de edad, con predominio de varones respecto de mujeres: 1,7 hombres por una mujer. Se advierte que afecta a personas en etapas productivas de la vida, con graves repercusiones económicas para las familias y para la sociedad.

Desde 1996 la tendencia descendente de la incidencia se aceleró gracias a la aplicación exitosa de la estrategia de tratamiento abreviado y supervisión estricta, más conocida como TAES, o el tratamiento de observación directa y corta duración (DOTS). Gracias a estos factores, muchos países están encaminados a cumplir las metas de la Alianza Alto a la TB, que requieren detectar el 84% de los casos existentes de tuberculosis contagiosa y tratar exitosamente el 87% de estos en 2015.

El descenso de las tasas de tuberculosis notificadas se atribuye a acciones de control eficaces en países que cuentan con programas nacionales exitosos y sostenidos en el tiempo, en un contexto favorable de crecimiento económico.

Junto con el avance en la detección y tratamiento de la tuberculosis, ha disminuido su prevalencia y la mortalidad conexas. De acuerdo con estimaciones del Programa global de vigilancia y control de la tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, la región de las Américas logró en 2008 reducir a más de la mitad la prevalencia respecto de 1990 —de 89 a 25 por 100.000 habitantes— así como la mortalidad —de 10 a 3 por 100.000 habitantes—, habiendo cumplido como región con el ODM 6 meta 6.c, que consiste en haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de la tuberculosis.

Sin embargo, las cifras de los países de América Latina y el Caribe son muy dispares a este respecto. Los que tienen mayores recursos económicos o programas de control exitosos —

⁵ World Health Organization (WHO) Global Tuberculosis Control 2009. A short update to the 2009 report. *WHO/HTM/TB/2009.426*.

Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Puerto Rico— ya alcanzaron la meta relacionada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2008. Se estima que países como el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Guatemala, Honduras, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela para alcanzarlas en 2015 deberán realizar actividades encaminadas deliberadamente a controlar la enfermedad y asumir un férreo compromiso político, expresado en el suministro de una financiación sostenible. Debido a la epidemia de VIH/SIDA que azota a Belice, Haití, Jamaica y Suriname la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis han aumentado de manera sostenida y es probable que estos países no logren alcanzar la meta del Milenio en 2015.

Cuadro 6.2**Tasas de prevalencia y mortalidad por TB todas las formas**

América Latina y el Caribe (25 países y territorios), 1990 – 2008

País	1990		2008*		Cambio porcentual 1990-2008	
	Prevalencia	Mortalidad	Prevalencia	Mortalidad	Prevalencia	Mortalidad
Argentina	74	9.1	22	3.1	-70.3	-65.9
Belice	16	3.1	43	5.1	168.8	64.5
Bolivia	290	37	170	22	-41.4	-40.5
Brasil	98	12	29	3.8	-70.4	-68.3
Chile	11	3	3.6	0.5	-67.3	-83.3
Colombia	59	7.5	37	4.6	-37.3	-38.7
Costa Rica	35	4	2.9	0.5	-91.7	-87.5
Cuba	62	7.1	1.8	0.5	-97.1	-93.0
Ecuador	310	36	110	13	-64.5	-63.9
El Salvador	70	8.8	18	2.7	-74.3	-69.3
Guatemala	120	14	110	12	-8.3	-14.3
Guyana	200	22	110	15	-45.0	-31.8
Haití	280	28	290	32	3.6	14.3
Honduras	140	17	79	9.5	-43.6	-44.1
Jamaica	5.2	1	7.9	0.5	51.9	-50.0
México	130	15	8.4	1.4	-93.5	-90.7
Nicaragua	130	17	26	4.1	-80.0	-75.9
Panamá	44	5.7	14	2.8	-68.2	-50.9
Paraguay	13	3.7	40	5.4	207.7	45.9
Perú	450	53	46	8.7	-89.8	-83.6
Puerto Rico	1.4	1	1.4	0.5	0.0	-50.0
República Dominicana	350	39	95	12	-72.9	-69.2
Suriname	150	17	270	29	80.0	70.6
Uruguay	9.8	1.8	12	1.7	22.4	-5.6
Venezuela (Rep. Bol. de)	32	4.3	34	4.3	6.3	0.0
AML	89	10	25	3	-71.9	-70.0

Fuente: World Health Organization (WHO), Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report.

* Estimados actualizados en el reporte 2009. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report.

Nota: Tasa de prevalencia = casos por 100.000 habitantes; tasa de mortalidad = muertes por 100.000 habitantes.

El control de la tuberculosis en las Américas se basa en la aplicación de la estrategia “Alto a la TB” que implica abordarla en forma integral y centrada en el enfermo, no sólo limitada al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis sensible, sino también a las personas o grupos que corren mayores riesgos de enfermedad o muerte, como son los infectados con TB/VIH, afectados por una TB resistente a múltiples drogas de primera línea o de resistencia extensa y, en general, las poblaciones vulnerables y marginales. Paralelamente se están implementando otras iniciativas que permiten mejorar la respuesta sanitaria e incorporar a todos los proveedores de salud, a fin de lograr un sistema de salud eficiente, que respete los derechos básicos e incentive la participación de los afectados y de las comunidades.

Se reconoce la existencia de diversas poblaciones altamente vulnerables a la TB. Se prioriza para su control a las personas privadas de libertad (PPL), poblaciones indígenas y de barrios marginales de grandes ciudades. Estas poblaciones sufren tasas de TB muy superiores respecto a la población general.