

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 17, No. 3

Septiembre 1996

Inequidades en salud y la Región de las Américas

Los países de América Latina y el Caribe, además de los muchos problemas de salud que han tenido siempre, deben hacer frente ahora a las nuevas dificultades y riesgos para la salud que plantean la epidemia del sida, la intensificación de la violencia, los peligros para el medio ambiente, y las enfermedades nuevas y reemergentes. Estos cambios ocurren en el marco de reformas políticas y económicas, una descentralización creciente de los servicios de salud inherente al proceso de reforma del sector salud y continuo aumento de los costos.

El estado de salud de toda sociedad guarda relación con las características biológicas y sociales individuales, la organización económica y política, la estructura social, los antecedentes culturales y los procesos demográficos y macroecológicos; todos estos factores deben tenerse en cuenta para determinar las tendencias a largo plazo del proceso de salud y enfermedad. El desarrollo de la capacidad para establecer sistemas de información fiables y medir y analizar el estado de salud facilitará la tarea de definir las prioridades sectoriales con más precisión y mejorará la planificación, vigilancia y evaluación de los programas de salud.

En gran medida, la situación sanitaria de los países de la Región en 1995 fue el resultado de ajustes económicos y sociales complejos que ahondaron más en la pobreza a varios segmentos de la población. Esta situación, a su vez, se tradujo en grandes disparidades en las condiciones de salud de diferentes países y grupos de población: los países de América Latina y del Caribe presentan una de las mayores tasas de desigualdad social del mundo. Estos cambios socioeconómicos han reducido marcadamente la capacidad de las instituciones sanitarias para distribuir en la debida forma servicios equitativos a

los segmentos vulnerables de la población, lo que ha llevado al primer plano el problema de la falta de equidad y la búsqueda de su solución.

Para la Organización Panamericana de la Salud, la búsqueda de una fórmula que asegure equidad en la prestación de servicios de salud y el acceso a estos representa una de las mayores dificultades en materia de cooperación técnica. Es indispensable señalar las deficiencias en materia de equidad y acceso para poder programar y ejecutar actividades eficaces dirigidas a las poblaciones más expuestas a riesgo. Reconociendo esta necesidad apremiante, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana asignó alta prioridad a un plan de trabajo destinado a ampliar la capacidad de la Organización de describir, analizar e interpretar la situación de salud y sus tendencias en los países de la Región y fortalecer la aptitud de los propios países para analizar su situación de salud y enfocar sus intervenciones. Los datos acopiados y los estudios y análisis realizados darán información extremadamente valiosa para los procesos de planificación política y estratégica y su administración, así como para evaluar y reencauzar las actividades de cooperación técnica en los países. Esta información será también la base de las actividades de cooperación técnica cuyo fin es definir y formular proyectos de inversión o programas especiales y estrategias eficaces de prevención y control de enfermedades. Además, la información ayudará a movilizar recursos financieros, definir prioridades de investigación y proporcionar datos para publicaciones periódicas sobre la vigilancia de la situación de salud y sus tendencias en la Región.

Con este fin, la Organización ha estado trabajando en la definición de un conjunto básico de datos que se

EN ESTE NUMERO...

- Inequidades en salud y la Región de las Américas
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC): 50 años

- La eliminación de la lepra de las Américas
- Tercera evaluación de la Estrategia de Salud para Todos

pueda utilizar en el análisis de la situación de salud y sus tendencias. Ese conjunto de datos se complementará con importante información bibliográfica y otros antecedentes que contribuyan a entender mejor la situación sanitaria. Se ha hecho un esfuerzo particular por seleccionar indicadores básicos desagregados según las principales variables que contribuyen a la falta de equidad, como género, origen étnico, clase social, raza y distribución geográfica.

En este artículo se analizará la situación de salud de los países de la Región de las Américas y se documentará la importancia de abordar las brechas existentes en cuanto a equidad en salud como parte de los procesos de reforma del sector sanitario. En esta revisión se utilizarán indicadores básicos de salud y política sanitaria proporcionados por los países al Sistema de Información Técnica de la OPS.

Metodología

Se analizaron varios indicadores de las condiciones de salud, recursos, cobertura, mortalidad y morbilidad con el fin de subrayar las desigualdades existentes entre los países. Todos los datos utilizados en el análisis se analizaron se obtuvieron de *Las condiciones de salud en las Américas* (1) y de *Indicadores básicos 1995* (2).

Por medio de un análisis discriminante, se clasificaron 42 países y otras unidades políticas en cinco grupos, según su producto nacional bruto (PNB) per cápita (cuadro 1). Este indicador representa una aproximación razonable de los recursos de que dispone cada país para atender las necesidades básicas de su población. Los valores mínimos y máximos dentro de cada escala del PNB per cápita corresponden a los valores mínimos y máximos notificados dentro de cada grupo.

Los demás indicadores se analizaron comparando el valor de cada país dentro de un grupo con un promedio calculado para la distribución del grupo. En algunos casos no se dispuso de datos para todos los países de un grupo, como ocurrió con la razón entre los ingresos del 20% más rico de la población y los del 20% más pobre, sobre el que solo 23 de los 42 países tenían información. El porcentaje del producto interno bruto (PIB) destinado a salud no debe analizarse independientemente del PIB de cada país. En cualquier análisis de los datos de mortalidad deben considerarse las limitaciones inherentes a este tipo de indicador, sobre todo, la disponibilidad y calidad de la información.

CUADRO 1. Algunos países y otras unidades políticas de la Región de las Américas, clasificados según el PNB per cápita en US\$ (alrededor de 1993)

Grupo	País	PNB per cápita (US\$)
I	Islas Caimán	24.740
	Estados Unidos de América	20.555
	Canadá	20.000
	Bermuda	12.900
	Aruba	11.420
	Bahamas	10.600
	Islas Vírgenes Británicas	26.200
II	Antillas Neerlandesas	7.220
	Argentina	7.000
	Puerto Rico	6.540
	Antigua y Barbuda	6.230
	Barbados	5.930
	Anguila	5.700
	Islas Turcas y Caicos	7.800
III	Saint Kitts y Nevis	4.410
	Trinidad y Tabago	3.380
	Uruguay	3.380
	México	3.610
	Santa Lucía	3.380
	Chile	3.170
	Brasil	2.930
	Venezuela	2.840
	Dominica	2.720
	Panamá	2.600
	Belice	2.450
	Granada	2.380
	Costa Rica	2.150
San Vicente y las Granadinas	2.120	
IV	Paraguay	1.510
	Perú	1.490
	Jamaica	1.440
	Colombia	1.400
	El Salvador	1.320
	República Dominicana	1.230
	Ecuador	1.200
	Suriname	1.180
	Guatemala	1.100
V	Bolivia	760
	Honduras	600
	Guyana	350
	Nicaragua	340
	Haití	280

Falta de equidad en las condiciones de vida de la población

La agrupación de países según el PNB fue el primer paso para evaluar la falta de equidad en salud; es el método inicial para obtener una idea aproximada de la cantidad de recursos disponibles para atender las necesidades de la población.

El cuadro 2 muestra que 38,6% de la población de la Región de las Américas vive en los países clasificados en el grupo I, donde el promedio del PNB per cápita es 3,4 veces mayor que en los países del grupo II y 48,3 veces mayor que en los del grupo V.

Al examinar la razón entre los ingresos del 20% más rico de la población y los del 20% más pobre en cada país, se observa una tendencia sesgada, es decir, los países más pobres tienen las razones más altas y los más ricos, las más bajas (figura 1).

Según los datos publicados en *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 1995*, en el Canadá, por ejemplo, el 20% más rico de la población tiene un ingreso que es siete veces mayor que el del 20% más pobre. En los Estados Unidos de América, esa razón es de 9. Más aún, en los grupos III y IV están países como Brasil con una razón de 32, Guatemala con 31, Panamá con 30, Honduras con 24 y Ecuador con 20. Por otra parte, cuando se comparan los valores promedio del ingreso del quintil más pobre de la población de los países más pobres con los del ingreso de sus congéneres de los países más ricos, el ingreso en países como Guatemala y Honduras es 60 veces menor que en países como los Estados Unidos de América y el Canadá.

Si se considera la fluctuación del PIB per cápita entre 1991 y 1993 (figura 2), se observa el máximo crecimiento en los países de los grupos II y III: Argentina, 21,0%, Chile, 17,9% y Panamá, 17,4% por otra parte, el

CUADRO 2. Población total (1995), e intervalo promedio ponderado del PNB per cápita, en US\$ (alrededor de 1993), en la Región de las Américas, según grupo de países.¹

Grupo	Población (en miles)	PNB per cápita (US\$)		Promedio ponderado
		Intervalo		
I	293.155	26.200	hasta 10.600	24.304
II	38.810	7.800	hasta 5.700	7.193
III	300.261	4.410	hasta 2.120	3.142
IV	102.383	1.510	hasta 1.100	1.355
V	25.516	760	hasta 280	503

¹ Grupos de países del cuadro 1.

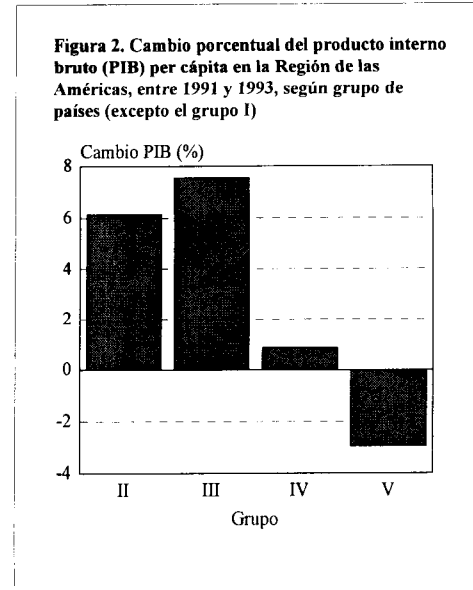
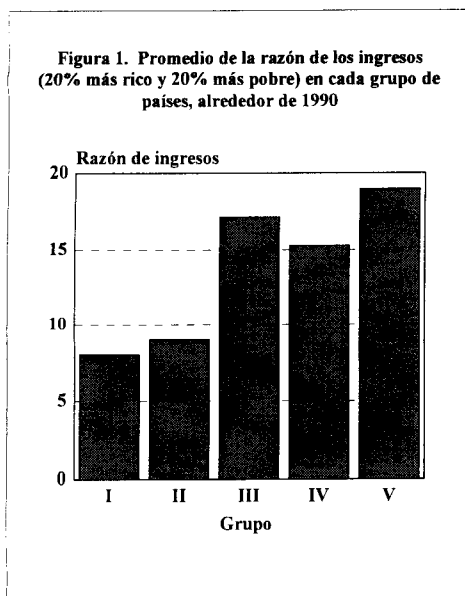
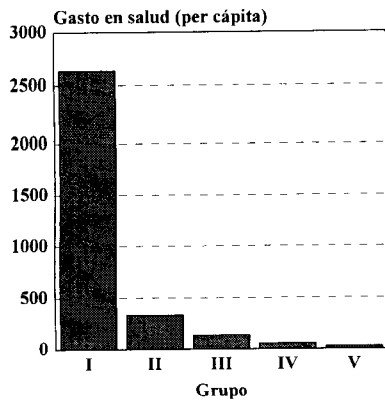


Figura 3. Gasto per cápita por concepto de salud en la Región de las Américas, según grupo de países. (US\$ de 1988), 1990

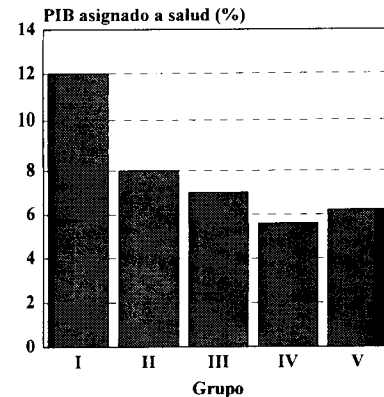


crecimiento más bajo se da en el grupo IV, y la mayor reducción en el V (Haití, -24,4%, Nicaragua, -11,0% y Suriname, -10,8%); los dos últimos grupos de países tienen los PNB más bajos de la Región. Asimismo, cuando se comparan los promedios de los grupos, cuanto más pobre son los países que los componen menor es el índice de crecimiento (grupo II, 6,15%, grupo III, 7,57%, grupo IV, 0,86% y grupo V, -2,94%).

Falta de equidad en la distribución de recursos de salud

Existen grandes diferencias entre los cinco grupos de países en lo que respecta a gastos por concepto de salud. Por ejemplo, los países del grupo I gastan 6,2 veces más que los del grupo II y 80 veces más que los del grupo V (figura 3).

Figura 4. Porcentaje del producto interno bruto (PIB) asignado a salud en la Región de las Américas, por grupo de países, 1990

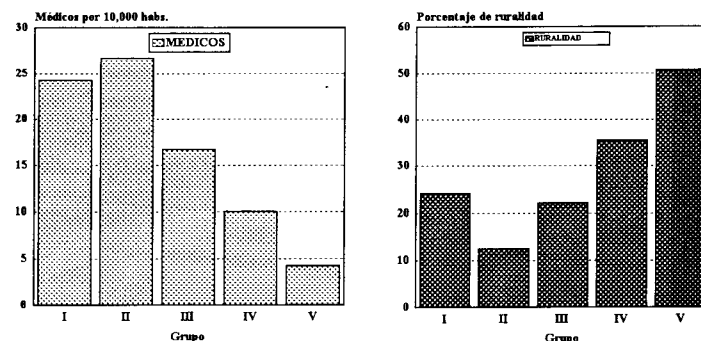


Se observa una tendencia inquietante cuando se analiza la proporción del PIB que se invierte en salud en los países de cada grupo, dado que en los más pobres tiende a invertirse un porcentaje menor del PIB (figura 4), tendencia que suele intensificar las desigualdades en materia de disponibilidad de atención de salud y accesibilidad a ella.

Para fines de este análisis, hemos utilizado la disponibilidad de médicos por habitantes como indicador sustitutivo de la disponibilidad de atención médica, y la proporción de la población que vive en zonas rurales como indicador de accesibilidad. La figura 5 muestra el número de médicos por 10.000 habitantes y el porcentaje de población rural en cada uno de los cinco grupos de países.

Los datos muestran que la disponibilidad de atención

Figura 5. Número de médicos por 10.000 habitantes y porcentaje de población rural en la Región de las Américas, según grupo de países, alrededor de 1992



médica es menor cuanto menor es el PNB per cápita del grupo de países, mientras que la proporción de la población que habita en zonas rurales es más alta en los grupos de países con PNB más bajo. En consecuencia, tanto la accesibilidad como la disponibilidad disminuyen al reducirse el PNB.

En los países más pobres hay menos dinero para atención de salud. Al mismo tiempo, se podría decir que el número de médicos per cápita es menor y los problemas relacionados con el acceso geográfico a los centros de salud son mayores.

Falta de equidad en el estado de salud de la población

La desigualdad en el riesgo de enfermarse y morir prematuramente guarda relación con la falta de equidad en la distribución de los recursos. Este fenómeno se aprecia cuando se analizan las tasas de mortalidad infantil de los países de la Región, que oscilan entre 7 y 98 por 1.000 nacidos vivos. Este indicador aumenta de manera significativa a medida que los valores de los indicadores socioeconómicos importantes disminuyen (figura 6).

Las tasas de mortalidad infantil varían de un país a otro y dentro de un país determinado. Por ejemplo, en el Perú, la ciudad de Lima tiene una tasa de mortalidad infantil de 50 por 1.000 nacidos vivos, pero en algunas de las zonas rurales del país la misma tasa llega a 140 defunciones por 1.000 nacidos vivos. En Panamá, las posibilidades de un niño indígena de morir antes de 1 año de edad son 3,5 veces mayores que las de un niño no indígena. En la Ciudad de México, la tasa de mortalidad infantil oscila entre 13,4 y 109,8 por 1.000 nacidos vivos.

Por otra parte, la proporción de niños con bajo peso al nacer tiende a aumentar a medida que suben los niveles de pobreza (cuadro 3).

CUADRO 3. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 g) del total de nacimientos en la Región de las Américas, según grupo de países,¹ 1990.

Grupo	Recién nacidos con bajo peso (<2.500 g), 1990 ²
I	8,7
II	8,0
III	10,9
IV	12,0
V	13,2

¹ Grupo de países del cuadro 1.

² Promedio de porcentajes de los países en cada grupo.

Ocurre una situación similar con la proporción de defunciones por enfermedades diarreicas agudas de niños menores de 5 años, las que por mucho tiempo se han considerado prevenibles, y aún cobran más vida en los países donde el PNB es más bajo (figura 7).

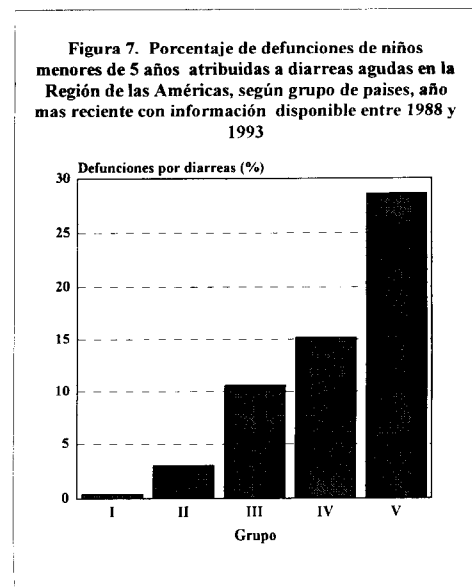
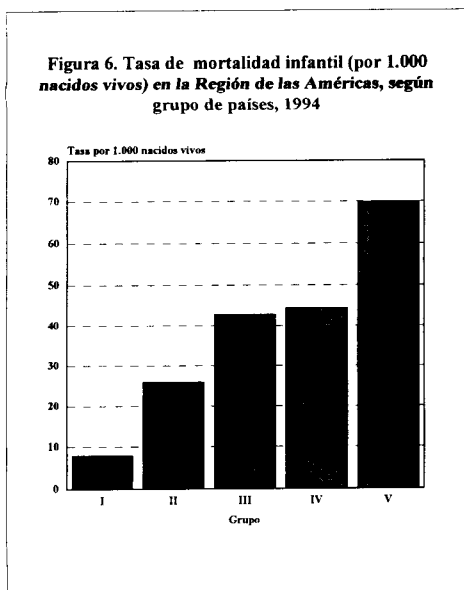
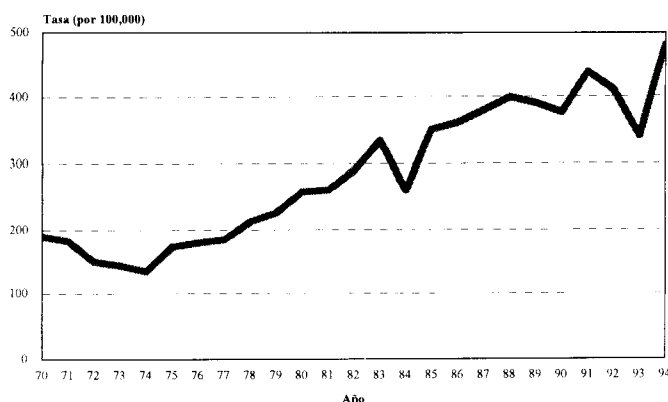


Figura 8. Tendencias de las tasas de morbilidad por malaria (IPA) en 21 países con transmisión en la Región de las Américas, 1970-1994.



La aparición de nuevas enfermedades infecciosas o el resurgimiento de otras que se creían controladas con medidas de salud pública también han afectado mucho las condiciones de salud de los países de la Región. Dos ejemplos palpables de esto último son la malaria y el dengue. En el caso de la malaria, las tasas de morbilidad (medidas por la tasa de incidencia anual parasitaria) comenzaron a aumentar constantemente a mediados del decenio de 1970 y se han estabilizado en un nivel que es más del doble del registrado hace dos decenios (figura 8). Se puede observar una tendencia similar en el resurgimiento del dengue y de la fiebre hemorrágica del dengue (figura 9).

En los últimos cuatro años, una epidemia de cólera ha azotado a la mayoría de los países de la Región, con un saldo de más de 1 millón de casos y casi 10.000

defunciones. Esto constituye otro ejemplo de una enfermedad que se había eliminado casi por completo y que volvió con fuerza, causando estragos entre los segmentos más pobres y desfavorecidos de la población. Como se indicara anteriormente, estas enfermedades infecciosas suelen presentarse con mayores tasas de incidencia, mortalidad y letalidad en los países con un PNB bajo.

En lo que respecta a tuberculosis, nueve países (en los que habita 20% de la población de la Región) presentan tasas de incidencia que reflejan una situación grave en relación con la tuberculosis pulmonar, mientras que en ocho países (que constituyen 67% de la población) la misma no es tan preocupante. También se observa un aumento del número de casos en esos países (figura 10).

Figura 9. Número de casos diagnosticados de dengue y dengue hemorrágico en la Región de las Américas, por año, 1988 a 1994

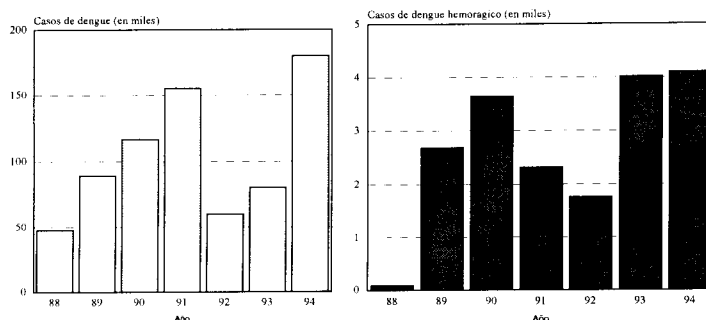
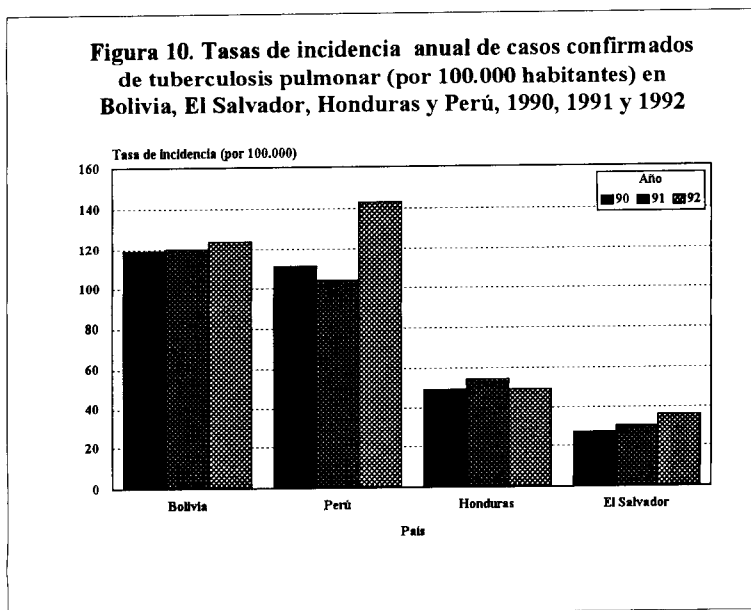


Figura 10. Tasas de incidencia anual de casos confirmados de tuberculosis pulmonar (por 100.000 habitantes) en Bolivia, El Salvador, Honduras y Perú, 1990, 1991 y 1992



Falta de equidad en la accesibilidad a los servicios de salud

Si bien todos los países de la Región están bajo procesos de reforma y ajuste, hay diferencias de un país a otro en cuanto al grado de desarrollo de los sistemas de salud, especialmente en lo que respecta a accesibilidad a los recursos de atención de salud y a su disponibilidad.

Para evaluar la accesibilidad de la población a los servicios de salud se utilizaron los siguientes indicadores: el porcentaje de mujeres embarazadas que recibió atención prenatal y el porcentaje del total de partos atendidos por personal adiestrado. Como se muestra en el cuadro 4, la cobertura es menor en países con PNB más bajo. Cabe destacar las diferencias en ambos indicadores entre los países de los grupos IV y V. Al comparar el porcentaje de embarazos con atención prenatal en los países del grupo V, se observa que las proporciones oscilan entre 95% en Guyana y 38% en Bolivia. Asimismo, el porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado dentro del grupo IV varía de 23% en Guatemala a 90% en Suriname.

Cómo subsanar la deficiencia

El análisis de la situación de salud en la Región de las Américas en 1995 demuestra que en muchos países se han comenzado a reducir la estructura de su administración y sus sistemas de salud están cambiando aceleradamente como consecuencia de las reformas del sector salud. También se han reducido los recursos disponibles para costear programas del sector social, incluso importantes actividades de salud. Como resultado, el sector salud se enfrenta con un enorme desafío para

poder ejecutar las políticas sociales y sanitarias destinadas a reducir las desigualdades sin que ello lleve a un sacrificio inaceptable de otras metas de política. En cada país, el proceso de reforma del sector salud tiene por objeto buscar la equidad, definida como accesibilidad a los servicios para quienes los necesitan, independientemente de la localización geográfica, la condición social o la clase de dolencia que los aqueje. Si bien la equidad no entraña igualdad absoluta, implica un sentido de justicia y, en definitiva, en todos los procesos de reforma del sector salud se lucha por lograr justicia en la prestación de los servicios.

CUADRO 4. Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal y porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado, promedio según grupo de países¹, alrededor de 1990

Grupo	Atención prenatal (%)	Partos atendidos por personal adiestrado (%)
I	98,2	99,1
II	96,0	95,0
III	75,4	86,4
IV	56,8	45,5
V	58,4	40,5

¹ Grupos de países del cuadro 1.

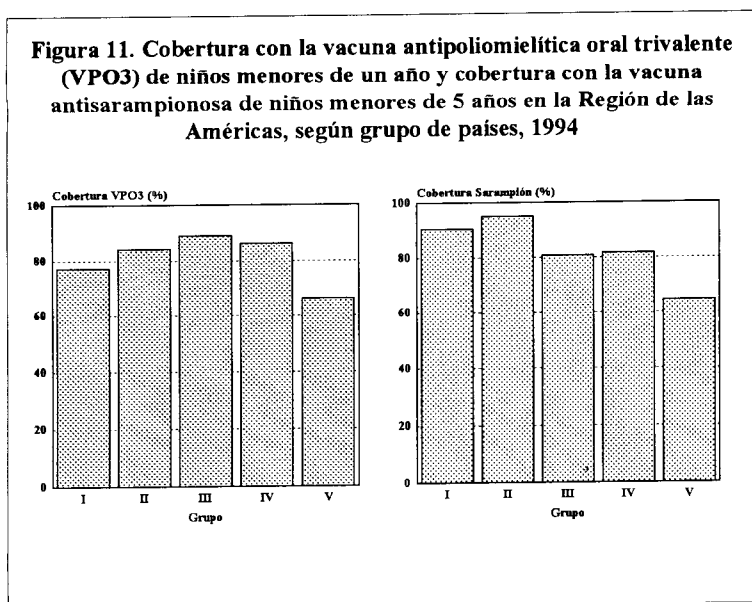
Como primer paso en la búsqueda de equidad, hay que seleccionar indicadores que permitan evaluar y ponderar las condiciones de salud de la población. Existe una necesidad creciente de mostrar el efecto del proceso de cooperación técnica internacional, y el principal criterio para evaluar los programas de cooperación técnica en salud debe ser su efecto en la salud de la población. Por lo tanto, los indicadores más importantes del efecto deben vincularse a los cambios en la equidad de la prestación de servicios de salud.

La cooperación técnica prestada por un organismo internacional especializado en salud como la OPS incluye una amplia gama de temas y proyectos determinados por las prioridades nacionales. Algunas iniciativas de salud arrojan resultados fácilmente cuantificables y el efecto de la cooperación técnica de la OPS puede demostrarse inequívocamente, por ejemplo, en los proyectos relacionados con la meta de erradicar la poliomielitis de la Región de las Américas. Sin duda alguna, se pueden lograr importantes mejoras en la salud de la población cuando las intervenciones de salud pública focalizadas como estas reciben apoyo político y técnico y se realizan con una meta común. La figura 11 muestra que a pesar de las grandes diferencias en el estado de salud previamente analizadas en los cinco grupos de países, la cobertura de vacunación antisarampionosa y con VPO3 (antipoliomielítica), es relativamente estable y no varía mucho. Las bajas tasas de letalidad que se han mantenido durante la epidemia de cólera también demuestran la forma en que se pueden establecer medidas de control existosas como resultado de actividades concertadas dirigidas hacia una buena gestión del medio ambiente y

un tratamiento rápido y adecuado de los enfermos. Por otra parte, en el reciente brote de peste en el Perú se demostró la eficacia de las medidas de control por medio de una ordenación racional del medio ambiente.

Otras iniciativas de salud, sin embargo, están representadas por proyectos de cooperación técnica cuyo fin es influir en los procesos nacionales como la reforma del sector salud, la descentralización y el alivio de la pobreza. Estos espacios de cooperación técnica se caracterizan por su naturaleza intersectorial (lo que significa que, a veces, aun el papel del sector salud necesita defenderse), por captar el interés de una amplia variedad de personajes y estar bajo su influencia y por ser sensibles a los procesos políticos. Estos proyectos, cuyo efecto es de carácter cualitativo, son los más difíciles de evaluar. Por una parte, no es fácil determinar con certeza la causalidad y su sentido; por otra, es difícil aislar los factores determinantes de los cambios y atribuir los efectos a actores particulares.

Algunos ejemplos memorables de intervenciones eficientes y eficaces de esta naturaleza son las realizadas bajo la égida de la asistencia humanitaria, en respuesta a complejos desastres naturales o artificiales, y las dirigidas hacia la promoción de la salud, incluso un estilo de vida sano y el fomento de un medio ambiente saludable. Los ministros de salud de Centroamérica formularon el concepto de la salud como "puente para la paz" en los días en que esa zona era azotada por conflictos. Está bien documentado el hecho de que la capacidad de unirse para analizar y planear iniciativas de salud impulsó el proceso de paz y destacó los aspectos morales y éticos



de la salud y la conservación de la vida. Se percibió claramente en esos momentos el interés mutuo que podría atenderse al adoptar métodos comunes para resolver problemas de salud. Además, la disposición del sector salud a establecer actividades conjuntas captó la imaginación de la comunidad internacional y logró canalizar una gran cantidad de recursos a ese campo. Ahora necesitamos movilizar la misma energía y construir un "puente para la equidad".

Al usar los indicadores de este artículo para describir y analizar la situación de salud de la Región, se ve el efecto de múltiples procesos socioeconómicos en el estado de salud de las poblaciones. Esta clase de análisis que se origina en datos facilita la identificación de diferencias y deficiencias importantes de salud existentes en la Región. También es de suma importancia entender el efecto diferencial de varias intervenciones de los sectores público y privado en las condiciones de salud y de vida de la población. Aun así, las condiciones de salud existentes justifican sobradamente la necesidad de establecer políticas y programas que ayuden a subsanar la deficiencia de equidad en salud y, al mismo tiempo, permitan buscar mecanismos para ayudar a construir un sistema de atención de salud más equitativo y sostenible.

La Organización se ha comprometido a trabajar en la consolidación de los sistemas de información en los Países Miembros con el fin de que sirvan para documentar el efecto de las intervenciones de salud; la OPS también apoyará la formulación de políticas de salud que abran el camino hacia el desarrollo humano sostenible. Cuando los países trabajan en colaboración con organismos técnicos internacionales para abordar problemas de salud se puede lograr mucho para la población expuesta a riesgo.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1994*. Publicación Científica No. 549.
2. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 1995*. OPS/HDP/HDA/95.03.

Fuente: Preparado por el Programa Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, para la publicación *En busca de la equidad. Informe Anual del Director, 1995*, Documento Oficial No. 227, OPS/OMS.

Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos

En 1977 la 30.^a Asamblea Mundial de Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los decenios siguientes debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta se conoce como *Salud para todos en el año 2000 (SPT/2000)*.

En la estrategia global de Salud Para Todos aprobada por la Asamblea en 1981, se indicaron los principios orientadores y los medios generales que debían mobilizarse para alcanzar la meta. También se hizo un llamamiento en el sentido de asumir el compromiso de evaluar periódicamente la eficacia de la estrategia. La meta, los principios y el compromiso siguen siendo tan válidos hoy como lo eran entonces. Sin embargo, la mayoría de los países los han adaptado a su propia situación y han formulado

sus propias estrategias y objetivos nacionales hacia la meta de SPT/2000.

A inicios de 1997 los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud realizarán la tercera evaluación de la implementación de la estrategia de salud para todos en el año 2000. Previas evaluaciones han sido realizadas en 1985 y 1991.

Un marco común preparado por la OMS, ha sido distribuido a todos los países de la Región de las Américas, para apoyar a las administraciones nacionales de la salud en este ejercicio de evaluación. Los resultados de esta tercera evaluación, la última antes del año 2000, servirán de base para renovar las estrategias de salud para todos y serán presentados al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en septiembre de 1997.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC): 50 años

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), institución que para el mundo entero es sinónimo de salud, celebraron su cincuentenario el 1 de julio. En esa misma fecha, en 1946, se estableció en Atlanta (Georgia) el Centro de Enfermedades Transmisibles. Su fundador, el Dr. Joseph W. Mountin, fue un líder visionario de la salud pública, que tenía grandes esperanzas en esta pequeña y relativamente insignificante dependencia del Servicio de Salud Pública (PHS) de los Estados Unidos. El Centro ocupaba solamente un piso del llamado Edificio de los Voluntarios, ubicado en Peachtree Street, y tenía menos de 400 empleados, casi todos ingenieros y entomólogos. Hasta el día anterior, esos profesionales habían trabajado en el programa de Lucha contra la Malaria en Zonas de Guerra, entidad antecesora de los CDC, que, durante la Segunda Guerra Mundial, había logrado mantener libres de malaria a los estados del sudeste y, durante aproximadamente un año, del tifus murino. La nueva institución ampliaría sus intereses para abarcar todas las enfermedades transmisibles y estaría al servicio de los estados, proporcionándoles ayuda práctica, cuando se la solicitaran.

Los laboratorios de los CDC pronto estuvieron dotados de científicos distinguidos y muchos estados y países extranjeros enviaron a su personal de salud pública a que se capacitara en Atlanta. Cualquier enfermedad tropical transmitida por un insecto vector y todas las de origen animal quedaron bajo su esfera de acción. El Dr. Mountin no estaba satisfecho con este progreso y apremiaba impacientemente al personal a que redoblara esfuerzos. Les recordaba que, salvo por la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, que tenían sus propias dependencias en Washington, D.C., los CDC se encargaban de cualquier enfermedad transmisible. Para sobrevivir, tendrían que convertirse en centros epidemiológicos.

Los epidemiólogos médicos escaseaban y no fue sino hasta 1949 que el Dr. Alexander Langmuir ocupó la dirección de la división de epidemiología. Veía a los CDC como «la tierra prometida,» llena de posibilidades. En unos meses, lanzó el programa de vigilancia de las enfermedades, el primero en su género. Este programa confirmó su sospecha de que la malaria, en la que los CDC gastaban la mayor parte de su presupuesto, había desaparecido desde hacía mucho. Posteriormente, la vigilancia de las enfermedades se convirtió en la piedra angular de la misión de servicio a los estados asignada a

los CDC lo que, finalmente, modificó la práctica de la salud pública.

El comienzo de la Guerra de Corea, en 1950, fue el impulso que llevó a la creación del Servicio de Información Epidémica (EIS) de los CDC. Ante la amenaza de la guerra biológica que se vislumbraba, el Dr. Langmuir, la persona del PHS más versada en este tema arcano, vio la oportunidad de capacitar epidemiólogos en la protección contra las amenazas ordinarias a la salud pública y que, a la vez, estuviesen al acecho de gérmenes extraños. La primera generación de agentes del EIS llegó a Atlanta para su adiestramiento en 1951 y se comprometió a trasladarse durante los próximos dos años a dondequiera que fuera menester. Estos «detectives de enfermedades» se hicieron famosos rápidamente por la «epidemiología de infantería» con la que descubrían las causas de los brotes de enfermedades.

En los años cincuenta no había ninguna seguridad de que los CDC sobrevivieran como institución. En 1947, la Universidad de Emory donó el terreno en Clifton Road para una sede, aunque la construcción no se inició por más de un decenio. El PHS estaba tan empeñado en la investigación y en el crecimiento intensivo de los Institutos Nacionales de Salud que mostraba poco interés en lo que acontecía en Atlanta. El Congreso, a pesar del largo retraso en la asignación de fondos para la construcción de edificios nuevos, fue mucho más receptivo a las súplicas de auxilio de los CDC que el PHS o la Oficina del Presupuesto.

Dos crisis de gran envergadura ocurridas a mediados de los años cincuenta en el ámbito de la salud establecieron la confianza en los CDC y garantizaron su supervivencia. En 1955, cuando apareció la poliomielitis en niños que habían recibido la vacuna Salk recién aprobada, se interrumpió el programa nacional. Se descubrió que los casos de poliomielitis se debieron a vacunas contaminadas provenientes de un laboratorio en California; el problema se corrigió y se reanudó el programa de inoculación, al menos para los escolares de primero y segundo grados. La resistencia a la poliomielitis de estos niños de 6 y 7 años, en comparación con los de más edad, probó la eficacia de la vacuna. Dos años después, la vigilancia se empleó nuevamente para detectar el curso de una epidemia masiva de influenza. Con los datos recogidos desde 1957, se elaboraron las normas nacionales para la vacuna contra la influenza.

Los CDC crecieron gracias a la anexión de otras entidades. El programa de enfermedades de transmisión sexual se trasladó a Atlanta en 1957 y, con él, los primeros Asesores de Salud Pública, graduados universitarios en disciplinas no científicas destinados a desempeñar el papel fundamental de poner a funcionar los programas de control de enfermedades de los CDC. El programa de tuberculosis fue reubicado en 1960, las prácticas de inmunización y el MMWR (Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad), en 1961. El Servicio de Cuarentena Extranjera, uno de los departamentos más antiguos y prestigiosos del PHS, llegó en 1967; muchos de sus puestos se desviaron pronto a otros usos como medios más idóneos de llevar a cabo las actividades de cuarentena, principalmente por conducto de la vigilancia en el extranjero. El programa nutricional, de larga data, también se incorporó a los CDC, así como el Instituto Nacional de la Seguridad y la Salud Ocupacionales, por lo que aumentó el trabajo de las dependencias ya establecidas. Con respecto a la inmunización, se acometió la lucha contra el sarampión y la rubéola; la planificación de la familia y la vigilancia de las enfermedades crónicas se agregaron a la epidemiología. Cuando los CDC se asociaron al programa internacional para la erradicación de la malaria y aceptaron la responsabilidad de proteger el planeta contra los gérmenes de la luna y viceversa, la misión de los CDC se amplió en el extranjero y al espacio.

Los CDC desempeñaron una función clave en uno de los mayores triunfos de la salud pública: la erradicación de la viruela. En 1962, se estableció una dependencia de vigilancia de la viruela que, un año más tarde, puso a prueba una vacuna y un inyector sin aguja recién desarrollados en Tonga, un país insular del Pacífico. Después de refinar las técnicas de vacunación en el Brasil, los CDC empezaron a trabajar en 1966 en el África central y occidental. Después de haber vacunado allí a millones de personas, los CDC emplearon la vigilancia para agilizar el trabajo. La Organización Mundial de la Salud empleó esta técnica de «intensificación de la erradicación» en otros sitios, con tal éxito que, en 1977, se logró erradicar la viruela en todo el mundo. Los Estados Unidos gastaron solo \$32 millones en el proyecto, aproximadamente lo que hubiera costado mantener la viruela bajo control por dos meses y medio.

Los CDC también lograron éxito notable en el ámbito nacional, rastreando los brotes de enfermedades nuevas y misteriosas. A mediados de los años setenta y principios de los ochenta, los CDC encontraron la causa de la enfermedad de los legionarios y del síndrome del choque tóxico. Una enfermedad mortal, posteriormente

nombrada síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se mencionó por primera vez en el número del 5 de junio de 1981 del MMWR. Desde entonces, el MMWR ha publicado numerosos artículos complementarios acerca del SIDA. Asimismo, los CDC asignan una parte importante del presupuesto y del personal a las actividades relativas a esta enfermedad.

Aunque los CDC con frecuencia tuvieron más éxitos que fracasos, no escaparon a las críticas. Por ejemplo, en 1972, los informes de la televisión y la prensa acerca del estudio Tuskegee sobre los efectos a largo plazo de la sífilis no tratada en hombres negros precipitaron un alud de protestas. Este estudio lo habían iniciado el PHS y otras organizaciones en 1932 y fue transferido a los CDC en 1957. Aunque la eficacia de la penicilina como tratamiento contra la sífilis se había comprobado a fines de los años cuarenta, durante el estudio no se dio tratamiento a los participantes, hasta que se informó del mismo a la opinión pública. Los CDC también fueron objeto de críticas debido a su intento, en 1976, por vacunar a la población de los Estados Unidos contra la gripe porcina, el asesino infame de 1918 a 1919. Cuando algunas personas vacunadas presentaron el síndrome de Guillain-Barré, la campaña se detuvo de inmediato y nunca hubo una epidemia.

En vista de que el alcance de las actividades de los CDC se amplió mucho más allá de las enfermedades transmisibles, su nombre tenía que cambiar. En 1970, la institución se convirtió en el Centro para el Control de Enfermedades y, en 1981, después de una amplia reorganización, el Centro se convirtió en Centros. Las palabras «y Prevención» se agregaron en 1992, pero, por ley, se retuvo la sigla conocida de tres letras. En emergencias médicas, los CDC representan una respuesta a las llamadas de socorro provenientes de cualquier parte del mundo, como en el caso reciente de la fiebre de Ebola que asoló el Zaire.

Hace cincuenta años el programa de los CDC no era polémico (virtualmente nadie se oponía a la búsqueda de gérmenes), y Atlanta era un remanso. En 1996, los programas de los CDC a menudo están vinculados a asuntos económicos, políticos y sociales, y ahora, Atlanta queda muy cerca de Washington, a la distancia de un golpe de tecla.

Adaptado para MMWR por: Elizabeth W. Etheridge, Ph.D., de su libro, *Sentinel for Health: A History of the Centers for Disease Control* (Centinela de la Salud: Una historia de los Centros para el Control de Enfermedades). Berkeley, California: University of California Press, 1992.

Nota editorial: Cuando el nombre de los CDC cambió en 1970, de Centro de Enfermedades Transmisibles a Centro para el Control de Enfermedades, los científicos de los CDC se aprestaron a encarar nuevos desafíos. De los muchos logros de la institución en los siguientes diez años, el más notable fue su función en la erradicación mundial de la viruela, un programa que finalmente tuvo éxito gracias a la aplicación de los principios científicos de la vigilancia a un problema complejo. En la esfera de las enfermedades infecciosas, los CDC mantuvieron su preeminencia, al identificar el virus Ebola y la transmisión sexual de la hepatitis B; aislando el virus de la hepatitis C y la bacteria que causa la enfermedad de los legionarios. El estudio sobre la eficacia del control de las infecciones nosocomiales (SENIC) fue el más costoso que haya emprendido jamás la institución y, por primera vez, demostró la eficacia de las prácticas recomendadas para el control de las infecciones. Se hicieron otros estudios, por ejemplo, para identificar la relación entre el síndrome de Reye y el uso de la aspirina, la relación entre el cáncer hepático y la exposición ocupacional al cloruro de vinilo y los efectos nocivos de la conocida dieta proteica líquida.

En los años ochenta se institucionalizó lo que se considera una actividad científica sumamente importante de los CDC: la colaboración entre los laboratoristas y los epidemiólogos. El decenio empezó con la epidemia nacional del síndrome del choque tóxico, la documentación de su relación con una marca específica de tampones, y, subsecuentemente, el retiro del mercado de esa marca. La colaboración de los CDC con el Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS) dio lugar a la eliminación del plomo en la gasolina, que a su vez ha reducido notablemente la exposición de todos los segmentos de la población a esta sustancia. El acontecimiento principal en el campo de la salud pública en los años ochenta fue la aparición del SIDA. Los CDC contribuyeron a encabezar la respuesta a esta epidemia, caracterizando el síndrome y definiendo los factores de riesgo de la enfermedad.

Los CDC tomaron parte en dos estudios epidemiológicos muy amplios durante los años ochenta. El primero, el estudio sobre el cáncer y las hormonas esteroides, realizado en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer, evaluó los riesgos de cáncer de mama, cervical u ovárico relacionados tanto con los anticonceptivos orales como con la terapia de reemplazo de estrógeno. El segundo, realizado a solicitud del Congreso, consistió en una serie de estudios que llevaron a cabo los CDC para determinar las repercusiones que

tuvo el servicio en Vietnam sobre la salud de los veteranos y de sus hijos. Dichos estudios condujeron a una contribución sin precedentes del laboratorio: el desarrollo de una prueba sérica de la dioxina, capaz de medir la sustancia tóxica en partes por mil billones (10^{15}). En este decenio también se introdujeron los métodos científicos para la evaluación rápida aplicados a la asistencia en casos de desastre y la vigilancia centinela de eventos sanitarios aplicada a la salud pública ocupacional. Se introdujo un sistema de software para la práctica de la epidemiología aplicada, Epi Info, que se ha traducido a 12 idiomas para beneficio de decenas de miles de usuarios en todo el mundo. Por último, durante los años ochenta, el NCHS se trasladó a los CDC, mejorando aún más las capacidades de información de los CDC para atender las necesidades nacionales.

Los años noventa se han caracterizado por la aplicación continua de la epidemiología clásica de los CDC, para uso sobre el terreno, así como por el desarrollo de nuevas metodologías. Por ejemplo, las disciplinas de la economía sanitaria y las ciencias de la decisión se fusionaron para crear una nueva esfera de atención: -la eficacia de la prevención, como un abordaje para poder elegir las alternativas más racionales para las intervenciones de salud pública. En 1993, la investigación del síndrome pulmonar del hantavirus requirió una combinación de epidemiología empírica y la necesidad de mostrar sensibilidad a la participación de los indios estadounidenses y su cultura. De igual modo, la respuesta a los problemas mundiales ocasionados por el virus Ebola y la peste subrayan la importancia de adaptar estas nuevas metodologías. Otros aportes importantes de los CDC a la salud en el mundo son las actividades de erradicación de la poliomielitis y la prevención de los defectos del tubo neural. Por último, en octubre de 1992, el Congreso cambió el nombre oficial de los CDC a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, con la finalidad de reconocer la función de liderazgo de los CDC en la prevención. Hoy, los CDC son el organismo nacional de prevención de los Estados Unidos y un líder mundial en salud pública. Al aproximarse el mundo al nuevo milenio, los CDC seguirán estando listos para enfrentar los retos a su visión que consiste en: personas sanas en un mundo sano, mediante la prevención.

Nota editorial por: Oficina del Director, Oficina del Programa de Epidemiología, CDC.

Fuente: MMWR, Vol. 45/No. 25, junio 28 de 1996.

La eliminación de la lepra de las Américas

En 1990 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de Eliminar la Lepra como problema de salud pública para el año 2000. Lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a 1 por 10 mil habitantes, por lo que esta meta no significa la erradicación de la enfermedad ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado.

Esta Resolución tiene sin embargo un enorme significado, si se tiene en cuenta que la lepra fue considerada durante muchos años como una enfermedad, donde no había muchas posibilidades de actuar, en la que las acciones se realizaban de forma muy limitada y no existían muchas esperanzas para su control.

Esta modificación radical en la estrategia fue posible al disponerse de la poliquimioterapia (PQT/OMS), una tecnología de tratamiento apropiada y robusta, que en el terreno ha demostrado ser de alta eficacia, efectividad y factibilidad. Para este esquema de tratamiento se combinan dos o tres medicamentos, de acuerdo a la forma clínica de la enfermedad, con lo que se evita el desarrollo de cepas resistente de *M. leprae* y se logra eliminar al enfermo como fuente de infección desde las primeras dosis que se aplican. Este tratamiento fue recomendado por el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra en 1981 y permitió por primera vez afirmar, con una base científica firme, que la lepra se cura y que las acciones para su control pueden ser gerenciadas y ejecutadas por los servicios generales de salud como la mayoría de las enfermedades transmisibles.

Un aspecto de gran importancia es que la lepra dejó de ser vista como «un problema de la piel» y comenzó a ser atendida como una enfermedad transmisible. Por otra parte, el reforzamiento de los programas y el incremento de las acciones que se han producido a partir de la PQT, han prevenido las incapacidades en más de un millón de pacientes, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

La OMS aprovechó adecuadamente esta oportunidad técnica y epidemiológica para proponer a los Estados Miembros una meta concreta y factible, lo que tuvo como resultado la adherencia de la inmensa mayoría de los países endémicos, los que manifestaron de esta forma la voluntad política de enfrentar el problema, con lo que se

ha logrado el incremento y fortalecimiento de todas las actividades de lucha contra la enfermedad en el mundo entero, obteniéndose importantes avances en este propósito.

Hace cinco años, en la Región de las Américas la situación era similar a la del resto del mundo, por lo que en base al acuerdo de la Asamblea Mundial de la Salud, se efectuó en Ciudad de México en 1991 la Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas, que reunió a las especialistas de los países de mayor endemia, lográndose la adopción de las recomendaciones técnicas, obteniéndose el compromiso político y la definición del mandato para la OPS de elaborar el Plan Regional de Eliminación.

Este Plan, que comenzó a ejecutarse en 1992, tiene como estrategia central «**la expansión masiva del tratamiento PQT/OMS**» asociada a la detección temprana de la enfermedad. En su estrategia de apoyo se destaca el reforzamiento de la capacidad gerencial a nivel nacional y sub-nacional, en base a la estratificación epidemiológica y operacional, para lograr la elaboración, ejecución y evaluación de Planes de Eliminación en los niveles nacional e intermedios, así como el suministro por parte de la OMS de los medicamentos específicos para la PQT a todos los países que lo han solicitado.

Una vez obtenido el compromiso político con la meta de eliminación por parte de los países de la Región, garantizado el suministro continuo de los medicamentos específicos para la PQT, y para lograr una respuesta rápida al Plan Regional, se fueron implementando estrategias buscando el reforzamiento de los programas en los distintos niveles mediante:

- Capacitación gerencial de los equipos de los diferentes niveles mediante la utilización de los Módulos OMS y la formación de multiplicadores. Cumpliendo esta actividad se han realizado 29 cursos, uno regional en Buenos Aires y el resto nacional o para el nivel intermedio, en los que han sido capacitados más de 600 multiplicadores.

- Elaboración y ejecución de Planes de Eliminación (nacional, estatales y actualmente también municipales), produciendo el perfeccionamiento y profundización del proceso de estratificación de la lepra. En estos momentos existen Planes Nacionales de Eliminación ejecutándose en todos los países que aún no han alcanzado la meta

CUADRO 1
LEPRA: PREVALENCIA, CASOS DETECTADOS Y COBERTURA CON
POLIQUIMIOTERAPIA (PQT), EN LOS PAÍSES DE AMERICA LATINA - 1995.

País	Casos Registrados	Prevalencia x 10 mil	Casos en PQT	Cobertura (%) PQT	Casos Nuevos	Detección x 10 mil
Argentina	3.797	1,10	3.649	96,1	509	0,15
Bolivia	864	1,17	859	99,4	86	0,12
Brasil	137.806	8,52	101.358	73,6	35.906	2,22
Colombia	4.738	1,35	4.738	100,0	692	0,20
Costa Rica	195	0,57	142	72,8	15	0,04
Cuba	684	0,62	648	94,7	252	0,23
Ecuador	518	0,45	518	100,0	115	0,10
El Salvador	21	0,04	17	81,0	0	--
Guatemala	106	0,10	25	23,6	7	0,01
Haití
Honduras	83	0,15	83	100,0	3	0,01
México	6.106	0,67	4.725	77,4	523	0,06
Nicaragua	82	0,18	53	65,0	36	0,08
Panamá	54	0,21	14	25,9	0	--
Paraguay	828	1,66	817	98,7	401	0,81
Perú	240	0,10	240	100,0	90	0,04
República Dominicana	528	0,67	486	92,0	229	0,29
Uruguay	118	0,37	101	85,6	20	0,06
Venezuela	3.954	1,81	3.285	83,1	490	0,22
América Latina	160.722	3,60	121.758	75,8	39.374	0,88

... Dato no disponible

Fuente: Morbilidad y PQT: SIL/OPS. Población: UN-World Population Prospects, The 1994 revision.

(Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay y Venezuela), mientras que en Brasil, Colombia, Cuba y México se ejecutan planes en los niveles sub-nacionales. Los países de Centro-América, el Caribe Inglés, Brasil, Cuba, Ecuador, México, República Dominicana y Uruguay desarrollan también estrategias de post-eliminación.

-Promoción de la descentralización (municipalización) de las acciones de control y de la integración de las mismas a los servicios generales de salud, actividades en la que también se han alcanzado importantes avances en la mayoría de los países.

Transcurridos cinco años de la Conferencia de México, importantes y positivos cambios se han producido

en el cumplimiento de la meta de Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública en las Américas.

En la Conferencia para la Eliminación de la Lepra de las Américas, efectuada en el pasado mes de Mayo en Brasilia, se mostraron los resultados del esfuerzo desarrollado por los países de la Región con el objetivo de alcanzar esta meta. En el Cuadro 1 se pueden observar las tasas de prevalencia e incidencia, así como la cobertura con PQT/OMS alcanzados en los países de Latino-América para fines de 1995.

La tasa de prevalencia que en 1991 se elevaba a 8,1 por 10 mil habitantes, se redujo para fines de 1995 a 3,6, lo que representa una reducción del 55,6%. En el período

analizado, un grupo de tres países (Cuba, México, República Dominicana) se suman a los que ya tenían tasas inferiores a 1 por 10 mil habitantes (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay), mientras que en todos los restantes se observan reducciones considerables en la tasa de prevalencia, aproximándose la mayoría de ellos también a la Eliminación. en el caso de Brasil, país que representa el 80% del problema de la Región, también se produce una importante reducción en su prevalencia, la que se reduce de 18,2 por 10 mil habitantes para 8,5, lo que representa una reducción de más del 50%.

Es preciso destacar que los resultados expuestos en relación con la prevalencia se refieren solamente a la sub-región del continente considerada endémica (América Latina), y que si calculamos la tasa de prevalencia para las Américas como un todo, ésta alcanza un valor de 2,2 por 10 mil habitantes.

La cobertura con poliquimioterapia (PQT) se eleva desde 23,9% hasta 75,8%, en el período, observándose que (ver tabla) muchos países tienen porcentajes superiores al 90%, que solamente en dos países la cobertura es menor del 50%, en ambos casos con una cifra limitada de casos, y que el 74% alcanzado por Brasil representa un incremento del 56% en relación a 1991.

En cuanto a la detección de casos nuevos, se observó en este período una tendencia estable de las tasas, tanto en países que ya han alcanzado la eliminación como en los que están en vías de lograr esta meta, situación que todavía no está claramente explicada, pero que posiblemente sea la resultante, para cada situación local, de un complejo conjunto de factores epidemiológicos y operacionales. Durante 1995 se detectaron 39.374 casos nuevos, lo que significa una tasa de 0,9 por 10 mil habitantes, de los que 91% se diagnostican en Brasil.

Con el objetivo de reforzar las acciones para lograr la Eliminación, también se están implementando intervenciones puntuales y de duración limitada en las áreas críticas con difícil acceso a la PQT, en los bolsones de población de las áreas urbanas y metropolitanas excluidas de atención de salud, así como en las áreas que se estima existe una prevalencia oculta. De la misma forma se implementa el uso de nuevas tecnologías del área de informática, como los sistemas computarizados de información geográfica (GIS) y de control de medicamentos, así como se promueve el desarrollo de iniciativas sub-regionales en América Central, el Cono Sur, el Caribe Inglés y los países de la Amazonia.

Por todo lo anterior, puede considerarse que la propuesta de Eliminación de la Lepra en las Américas hasta el año 2000 es absolutamente factible. Inclusive si asumimos solamente la Sub-Región de América Latina, teniendo en cuenta el crecimiento demográfico previsto, una tasa de 1 por 10 mil habitantes será alcanzada con aproximadamente 52.000 casos. En ese momento, la Región de las Américas como un todo, deberá estar con una tasa de prevalencia de 0,6 por 10 mil habitantes.

De este modo, para alcanzar la meta de Eliminación de la Lepra en América Latina en el año 2000 sería suficiente que Brasil disminuyera su prevalencia en una proporción del 13% anual, similar a la que ya se está observando en los últimos cuatro años, y que el resto de los países de la sub-región tuviesen una reducción del 15% anual, proporción inferior a la observada en el período 1991-1995.

En el momento actual no sólo se trabaja para alcanzar la Eliminación en los países que aún no la han logrado, sino también en aquellos que ya tienen tasas de prevalencia inferiores a 1 por 10 mil habitantes, o sea que se encuentran en la etapa de la post-eliminación, desarrollándose actividades para confirmar los resultados obtenidos, consolidarlos y continuar avanzando hacia nuevos objetivos.

De acuerdo con esta estrategia, además de mantener e intensificar las actuales líneas de cooperación técnica buscando la disminución de la prevalencia, la OPS/OMS está apoyando y cooperando en iniciativas en el campo de la evaluación y monitoreo, con la finalidad de:

- Validar la situación de eliminación alcanzada.
- Consolidar y dar sustentabilidad al proceso.
- Evaluar e incorporar tecnologías que puedan llevar en un futuro no muy lejano a un nuevo objetivo en la lucha contra la lepra: la interrupción de la transmisión.

Los éxitos alcanzados en la estrategia de la Eliminación de la lepra en todo el mundo permiten avizorar la posibilidad de que esta enfermedad pudiera ser erradicada mediante intervenciones que pudieran incluir:

- Actividades diferenciadas dirigidas a los bolsones de la enfermedad, que persisten inclusive en los países donde ya se ha logrado la eliminación.
- Identificación de áreas donde existió elevada endemia y pueden producirse casos residuales para establecer una intensa vigilancia que permita la detección temprana y el tratamiento de los mismos.

-Detección de personas con infecciones subclínicas que pueden mantener la transmisión, para realizar acciones con el objetivo de abortarlas. Para esta actividad, que resulta de la mayor importancia, se requiere disponer de herramientas adecuadas que hagan posible identificar estas personas.

En este momento se necesita evaluar y validar las técnicas disponibles que pudieran permitir el diagnóstico de infección, así como el desarrollo de nuevas técnicas. Sin embargo, existe la convicción de que es posible continuar avanzando en las acciones contra la lepra, con el objetivo final de la erradicación definitiva de la enfermedad.

Para mayor información favor dirigirse a:

Dr. Clovis Lombardi;
correo electrónico: lombardi@opas.org.br

Dr. Reinaldo E. Gil Suárez;
correo electrónico: suarezrg@opas.org.br
Tel (061) 312-6532 Fax (061) 321-1922

Bibliografía

-Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Informe de la Conferencia para el Control de la Lepra de las Américas, México 1991, PNSP-9213.

-Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Lepra al día, Boletín de la Eliminación de la Lepra de las Américas, Vol. 1 No. 1 Noviembre 1993.

-Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Lepra al día, Boletín de la Eliminación de la Lepra de las Américas, Vol. 1 No. 2 Noviembre 1994.

-Organización Mundial de la Salud, OMS, Report of the International Conference on the Elimination of Leprosy, Hanoi-Viet Nam 1994, WHO/CTD/LEP/94.5.

-Organización Mundial de la Salud, OMS, Quimioterapia de la lepra. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS, Serie de Informes Técnicos 847, Ginebra 1994.

-Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Lepra al día, Boletín de la Eliminación de la Lepra de las Américas, Vol. 1 No. 3 Noviembre 1995.

-Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Guía para la Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública, Primera Edición, WHO/LEP/95.1.

-Noordeen, S. K., Eliminating leprosy as a public health problem - is the optimism justified?, World Health Forum, Volume 17, Number 2, 1996.

-Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS Informe de la Conferencia sobre la Eliminación de la Lepra de las Américas, Brasil 1996, (en proceso de edición).

Fuente: Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, (HCP/HCT), OPS/OMS.

El Boletín Epidemiológico de la OPS, lamenta comunicar a la comunidad internacional de Salud Pública, el fallecimiento en el accidente aéreo de AeroPerú del día 2 de octubre del presente año, del Dr. José Luis Bobadilla, epidemiólogo mexicano y funcionario del Banco Interamericano de Desarrollo, quien tuvo un destacado papel en la salud pública en la Región de las Américas. Con el propósito de honrar su memoria, se está promoviendo la creación del "José Luis Bobadilla Memorial Fund" para políticas de salud pública que fortalecerá la investigación innovadora sobre políticas de salud en América Latina.

El Boletín Epidemiológico de la OPS se publica en forma trimestral en inglés y español.
Forma parte de la colección de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
Impreso en papel sin ácido.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, DC 20037