

# Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 13, No. 3

Septiembre 1992

## Salud para todos Segunda evaluación en las Américas, 1991

*Durante 1991, se realizó el cuarto ejercicio de vigilancia y evaluación de los progresos alcanzados para el logro de las metas de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000). A partir de los 28 informes nacionales recibidos en la OPS y de información cuantitativa de 11 países y territorios, se elaboró el informe regional para las Américas presentado y aprobado en septiembre de 1991 por el Consejo Directivo de la OPS. A continuación se presentan las principales conclusiones del informe.*

Los datos para monitorear y evaluar la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y SPT/2000 se obtienen en forma discontinua, con graves problemas de acopio y sin involucramiento de las principales autoridades de las instituciones del sector. Salvo Canadá, Cuba y Estados Unidos, donde se evalúan metas y avances y se proponen nuevos objetivos, los informes son la respuesta a un compromiso formal con la OPS/OMS, más que un análisis y reflexiones sobre la situación actual. Algunos países demostraron un mayor esfuerzo: Bahamas, Belice, Bolivia, Costa Rica, Haití, Honduras y México. A grandes rasgos, las perspectivas no son alentadoras con respecto a las posibilidades futuras de la monitoría y evaluación de APS y SPT/2000.

La disponibilidad de datos sobre la cobertura vacunal es oportuna en casi todos los países, reflejo del esfuerzo para alcanzar la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis. La información sobre cobertura de la población con servicios

de agua y saneamiento básico se obtiene en la mayoría de los países aunque todavía existen problemas de consistencia, continuidad y exactitud. En cuanto a la información sobre estado nutricional, bajo peso al nacer, cobertura de atención básica de salud y de servicios materno-infantiles, planificación familiar, gasto en salud y en atención local, no se encuentra disponible en forma generalizada. Los datos sobre referencias y contrareferencias, discapacitados mentales y físicos, salud oral y morbilidad son prácticamente inexistentes para la mayoría de los países. Habiéndose definido y obtenido recursos para grupos postergados, la falta de focalización y transparencia de los proyectos es un elemento crítico, ya que va a ser un gran impedimento para estudiar el impacto de los mismos.

Como consecuencia de la crisis económica de la década de 1980, se establecieron políticas económicas de ajuste o de reactivación caracterizadas por una marcada disminución del gasto público en las llamadas *actividades no productivas*

### EN ESTE NUMERO . . .

- Salud para todos. Segunda evaluación en las Américas, 1991
- Mortalidad en las Américas 1950 - 1990
- La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate
- Impacto económico de la epidemia del cólera, Perú-1991
- Desarrollo de la epidemiología en Centroamérica
- Actividades de epidemiología en los países
- Situación del cólera en las Américas
- Vigilancia del SIDA en las Américas
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

como salud y educación. La aplicación de estas medidas llevó a una disminución o estancamiento en el monto de recursos disponibles para el desarrollo y operación de los servicios de salud. Esto se hizo evidente por las limitaciones de inversiones de capital para el saneamiento básico y el reemplazo, mantenimiento y conservación de equipos y planta física. La incapacidad de mantener un nivel adecuado de gastos corrientes impidió el funcionamiento normal de programas para la atención de problemas prevalentes, lo que restringió el desarrollo administrativo y la capacitación del personal del sector.

La crisis económica causó detrimento del bienestar de vastos sectores de la población. En la actualidad, cerca de un tercio de la población se encuentra por debajo de los niveles de pobreza absoluta; esta pobreza se distribuye en forma desigual dentro de cada país, lo que incrementa las disparidades que se observan en la Región. En términos de cobertura, de los 423 millones de habitantes de América Latina y el Caribe, existen unos 130 millones que no tienen actualmente acceso permanente a servicios básicos de salud. Las estimaciones de crecimiento poblacional indican que durante el período 1990-2000 se agregarán 110 millones más de habitantes, para los cuales es necesario asegurar atención adecuada de salud. Ello representa el desafío más importante para los sistemas de salud de los países de la Región: significa que los servicios que en general no han podido hasta la fecha atender a toda la población con equidad, eficacia y eficiencia, deberán reorganizarse y reorientarse no solo para mantener la operación sino además para cubrir la brecha actual y responder a las necesidades de atención de la nueva población.

Las políticas y estrategias nacionales de salud de todos los países y de la Región son coherentes y consistentes en forma declarativa con la estrategia de APS y SPT/2000. La adecuación de estas políticas y estrategias se limitó a causa de restricciones en los recursos financieros, materiales y humanos y en algunos países por la inestabilidad política y social. En la Región el desarrollo de la salud está dirigido a lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles mediante la reestructuración de los sistemas de salud, proceso que incluye la descentralización, el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, la reforma administrativa, la movilización de recursos locales y la coordinación interinstitucional e intersectorial. En muchos países de América Latina y el Caribe, sin embargo, se denota la carencia o precariedad de estrategias integrales a largo plazo para el desarrollo de la salud y de la situación socioeconómica en su conjunto, lo cual podrá dificultar el mantener el ritmo de mejoría observado en los últimos treinta años.

La coordinación entre instituciones que conforman el sector salud es una meta común en los países de la Región. Con pocas excepciones, se informa como un proceso muy

incipiente, particularmente en lo que respecta a la coordinación entre los servicios que brindan las instituciones de seguridad social y los de los ministerios de salud.

Prácticamente todos los sectores nacionales que participan en el proceso global de desarrollo inciden en forma directa o indirecta en el estado de salud la población. Se establecieron diversos mecanismos institucionales para que las metas y actividades de los varios sectores de desarrollo sean coherentes y de apoyo mutuo con la política general de desarrollo y entre sí. El esfuerzo por desarrollar los sistemas locales de salud bajo un esquema administrativo-gerencial descentralizado se propone, entre sus metas, propiciar y facilitar la creación de mecanismos operativos para la programación conjunta y la coordinación entre sectores a nivel local. Otras medidas emprendidas que buscan mejorar este aspecto de la estrategia de APS incluyen desde la formulación de mandatos constitucionales para la coordinación entre sectores, hasta la participación formal de autoridades del sector salud en la administración de otras instituciones vinculadas a la salud.

La necesidad de apoyar y promover la participación comunitaria como componente esencial de la estrategia de APS se manifiesta como política declarativa. En la mayor parte de los casos la comunidad se involucra en aspectos puntuales de la ejecución de algunas actividades a nivel local, sobre todo por el mecanismo de colaboradores o voluntarios de salud, o mediante la aportación de mano de obra y fondos para la construcción de pequeñas obras locales de infraestructura. Se contó con la participación de las organizaciones representativas de las comunidades en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas a nivel nacional; en algunos casos, los ministerios de salud crearon programas, oficinas o departamentos responsables por la promoción, coordinación y normatización de la participación comunitaria en los programas de salud.

El marco institucional y orgánico-funcional del sector se revisó y modificó para abrir paso a los nuevos esquemas de gestión. El papel normativo, regulador y de control de los niveles centrales de los ministerios o secretarías de salud se reforzó, a cambio de un incremento de las funciones y responsabilidades ejecutivas de las instancias periféricas de la misma institución, o de otras que inciden en la entrega de servicios. Otro intento de reforma fue la identificación más precisa de las responsabilidades y el espacio de acción de las diferentes instituciones que conforman el sector, como paso previo a una mayor coordinación y eventual integración intrasectorial.

Se observó la formulación y puesta en marcha de instrumentos y normas jurídicas para la gestión descentralizada del sector salud y de otros servicios públicos. Muchos ministerios de salud en la Región modificaron sus estructuras técnico-normativas y administrativas, acorde con

el propósito de desconcentrar y agilizar el proceso de conducción y gerencia de los programas prioritarios.

No se generalizó un plan de recursos de personal de salud para atender las necesidades de la estrategia de APS y el progreso fue limitado en cuanto a mejorar la equidad en la distribución de los recursos humanos, incluso se detectó deterioro en la equidad. Las principales razones que se aducen para esta situación son la crisis económica, la restricción de recursos financieros y la resistencia del personal de salud a ubicarse en áreas de menos desarrollo. Algunos programas de formación de cuadros profesionales y medios de la salud se instituyeron o reforzaron con un enfoque de integración docente-asistencial. También se realizaron revisiones curriculares de los programas de formación profesional para incorporar más elementos de salud pública y de la estrategia de APS.

La política nacional de selección y uso de tecnología en salud es casi inexistente, ya sea en forma declarativa o con incipiente aplicación. La coordinación de la selección y uso de la tecnología en salud está, en general, débilmente desarrollada. En cuanto a la identificación y formulación de políticas nacionales de investigación en salud, no se cuenta con lineamientos explícitos en este terreno. Las orientaciones definidas corresponden a las prioridades derivadas del perfil epidemiológico y el nivel de desarrollo de los servicios de salud. Varios factores mencionados que impiden la efectiva elaboración y aplicación de la política de investigación y tecnología en salud son la escasez de recursos financieros, la carencia de suficiente personal investigador y de infraestructura, la debilidad de los mecanismos de coordinación interinstitucional y la escasa voluntad política para promover la investigación como instrumento del desarrollo. La brecha creada entre América Latina y el Caribe y el resto del mundo (con la excepción de África) con respecto a la importancia y recursos correspondientes al área de investigación y desarrollo de tecnología, es un elemento crítico negativo en la perspectiva del futuro.

En cuanto a las tendencias que se observan en la Región concernientes a la cobertura de la población con los componentes de la estrategia de APS y su situación de salud, las siguientes son las más relevantes:

- Leve aumento de cobertura de agua y saneamiento. Es así que de 72% de la población servida con agua en 1983 se pasa a 78% en 1988. Existen problemas de acceso y calidad, en especial a nivel urbano, y situaciones de grave riesgo como lo demuestra la epidemia del cólera.

- Aumento de las coberturas de las vacunas antipolio, DPT (difteria, pertussis y tétano) y anti-sarampión. Las coberturas en 1990 eran para América Latina y el Caribe de 87% en antipolio, 76% en DPT y 77% en anti-sarampión.

- La información disponible no permite derivar conclusiones, sobre atención de embarazadas, parto y lactantes, ya que se cuenta solo con datos aislados y parciales en la mayor parte de los países. Las coberturas están lejos de ser satisfactorias en la mayoría de los mismos y para algunos países los últimos datos son de disminución de cobertura. Se cuentan con varias situaciones en que las coberturas del embarazo y parto son menores incluso a 50%.

- El aumento quinquenal en la esperanza de vida al nacer en el período 1950-1955 a 1970-1975 fue de 2,4 años en América Latina y 2,7 años en el Caribe no Latino, y en el período 1970-1975 a 1985-1990 el valor fue de 1,8 para ambas subregiones. La tasa global de fecundidad pasó de 4,0 hijos por mujer en 1980-1985 a 3,6 en 1985-1990.

- Algunos sistemas regulares de vigilancia nutricional además de los datos aislados provenientes de encuestas y estudios especiales, revelan la persistencia de niveles altos de desnutrición infantil y bajo peso al nacer en la Región. Diez de los 18 países de América Latina que informaron peso al nacer, reportaron valores iguales o superiores a 10% de los nacidos vivos con peso menor a 2.500 gramos.

Se requiere concentrar esfuerzos en los próximos años para establecer y fortalecer, no solo los mecanismos de vigilancia y seguimiento de la estrategia de APS y SPT/2000 en la Región de las Américas, sino la disponibilidad, cobertura y calidad de la información. El énfasis actual sobre el desarrollo de esquemas gerenciales y administrativos conducentes a una mayor equidad y eficiencia en la utilización de los recursos deberá a su vez considerar la necesidad de formular y operacionalizar una base informativa para este propósito. Si se han logrado algunos avances, aún queda mucho por hacer en este campo en la Región.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

# Mortalidad en las Américas 1950 - 1990

La reducción sustancial y generalizada de la mortalidad en las Américas en los últimos 40 años se ha producido a partir de niveles muy diferentes en las subregiones. El grupo de países latinoamericanos ha ganado 15 años en la esperanza de vida al nacimiento, desde un valor de 51,8 años en 1950-1955. Un aumento promedio de aproximadamente dos años por quinquenio, ha llevado esta cifra a 66,6 años en la actualidad. El Caribe no latino ha hecho progresos similares, con la diferencia de que ya en 1950-1955 se encontraba con una ventaja de aproximadamente cinco años de vida, la cual se ha mantenido hasta ahora, cuando la esperanza de vida llega a 72,4 años. En América del Norte la vida media al nacimiento era ya de 69,1 años hace cuatro decenios. Los progresos ulteriores han sido menores, como es de esperar a este nivel más bajo de mortalidad, pero, de todos modos, la esperanza de vida al nacer ha alcanzado a 76,1 años en 1985-1990.

Las tendencias diferenciales descritas han determinado una importante reducción de la brecha de la mortalidad entre las subregiones americanas, las cuales tienen distintos grados de desarrollo. Para América Latina la diferencia con América del Norte ha disminuido de 17,3 a 9,5 años entre 1950-1955 y 1985-1990, y para el Caribe no latino, de 12,7 a solo 3,7 años.

Estos avances no debieran hacer perder de vista la necesidad de intensificar la reducción de la mortalidad en América Latina, cuyo nivel actual corresponde al que existió en Estados Unidos hace aproximadamente 40 años (1945-1950). Por otra parte, a pesar de todo el avance tecnológico en el campo de la salud, la reducción de la mortalidad en los últimos 35 años en América Latina es de similar magnitud a la ocurrida en Estados Unidos entre 1910-1915 y 1945-1950, o sea en igual plazo y a partir de la misma esperanza de vida al nacer, pero antes de que se dispusiera de gran parte de los modernos avances en la prevención y tratamiento de muchas enfermedades. Si se consideran los otros múltiples factores relacionados con la salud, como lo son la infraestructura sanitaria; la cantidad, calidad, densidad y distribución del personal sanitario; la infraestructura general (transporte, agua, saneamiento, comunicaciones, etc.); el grado y estabilidad de la organización política y en particular la autoridad relativa del estado (por ejemplo legislación sobre higiene pública); el monto y distribución de los ingresos, el nivel de instrucción, la accesibilidad física a los servicios; la vivienda; el consumo alimenticio, etc. se observa que en 1990 en América Latina ellos están, en promedio, a un nivel inferior que en Estados Unidos hace 40 años. O sea, que en términos de mortalidad el avance fue relativamente mayor que en otros aspectos de las condiciones de vida. La baja de la mortalidad, y por lo

tanto el aumento de la esperanza de vida al nacer, se ha presentado en todos los países de la Región, a pesar de la heterogeneidad de los valores iniciales.

Estos valores se refieren a la totalidad de cada población nacional, en circunstancias que dentro de cada una de ellas existen notables diferencias de sobrevida entre los diversos grupos sociales. Esto no significa que las ganancias se hayan concentrado exclusivamente en grupos socioeconómicos privilegiados de la sociedad, dejando al margen a una parte mayoritaria de la población. Por el contrario: cuando a nivel nacional la ganancia en esperanza de vida al nacer ha sido grande, los avances mayores se han dado justamente en los grupos sociales de menor nivel de vida, que constituyen la mayoría de la población.

La evolución de la esperanza de vida al nacer observada anteriormente está estrechamente asociada a los cambios ocurridos en la mortalidad en menores de un año. Debido a que altas mortalidades van asociadas a fecundidades elevadas, las poblaciones expuestas son numéricamente importantes y la mortalidad en el primer año de vida llega a ser un componente significativo del total de defunciones. En los países de mayor mortalidad las defunciones que ocurren en los menores de un año llegan a superar 30% del total. El análisis de las tendencias pasadas indica que ha habido considerables progresos en la segunda mitad del presente siglo, aunque las subregiones se encuentran en fases diferentes en su transición a una mayor sobrevida en la infancia. América Latina ha reducido la tasas de mortalidad infantil de 127 a 55 por mil nacidos vivos en la actualidad, con una intensidad que promedia 10 puntos de descenso por quinquenio, con cierta moderación en los años recientes.

Catorce de los 20 países de América Latina tenían valores de 100 o más para la tasa de mortalidad infantil en 1950-1955. Entre 1985-1990, el número de países con valores superiores a 100, se redujo a 1.

El Caribe no latino se encontraba ya en ventaja en 1950-1955, con una tasa de 83 por mil, la cual se reduce a la mitad en 1970-1975 y a 21 por mil en la actualidad; pocos países en América Latina han alcanzado este nivel en este momento. América del Norte está en una etapa muy distinta del proceso, y las cifras para esa subregión retratan principalmente el curso de la mortalidad infantil en Estados Unidos. El nivel de 1950-1955 es 29 por mil y revela pequeños progresos (1-2 puntos quinquenales) en el decenio de 1950, que se aceleraron en los años sesenta y setenta. La tasa quinquenal en 1985-1990 se estima en 10 por mil; ella excede la de algunos países de otras regiones del mundo.

La brecha en el nivel de la mortalidad infantil que existía entre América Latina y América del Norte ha disminuido sustancialmente en los últimos 40 años de casi 100 a 45

puntos. Este es un logro notable, si se consideran los períodos de crisis económica y social ocurridos en este lapso. No obstante, la magnitud del atraso que hay que superar es también considerable. Si las tendencias actuales se mantienen en el futuro, la tasa de mortalidad infantil que se prevé que América Latina pueda alcanzar en el quinquenio 2020-2025, es decir, en casi 35 años más, es la misma que Estados Unidos tuvo hace 30 años, en 1955-1960, lo que significa un desfase temporal de más de medio siglo. La tarea de acelerar los progresos en la sobrevivencia infantil en los países subdesarrollados de América aparece, en consecuencia, como una tarea impostergable, ligada no solo a la efectividad de intervenciones específicas, sino muy en especial a la mejoría en los diversos aspectos del desarrollo económico y social, donde el desfase temporal también es muy grande. La experiencia sugiere que aún en aquellos países en los cuales el descenso de la mortalidad infantil ha sido aceptable, el deterioro o estancamiento en el desarrollo socioeconómico puede llevar a una interrupción de tales progresos en el mediano o largo plazo.

Con el fin de facilitar el análisis de la forma en que se está produciendo el cambio en la estructura de mortalidad por edad en los países, se ha elaborado un modelo tomando como referencia la experiencia histórica de dos países de América Latina en los cuales la esperanza de vida al nacer ha alcanzado un nivel elevado (Costa Rica y Cuba).

El modelo fue construido estimando las tasas por edades existentes en cada uno de estos países cuando ellos alcanzaron esperanzas de vida al nacer de 50, 55, 60, 65, 70 y 75 años. Se tomó el promedio de las tasas observadas y se comprobó que representa la mortalidad por edad observada en los países de América Latina (Cuadro 1).

El modelo muestra los cambios en las tasas de mortalidad por edades a medida que aumenta la esperanza de vida al nacer. Hay un patrón general que se caracteriza por una mayor mortalidad en la infancia, una tasa mínima en la edad de 5-14 años y un progresivo ascenso ulterior hasta llegar a un máximo sobre los 65 años de edad. Cuando la esperanza de vida es baja, todas las tasas de mortalidad son elevadas, en especial en las edades extremas. A medida que aumenta la esperanza de vida la reducción de la mortalidad afecta a todas las edades, pero las ganancias mayores se observan en los menores de cinco años. En esta edad, cuando la esperanza de vida se incrementa de 50 a 75 años, el riesgo de morir se reduce de 40,8 a solo 3,9 por mil habitantes. Es una sustancial reducción de 90%; dicho de otra manera, de 10 niños que morían antes de cumplir los cinco años cuando la esperanza de vida al nacer era de 50 años, solo fallece 1 cuando esa esperanza llega a los 75. El grupo de menores de cinco años es donde se obtendría la mayor reducción absoluta y relativa, pero en todos los grupos de edades restantes también se observan reducciones importantes, de implicaciones diferentes según el nivel de mortalidad en el cual están. Es así

que el grupo de 5-14 años también tiene una reducción del orden de 90%, el grupo de 15-39 de 80%, el de 40-60 de 64% y el de la tercera edad (65 y más) de 34%. Es de destacar que este último grupo de edad es el que después del primero (menores de 5 años) muestra la mayor reducción absoluta, pues la tasa baja de 91 a 60 por mil.

La disminución de la mortalidad en la población de tercera edad implica que la sobrevivencia a los 65 años aumenta de 11 a 17 años, o sea 6 años de aumento. Por otro lado, la disminución de la mortalidad antes de los 65 años (entre los modelos de 50 y 75 años de esperanza de vida al nacer) significa que llegan a cumplir 65 años casi el doble de personas que antes. Este envejecimiento de la población constituye un elemento crítico en todos los países de la Región, con más o menos peso, pero con una tendencia irreversible, y hace necesario prever medidas para la atención sanitaria de los grupos de edad avanzada sin descuidar a los grupos restantes.

La rapidez del cambio demográfico en América Latina se aprecia cuando se comparan los valores de la mortalidad proporcional por edad para diferentes valores de esperanza de vida. Esto es especialmente notorio en los menores de cinco años. Allí la mortalidad proporcional sigue siendo mucho más alta que la que registran los países desarrollados, con una esperanza de vida al nacer de 75 años, debido a la estructura de la población por edades; es así que Costa Rica, con una de las más bajas tasas de mortalidad infantil de la Región, pero donde 15% del total de las defunciones ocurren antes del quinto cumpleaños, en contraste con el Canadá, donde las defunciones en ese grupo de edad no llegan a 2%. Algo análogo, aunque a la inversa, sucede con la mortalidad proporcional de 65 y más años. Lo anterior debe alertarnos sobre los posibles inconvenientes de comparar estructuras de mortalidad proporcional, tanto sea por edad como por causa, cuando se tienen estructuras de población por edad, distintas.

Los grupos de causas que más explican el aumento de la esperanza de vida al nacer pertenecen al grupo de las enfermedades transmisibles<sup>1</sup> entre las que se destaca la reducción de las defunciones por las enfermedades infecciosas intestinales<sup>2</sup> y respiratorias.

Se ha visto que cuando la esperanza de vida aumenta de 50 a 75 años, la mortalidad en los menores de cinco años se redujo en 90%, o sea que si antes morían 1.000, ahora mueren 100. Si las defunciones en este grupo se descomponen según

<sup>1</sup>Dicho grupo incluye todas las enfermedades infecciosas y parasitarias, es decir, todas las categorías del Capítulo I, CIE-9, y además, la meningitis, las infecciones respiratorias agudas, la neumonía y la influenza.

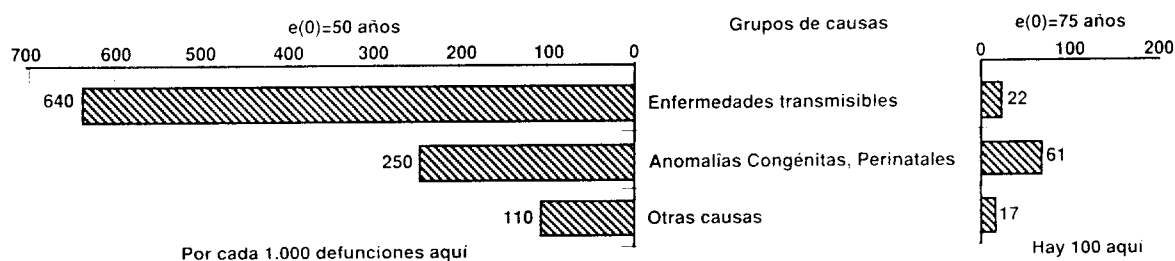
<sup>2</sup>Se estima que en el período 1965-1990 murieron en América Latina y el Caribe más de seis millones debido a infecciones intestinales (diarreas), de las cuales 80% ocurrió en menores de cinco años, representando esa sola causa 9% de toda la mortalidad. Habiéndose reducido claramente se calcula que el promedio anual de muertes por diarreas fue de más de 130.000 en el quinquenio 1985-1990, lo cual revela la gravedad persistente del problema.

**Cuadro 1. Tasas de mortalidad por edad, según esperanza de vida al nacer, modelo Cuba-Costa Rica.**

Esperanza de vida al nacer	Tasas de mortalidad por edad (por 1.000)				
	0-4	5-14	15-39	40-64	65 y más
50	40,8	2,8	5,5	16,9	91,0
55	33,5	2,2	4,3	14,2	84,0
60	26,2	1,6	3,2	11,5	77,1
65	18,5	1,0	2,2	9,2	72,1
70	10,6	0,6	1,6	7,6	66,3
75	3,9	0,3	1,1	6,1	59,7

Fuente: CELADE, 1989.

**Figura 1. Mortalidad por grandes grupos de causas en niños menores de cinco años de edad, según esperanza de vida al nacer.**



grandes grupos de causas se encuentra la situación descrita en la figura 1.

Al observar esos valores se aprecia que la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles fue del orden de 30 a 1; dicho de otra manera, de cada niño menor de 5 años que moría por dichas causas con esperanza de vida igual a 50 años, al pasar a 75 años de esperanza de vida, sólo uno muere por dichas causas (de 640 a 22). El grupo de anomalías congénitas y afecciones originadas en el período perinatal tuvo una disminución de 4 a 1 (250 a 61), aunque se debe notar que con 50 años de esperanza de vida al nacer, la mortalidad es principalmente por perinatales.

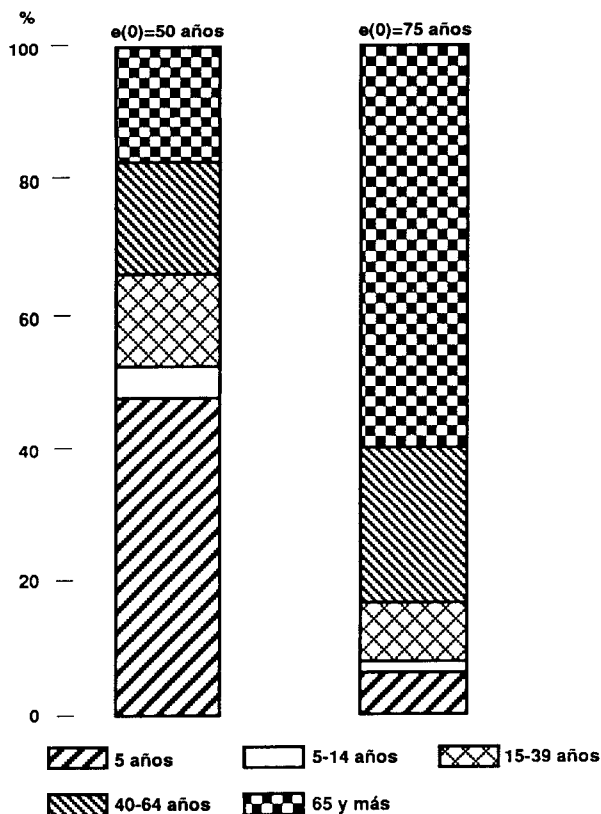
Los cambios en mortalidad en los grupos de 5 a 14 y de 15 a 39, se debieron también básicamente a la disminución de las enfermedades transmisibles, en especial las diarreas, respiratorias agudas, malaria, tuberculosis y las inmunoprevenibles. Importa, en el caso de las mujeres, la reducción de la mortalidad materna, la cual se reduce en más de 90%.

De hecho, hasta los 40 años de edad, hubo reducción real de las tasas de mortalidad por todo tipo de causas, con la excepción de causas externas (accidentes, homicidios, suicidios, etc.) que para algunos países y en algunos grupos de edades, para varios años, no presentan una tendencia a la disminución de las tasas, aumentando a veces estas últimas.

De los 40 a los 64 años de edad, la reducción fue amplia, pero no en todas las causas, ya que hay una excepción importante: tumores malignos, que presenta un deterioro en la tasa que continúa hasta el final de la vida. El otro grupo causal importante, el aparato circulatorio (corazón y cerebrovasculares), se convierte cada vez más en la causa más importante de muerte a pesar de que las tasas tuvieron mejoras, en especial en el grupo de 40 a 64 años de edad.

En forma análoga a los cambios observables en el perfil de edad de la mortalidad, también es posible visualizar la modificación en términos del perfil de las causas: mientras que para una de esperanza de vida al nacer de 50 años casi las dos terceras partes de las muertes eran debidas a enfermedades transmisibles y a las originadas en el período

Figura 2. Mortalidad proporcional por edad según esperanza de vida al nacer.



perinatal, para los 75 años de esperanza de vida, un porcentaje similar se cubre con tumores, enfermedades del aparato circulatorio y causas externas. También ha cambiado la mortalidad proporcional por edad: con 50 años de esperanza de vida al nacer, la mitad de las muertes ocurre antes de los 5 años y con 75 años, 60% ocurre a partir de los 65 años (véase figura 2).

Es motivo de preocupación la tendencia al aumento de las tasas de mortalidad por tumores malignos, sobre todo si se tiene en cuenta que en la actualidad existen medidas eficaces de prevención para varios de estos tumores. Las tasas de mortalidad por cáncer del pulmón tienden a aumentar en casi todos los países. Ellas son mucho más elevadas en Argentina, Canadá, Cuba, Estados Unidos y Uruguay que en los países restantes, y son más altas para el sexo masculino. Las tasas de mortalidad por tumores malignos del estómago son inusualmente elevadas en Barbados, Costa Rica, Chile, Ecuador y Venezuela, para ambos sexos. Las tasas más altas de mortalidad por tumores del cuello uterino se concentran en algunos países del Caribe de habla inglesa, y su incremento es más notorio en edades más tempranas, a partir de los 35 años de edad. Las tasas más elevadas de mortalidad por

tumores malignos de la mama se registran en Argentina, Barbados, Canadá, Estados Unidos y Uruguay, y también se observa un incremento con el aumento de la edad, más evidente a partir de los 35 años de edad.

Las enfermedades del aparato circulatorio han pasado a constituir la causa de muerte de mayor peso en los países con una estructura de edad envejecida, donde constituyen más de un tercio y en algunos casos más de los dos quintos del total de defunciones por causas definidas. Esto ocurre a pesar de que el valor de las tasas tiende a disminuir.

En los países que han logrado reducir sus tasas de mortalidad, sobre todo los que ya han alcanzado una esperanza de vida al nacer de 70 años y más, accidentes y violencias constituyen la principal causa de defunción entre escolares y adultos jóvenes, en estos últimos con franco predominio masculino. La prevención de este grupo de causas constituye otro gran desafío para la salud pública.

El aumento de la mortalidad proporcional por una causa específica en un determinado grupo de edad no implica necesariamente que en ese grupo de edad haya aumentado la tasa de mortalidad específica por esa causa; esa tasa puede haber bajado, pero entonces la reducción en tasas por otras causas en ese grupo de edad debe haber sido mayor.

Hay algunas peculiaridades específicas ligadas al ambiente físico. Así, para 50 años de esperanza de vida al nacer, en los países con clima más templado las muertes por enfermedades respiratorias son más importantes que las debidas a infecciones intestinales; en los países con clima tropical es a la inversa.

Como clara ejemplificación numérica concreta de lo que sigue significando el peso de una mortalidad claramente excesiva en países que están viviendo la transición anterior, se indica que de las 185.000 muertes registradas en el Canadá (1987), 1.100 fueron por enfermedades infecciosas y parasitarias (0,6% del total) y solo 38 por enfermedades infecciosas intestinales, ninguna de las cuales en menores de un año.

En cambio, de las 811.000 muertes registradas en Brasil (1986), 51.500 fueron por enfermedades infecciosas y parasitarias (6,4% del total), o sea 10 veces más, pero además hubo 24.200 defunciones por enfermedades infecciosas intestinales de las cuales 18.000 eran menores de un año. Las tasas de mortalidad por neumonía son solo un poco mayores en México que en el Canadá (1987), pero mientras en este último país solo 25 de las 5.800 muertes por esa causa ocurrieron en el primer año de vida (0,4%), en México fueron 8.700 de 20.500 (42,4%). Hay una inversión que no se refleja en la tasa: en el Canadá la neumonía es causa de muerte en edades avanzadas mientras en México lo es a edad temprana.

En términos de tendencia, las cifras indican, en general, un descenso en las tasas de mortalidad materna. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio figuran en un lugar importante como causa de muerte de las mujeres, en

todos o en alguno, de los subgrupos de edad de la franja de 15 a 44 años. Las tasas disponibles correspondientes a años recientes en países de la Región permiten ver las grandes variaciones: con valores altos de alrededor de 25 muertes maternas (por 10.000 nacidos vivos), están Bolivia, Haití, Honduras, Perú y con el valor más bajo Canadá con una tasa de 0,6.

Los datos debieran ser interpretados con cautela, puesto que existe un alto grado de subestimación por causa de la falta

de registro o por los casos que son asignados a otras causas. El subregistro tiende a ser mayor en aquellos países en que el problema es más grave, habiéndose estimado que excede al 50%.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

---

## La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate

El desarrollo de la salud pública en el contexto social, económico y político de la Región de las Américas es central a la misión de la Organización Panamericana de la Salud. Aunque esta tarea aparece dividida en la trama de las múltiples responsabilidades específicas de la institución, en su conjunto todas las labores de la OPS apuntan a comprender mejor este campo de acción social y a operar conjuntamente con los países en los varios componentes que lo integran. La prioridad concedida a la teoría y práctica de la salud pública impulsa a la OPS en 1990 a dar expresión concreta al renovado interés por el estudio de este campo.

Como se informara en el *Boletín Epidemiológico* de la OPS, Vol. 12, No. 4, diciembre 1991, la elaboración de una propuesta para el desarrollo de la salud pública en los países de las Américas se definió como un proceso en varias etapas, la primera de las cuales finaliza con la próxima aparición del libro *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*.

El objetivo principal de *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* es provocar a los profesionales a que hagan un análisis más profundo con la esperanza que nos acerquemos a cambiar "lo que se mira" (ampliar el objeto de análisis) y la "forma de mirar" (utilizar tradiciones anárquicas más globalizantes). Los propios lectores se van a dar cuenta de que la preocupación actual sobre la salud pública no se agota sino empieza con la publicación de este libro.

*La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* reúne un importante contenido informativo relativo a un proceso de análisis que ha venido estimulando la OPS durante

los últimos cuatro años, primero tomando en cuenta las prioridades programáticas establecidas por sus Cuerpos Directivos y luego explorando puntos de vista representativos en todo el continente, de lo que se podría considerar como la crisis propiamente dicha. Estas mismas contribuciones fueron además objeto de un debate inicial que se realizó en Nueva Orleans, en octubre de 1991, el cual está también resumido en el libro, que termina con una propuesta de agenda para un futuro debate a nivel de los países.

El contenido se divide en 3 partes. La primera sección incluye la iniciativa de OPS y sus antecedentes más recientes. La segunda parte contiene las reflexiones iniciales del proyecto.

En el último capítulo se presentan las perspectivas, representadas por el Grupo de Consulta sobre Desarrollo de la Teoría y la Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas, reunido en Nueva Orleans, Estados Unidos, del 21 al 24 de octubre de 1991, destacando las orientaciones a seguir para las etapas próximas del proyecto.

*La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica No. 540, 1992. 280 pp. ISBN 92 75 31540 X. En prensa: *The crisis of public health: Reflections for the debate*.

La publicación está disponible de: Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third St., NW, Washington, DC 20037, EUA, Atención: Distribución y Ventas.



# Impacto económico de la epidemia del cólera, Perú-1991

*Se presenta a continuación un resumen en que se destacan algunos de los resultados de un estudio destinado a contestar la pregunta ¿cuál fue el impacto económico de la epidemia del cólera en el Perú? El estudio ha sido realizado por las economistas Margarita Petretera, investigadora principal y Maibí Montoya, investigadora asistente, bajo el patrocinio de la OPS/OMS por solicitud de la Comisión Multisectorial de Lucha Contra el Cólera de Perú.*

## Antecedentes

En la historia epidemiológica mundial del cólera, Perú es el país que presenta la mayor incidencia en la actual pandemia y, ocupa el segundo lugar en la tasa de mortalidad mundial, después de El Chad, país africano de extrema pobreza. Esta severa incidencia y mortalidad demandan preguntarse por el contexto peruano que recibe al cólera. La crisis económica, social y política que enfrenta Perú es la más grave y prolongada de este siglo. Para ilustrar esta situación se presenta la evolución del siguiente conjunto de indicadores: producto interno bruto per capita, ingreso familiar, gasto público en salud, conformación del espacio urbano, condiciones de vivienda, e incidencia de la enfermedad diarreica aguda.

En el período de 1987 a 1990 el Perú perdió 28% de su producto interno bruto (PIB) per capita, lo que ocurrió en el contexto de un violento proceso inflacionario que culminó en una hiperinflación del orden de 7.650% acumulada en 1990. En este mismo período se deterioró la distribución del ingreso: aumentó el porcentaje de asalariados (de 23 a 54%) con el ingreso mínimo y el poder de compra de ese ingreso se redujo drásticamente. Así, mientras en el año 1896, una familia de seis miembros necesitaba del trabajo de dos de ellos para cubrir únicamente sus requerimientos nutricionales mínimos, en 1990 necesitaba del trabajo de cuatro de sus miembros para cubrir los mismos requerimientos.

Al mismo tiempo, durante el período de 1985 a 1989 el gasto público en salud disminuyó en términos reales en 52%, lo que significa recortes de servicios en el desarrollo de infraestructura. Paralelamente, la Región Metropolitana de Lima vio crecer en 50% la proporción de su población actual de 6,5 millones de habitantes que vive en asentamientos marginales (pueblos jóvenes). En relación a las condiciones de saneamiento se estima que el 55% de la población del país recibe agua de redes públicas de abastecimiento y la red de alcantarillado cubre a 45% de la población. La calidad del agua está comprometida por la falta de integridad de los sistemas de distribución y por su intermitencia. En estas circunstancias, es casi imposible mantener patrones de calidad aceptables, en especial la desinfección.

Directamente relacionado al cuadro anterior está un indicador que vincula el estado de salud a estas condiciones: la incidencia de la enfermedad diarreica aguda. En el Perú la diarrea aguda es la segunda causa de morbilidad en los últimos años y presentó una tendencia ascendente nítida en el

período 1984 a 1989, de 919,8 a 1.320,0 por 100.000 habitantes respectivamente.

## Metodología

El estudio ha sido efectuado teniendo en cuenta dos niveles de análisis complementarios: el sectorial y el macroeconómico.

El análisis sectorial estudia la dinámica al interior de los sectores vinculados al cólera, centrándose en la respuesta de los agentes (familias, exportadores, productores y comercializadores nacionales, productores de servicios de salud y de saneamiento) en cuanto a distintos tipos de costos, de beneficios y modificaciones en la estructura de producción sectorial que pueda surgir a raíz de la epidemia.

El análisis macroeconómico muestra el efecto agregado de las pérdidas y de los posibles beneficios de la epidemia sobre la producción nacional presente y futura.

La metodología discrimina entre el costo directo, dado por los costos de atención a las personas, y el costo indirecto. Este está compuesto por las pérdidas debidas a distintas restricciones en las demandas (externas e internas) a los productos peruanos supuestos como portadores del cólera; por el efecto que ocasionan estas restricciones en el resto de sectores que no están directamente vinculados a la epidemia, pero que sí guardan interrelaciones económicas con dichos sectores; por la pérdida de días laborados por las personas que enfermaron y/o murieron con la enfermedad.

Además de los costos se estudia la aparición de posibles beneficiarios, a consecuencia de demandas de ciertos medicamentos, generadas por la epidemia, así como procesos de recomposición sectorial que hayan sido estimulados por ella.

## Resultados

### *Exportación en pesca, hortalizas y frutales*

El temor internacional al cólera en los primeros meses de la epidemia se expresó en la prohibición de la importación de prácticamente todos los productos peruanos de origen marino y vegetal. Algunos países incluyeron dentro de las prohibiciones a la harina de pescado y a las conservas. Se exigió la realización de controles de calidad microbiológica y la fumigación de naves y aeronaves procedentes del Perú.

Las exportaciones afectadas fueron de pesca y agricultura. Las exportaciones vinculadas a la pesca fueron el 15%

(EUA\$503,2 millones) del total del valor de las exportaciones en 1990. En segundo término, si bien la exportación de hortalizas y frutas representaba solamente el 4% del total del valor de las exportaciones, se trata de una actividad en aumento y sobre la que existían buenas posibilidades futuras.

En exportación las pérdidas totalizaron EUA\$27.97 millones. Ellas incluyeron pérdidas debidas a: 1) los acuerdos de venta no realizados (embarques perdidos); 2) los menores precios a que fueron comercializados los productos peruanos en el mercado internacional; 3) los mayores costos de exportación referidos a un almacenaje más prolongado en puertos extranjeros por las demoras en la aceptación por parte de los países compradores; 4) los mayores costos de exportación referidos a controles más exigentes para garantizar la ausencia de *V. cholerae*; 5) estudios técnicos sobre la prevención del cólera y la difusión que realizan los exportadores para garantizar seguridad y mejorar la imagen ante la comunidad internacional; 6) el efecto de los otros sectores económicos vinculados a las exportaciones pesqueras y agrícolas. Esta última estimación se logró con la aplicación de la tabla insumo-producto.

La exigencia de un proceso de modernización en la producción desde los importadores, ocurrió en un contexto de ausencia de incentivos a la exportación y de pérdida creciente en el tipo de cambio que perjudica la actividad exportadora. Dado lo anterior es de esperar que los pequeños productores no puedan afrontar los mayores costos de exportación debiendo salir del mercado, lo que puede estar originando una reestructuración sectorial en dirección a la centralización y concentración.

#### *Turismo*

Las pérdidas en turismo se calcula en EUA\$147.12 millones y el costo indirecto se ha estimado en EUA\$62,32 millones.

El ingreso de divisas por turismo representó en el año 1989 el 12% de las exportaciones nacionales. Para estimar la pérdida ocasionada por el cólera se ha descontado el efecto de la tendencia descendente en el turismo en los últimos años, producto de la inseguridad, así como del aumento del costo de vida.

#### *Mercado interno en pesca y comercio ambulatorio de alimentos*

Las pérdidas en la pesca destinada al consumo humano se determina en EUA\$32,57 millones. Entre enero y diciembre de 1991, el consumo de productos hidrobiológicos marítimos frescos y congelados ha registrado una disminución del 33,65% en relación al mismo período de 1990.

De acuerdo a la Encuesta de Hogares del Ministerio de Trabajo (1986) el 5% del total de trabajadores informales se dedica al comercio ambulatorio de alimentos y teniendo en cuenta la carencia de datos sobre el peso del sector informal en la economía, se tomó como indicador la participación

porcentual (16,45%) del ingreso de los trabajadores independientes no agrícolas en el PBI de 1989. El costo directo de la menor venta del comercio ambulatorio de alimentos en la producción nacional ha sido estimado en EUA\$15,85 millones.

#### *Farmoquímica y artículos de limpieza*

La inclusión de estas industrias los alude como posibles beneficiarios. Existe un beneficio importante en algunas empresas de la industria farmoquímica que no puede ser generalizado a toda la industria, sino a aquellas firmas que producen mayormente sueros. En relación a ello se ha estimado un beneficio del orden de los EUA\$5,53 millones. Por otra parte, no se comprueba la presencia de mayores ventas que afirmen un beneficio para las empresas productoras de artículos de limpieza.

#### *Salud y saneamiento*

Una consecuencia importante para el sector salud es la reestructuración de su oferta. Dado que el gasto público en salud se encuentra en retracción, la atención a los pacientes con cólera ha implicado durante el período de mayor exacerbación de la epidemia (febrero-abril) una menor oferta de las otras atenciones básicas de salud, las que debieron ser asumidas por los mismos hogares.

Considerando los costos unitarios por atención, el costo por curación del cólera en el sector salud durante el año 1991 ha sido de EUA\$29.05 millones. Este monto señala además el costo de los servicios públicos de salud que tuvieron que ser sacrificados y que la población debió satisfacer por cuenta propia. Para este último dato (actividades dejadas de prestar) se trabajó con estimaciones a partir de un estudio de caso del Hospital La Caleta del Departamento Ancash.

La pérdida agregada sobre la economía del conjunto de los trabajadores afectados con la enfermedad, ya sea por días no laborados por incapacidad o debido a las muertes producidas, se estima en EUA\$17,59 y EUA\$242,05 millones respectivamente.

El beneficio directo se refiere a la cooperación técnica y financiera que recibió el país por la epidemia. Aunque no es posible considerarlo exhaustivo, se estima en aproximadamente EUA\$12 millones.

Las actividades de saneamiento están referidas a estudios sobre control de calidad de agua, cloración del agua, con los respectivos insumos y equipos, y actividades de reparación y mantenimiento. El gasto en saneamiento no podría ser expresado como pérdida porque se trata de actividades de mantenimiento y otras que debían efectuarse habitualmente. Un argumento para incluirlas en el impacto económico es que estas actividades se realizaron debido a la presencia del cólera y no se hubiesen efectuado sin la ocurrencia de la enfermedad. Los datos para la ciudad de Lima suman EUA\$767,74 para estos gastos.

**Cuadro 1. Pérdidas y beneficios ocasionados por la epidemia del cólera, Perú, 1991.**

Pérdidas	Pérdida total (Millones dólares)
<b>Mercado externo</b>	175,325
Exportaciones	27,972
Importaciones	233
Turismo	147,120
<b>Mercado interno</b>	337,112
Pesca interna	32,568
Comercio ambulatorio de alimentos	15,850
Atención enfermos de cólera	29,053
Ausencia laboral por enfermedad	17,586
Ausencia laboral por muerte en 1991	8,292
Ausencia laboral futura por muerte	233,764
<b>Beneficios</b>	<b>Beneficio total (Millones dólares)</b>
Manufactura (Farmaquímica uso humano)	5,534
Cooperación técnica internacional (Donaciones)	11,602
<b>Total beneficios</b>	17,136
<b>Pérdida total</b>	495,302

### *Análisis del costo familiar*

Para estudiar el costo que las familias incurrieron al tener que enfrentar la enfermedad, se aplicó una encuesta a una muestra de familias de áreas urbana y urbano-marginales en las ciudades de Lima y Chimbote. En síntesis, las familias afectadas asumieron parte del costo de la enfermedad. Un tercio de las familias encuestadas efectuó algún gasto en medicamentos. De otro lado, el estudio sugiere que la atención en establecimientos de salud de alta complejidad, la automedicación o recurrir a servicios informales de salud y el mayor tiempo de tardanza en llegar a los establecimientos institucionales de salud, tienen el efecto de elevar los costos de las familias. Dos tercios de las familias encuestadas

hicieron sustituciones en el consumo habitual, sacrificando gastos básicos como alimentación y educación de los niños, para enfrentar los costos de la enfermedad y elevar en consumo de agua y combustible.

### *Análisis macroeconómico*

En términos agregados el conjunto de las pérdidas y beneficios directos e indirectos, suman una pérdida neta de EUA\$495,30 millones. Puede indicarse que la pérdida neta en relación al PIB del año 1991 es de EUA\$232,49 millones, cerca al 1% del mismo, restando una pérdida de EUA\$233,76 millones que afectará la producción de los años futuros.

# Desarrollo de la epidemiología en Centroamérica

*La VIII reunión anual del sector salud de Centroamérica (RESSCA) celebrada en San Salvador del 2 al 5 de septiembre de 1992, contó con la presencia de representantes de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Fueron aprobadas 14 resoluciones importantes sobre varios aspectos relacionados con la salud, entre las cuales se destaca la resolución sobre el desarrollo de la epidemiología.*

## CONSIDERANDO:

1. El Artículo 42 de la declaración presidencial de Managua y las Resoluciones de las reuniones de los ministros de salud (COMISCA) en sentido de coordinar acciones en el campo de la vigilancia epidemiológica.
2. Que las epidemias requieren para su control en la sub-región, esfuerzos conjuntos de todos los países a fin de mejorar en cada uno de ellos el conocimiento del daño, de los factores determinantes y de los recursos y acciones para su control.
3. Que en este momento, enfrentamos la epidemia del cólera con consecuencias sociales, políticas, económicas para los países de la sub-región.

## RESUELVE:

1. Aprobar la propuesta presentada por los directores de epidemiología y responsables nacionales de programas de prevención y control de cólera en la reunión centroamericana, en relación a la implementación de un programa subregional de *apoyo al desarrollo de la epidemiología* en los países del área con base en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
2. Designar en cada país un delegado para integrar un grupo de trabajo centroamericano que con el apoyo necesario de OPS/OMS deberá reunirse en el plazo más breve posible para elaborar en detalle el programa referido.

3. Informar a los presidentes centroamericanos durante la próxima cumbre presidencial fijada para diciembre 1992 de la decisión tomada en la VIII RESSCA y las acciones siguientes para ejecutar este programa.

La propuesta que se aprobó en la VIII reunión del Sector Salud de Centroamérica fue preparada en Guatemala los días 20, 21 y 22 de agosto con el propósito de robustecer la capacidad de los servicios de salud a todo nivel para identificar los sectores geográfico-poblacionales más afectados por el cólera, las diarreas en general y otros daños y tomar acciones tales como la elaboración de hipótesis para explicar la presentación o difusión del fenómeno estudiado (por ejemplo, cólera), y diseñar investigaciones destinadas a verificar las hipótesis formuladas.

Se pretende así determinar la importancia local de ciertos factores de riesgo mediante la comparación de grupos expuestos a un factor con grupos no expuestos a ese factor y establecer si la frecuencia del daño en los expuestos resulta "significativamente" superior, y estimar la proporción del daño que podría ser reducida en la población estudiada. En otros casos, diseños diferentes podrán ser los apropiados.

Todo lo anterior representaría una contribución valiosa para que las medidas de prevención y control dentro del sector salud sean abordadas y ejecutadas con mayor racionalidad, y las que correspondan a otros sectores sean negociadas con fundamento por los líderes de salud pública.

---

## Actividades de epidemiología en los países

### Curso de epidemiología general en el Paraguay

Entre mayo y julio de 1992, se realizó en Asunción, Paraguay, un curso de epidemiología general bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), con la asesoría técnica del Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" (INE) de Mar

del Plata, Argentina y de la Representación OPS/Paraguay. El curso tuvo por objeto el lograr que el personal asistencial incorpore a su práctica diaria el enfoque epidemiológico.

Se ha reconocido que la necesidad de atender la demanda de pacientes de los servicios de salud obliga al personal asistencial a centralizar su actividad en el individuo enfermo,

postergando así la visión de salud colectiva y los aspectos preventivos de su atención. Por otra parte, la práctica de la investigación epidemiológica escasamente realizada por especialistas, con poca o ninguna participación de los equipos de salud de los servicios, ha limitado su desarrollo.

El curso se basó en la metodología de educación a distancia por estructuras modulares. Las estructuras consistieron cada una de ellas, en módulos con un tema central de aprendizaje, siendo los módulos unidades de estudio constituidas por un grupo sistematizado de conocimientos y actividades. Se prevé la realización de evaluaciones parciales al término de cada estructura modular y una al final del curso. Esta última se hará en la única instancia presencial de 40 horas prevista. El tiempo total de estudio se estimó en 320 horas.

Participaron del curso 50 profesionales del MSPyBS, de municipalidades y de otras instituciones. La formación profesional básica de los participantes es la siguiente: medicina 64%, enfermería 22% y otras (bioquímica, biología, psicología, arquitectura y odontología).

### **Terceras jornadas nacionales de epidemiología en Colombia**

La Sociedad Colombiana de Epidemiología anuncia las Terceras Jornadas Nacionales de Epidemiología, que se llevarán a cabo los días 29 al 31 de octubre de 1992 en Rionegro, Medellín.

Los objetivos de la actividad son el promover la aplicación de la epidemiología para el desarrollo de los sistemas locales de salud; estimular la investigación epidemiológica para ayudar al conocimiento, prevención y solución de los problemas de salud pública; integrar la comunidad de profesionales que laboran en epidemiología en Colombia y otros países del continente.

Esta reunión cuenta con el auspicio de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia, Metrosalud y la Organización Panamericana de la Salud.

Por intermedio de conferencias y mesa redonda, trabajos en grupo y posters, con la participación de un grupo de invitados internacionales, se discutirá el uso de la epidemiología en:

- La planificación estratégica de los servicios de salud.
- El papel de la epidemiología en el desarrollo de la estrategia de la promoción de la salud en el nivel local.
- La clínica y su aplicación en los servicios de salud.
- La salud mental.
- En la investigación del SIDA y de la hepatitis.
- Investigaciones realizadas en epidemiología en el país.
- La formulación de políticas, planificación y administración de servicios de salud.
- La economía de los servicios de salud.

- Análisis de la situación de la salud.
- Situación del epidemiólogo.

Para mayor información, comunicarse con el coordinador de la comisión científica, doctor Germán González Echeverri a la siguiente dirección: Apartado aéreo 60253, Medellín, Colombia, teléfono - fax 511-2506.

### **Congreso de administradores de servicios de salud en Argentina**

Entre el 18 y el 20 de noviembre de 1992 se llevará a cabo en la Ciudad de Buenos Aires el XII Congreso Sudamericano de Administradores de Servicios de Salud, organizado por la filial Argentina de la Federación Sudamericana de Instituciones Científicas de Administración de Salud, siendo su tema central las condiciones de vida y promoción de la salud.

Los profundos cambios económicos y político-sociales ocurridos en los últimos años a nivel internacional y en América Latina en particular, así como los que se están produciendo en la organización, financiamiento y accesibilidad a los servicios de salud, tanto de promoción, como de prevención y reparación, han contribuido a un fuerte deterioro de las condiciones de vida de importantes sectores de la población, y a la profundización de las desigualdades en cuanto a condiciones de vida y salud.

Es por ello que los administradores de sistemas de salud se plantean la necesidad de reflexionar y discutir sobre su activa contribución en el proceso de desarrollo de actividades sustantivas de promoción de la salud que permitan mejorar las condiciones de vida de sus comunidades.

El evento prevé conferencias, mesas redondas, talleres con expertos, oficinas de trabajo y presentación de temas libres. Estos últimos concursarán por el Premio Anual de la Sociedad Argentina de Administración Hospitalaria y Atención Médica - Asociación Médica Argentina, cerrándose la presentación el 1 de noviembre de 1992.

Mayores referencias pueden ser requeridas al secretario general del evento, Dr. Jorge Daniel Lemus. Avda. Santa Fe 1171 1er. Piso - (1059) Capital Federal, Argentina. Teléfonos 41-1633 y 801-0020, fax 54-1-814-0634.

### **Curso internacional en Cuba**

El Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" y el Ministerio de Salud Pública de Cuba anuncian que durante el mes de enero de cada año se efectuará en La Habana, el Curso Internacional sobre Técnicas Cuantitativas Avanzadas en Epidemiología.

El programa incluirá conferencias, seminarios, prácticas en el aula, en el laboratorio de computación y visitas

demostrativas. Los temas incluidos serán:

- Enfoque para la aplicación de las mediciones en epidemiología. Medidas de frecuencia de asociación y de impacto potencial.
- La causalidad en epidemiología.
- El diseño de estudio de cohorte.
- El diseño de estudio de casos testigos (casos controles). Los sesgos en los estudios de casos testigos.
- Muestreo en los diferentes diseños de estudios epidemiológicos.
- Tamizaje y evaluación de las pruebas de diagnóstico.
- Evaluación de factores de riesgo.

- Evaluación de factores de riesgo con ajuste monovariado.
- Revisión sobre regresión simple y múltiple.
- Regresión logística. Generalidades y aplicaciones en epidemiología.

El idioma oficial del curso será el español. Para información dirigirse a: Dra. Nereyda Cantelar, subdirectora docente, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", Apartado Postal 601, Zona Postal Marianao 13, Habana, Cuba. Telex 511902 y 512341, cuipk. Teléfonos 204913 y 204926. Telefax 5-37-215957.

## Situación del cólera en las Américas

Casos, hospitalizaciones y defunciones por cólera, notificados durante las cuatro últimas semanas informadas, 1992.

País	Fecha informe	Período 4 semanas			Acumulado 1992		
		Casos	Hospital.	Defun.	Casos	Hospital.	Defun.
Argentina	8/02-8/29	0	0	0	451	...	0
Belice	7/26-8/22	26	13	1	29	17	1
Bolivia	7/26-8/22	764	222	0	19.934	9.103	339
Brasil	8/16-9/12	1.534	1.387	19	18.718	14.640	228
Chile	8/16-9/12	0	0	0	71	31	1
Colombia	8/02-8/29	180	...	...	15.000	...	...
Costa Rica	8/22-9/12	0	0	0	8	5	0
Ecuador	7/26-8/22	288	251	2	30.242	27.256	198
El Salvador	8/16-9/12	711	35	3	7.144	2.852	41
Guatemala	8/09-9/05	1.059	531	11	13.424	5.971	191
Honduras	8/02-8/29	60	41	3	282	245	13
México	8/02-8/29	602	160	10	4.457	929	52
Nicaragua	8/09-9/05	472	126	6	1.216	287	9
Panamá	8/09-9/05	351	201	17	1.360	592	31
Perú	8/02-8/29	1.072	290	3	183.518	74.852	653
Venezuela	7/26-8/22	997	398	24	2.117	924	47
<b>Total</b>		<b>8.116</b>	<b>3.655</b>	<b>99</b>	<b>297.971</b>	<b>137.704</b>	<b>1.804</b>

... Datos no recibidos.

# Vigilancia del SIDA en las Américas

Número de casos notificados por año, y número acumulado de casos y defunciones, por país y sub-región.  
Al 10 de septiembre de 1992.

SUBREGION País	Número de casos							Total (a) acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992			
TOTAL REGIONAL	45,536	33,485	42,602	49,907	54,519	54,889	15,740	296,711	182,148	
AMERICA LATINA b)	3,286	4,528	7,206	9,236	12,712	14,162	5,049	56,200	23,665	
AREA ANDINA	235	387	690	912	1,347	1,366	425	5,362	2,686	
Bolivia	3	3	10	2	7	16	6	47	40	30/Jun/92
Colombia	73	186	295	404	702	732	161	2,553	1,256	30/Jun/92
Ecuador	13	22	29	22	42	51	29	208	140	30/Jun/92
Perú	30	32	65	118	141	155	73	614	216	31/Mar/92
Venezuela	116	144	291	366	455	412	156	1,940	1,034	30/Jun/92
CONO SUR	118	130	267	349	601	748	330	2,543	811	
Argentina	73	72	169	228	388	478	225	1,633	380	30/Jun/92
Chile	35	44	66	80	125	174	42	566	242	30/Jun/92
Paraguay	2	5	4	3	12	10	6	42	31	30/Jun/92
Uruguay	8	9	28	38	76	86	57	302	158	10/Ago/92
BRASIL	1,677	2,292	3,825	5,025	6,614	7,789	2,422	29,644	13,242	01/Ago/92
ISTMO CENTROAMERICANO	86	194	359	475	854	889	508	3,386	1,320	
Bolivia	1	6	4	0	1	25	...	37	37	31/Dic/91
Costa Rica	20	23	52	57	69	90	59	370	235	30/Jun/92
El Salvador	7	16	34	72	54	109	41	333	105	30/Jun/92
Guatemala	15	16	18	17	76	94	37	273	112	30/Jun/92
Honduras	17	102	189	250	583	485	332	1,976	571	30/Jun/92
Nicaragua	0	0	2	2	7	13	3	28	27	30/Jun/92
Panamá	26	31	60	77	64	73	36	369	233	30/Jun/92
MEXICO	245	804	964	1,499	2,395	3,166	1,284	10,357	5,037	30/Jun/92
CARIBE LATINO c)	925	721	1,101	976	901	204	80	4,908	569	
Cuba	6	10	14	15	33	38	21	137	72	30/Jun/92
Haiti	795	477	731	453	630	...	...	3,086	297	31/Dic/90
República Dominicana	124	234	356	508	238	166	59	1,685	200	30/Jun/92
CARIBE c)	465	374	489	725	702	847	403	4,017	2,442	
Anguila	0	0	1	2	1	1	1	6	3	30/Jun/92
Antigua	2	1	0	0	3	...	...	6	5	31/Dic/90
Antillas Neerlandesas	9	12	9	16	31	...	...	77	16	31/Dic/90
Bahamas	86	90	93	168	162	235	100	934	574	30/Jun/92
Barbados	32	24	15	40	61	80	48	300	217	30/Jun/92
Dominica	0	5	2	3	2	...	...	12	11	30/Jun/90
Granada	3	5	3	8	5	7	1	32	18	31/Mar/92
Guadalupe	47	41	47	47	...	...	...	182	85	31/Dic/89
Guayana Francesa	78	25	34	54	41	...	...	232	144	30/Sep/90
Guyana	0	10	34	40	61	85	71	301	94	30/Jun/92
Islas Caimán	2	1	1	1	2	3	...	10	8	31/Mar/91
Islas Turcas y Caicos	3	2	6	7	1	2	...	21	18	31/Dic/91
Islas Vírgenes (RU)	0	0	1	0	2	1	0	4	1	31/Mar/92
Jamaica	11	32	30	66	62	133	27	361	243	31/Mar/92
Martinica	25	23	30	51	45	27	14	215	136	30/Jun/92
Montserrat	0	0	0	1	0	0	0	1	0	30/Jun/92
San Cristóbal-Nieves	6	4	9	5	8	1	1	34	21	30/Jun/92
San Vicente y las Granadinas	2	5	8	6	4	14	2	41	28	30/Jun/92
Santa Lucía	4	4	2	8	3	7	7	47	23	30/Jun/92
Suriname	4	5	4	35	35	16	17	116	91	30/Jun/92
Trinidad y Tabago	151	85	160	167	173	235	114	1,085	706	30/Jun/92
AMERICA DEL NORTE	41,785	28,583	34,907	39,946	41,105	39,880	10,288	236,494	156,041	
Bermuda	51	21	28	35	33	23	8	199	142	31/Mar/92
Canadá	1,185	867	1,017	1,169	1,050	788	40	6,116	3,746	31/Mar/92
Estados Unidos de América c)	40,549	27,695	33,862	38,742	40,022	39,069	10,240	230,179	152,153	30/Jun/92

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

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

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

# Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

Casos y defunciones por fiebre amarilla y peste, notificados en la Región de las Américas,  
hasta el 30 de septiembre de 1992.<sup>1</sup>

País y división administrativa principal	Fiebre amarilla		Peste
	Casos	Defunciones	Casos
BOLIVIA	14	10	-
Cochabamba	1	1	-
La Paz	8	8	-
Santa Cruz	5	1	-
BRASIL	10	6	8
Bahía	-	-	8
Mato Grosso	8	4	-
Mato Grosso do Sul	2	2	-
ECUADOR	11	9	-
Napo	3	3	-
Pastaza	4	3	-
Sucumbios	3	2	-
?	1	1	-
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	-	-	7
Arizona	-	-	3
Nevada	-	-	1
Nuevo México	-	-	2
Utah	-	-	1

<sup>1</sup>Para la notificación de casos y defunciones por cólera, véase el cuadro en la página 14 de este *Boletín*.

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.

ISSN 0255-6669



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