

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 8, No. 1-2, 1987

Programa Especial de la Organización Mundial de la Salud sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Introducción

Al 26 de marzo de 1987 se habían notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 45.597 casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Sin embargo, el número actual de casos notificados en varias regiones del mundo no refleja la verdadera situación de esa enfermedad. En total, 130 países enviaron información sobre el SIDA y de ellos, 101 notificaron casos. En el cuadro 1 se comparan las cifras con las notificadas a la 39a Asamblea Mundial de la Salud.

La OMS ha adoptado el nombre de "virus de la inmunodeficiencia humana" (VIH) recomendado por el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus para denominar al agente etiológico del SIDA, que previamente se conocía con el nombre de virus relacionado con las linfadenopatías/virus linfotrópico de las células T humanas, tipo III (LAV/HTLV-III).

Se han identificado otros retrovirus humanos, sobre todo en el África Occidental. Se aisló un virus identificado por investigadores franceses como el virus relacionado con linfadenopatías, tipo II (LAV-2), en personas

Cuadro 1. Número total de casos y de países declarantes por continente.

Continente	26 de marzo de 1987			25 de marzo de 1986		
	Casos	Países declarantes	Países que declararon uno o más casos	Casos	Países declarantes	Países que declararon uno o más casos
Africa	3.531	36	22	31	5	2
Américas	36.782	45	39	19.756	43	32
Asia	112	19	12	46	10	6
Europa	4.732	27	26	2.053	23	20
Oceanía	440	3	2	183	2	2
	45.597	130	101	22.069	83	62

EN ESTE NUMERO

- Programa Especial de la Organización Mundial de la Salud sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Declaraciones de consenso sobre la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y la infección del personal de salud
- Diagnóstico de la situación de salud en Brasil: conclusiones

- del seminario sobre las perspectivas de la epidemiología frente a la reorganización de los servicios de salud
- Fortalecimiento de la práctica de la epidemiología en la comunidad europea
- Carta al editor
- A nuestros lectores
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

originarias del Africa Occidental, con características clínicas e inmunológicas típicas del SIDA. Se aisló en personas asintomáticas del Africa Occidental un virus identificado por investigadores de los Estados Unidos como el virus linfotrópico de las células T humanas, tipo 4 (HTLV-4). Estos dos virus parecen ser bastante similares, ambos son muy distintos del VIH y parecen asemejarse más, desde el punto de vista antigénico, al virus de la inmunodeficiencia de los simios (STLV-III) que al VIH. Varios estudios seroepidemiológicos sugieren que pueden encontrarse anticuerpos contra el LAV-2 o el HTLV-4 en un pequeño porcentaje de personas sanas de varios países del Africa Occidental.

Ha aumentado sustancialmente el número de países de Africa que envían información sobre el SIDA a la OMS. En estudios nacionales e internacionales efectuados en colaboración se han establecido las características básicas del SIDA y la epidemiología del VIH en Africa, para lo que se ha empleado incluso la información obtenida a efectos de que la transmisión ocurre de la misma manera que en otras partes del mundo (por vía sexual, parenteral y perinatal). También se acepta la preponderancia de la transmisión heterosexual bidireccional (del hombre a la mujer y de la mujer al hombre) en la epidemiología del SIDA en Africa. En otros estudios se ha podido determinar la importancia de las transfusiones sanguíneas y de las inyecciones con equipo no esterilizado en la transmisión del VIH. Se reconoce también que la transmisión en el período perinatal es importante, sobre todo en las regiones donde se han obtenido resultados que indican seropositividad con respecto al VIH en 5 a 10% de las mujeres embarazadas. No hay ninguna base epidemiológica para afirmar que la enfermedad se transmite por contacto casual (incluso dentro del hogar), y hay suficientes pruebas epidemiológicas que niegan la hipótesis de la transmisión de la enfermedad por medio de un insecto vector. Aunque todavía se desconoce la gravedad de la propagación del VIH en Africa, sus regiones central, oriental y parte de la región sur parecen ser las más afectadas y la occidental la menos afectada. Se desconoce el verdadero número de personas infectadas por el VIH o de casos de SIDA. Se han hecho estimaciones de un millón de personas infectadas (con un cálculo extrapolado de una incidencia anual de 10.000 casos de SIDA, como mínimo), pero algunos observadores científicos consideran que esa cifra representa solo un mínimo.

En las Américas (al igual que en Europa y Australia) no cambiaron las tendencias epidemiológicas básicas del año pasado y los casos se presentan sobre todo en hombres jóvenes (de 20 a 49 años) homosexuales o bisexuales y en drogadictos que se inyectan por vía intravenosa. Sin embargo, el cálculo de la proporción de casos de SIDA contraídos por contacto heterosexual ha aumentado de 1 a cerca de 4%. El Servicio de Salud Pública de los Estados

Unidos estima que en 1991 habrán ocurrido en el país 270.000 casos de SIDA (cifra que equivale a más de 8 veces el número aproximado de 32.000 que se han acumulado desde el comienzo de la epidemia); se prevé que la mayoría ocurrirá en personas que ya están infectadas por el VIH. Además de los Estados Unidos, se han notificado casos de SIDA en 39 países de las Américas, correspondiendo las mayores cifras al Brasil, el Canadá, Haití, México, Trinidad y Tabago y la República Dominicana.

En América Central y del Sur, el panorama epidemiológico está dominado por el patrón "occidental", es decir, involucra a hombres homosexuales y bisexuales y drogadictos que se inyectan por vía intravenosa. Sin embargo, en Haití se ha notificado un creciente número de casos que, al parecer, están relacionados con la transmisión heterosexual; la proporción de casos de SIDA de hombres a mujeres es actualmente de cerca de 3:1 (en comparación con una proporción de 10:1 o más en los Estados Unidos, Europa y Australia). Se cree que la situación puede ser similar en otras partes de la región del Caribe.

Se considera que la mayoría de los países europeos pasa actualmente por una situación epidémica. En toda Europa se estima que entre 500.000 y 1 millón de personas pueden estar infectadas por el VIH. Las mayores tasas (casos acumulativos de SIDA por cada millón de habitantes) han sido notificados por Suiza (30,1), Dinamarca (25,6), Francia (22,3) y Bélgica (20,9). El porcentaje de casos provenientes de Africa o del Caribe ha disminuido (ahora constituye solo 8% de todos los casos notificados), mientras que el de los relacionados con el uso indebido de drogas por vía intravenosa aumenta rápidamente (de 5% en junio de 1985 a 12% en octubre de 1986). Este fenómeno se ha observado sobre todo en el sur de Europa. Partiendo de las tendencias actuales, cabe esperar que a finales de 1988 habrán ocurrido en Europa de 25.000 a 30.000 casos de SIDA.

En Asia se han notificado relativamente pocos casos de SIDA y la mayoría de los confirmados han guardado relación con exposición a los hemoderivados o a las personas de origen occidental. Sin embargo, se ha confirmado serológicamente la infección por el VIH en personas prostitutas de ambos sexos en varios países y se ha registrado la transmisión autóctona del VIH. Los estudios seroepidemiológicos indican que, hasta ahora, el VIH no ha penetrado ampliamente en la población en general.

Los 440 casos notificados en Oceanía proceden de Australia (407) y Nueva Zelandia (33) y son típicos del patrón epidemiológico "occidental".

Se han revisado y aumentado las primeras estimaciones de las tasas de progresión de la infección asintomática por el VIH al SIDA y a otros síndromes relacionados con

este. Partiendo de la información existente, parece que de 10 a 30% de las personas infectadas por el VIH contraerán el SIDA y de 25 a 50% más presentarán síndromes relacionados con este en un período de 5 años. El riesgo anual de progresión de infección asintomática por el VIH al SIDA parece aumentar con el tiempo (por ejemplo, el riesgo durante el quinto año de infección parece ser mayor que durante el segundo año). Estos datos actualizados sugieren que la mayoría de las personas infectadas por el VIH pueden contraer SIDA en los 10 años inmediatamente posteriores a la infección y que el resto puede tener síndromes relacionados con el SIDA.

El VIH es neurotrópico. No se comprende a cabalidad cuáles son los elementos celulares precisos infectados, si bien los macrófagos mononucleares y multinucleares parecen apoyar la proliferación del VIH en el cerebro. El VIH afecta el neuraxis en todos los niveles, lo que ocasiona trastornos clínicos que comprometen el sistema nervioso central y periférico. Cerca de un tercio de los pacientes de SIDA presentan manifestaciones neurológicas clínicas atribuibles a la infección por el VIH y no a infecciones oportunistas que afectan el sistema nervioso. Los principales síndromes clínicos relacionados con la infección neurológica por el VIH comprenden encefalopatía subaguda con demencia progresiva, meningitis aséptica, encefalitis y neuropatía periférica. Dada la similitud virológica del VIH con los lentivirus (como el virus Visna), se considera posible que en el próximo decenio ocurra una epidemia de trastornos neurológicos que se manifestarán principalmente como demencia entre las personas infectadas por el VIH.

En un reciente ensayo clínico terapéutico con pacientes de SIDA se descubrió que el medicamento zidovudina (azidotimidina o AZT) prolongaba la vida y producía mejoras clínicas e inmunológicas. Sin embargo, se observaron varios efectos secundarios tales como supresión de la médula ósea. Aún se desconocen los beneficios y los riesgos a largo plazo. Sin embargo, este puede representar el primer paso importante hacia la posible preparación de agentes terapéuticos inocuos y eficaces. Una compañía farmacéutica le ha indicado a la OMS que está empleando sus estadísticas oficiales sobre el SIDA como base para asignar las existencias disponibles de AZT entre los países después del registro del producto. Actualmente se estudian compuestos análogos a la zidovudina (por ejemplo, dideoxicitidina), con la esperanza de que puedan ofrecer una mayor eficacia antivírica con menos toxicidad. Además, los datos preliminares sugieren que el agente antivírico ribavirín puede prevenir la progresión al SIDA en pacientes con el síndrome de la linfadenopatía.

Varias vacunas prototipo han llegado a la etapa de ensayo de inmunogenicidad y confrontación en chimpancés. Estos pueden infectarse con el HIV pero no demuestran tener ninguna enfermedad similar al SIDA.

En 1987 se iniciarán estudios clínicos (fase I) de varias preparaciones de vacunas prototipo. Sin embargo, el consenso científico actual indica que no habrá ninguna vacuna para uso humano generalizado al menos por cinco años. Además, puesto que nunca se ha preparado una vacuna contra un retrovirus humano, varios especialistas en retrovirus han señalado la posibilidad de que las vacunas actualmente en estudio no confieran protección.

Programa Especial de la OMS sobre el SIDA

La pandemia de la infección por el VIH constituye un problema apremiante y sin precedentes para la salud pública internacional. En enero de 1987, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 79° período de sesiones, respaldó la prioridad asignada por la Organización a las actividades de prevención y control del SIDA. El 1 de febrero de 1987 el Director General estableció oficialmente el Programa Especial de la OMS sobre el SIDA. Se requiere con urgencia una respuesta mundial coordinada y sin precedentes en vista de:

- *La magnitud de la epidemia.* La actual magnitud de la pandemia del VIH y sus amplias repercusiones se han subestimado gravemente. Con certeza, aumentarán la propagación mundial y la infección por el VIH, y no se puede predecir con exactitud la evolución de la pandemia de ese virus.
- *El resultado de la infección por el VIH.* El efecto adverso a la salud de la infección por el VIH es de profunda importancia para la persona, la familia y la sociedad. Las infecciones por el VIH amenazan los adelantos en materia de salud que se habían proyectado en el mundo en desarrollo.
- *Las repercusiones sociales del VIH.* Son enormes los costos personales, sociales y económicos de la pandemia del VIH, ya que amenaza el desarrollo por medio de los efectos que tiene en las personas de 20 a 40 años y en la mortalidad infantil y materna.
- *La dificultad de la prevención y del control.* El control nacional e internacional del VIH exigirá actividades y dedicación a largo plazo. Puesto que no existen posibilidades de emplear ninguna vacuna ni medidas terapéuticas para grandes poblaciones al menos por varios años, la educación es la clave para prevenir una mayor propagación. El control del VIH debe ser parte de la atención primaria de salud.

Las pruebas existentes indican que estamos presenciando el comienzo de una grave pandemia de infección por el VIH (y quizá por retrovirus afines). Si bien cada característica del VIH no representa en sí un hecho sin precedentes, la combinación de características y el momento en que se manifiestan parecen ser asuntos completamente nuevos. Esas características son:

- la infección por el VIH parece durar toda la vida;
- las personas infectadas pueden ser asintomáticas por períodos prolongados pero aun así pueden transmitir el VIH;
- no se conoce a cabalidad la historia natural de la infección por el VIH, pero el período “de riesgo” para progresión al SIDA parece ser prolongado;
- no existe ningún tratamiento específico (especialmente para las personas infectadas que todavía no están enfermas) ni ninguna vacuna;
- el VIH es neurotrópico y se desconocen los efectos definitivos de la patología neurológica en la población infectada por el virus;
- el VIH se transmite sobre todo por vía sexual, de cualquier persona infectada a su contacto, pero también por vía parenteral;
- ocurre transmisión perinatal y pueden quedar afectados hasta 50% de los niños que nacen de madres infectadas;
- la inmunosupresión inducida por el VIH puede tener una acción recíproca con enfermedades endémicas o epidémicas ya existentes en el medio ambiente (por ejemplo, tuberculosis), y
- los asuntos relacionados con el VIH tienen un grave efecto potencial en casi todos los campos de salud (por ejemplo, inmunización, salud materna, salud infantil, atención odontológica, atención hospitalaria, control de infecciones, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar).

Por tanto, la situación del VIH exige una extraordinaria cantidad de energía, creatividad y recursos. Es considerable el efecto potencial de las intervenciones de salud pública en esta etapa de la pandemia del VIH. Se necesita insistir por todos los medios en la prevención primaria entre individuos y sociedades.

El Programa Especial de la OMS sobre el SIDA tiene dos deberes principales:

- apoyar y fortalecer los programas nacionales de control del SIDA en todo el mundo, y
- ofrecer dirección a nivel mundial, ayudar a conseguir colaboración internacional y realizar actividades mundiales de valor e importancia generales.

Se necesita un plan de acción para el control y la prevención del SIDA a nivel nacional, cuyos principales aspectos se indican a continuación.

- Creación de un comité nacional del SIDA (o su equivalente), que es una expresión concreta del compromiso nacional de enfrentar el SIDA y los problemas relacionados con el VIH. El comité debe estar formado por representantes de los sectores de salud, servicios sociales, educación y otros pertinentes.

- Ejecución de una evaluación inicial epidemiológica y de recursos. La evaluación inicial puede realizarse dentro de un período relativamente breve (de 4 a 8 semanas) y debe cubrir el examen y análisis crítico de los datos existentes sobre el SIDA y la infección por el VIH acopiados dentro del país o puede exigir la recopilación y el análisis de nueva información (por ejemplo, búsqueda de casos de SIDA y encuestas de seroprevalencia en poblaciones selectas). La evaluación de los recursos y de la infraestructura debiera determinar la capacidad que tiene el sistema de salud existente para apoyar los componentes epidemiológicos, de laboratorio, clínicos y de prevención del programa nacional de control del SIDA.

- Partiendo de las comprobaciones de la encuesta epidemiológica inicial, deberá establecerse un sistema apropiado de vigilancia para ofrecer información epidemiológica oportuna y útil sobre el SIDA y la infección por el VIH al comité nacional. Además, se pueden realizar encuestas serológicas en sectores designados de la población (como donantes de sangre, prostitutas, pacientes que asisten a clínicas de enfermedades de transmisión sexual y mujeres embarazadas) y considerar también actividades de vigilancia serológica específicas u otros estudios epidemiológicos.

- Se necesita apoyo de los laboratorios para las actividades epidemiológicas, clínicas y de prevención. Partiendo de la evaluación inicial se adoptan decisiones sobre las necesidades de serodiagnóstico en cada país. Cabe fortalecer la capacidad de los laboratorios, de conformidad con estos requisitos.

e) Es importante la educación del personal de salud de todos los niveles, tanto para el tratamiento de pacientes y otras personas infectadas por el VIH como para fines de educación en salud pública.

- La principal meta del programa nacional de control del SIDA sigue siendo la prevención de la transmisión del VIH a las personas y los grupos sanos. Las actividades de prevención varían según las situaciones nacionales pero, en general, deben incluir consideración de los siguientes asuntos comunes:

- transmisión sexual: educación de grupos identificados de alto riesgo y de la población en general;
- transmisión por medio de transfusiones sanguíneas: examen de los principios normativos y prácticas en materia de transfusiones sanguíneas; posible realización de programas de enseñanza a donantes y de notificación, de examen de laboratorio de los donantes y la sangre donada;
- transmisión por medio del uso de drogas aplicadas por vía intravenosa: educación de los grupos más expuestos;

- transmisión por medio de equipo de inyecciones sin esterilizar empleado para fines clínicos por parte del personal médico o paramédico (incluidos los curanderos tradicionales): educación de los proveedores de salud y del público, asistencia suplementaria para garantizar el empleo de equipo de inyecciones esterilizado (o de cualesquiera otros instrumentos que perforen la piel);
- transmisión perinatal: métodos de educación y asesoramiento; posibles programas de detección en grupos de mujeres embarazadas y de edad fecunda.

• Reducción de las repercusiones de la infección por el VIH: son enormes las repercusiones psicológicas, familiares, económicas, culturales, sociales y políticas de la infección por el VIH, y las personas infectadas, sus contactos sexuales, los miembros de la familia y otros deben recibir ayuda sobre la forma de abordar los problemas que se presenten.

Las estrategias, la estructura y las necesidades proyectadas del Programa Especial de la OMS sobre el SIDA se detallan en el documento WHO/SPA/GEN/ 87.1 publicado el 1 de marzo de 1987.

(Fuente: OMS, 40a. Asamblea Mundial de la Salud, Tema 18.2 del programa provisional, 27 marzo 1987.)

Comentario editorial

Este artículo presenta un resumen de la situación mundial con respecto al SIDA y señala los principales objetivos y enfoques del Programa Especial de la OMS para el SIDA.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) participa de lleno en la ejecución del Programa Especial para el SIDA en esta Región, en su calidad de Oficina Regional de la OMS para las Américas. El programa de la OPS ya está prestando cooperación técnica a varios programas nacionales de prevención y control del SIDA, y hasta la fecha ha logrado movilizar más de 1,1 millones de dólares en apoyo de los mismos. El éxito futuro del Programa Especial OMS/OPS para el SIDA dependerá de la voluntad política y del compromiso financiero y administrativo que cada uno de los Países Miembros asigne a los esfuerzos nacionales, regionales y globales que serán necesarios para combatir esta epidemia sin precedentes.

Declaraciones de consenso sobre la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y la infección del personal de salud

Durante la tercera reunión de los centros colaboradores de la OMS sobre SIDA, celebrada en Washington, D. C. el 6 de junio de 1987, se prepararon las declaraciones de consenso que se transcriben a continuación, sobre dos aspectos que son motivo de gran preocupación y controversia.

Transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Los estudios epidemiológicos realizados en Europa, las Américas, Africa y Australia han documentado en forma repetida solamente tres formas de transmisión:

- la relación sexual (heterosexual u homosexual);
- la exposición a la sangre, los hemoderivados, el semen y los órganos transplantados. La gran mayo-

ría de las veces la exposición a la sangre involucra la transfusión de sangre no examinada previamente o la utilización de jeringas y agujas sin esterilizar durante el uso indebido de drogas por vía intravenosa o en otras circunstancias parecidas;

- la transmisión de madre a hijo, la mayor parte de las veces antes del nacimiento —y quizás durante el parto o poco después del mismo— (transmisión perinatal).

No existe evidencia alguna que sugiera que el VIH pueda ser transmitido por la vía respiratoria o entérica, o por el contacto personal casual en el hogar, la vida social, las escuelas y prisiones o en otras circunstancias similares.

Los estudios epidemiológicos y de laboratorio han servido para establecer que entre los “fluidos corporales” la transmisión parece estar circunscrita a la sangre, el

semen y las secreciones vaginales y del cuello uterino. No se ha documentado que el acto de besar constituya un riesgo para la transmisión del VIH. Teóricamente, y aunque no se haya comprobado, pudiera haber algún riesgo asociado con el beso "húmedo" intenso (beso profundo o beso de lengua).

No existe evidencia alguna que sugiera que la transmisión del VIH involucre insectos, alimentos, agua, inodoros, piletas de natación, sudor, lágrimas, utensilios para la comida o bebida u otros objetos tales como ropa usada o teléfonos.

Infección con el VIH y el personal de salud

Los informes de que un pequeño número de trabajadores de la salud ha sufrido infección con VIH destacan la necesidad de seguir fielmente las pautas existentes para la

prevención de infecciones transmitidas por la sangre. Esas pautas se refieren a situaciones en que existe la posibilidad de exposición a la sangre o a cualquier fluido corporal, sin importar su origen.

La información disponible indica que el personal de salud tiene habitualmente un riesgo ocupacional muy pequeño de infección con VIH. Este bajísimo riesgo puede ser reducido aún más si las pautas existentes para evitar infecciones de cualquier tipo transmitidas por la sangre son establecidas rigurosamente y se las hace cumplir en forma estricta.

El examen de todos los pacientes como medida rutinaria para la detección del VIH con miras a proteger al personal de salud, no debería ser adoptado sin antes tomar en consideración en forma cuidadosa y detallada todos los criterios de tamizado serológico para VIH que han sido formulados por la Organización Mundial de la Salud.

Diagnóstico de la situación de salud en Brasil: conclusiones del seminario sobre las perspectivas de la epidemiología frente a la reorganización de los servicios de salud

Introducción

La importancia de la epidemiología para el desarrollo de las actividades en el campo de la salud siempre ha sido recalada en forma teórica, aunque en la práctica se ha comprobado que la utilización del método epidemiológico sigue siendo muy limitada en lo que concierne al apoyo a los programas y, principalmente, en la generación de conocimiento. En los últimos años se ha hecho hincapié en la capacitación en vigilancia epidemiológica mediante cursos de corta duración y se ha procurado preparar al personal para el trabajo en los programas de inmunización y de control de enfermedades transmisibles, con prioridad para la gestión de los programas.

La formación específica en el campo de la epidemiología se ha limitado a los cursos de especialización de las escuelas de salud pública y a algunos cursos de maestría y doctorado que incluyen esta materia. Debido al número limitado de profesionales con formación específica y a las dificultades que la organización de los servicios de salud imponen a la práctica de la epidemiología, la producción

de conocimiento y el desarrollo de métodos son inadecuados para las necesidades y el potencial del país.

En la nueva coyuntura político-social por la que atraviesa Brasil luego de décadas de gobiernos autoritarios y frente al cuestionamiento de toda la estructura de los sistemas de salud con objeto de lograr un sistema unificado y más eficiente, es indispensable volver a discutir la capacitación de los epidemiólogos y su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población. Con este propósito se organizó un Seminario Nacional en Itaparica, Estado de Bahía, del 13 al 16 de mayo de 1986. La reunión contó con el patrocinio de la Asociación Brasileña de Posgraduados en Salud Colectiva (ABRASCO) y del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía, con el apoyo del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS) y el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico.

A continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones del Seminario en lo referente al diagnóstico

de la situación de salud, por su importancia actual para los demás países de la Región.

Diagnóstico de la situación de salud

El diagnóstico de salud es considerado un instrumento para conocer la realidad sanitaria, destinado a orientar la planificación y programación de las actividades en el campo de la salud y a satisfacer otros requisitos políticos y sociales. Se examinó la variada gama de diagnósticos que se necesitan para satisfacer los distintos requisitos. Se entiende por diagnóstico no solo una colección de datos, sino más bien un análisis y conclusión en relación con los

A pesar de la aceptación generalizada de su importancia y de sus usos múltiples, se han efectuado muy pocos diagnósticos de salud, y los resultados no han sido ampliamente utilizados. Se ha llegado incluso a cuestionar su necesidad real para orientar la toma de decisiones, ya que estas se toman con base en otros criterios políticos, sociales e institucionales. Sin embargo, cuando una decisión ya adoptada necesita una razón que demuestre la necesidad del objetivo establecido, entonces se utilizan informaciones que constituyen algún tipo de diagnóstico. Así se reconoce que, a menudo, el diagnóstico de salud se realiza en el marco de fines preestablecidos.

Conclusiones y recomendaciones

En cuanto a la información sobre la salud, se llegó a un consenso de que los datos disponibles no han sido estudiados debidamente, a pesar de que permitirían adquirir mejores conocimientos sobre la realidad de la salud. Se ha constatado que en varias instituciones se dispone de datos recopilados con fines administrativos que podrían utilizarse en el campo de la epidemiología si se los adaptara a ese efecto.

Se indicó que los fundamentos teóricos y metodológicos existentes permiten realizar diagnósticos de salud y fomentar la difusión de su práctica. Sin embargo, es preciso sistematizar los conocimientos y las contribuciones en el campo de la epidemiología, así como en otras disciplinas, a fin de integrarlas en la práctica del diagnóstico de salud. Es fundamental incorporar los análisis y evaluaciones de nuevos indicadores de salud y abordar el tema desde un punto de vista más amplio, que tenga en cuenta su dimensión social y política. Por otra parte, como los diagnósticos se basan en la población, es necesario utilizar mejor los indicadores demográficos y, por consiguiente, ofrecer a los epidemiólogos una formación apropiada para que puedan elaborar mejor ese tipo de información.

En el campo del diagnóstico de salud existe un potencial considerable de perfeccionamiento, tanto a

nivel conceptual como metodológico. Es importante llevar a cabo estudios con objeto de puntualizar los compromisos políticos e ideológicos que históricamente han determinado la realización o la omisión de diagnósticos de salud, así como estudios encaminados a formular indicadores que permitan conocer mejor la realidad social y la salud de la población y de los distintos grupos sociales.

Es preciso que los profesionales de los servicios de salud utilicen ampliamente los instrumentos necesarios para el perfeccionamiento del diagnóstico de salud. Es conveniente que en la realización de diagnóstico de salud participe un equipo multidisciplinario, lo cual requiere la formación de recursos humanos específicos y la definición de un espacio institucional para que estos profesionales desarrollen su práctica. Actualmente, el tiempo que se dedica a esa tarea es mínimo, el personal está sobrecargado con otras actividades, y son pocos los conocimientos que se producen en el campo de la epidemiología.

Se reconoce la necesidad de un proyecto político en materia de epidemiología que incluya, por una parte, el análisis de las condiciones de vida y de salud de la población, respaldando los movimientos y reivindicaciones populares, y por la otra, el papel de la epidemiología frente a la reorganización de los servicios de salud, en apoyo de las prácticas de planificación, administración, y evaluación crítica y permanente de los servicios de salud y su orientación. En ese espacio, la epidemiología puede contribuir, por medio del diagnóstico, a la determinación de los problemas de salud que requieren un esfuerzo para mejorar la calidad de la atención y a señalar opciones programáticas en lo referente a la organización de los servicios.

Se señaló que los tipos de indicadores que deberán utilizarse (sociales, político-económicos, de mortalidad, morbilidad, así como indicadores positivos de salud), tanto primarios como secundarios, dependerán del nivel administrativo (central, regional o local) y de los objetivos del diagnóstico de salud. Por el momento, no es posible definir un conjunto de indicadores necesarios y suficientes para cualquier diagnóstico, teniendo en cuenta, principalmente, la gran diversidad que existe entre las regiones y municipios, ya sea por la problemática de salud actual o por la disponibilidad de sistemas y archivos de información. Sin embargo, se indicó que pueden y deben formularse pautas generales. El grupo llegó a un consenso en cuanto a la necesidad de análisis e indicadores sobre la calidad de vida de la población y grupos sociales, con miras a que estos indicadores puedan expresar y seguir la reproducción de las condiciones de vida de las clases sociales y grupos de población, y de los perfiles de morbimortalidad. En vista de la escasez de información disponible de los registros de mortalidad y morbilidad, se reconoce la validez de un proceso de

aproximaciones sucesivas, en virtud del cual la pertenencia a determinados grupos sociales de la población podría ser estimada por medio de demarcaciones geográficas o de otra índole.

Habida cuenta del grado actual de desarrollo de los servicios de salud en el país, así como de la descentralización y del mayor grado de participación de las municipalidades, es preciso realizar un esfuerzo para que en todas las unidades federativas estén disponibles los datos publicados o archivados desagregados por municipios. Sería deseable que instituciones tales como el Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas (IBGE), el INAMPS, el Ministerio de Salud y las secretarías estatales, entre otras, mantuviesen sus archivos organizados de manera tal que el municipio tuviera acceso a la información sobre sus habitantes. Además, en los casos en que sea factible y pertinente, los datos deberían publicarse en forma desagregada en ese nivel. Es fundamental establecer canales para el retorno de información hacia el nivel local. Incumbiría a las municipalidades realizar análisis con objeto de examinar en detalle los datos existentes y establecer, según las necesidades y las posibilidades locales, sistemas específicos de análisis o de recopilación de datos, teniendo en cuenta las diferencias dentro del municipio.

Se señalaron los principales obstáculos e impedimentos a los que quizá se deba la poca frecuencia, el carácter incompleto y la falta de conclusiones de los diagnósticos de salud. Una limitación importante es la carencia, en el país, de recursos humanos especializados en epidemiología que se manifiesta tanto en la cantidad de personal con estudios especializados como en el nivel y el tipo de formación. Otro aspecto que cabe destacar es el distanciamiento entre la práctica de la epidemiología y la planificación, que se observa con frecuencia en los servicios de salud.

En lo que concierne a la universidad, se señaló la tendencia a su desvinculación respecto de los servicios, que resulta en trabajos cuyo ritmo y perspectivas generalmente no satisfacen de manera apropiada y oportuna la demanda de servicios. En cuanto al análisis del proceso salud-enfermedad, los profesionales vinculados a universidades se dedican más a la investigación, sin efectuar contribuciones importantes al progreso metodológico y conceptual de la realización de diagnósticos con datos secundarios. No obstante, se reconoció el importante papel que las universidades pueden desempeñar si mantienen una relación dinámica con los servicios.

La escasez de las actividades de diagnóstico quizá se deba también a las deficiencias de un modelo metodológico que no responde a las nuevas exigencias sociales. Los resultados poco significativos que se obtienen de los diagnósticos descriptivos y de escasa discriminación llevarían a la planificación a prescindir de ellos. El

diagnóstico de salud debiera desarrollarse de manera que pueda atender a las demandas de una planificación estratégica. En esta perspectiva, es importante que los sectores sociales más dinámicos—que, dentro de los cambios políticos e institucionales, son los servicios de salud y los segmentos sociales de la población más afectados—se apoderen de los instrumentos y resultados de los diagnósticos de salud. Ya que la importancia de los diagnósticos depende de la importancia social atribuida a la salud de la población, en la nueva coyuntura política e institucional cabe esperar un aumento del interés en el conocimiento de las condiciones de salud.

Por último, se señaló la necesidad de establecer un espacio institucional que permita incorporar las prácticas epidemiológicas en un proyecto político y técnico. La inserción institucional debería garantizar una cabida que trascienda el compromiso inmediato, o sea, una cierta autonomía de los técnicos en epidemiología respecto de los técnicos del sector de planificación. El epidemiólogo necesita un lugar, y los instrumentos para cuantificar y evaluar las realidades de salud que todavía no se reflejan en la demanda de servicios, haciendo posible que dichos análisis sirvan de elementos para la evaluación y cuestionamiento de la política de salud.

Como corolario del análisis precedente, el grupo formuló algunas propuestas:

Formación de una red de centros de información unificada de salud.

Esta propuesta tiene como marco la perspectiva de la creación del sistema único de salud, y establece un lugar para la epidemiología en las distintas etapas que hay que cumplir para alcanzar esa meta. La creación de la red significaría una apertura efectiva del locus institucional a las prácticas epidemiológicas.

La red se compondría de tres niveles:

El primer nivel abarcaría la red de centros unificados de información de salud de las distintas unidades federales del país, y se encargaría de la sistematización del banco de datos y de los análisis de rutina. Esta estructura se ampliaría con una red más extensa y de mayor alcance en las regiones y municipios de mayor tamaño que dispongan de medios y recursos. La red propuesta debería adaptarse a la situación de cada división administrativa. La red estatal estaría vinculada a un centro unificado, a nivel nacional, que se ocuparía de las tareas de coordinación, fomento y consolidación de los datos relativos a los análisis de rutina. Una de las tareas primordiales de ese servicio sería la normalización de los datos recopilados y elaborados por las distintas instituciones participantes, a fin de que fueran útiles y comparables. Sería importante la inserción institucional de los profesionales encargados

del diagnóstico de salud en las secretarías técnicas de las comisiones de coordinación de las actividades integradas de salud en los distintos niveles.

En el segundo nivel, grupos de investigadores de las universidades —si es posible, en colaboración con profesionales de la red de servicios de la región— realizarían estudios más profundos, pero generales, para los cuales se obtendrían contratos o financiamiento.

El tercer nivel comprendería una red de centros nacionales de referencia para problemas o grupos de enfermedades específicos.

Formación de recursos humanos

Es imprescindible capacitar al personal de nivel medio para las tareas de rutina en la red. En el nivel de los municipios (según su tamaño), el funcionario de salud podría encargarse de la elaboración de los diagnósticos de salud.

Es necesario proporcionar capacitación adecuada al personal de distintos niveles (central y local), ya que sus funciones son cualitativamente diferentes. Además de adquirir conocimientos sobre políticas sociales y de salud, los indicadores de la calidad de vida, los aspectos demográficos y los factores que determinan los perfiles de morbilidad, el personal debe estudiar a fondo los métodos cuantitativos y adquirir conocimientos básicos de computación.

Es preciso ofrecer a los profesionales posibilidades concretas de capacitación, a fin de que puedan a su vez ocuparse de tareas de formación del personal de nivel medio que trabajará en la red.

Eventualmente, quizá surja una necesidad apremiante de personal, que se podría satisfacer recurriendo al personal capacitado durante los últimos años en los cursos de especialización en epidemiología. Se podrían ofrecer cursos itinerantes y de verano, o se podría proporcionar capacitación mediante programas de educación continuada y la realización de investigaciones supervisadas.

La creación de la carrera para el profesional, así como de condiciones de trabajo apropiadas (preferiblemente a tiempo completo) y de una remuneración adecuada, fueron considerados como elementos indispensables para

aprovechar el esfuerzo dedicado a la capacitación del personal y para fomentar la productividad de la red de información sobre la salud.

Difusión de los conocimientos

Se sugiere preparar un texto sobre diagnóstico de salud, con análisis conceptuales y metodológicos, que contenga también análisis de los procesos de reproducción social y del perfil de morbilidad, indicadores sociales y de la calidad de vida, aspectos demográficos, y análisis de los indicadores de salud-enfermedad y muerte. El texto debería contener, además, modelos o ejemplos de diagnóstico de salud ya realizados.

Se considera importante promover reuniones regionales periódicas para examinar los progresos metodológicos en el campo de los diagnósticos de salud y para el análisis de los hallazgos. Los resultados de esas reuniones se consolidarían en una reunión nacional, con la participación de instituciones de salud y de representantes de la sociedad, en la que se presentarían los diagnósticos de salud efectuados y los problemas metodológicos en cuestión.

Se necesita crear mecanismos para difundir ampliamente la bibliografía y los trabajos sobre diagnóstico de salud. En cuanto a los resultados de los diagnósticos, se considera que, además de ser utilizados por los sectores de planificación y administración de salud, se deberían difundir ampliamente en la población, especialmente a nivel de municipios, a través de los medios de comunicación y otros.

A nivel local, las exigencias sociales y políticas tienden a abrir lugar para los diagnósticos más acordes con la realidad local y la participación de la población, sentando las bases para la construcción de un diagnóstico participativo.

(Fuente: Extractado de *Estudos de saúde coletiva* No. 4, 111-117, edición de la Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva ABRASCO, Rio de Janeiro, 1986. El informe completo de la reunión puede ser solicitado del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

Fortalecimiento de la práctica de la epidemiología en la comunidad europea

Nota del editor:

Este artículo es una versión abreviada de un informe sobre el progreso de la epidemiología preparado a pedido de un comité de la Comisión de la Comunidad Europea. Para prepararlo el autor visitó todos los países de la Comunidad, excepto Luxemburgo; habló con 73 epidemiólogos en 9 países y otros 21 le escribieron. En el informe se describen algunas de las principales características de la organización de la instrucción conducente a la licenciatura y a títulos de posgrado y los obstáculos respectivos. También se examinan las investigaciones en el campo de la epidemiología en la CEE, como asimismo la aplicación del conocimiento epidemiológico en los planos nacional, regional y local y la comunicación entre epidemiólogos.

Se le publica aquí para mostrar la notable similitud que existe entre los hallazgos y las conclusiones relacionadas con la práctica de la epidemiología en Europa y los correspondientes a los países de América Latina y el Caribe, formulados en el Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, celebrado en Buenos Aires del 7 al 10 de noviembre de 1983 (ver también el Boletín Epidemiológico, Volumen 5, No. 1, 1984.)

Este documento trata del grado de desarrollo de la epidemiología en los países de la Comunidad Económica Europea (CEE) en 1984. En él se explican algunos de los obstáculos para su evolución y se sugieren algunas soluciones. Aunque el estudio se limitó a la CEE, los problemas que se plantean no son peculiares de esta y, en opinión del autor, pueden existir en muchos países.

Plan de estudios conducente a la licenciatura

En la mayoría de las facultades de medicina de la CEE se enseña epidemiología como parte del plan de estudios conducente a la licenciatura en salud pública.¹ Este curso es normalmente obligatorio y en la mayoría de las facultades hay que presentar un examen. En una minoría de las facultades de medicina existen departamentos de epidemiología independientes que se han instituido bajo una dirección reciente e innovadora, y llevan nombres como epidemiología y estadística, biomatemáticas e información o ciencias de la salud aplicadas. Los médicos clínicos consideran con frecuencia cada vez mayor que la epidemiología, al igual que la patología, es una ciencia básica de la medicina clínica y cuando necesitan colaboración y asesoramiento en algún problema de investigación parecen más dispuestos a consultar al personal de un departamento de epidemiología y estadísticas médicas que a acudir a un departamento tradicional de salud pública. Esta situación ha fomentado el desarrollo de la epidemiología y las estadísticas médicas.

Ha habido otros modos de actualización de los métodos y el contenido de las enseñanzas conducentes a la licenciatura en salud pública. Por ejemplo, en una nueva facultad de medicina en Maastricht, Países Bajos, se usa

¹En este documento el término *salud pública* se emplea como sinónimo de salud pública e higiene, medicina social o medicina comunitaria.

mucho el método de solución de problemas; los departamentos no están tan claramente definidos y la epidemiología se incluye entre los diversos grupos llamados "de capacidad" como son los de economía sanitaria, práctica general, sociología médica, epidemiología ocupacional y educación sanitaria. El estudiante de medicina puede consultar a estos grupos "de capacidad" para resolver el problema médico-social en que trabaja.

En el Reino Unido la epidemiología, las estadísticas médicas y los estudios sobre los servicios de salud han reemplazado, en gran medida, a la salud pública tradicional en el plan de estudios conducente a la licenciatura. El nombre de la especialidad ha cambiado de salud pública a medicina comunitaria o salud comunitaria y el especialista que trabaja en este campo se llama ahora médico de la comunidad en lugar de oficial médico de salud pública. En el Reino Unido esos cursos son principalmente de epidemiología, en los que se presta tanta atención o, quizá más, a las enfermedades no transmisibles que a las infecciosas, además de estadística médica y estudios de servicios de salud.

Muchas facultades de medicina del Reino Unido ofrecen en el plan de estudios conducente a la licenciatura períodos electivos durante los cuales el estudiante investiga detalladamente un problema de su elección. A menudo, los estudiantes seleccionan problemas médico-sociales para análisis en estos períodos electivos. Este método ofrece la oportunidad de animar a algunos estudiantes a escoger la epidemiología como campo de investigación o de empleo en el futuro.

Obstáculos para mejorar la enseñanza de epidemiología a estudiantes de medicina

- El excesivo tamaño de las clases, que en algunos países de la CEE llega a 500, y la escasez de personal dificultan

mucho la organización de la enseñanza por preceptores asignados y el trabajo de proyectos.

- Hay escasez de libros de texto de epidemiología en idiomas que no sean inglés.
- En la mayoría de los países de la CEE la enseñanza de medicina está controlada por el Ministerio de Educación y, en algunos casos, el programa de estudios se especifica con mucho detalle; puede ser difícil introducir nuevos temas tales como la epidemiología o los estudios sobre servicios de salud, especialmente si se necesita promulgar nueva legislación y lograr un acuerdo de todas las universidades interesadas, y a veces incluso de los gobiernos regionales.

Formación de posgrado

Todavía hay un buen número de cursos tradicionales de posgrado en salud pública de seis meses o un año de duración, que se ofrecen sobre todo a médicos que ya ocupan puestos en ese campo. Estos cursos contienen algo de epidemiología, relacionada sobre todo con enfermedades transmisibles.

Hay una grave escasez de instituciones para el perfeccionamiento tanto de médicos egresados que desean especializarse en epidemiología como para los médicos clínicos y los investigadores que desean adquirir conocimientos teóricos y prácticos de epidemiología moderna, pero que no están dispuestos a hacer una carrera en administración de salud. Se ha intentado remediar esta deficiencia enviando a los médicos a los Estados Unidos de América a tomar cursillos de epidemiología de unas pocas semanas de duración en Amherst, Chapel Hill, la Escuela de Salud Pública de Minnesota, Johns Hopkins o la Universidad de California en Los Angeles. También se han organizado cursos similares de corta duración en el Ministerio de la Juventud, la Familia y la Salud de la República Federal de Alemania, empleando a epidemiólogos visitantes de los Estados Unidos para ayudar en las actividades de docencia. En la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres se realizan cursos intensivos de epidemiología de tres semanas durante el verano. En esa misma escuela hay cursos de epidemiología más largos (6 meses) y un programa de maestría de un año de duración; en la Universidad de Southampton se dictan cursos de una semana. Los cursos citados pueden ser tomados por egresados de universidades de todos los países pertenecientes o no a la CEE.

La razón principal de la escasez de cursos de perfeccionamiento de posgrado en epidemiología es la falta de reconocimiento de esta como especialidad médica con su propia estructura de carrera. Los cursos de perfeccionamiento en servicio dictados en el Reino Unido, conducentes a afiliación a la Facultad de Medicina Comunitaria

de los Reales Colegios de Médicos, llevan a una carrera en la que la epidemiología desempeña una función importante. Esos cursos constan, por lo común, de un período de un año y medio a dos años de trabajo práctico remunerado en los centros administrativos del Servicio Nacional de Salud, intercalados con cursos académicos cortos (de 1 a 2 semanas) dictados en universidades, por un total de unas 22 semanas. Esta capacitación abarca un importante elemento de epidemiología y estadística y uno de los tres documentos del examen se dedica a estos dos temas. Alrededor de una tercera parte del curso trata de los aspectos sociológicos y psicológicos de la medicina comunitaria y otra tercera parte se dedica a estudios de los servicios de salud. En el Reino Unido un médico joven que desee especializarse en epidemiología y tener una buena oportunidad de hacer una carrera en la que pueda practicarla debe, por ende, adquirir también competencia en estas otras disciplinas.

Obstáculos para el establecimiento de programas de capacitación de posgrado en epidemiología

- La contratación de personal en el campo de la epidemiología se dificulta por la falta de empleo en esta especialidad y quizá también porque se lo asocia con el trabajo de salud pública, de los seguros de salud y la medicina para escolares. Los nombramientos en estos campos son mucho menos apreciados que los en medicina clínica; la remuneración es menor y, por lo general, no existe la posibilidad de devengar mayores ingresos por medio de la práctica privada.
- Hay muy pocos cursos de posgrado en los que se da capacitación teórica y práctica en epidemiología.
- Hay escasez de epidemiólogos capacitados en los departamentos de salud pública o medicina social de las universidades.

Investigación epidemiológica

Gran parte de la investigación epidemiológica se realiza en las universidades, institutos de investigación y otros centros de la CEE; sin embargo, todavía hay mucho por hacer para satisfacer el potencial para dichas investigaciones.

Lo anterior se debe principalmente a la falta de epidemiólogos capacitados y de personal de apoyo, y a que los ministerios de salud y las autoridades regionales pertinentes no emplean suficientes epidemiólogos para realizar investigaciones ni para prestar asesoramiento en salud y servicios afines en los niveles nacional, regional, de condado y de las grandes ciudades.

Existe el problema especial de que la investigación epidemiológica es difícil para una sola persona, porque,

por lo general, implica el acopio y análisis de una gran cantidad de datos. De ordinario se requiere un epidemiólogo para planear, organizar y preparar informes sobre la investigación, trabajadores de campo para acopiar datos, procesadores de datos y operadores de computador para ordenar y analizar los datos y estadísticos para prestar asesoramiento en el diseño de la investigación y en el análisis de la significación de los resultados.

Pese a estas dificultades, en la mayoría de los departamentos de salud pública o medicina comunitaria de las universidades se hace investigación epidemiológica, aunque a menudo a escala demasiado pequeña y con personal escaso. Es imposible abordar los problemas importantes a escala nacional con recursos tan limitados.

Algunos países, como Francia y el Reino Unido, han creado dependencias de investigación médica bien dotadas de personal, bien equipadas y financiadas por el Estado (en el Instituto Nacional de Salud y de Investigaciones Médicas y en las Divisiones de los Consejos de Investigaciones Médicas) para cubrir un amplio campo de estudios pertinentes, que incluyen la epidemiología.

Hay también unas pocas instituciones grandes financiadas por el Estado, tales como el Instituto de Epidemiología del Cáncer de Copenhague, la Junta de Investigaciones Medicosociales de Dublín y el Instituto Nacional de Salud de Roma, que tienen buena dotación de personal y equipo y donde se realizan investigaciones epidemiológicas en gran escala. Los Ministros de Salud envían los problemas que pueden ser sujeto de investigación epidemiológica a estos grandes institutos y unidades de investigación y algunas veces a las unidades de investigación sobre servicios de salud adscritos a los departamentos de medicina comunitaria de las distintas universidades. La OMS fomenta algunas investigaciones epidemiológicas en gran escala en la CEE, como el proyecto MONICA sobre la etiología de la arteriopatía coronaria en el que se emplean recursos locales.

Un aspecto de la información que es muy necesario ampliar es el establecimiento de enlace entre registros lo cual hoy en día es posible gracias al procesamiento por computadora de las fichas clínicas. Los registros que se enlacen deberán contener por lo menos los datos de nacimiento, de todos los ingresos hospitalarios, las defunciones y los datos censales. El empleo de esa información en gran escala ampliaría el conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad y la prognosis; sería muy útil también para fines de predicción y, quizá, para la prevención de varias afecciones.

Obstáculos

- El obstáculo más grave para la investigación epidemiológica en la CEE es la falta de epidemiólogos

capacitados a que se ha hecho referencia anteriormente.

- Los epidemiólogos no siempre pueden lograr acceso a los datos de salud y sociales básicos para fines de investigación. Entre estos se incluyen los certificados médicos de la causa de defunción, datos hospitalarios y de varios registros de morbilidad, datos de los seguros de enfermedad, además de datos de los nacimientos y del censo. Estos datos son instrumentos básicos de la epidemiología, esenciales para la mayoría de las investigaciones en este campo.

- Ha habido mucha preocupación por mantener la confidencialidad de los registros médicos. De ordinario, el epidemiólogo solo necesita la identidad de una persona para evitar duplicación de casos, en cuyo caso el uso de un número único para cada individuo—como se hace en Dinamarca—podría resolver en su mayor parte esta dificultad. Es posible que en algunos países se necesite legislación para garantizar el acceso necesario a los registros por parte de un investigador acreditado.

Epidemiología y política de salud en el ámbito nacional, regional y local

Durante los últimos cuatro decenios, los gobiernos de la CEE han aceptado cada vez mayor responsabilidad en la prestación de servicios de salud en el plano nacional. Los costosos adelantos en el diagnóstico y tratamiento, la proporción cada vez mayor de ancianos en la población y los estándares cada vez más altos de la atención médica y de enfermería han causado grandes incrementos en el costo de los servicios de salud. Los gobiernos deben tratar de contener estos costos en expansión y, por tanto, se preocupan porque los servicios prestados sean eficaces y eficientes. Todos los Estados Miembros reconocen que existe la necesidad de disponer de información precisa sobre la incidencia y distribución de la enfermedad y sobre la objetividad de los servicios de salud. Esto ha llevado al surgimiento de una nueva rama de la investigación médica—la investigación de servicios de salud—campo al que la epidemiología tiene mucho que aportar.

La necesidad de disponer de epidemiólogos y estadísticos médicos competentes en el Ministerio de Salud o en estrecha asociación con este es un hecho aceptado hoy en día en la mayoría de los países de la CEE. El Ministerio de la Juventud, la Familia y la Salud de la República Federal de Alemania, por ejemplo, desea fomentar la epidemiología para ampliar la prevención de la enfermedad y para incrementar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud. El Ministerio de Bienestar, Salud y Cultura de los Países Bajos ha reconocido explícitamente la necesidad de efectuar investigaciones sobre servicios de salud como medio para el establecimiento de la política respectiva.(1)

Sin embargo, las perspectivas de carrera que tiene un

médico joven que desee especializarse en epidemiología en la CEE no son muy buenas. El establecimiento de los Observatorios Regionales de Salud en cada una de las 22 regiones de Francia debería incrementar la demanda de médicos capacitados en epidemiología. En Italia existen 20 regiones, cada una con su propio ministerio de salud que tiene o tendrá un servicio de epidemiología. En todos los países de la CEE, se necesita un mayor número de epidemiólogos adiestrados para trabajar en el plano regional.

Su trabajo consiste o consistirá en lo siguiente:

- La determinación del estado de salud de la población de su región, la identificación de desigualdades en la salud de grupos poblacionales de la región y la causa de dichas desigualdades.
- La determinación de la efectividad y eficiencia de los servicios de salud de la región y la identificación de las necesidades que es preciso atender como parte del fortalecimiento de esos servicios.
- Asesoramiento a las autoridades regionales pertinentes sobre la forma de mejorar la salud y los servicios de salud en la región.

Comunicaciones

Una forma de acelerar el desarrollo de la epidemiología en la CEE consiste en ampliar las comunicaciones entre los epidemiólogos de los Estados Miembros. La Asociación Internacional de Epidemiología (IEA) ha hecho mucho para promover la epidemiología en la CEE por medio de sus 10 reuniones científicas internacionales, de las cuales seis se han realizado en Europa, y está bien representada en la CEE.

Se celebran también otras reuniones internacionales de epidemiólogos organizadas por diversos grupos de la CEE y países vecinos, por ejemplo, la Asociación de Epidemiólogos de Lengua Francesa (ADELF; Francia, Bélgica, etc.), las reuniones de medicina social de Irlanda (Irlanda del Norte y la República de Irlanda), las reuniones anglofrancesas y la Asociación Nórdica de Medicina Social.

Existen asociaciones científicas profesionales de carácter nacional en la mayoría de los países de la CEE a las que pertenecen los epidemiólogos, pero solo unas pocas se dedican exclusiva o considerablemente a la epidemiología.

En la mayoría de los países de la CEE existe por lo menos una revista de salud pública o medicina social, pero hay pocas dedicadas principalmente a la epidemiología.

En 1984 solo se podían obtener en la CEE algunos libros

de texto de epidemiología de contenido muy general en idiomas que no fueran inglés. Para el desarrollo de la epidemiología es importante disponer de más de un buen libro de texto en el idioma del país y en el que se empleen los datos nacionales y regionales respectivos. Las descripciones sobre la salud y los servicios afines de su propio país serán de mayor interés que las de otros países para el estudiante nacional que aspira a la licenciatura o para el ya egresado.

Por mucho tiempo se ha reconocido que las visitas a centros extranjeros destacados en su campo de competencia son una parte indispensable de la formación de especialistas. Esto reviste particular importancia en un campo relativamente nuevo como la epidemiología en el que quizá las oportunidades para perfeccionamiento de posgrado a nivel local sean limitadas. La OMS ha concedido becas que permiten a los futuros epidemiólogos pasar algunos meses o períodos prolongados en centros establecidos del exterior. La Fundación Rockefeller y otras instituciones como esta también han desempeñado un papel importante en hacer de esas visitas una realidad. Para el epidemiólogo recién egresado que necesita perfeccionamiento y práctica las visitas pueden ser de seis meses a un año y para el epidemiólogo establecido que desea aprender una nueva técnica o familiarizarse con las ideas y los métodos de investigación modernos en un campo en particular pueden ser bastante cortas, de solo unos pocos días o semanas.

Hoy en día son muy pocas las becas de que se dispone en la CEE para que las personas egresadas de la Universidad puedan perfeccionarse en el exterior.

Un Centro de Epidemiología para la CEE

Los países de la CEE tienen problemas de salud similares. El adelanto hacia su solución podría acelerarse si se reuniese la información disponible y se comparasen las tasas de morbilidad y mortalidad de los distintos países. Los Estados Miembros se adhieren a ciertas convenciones internacionales como las del empleo del Certificado Médico Internacional de Causa de Defunción y la Clasificación Internacional de Enfermedades; asimismo, la OMS publica un número limitado de datos sobre mortalidad. En estudios sobre la comparabilidad de los datos de mortalidad de los diversos países se ha demostrado que es posible efectuar comparaciones^(2, 3), pero se necesita dedicar más esfuerzos para estandarizar los términos de diagnóstico y efectuar comparaciones internacionales e interregionales confiables; para ello será preciso contar con la participación de epidemiólogos.

Debiera considerarse el establecimiento de una unidad de epidemiología y estadísticas de salud dentro de la CEE, que publique informes sobre la situación y los servicios de salud en toda la Comunidad.

Referencias

- (1) Van Etten, G. y Rutten, F. Health Policy and Health Services Research in the Netherlands. *Soc Sci Med* 17:119-126, 1983.
- (2) Heller, R.F. y Kelson, M.C. Respiratory disease mortality in agricultural workers in eight member countries of the European Community. *Int J Epidemiol* 11:170-174, 1982.
- (3) Kelson, M.C. y Heller, R.F. The effect of death certifications and coding practices on observed differences in respiratory disease mortality in eight EEC countries. *Rev Epidem et Santé Publ* 31:423-432, 1988.

(Fuente: John Pemberton, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Medicina de la Universidad de Sheffield, Sheffield, Reino Unido. Este artículo, reimpreso con la autorización del autor, se publicó por primera vez en el *International Journal of Epidemiology*, Vol. 15, No. 4, 1986.)

Carta al editor

12 de diciembre de 1986

Informes recientes de 12 casos confirmados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Costa Rica han generado interés en el grado de difusión del virus linfotrópico de células T humanas de tipo III/LAV (HTLV-III) en América Latina (1). Hasta la fecha, todos los casos de SIDA en Costa Rica han ocurrido en miembros de grupos previamente identificados como de alto riesgo—especialmente el de los hemofílicos. Para estudiar la posibilidad de transmisión heterosexual en Costa Rica hemos utilizado sueros recolectados en un estudio de casos y controles de base poblacional sobre cáncer del cuello uterino, realizado por la Asociación Demográfica de Costa Rica y otras instituciones. Los casos elegibles fueron todas las mujeres de 25 a 59 años de edad con cáncer cervical invasivo o *in situ* (CIS) diagnosticado entre enero de 1982 y marzo de 1984. Los controles provienen de una muestra nacional de mujeres de 25 a 59 años de edad y fueron seleccionados en una encuesta de hogares basada en el marco muestral del censo de 1984.

Entre septiembre de 1984 y enero de 1985, encuestadores entrenados administraron a los casos y a los controles un cuestionario estandarizado sobre factores de riesgo reproductivos y sexuales. Durante la encuesta se recolectó suero de 765 controles, 183 casos de cuello uterino invasivo y 492 casos de CIS. Decidimos hacer la prueba para VHI en dos etapas: primero se analizaría el suero de las mujeres con alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual, y, de detectarse algún suero positivo en la fase

inicial, se procedería al análisis de la totalidad de los sueros.

Del grupo de los controles seleccionamos a 81 mujeres que tenían antecedentes de haber tenido cuatro o más compañeros sexuales a lo largo de su vida, o bien presentaban una prueba serológica de MHA-PT positiva para la sífilis. También analizamos sueros de 15 casos de CIS y 5 casos de cáncer invasivo con una historia de 10 o más compañeros sexuales a lo largo de su vida. De estos sueros, solamente tres reaccionaron débilmente a los anticuerpos de HVI con la prueba ELISA (Laboratorio Abbott, North Chicago, Illinois). Estos tres fueron negativos para la prueba del Western Blot (2) y son por lo tanto probablemente falsos positivos.

Dado que la infección con HVI no se confirmó en ninguna de las 101 mujeres con alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, no se realizaron análisis ulteriores, y nuestra conclusión es que la infección con HVI es rara en la población general de Costa Rica.

Referencias

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de SIDA en las Américas. *Bol. Epidemiol.* 6(5):13-14, 1985.
- (2) Tsang, V.C.W., Peralta, J.M. y Simons, A.R. Enzyme-linked immunoelectrotransfer blot techniques (EITB) for studying the specificities of antigens and antibodies separated by gel electrophoresis. En J.J. Langone y H.V. Vunakie (eds). *Methods in Enzymology*. Immunochemical Techniques. Parte E. págs. 377-391, Academic Press, Nueva York, 1983.

Mark W. Oberle,
Charles A. Schable,
Mary E. Guinan.
Centros para el Control de Enfermedades,
Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América.
Luis Rosero,
Universidad de Costa Rica (INISA)
San José, Costa Rica.

tados con anterioridad—y con grupos control adecuados—sirvió para determinar en forma rápida que en su inicio la epidemia no estaba tan ampliamente difundida como se suponía. Estudios similares en muestras pequeñas de grupos poblacionales con distintos niveles de riesgo tales como mujeres embarazadas y pacientes hospitalizados por un lado y prostitutas, adictos a drogas de administración endovenosa y hombres homosexuales/ bisexuales por otro, a menudo son útiles para establecer la magnitud del problema ocasionado por una enfermedad infecciosa determinada y ayudan a entender el mecanismo de su transmisión. Estudios de esta naturaleza han sido iniciados en muchos países de las Américas.

El programa especial global de la OMS contra el SIDA pone énfasis en la necesidad de determinaciones iniciales rápidas por medio de estudios serológicos de prevalencia como un primer paso en el establecimiento de un programa nacional para la prevención y control del SIDA. La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud está dispuesta a apoyar a los países en la realización de determinaciones rápidas similares.

Respuesta del editor

Aunque los datos presentados en la carta al editor en relación a la difusión del SIDA en Costa Rica provienen de un estudio realizado entre 1982 y 1984, son mostrados aquí como ejemplo de un procedimiento para la determinación rápida de la magnitud de la epidemia inicial del SIDA y la infección con virus de inmunodeficiencia humana (VIH, conocido previamente como HTLV-III/LAV) en Costa Rica. Un diseño de investigación relativamente sencillo, basado en el uso de sueros recolec-

A nuestros lectores

Lamentamos el retraso que ha sufrido la publicación de los últimos números del *Boletín Epidemiológico*, el que se debe en gran parte a restricciones de índole logística. A fin de poner al día la publicación, el Volumen 8 tendrá un total de solo tres ediciones y confiamos en que ello nos ayude a hacerles llegar el *Boletín* en forma más oportuna.

Enfermedades Sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

**Casos y defunciones por cólera, fiebre amarilla y peste
notificados en la Región de las Américas, hasta el
30 de junio de 1987.**

País y división administrativa principal	Cólera casos	Fiebre Amarilla		Peste casos
		Casos	Defunciones	
BOLIVIA	-	15	11	-
La Paz	-	15	11	-
BRASIL	-	5	4	3
Bahía	-	-	-	3
Goiás	-	5	4	-
COLOMBIA	-	2	2	-
Santander	-	2	2	-
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	1	-	-	6
Arizona	-	-	-	1
Colorado	-	-	-	1
Idaho	-	-	-	1 ^a
Luisiana	1	-	-	-
Nuevo México	-	-	-	3 ^b
PERU	-	112	108	-
Ayacucho	-	14	14	-
Cuzco	-	14	14	-
Huánuco	-	29	29	-
Junín	-	21	19	-
Madre de Dios	-	15	15	-
Pasco	-	1	1	-
San Martín	-	16	14	-
Ucayali	-	2	2	-

^a Caso sospechoso

^b Incluye dos casos sospechosos



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, E.U.A.