



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXXV Reunión

Washington, D.C.
Septiembre 1991

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



XLIII Reunión

Tema 5.8 del programa provisional

GD35/20 (Esp.)

20 agosto 1991

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

EL COLERA EN LAS AMERICAS

Por primera vez en el presente siglo, el cólera epidémico azotó a las Américas en enero de 1991, durante los últimos siete meses han ocurrido en Perú, Ecuador, y Colombia más de 270.000 casos, además de otros en Chile, Brasil, Estados Unidos de América, México y Guatemala. Tomando en cuenta las características del cólera, se prevé que otros países padezcan la epidemia en los próximos meses y años y que el cólera pase a ser endémico en algunas áreas de la Región. En consecuencia, es esencial que todos los países estén preparados para un posible embate del cólera y para ello formulen planes nacionales para luchar contra esta enfermedad. Los planes nacionales deben incluir elementos de vigilancia, manejo de situaciones críticas, planificación financiera, manejo de casos, investigación epidemiológica, saneamiento ambiental, inocuidad de alimentos, educación en salud, estudios de laboratorio y gestión de la información.

La OPS debe apoyar la formulación y la ejecución de los planes nacionales, preparar un plan regional e identificar los posibles recursos disponibles para los esfuerzos nacionales y regionales de prevención y control.

La OPS ha dividido las acciones contra la epidemia en dos fases: la primera de emergencia de tres años y la segunda de inversión que tendrá una duración de 12 años. Se estima que la fase de emergencia requiere US\$610 millones para los planes de los países y algunas actividades subregionales y regionales. Para la fase de inversión se necesitarán \$200.000 millones para corregir las deficiencias que afectan a las infraestructuras ambientales y de salud que han contribuido a la propagación del cólera. Los países tendrán que aportar una parte significativa de los recursos y otra parte deberá ser solicitada a los organismos internacionales. Hasta mediados de agosto, la OPS ha participado en la movilización de más de \$12 millones donados por varios países, la Comunidad Europea y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La OPS está discutiendo proyectos con otras organizaciones, pero es claro que hay necesidad de movilizar rápidamente muchos más recursos financieros.

La discusión durante la reunión del Comité Ejecutivo abordó aspectos relativos al papel de las comisiones nacionales para el control del cólera, las estrategias alternativas para enfrentar el problema, la priorización de estudios de nuevas vacunas, la conveniencia de fortalecer el control de las enfermedades diarreicas, la relevancia de la comunicación social, la incentivación de la participación social, la necesidad de informar y compartir la información del problema, las acciones de control y la cantidad de inversión necesaria para el futuro inmediato. Como resultado de la discusión se han introducido cambios en el documento presentado al Comité Ejecutivo (ver Anexo) que clarifican el papel de las comisiones nacionales, destacan la importancia del apoyo a los estudios de nuevas vacunas, señalan la necesidad de vigorizar los programas de control de diarreas y enfatizan la importancia de la comunicación social y la participación comunitaria. También se ha actualizado la descripción de la epidemia y el estado de la movilización de los recursos.

La Resolución XI, aprobada por el Comité Ejecutivo y que se incluye a continuación, sugiere un proyecto de resolución que abarca las políticas que proponen para consideración del Consejo. Se pide a los Miembros del Consejo Directivo que examinen este documento preparado para su discusión y que decidan sobre las políticas a desarrollar, y presenten orientaciones para la Secretaría, así como recomendaciones para los países.

LA 107a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el informe del Director (Documento CE107/25 y ADD. I) sobre la situación del cólera en las Américas,

RESUELVE:

Proponer al Consejo Directivo la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA XXXV REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la extensión de la epidemia de cólera que afecta varios países de la Región;

Reconociendo que, ante la amenaza de la introducción de la enfermedad a los demás países de la Región, se deben adoptar acciones concretas para limitar su propagación y para prevenir la mortalidad y disminuir la morbilidad causada por esta enfermedad;

Reconociendo que las vacunas parenterales actualmente disponibles no son recomendadas para la prevención o control del cólera;

Reconociendo la vinculación entre la ocurrencia del cólera y la situación socioeconómica y sanitaria de las áreas afectadas;

Reconociendo la iniciativa del Director de coordinar la respuesta de la Organización en esta emergencia;

Habiendo recibido la información sobre las acciones subregionales de los países andinos y del istmo centroamericano para la preparación de planes coordinados para hacer frente a la emergencia así como fortalecer los preparativos ante la amenaza, e

Habiendo recibido la información sobre la estrategia general propuesta por la Organización para abordar el problema, y de la Resolución WHA44/6,

RESUELVE:

1. Hacer un llamamiento a la comunidad internacional para intensificar la cooperación solidaria con los países afectados o amenazados por el cólera.
2. Urgir a los organismos internacionales y regionales pertinentes a dar mayor prioridad a la concesión a esos países de la cooperación técnica y financiera que soliciten para enfrentar la lucha contra el cólera.
3. Expresar sus agradecimientos por la respuesta que hasta la fecha ha dado la Organización, en apoyo de los esfuerzos de los Gobiernos Miembros por contener la epidemia del cólera en la Región.
4. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Notifiquen inmediatamente cualquier caso de cólera de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional;
 - b) No apliquen a los países afectados por la epidemia restricciones sin justificación desde el punto de vista de la salud pública al tránsito de viajeros y a la importación de productos procedentes de esos países;
 - c) Establezcan y ejecuten planes nacionales para la prevención y control del cólera en los que se identifiquen las áreas y grupos de población mas vulnerables; asignar los recursos requeridos para el inicio de dichos planes, asegurando el uso de un enfoque intersectorial, abordando la necesidad de una comunicación social efectiva, e indicar las necesidades de cooperación técnica y financiera internacional en el contexto de la estrategia general de la Organización;
 - d) En los países aún no afectados por la epidemia, fortalezcan su capacidad en cuanto a: la vigilancia epidemiológica, el mantenimiento del agua potable, la diseminación de información y el adecuado manejo de casos.

5. Solicitar al Director que:

- a) Fortalezca las medidas que aseguren la respuesta pronta y eficaz de la Organización ante las necesidades de los países afectados o amenazados por el cólera;
- b) Asegure que la Organización desempeñe una función activa y creativa en la movilización de recursos provenientes de todo tipo de fuentes destinados a proveer a los países de la Región el apoyo financiero que requieran para sus planes de prevención y control del cólera;
- c) Coordine las acciones regionales de lucha contra el cólera, a fin de que los recursos técnicos y financieros se utilicen con la mayor eficiencia posible;
- d) Continúe las actividades encaminadas a desarrollar y evaluar nuevas vacunas eficaces contra el cólera;
- e) Prosiga sus esfuerzos en colaboración con los Gobiernos Miembros y las agencias y organizaciones interesadas para implementar la estrategia general propuesta mediante la elaboración de planes, programas y proyectos para su puesta en marcha y plena ejecución.

Anexo

EL COLERA EN LAS AMERICAS

CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. Antecedentes históricos	1
II. Situación epidemiológica.	1
III. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud	4
IV. Planificación para el futuro.	9
V. Conclusión	13
Anexo I: Cuadros y figuras	
Anexo II: Borrador de Plan Regional para la Prevención y Control del Cólera - Fase Emergencia	

EL COLERA EN LAS AMERICAS

I. ANTECEDENTES HISTORICOS

La mayoría de los países de las Américas fueron afectados por el cólera desde la segunda hasta la quinta pandemia que propagaron la enfermedad extensamente entre 1830 y 1890. Afortunadamente, las Américas estuvieron libres del cólera epidémico durante los primeros 90 años de este siglo, lo que se ha atribuido, por lo menos en parte, a la instalación de sistemas de tratamiento de aguas prácticamente en todas las ciudades principales de las Américas desde comienzos del siglo. Hacia 1870 se había generalizado la filtración de aguas y la cloración en 1910. Las Américas lograron ser la única región libre del cólera durante los primeros 30 años de la séptima pandemia, que empezó en Indonesia en 1961 y llegó a gran parte del mundo durante sus primeros 10 años, incluyendo Africa Occidental en 1970. El cólera se propagó rápidamente a través de Africa desde 1970 a 1973 y desde entonces ha seguido siendo endémico en varios países. En Italia, Portugal y España también ocurrieron epidemias en la década de los 70, pero una vez que se aplicaron las medidas de control adecuadas, el cólera fue erradicado de estos países. Estados Unidos de América y Canadá notificaron varios casos importados y desde 1973, los Estados Unidos de América también ha notificado casos autóctonos ocasionales relacionados con el consumo de alimentos de origen marino, mal cocidos, provenientes de la costa del Golfo. Sin embargo, las cepas de Vibrio cholerae serogrupo 01, aisladas de casos autóctono en los Estados Unidos de América eran diferentes del biotipo de la pandemia, el V. cholerae El Tor.

La OPS sigue con la hipótesis de que la epidemia actual se diseminará a la mayoría de los países y se hará endémica en varios.

II. SITUACION EPIDEMIOLOGICA

A. Perú

Los primeros casos de cólera en Perú se notificaron el 23 de enero en Chancay, en la costa del Pacífico en las cercanías de Lima y casi simultáneamente en Chimbote, un puerto importante situado a 400 km al norte de Lima. Fue aislado e identificado el V. cholerae, variedad serogrupo 01, biotipo El Tor, serotipo Inaba por el Instituto Nacional de Salud de Perú y posteriormente confirmado por los Centros para el Control de Enfermedades de EUA. Durante la siguiente semana, fueron notificados casos en Lima, Piura y otras comunidades situadas a lo largo de la franja costera de 1200 km. situada al norte de la capital. Desde entonces, la epidemia se ha propagado hacia el sur y a los departamentos del interior, incluyendo Iquitos, que tiene un puerto importante sobre el río Amazonas. Cuzco fue el último departamento en ser afectado y ello ocurrió en mayo. Al 1 de agosto, se había notificado un total acumulativo de 238.261 casos probables y 2.387 defunciones (Cuadro 1)*, hallándose las tasas más elevadas de ataque en los departamentos costeros (Figura 1). La

incidencia semanal de casos ha descendido desde el 15 de abril (Figura 2), por lo menos en los departamentos más afectados. Más de 80% de los casos de cólera han ocurrido en personas de más de 10 años de edad, lo que constituye un patrón contrario al de otras enfermedades diarreicas en Perú. La razón de letalidad en Perú ha sido notablemente baja durante toda la epidemia, promediando un 0,1% de todos los casos, y esto se debe en gran parte a un programa de control de las enfermedades diarreicas bien organizado que ha facilitado la obtención de las sales de rehidratación oral y ha promovido el manejo adecuado de los pacientes con diarrea mediante actividades de adiestramiento continuo. Sin embargo, la letalidad ha superado el 2% en varios departamentos del interior, donde las campañas educativas han sido menos eficaces y es más difícil tener acceso a los servicios de atención médica (Figura 3).

Las investigaciones epidemiológicas en Perú han revelado varios mecanismos causantes de la propagación del cólera. El factor de riesgo principal en las ciudades ha sido el beber agua sin tratar o sin hervir. Varios estudios ambientales realizados en las primeras fases de la epidemia encontraron elevados niveles de coliformes fecales y ausencia de cloro residual en varios sistemas municipales de agua. El Vibrio cholerae, fue aislado en no menos de tres sistemas de agua así como también en múltiples muestras ambientales, incluyendo aguas costeras y de ríos. Otros factores de riesgo incluyen el consumo de alimentos y bebidas, especialmente de hielo suministrado por vendedores callejeros, consumo de alimentos que han permanecido más de tres horas sin refrigeración y sin recalentar y colocar las manos directamente en el agua potable depositada en recipientes domésticos. Otros factores considerados de importancia en el Perú han sido el consumo de alimentos crudos de origen marino, principalmente los preparados como el ceviche, y la descarga de desechos no tratados en los ríos y en el océano.

B. Ecuador

El primer caso de cólera en Ecuador se notificó el 1 de marzo, aproximadamente un mes después del inicio de la epidemia en Perú, y ocurrió en la provincia de El Oro entre un grupo de pescadores de larvas de camarones que trabajaban en aguas peruanas. La comunidad probablemente propagó esa infección a través de un pozo de abastecimiento de agua que fue contaminado por un pozo séptico que se rebosaba al subir la marea. Desde entonces, el cólera ha llegado a 19 provincias del Ecuador con 31.881 casos y 505 defunciones (Cuadro 2). Las tasas más altas del ataque se han observado a lo largo de la costa. La incidencia de casos a nivel nacional está en descenso (Figura 4).

C. Colombia

Colombia notificó su primer caso el 10 de marzo, cuando se confirmó que un hombre adulto, procedente de una localidad al margen del río Mira, a 20 km al sur de Tumaco, en el Departamento de Nariño (ubicado en la costa del Pacífico cerca de la frontera con Ecuador), estaba infectado con

* Los cuadros y figuras se presentan en el Anexo I.

V. cholerae. El paciente no tenía historia de viaje o ninguna conexión evidente con Ecuador o Perú. Los casos subsiguientes se notificaron a partir del 26 de marzo en Tumaco y Salahonda. Desde entonces, la infección se ha propagado a otros (12) departamentos: Cauca, Valle, Choco, Tolima, Cundinamarca, Huila, Santander, Caldas, Córdoba, Amazonas, Guaviare y Meta. En Colombia se han registrado 4.292 casos y 76 defunciones; 3.991 casos han ocurrido en los departamentos de Narino, Cauca y Valle hasta el 30 de julio (Cuadro 3 y Figura 5).

D. Brasil

El primer caso de Brasil se detectó el 10 de abril en un individuo de la Isla de Santa Rosa en el río Amazonas en la frontera de Brasil con Colombia y Perú. Posteriormente, se han confirmado 31 casos más, 28 de los cuales han ocurrido en la misma área del Estado del Amazonas (Tabatinga, Benjamin Constant y Atalaia do Norte); seis de estos casos eran importados (Cuadro 4). El caso más reciente en esta área ocurrió el 28 de mayo. Otro caso se identificó en Ponte Lacerda en el Estado de Mato Grosso, pero cualquier relación con los otros casos no está clara (Figura 6).

E. Chile

Chile notificó su primer caso el 12 de abril en un adulto de sexo masculino en el área metropolitana de Santiago. Desde entonces, Chile ha confirmado 41 casos y dos muertes, todos en personas de 10 años de edad en adelante. Todos a excepción de 6 casos ocurrieron en el área de Santiago y 35 de ellos fueron en abril (Figura 7). El último caso ocurrió el 23 de mayo (Figura 8). El factor de riesgo más importante ha sido el consumo de hortalizas crudas. Se han aplicado medidas para restringir la distribución de hortalizas regadas con agua contaminada por aguas residuales y así luchar contra la epidemia de cólera en Chile.

F. Estados Unidos de América

El primer caso de cólera en los Estados Unidos de América en 1991 ocurrió el 9 de abril en un individuo que asistió a una conferencia médica en Lima. Posteriormente, se han confirmado 13 casos adicionales en los Estados Unidos de América, uno en una persona que viajó a América del Sur y 12 en personas que comieron carne de dos cangrejos de mar diferentes introducidos al país sin las autorizaciones comerciales correspondientes por personas que regresaban del Ecuador. No ha habido pruebas de una propagación subsiguiente en los Estados Unidos de América.

G. México

El primer caso se detectó el 13 de junio en San Miguel de Totomoloya (Cuadro 5), una comunidad rural de 1.100 habitantes, que presentó 27 casos. Las autoridades de salud realizaron una campaña de prevención y control que incluyó visitas a la totalidad de los domicilios. Posteriormente han sido identificados otros focos de infección de cólera, y hasta el 27 de julio se habían confirmado 257 casos y dos defunciones, distribuidos en los Estados de México (32), Hidalgo (183), Veracruz (7), Puebla (11) y Chiapas (24). La Figura 9 corresponde a 65 casos de México e Hidalgo.

H. Guatemala

El primer caso de cólera se informó el 24 de julio en un paciente masculino residente de La Gloria, departamento de San Marcos, cercano a la frontera mexicana. Posteriormente no se han notificado nuevos casos de cólera hasta el 10 de agosto.

III. RESPUESTA DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

A. Respuesta general

Cuando se detectaron por primera vez los casos de cólera, la Oficina de Representantes de la OPS/OMS (PWR) en Perú y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), ubicado en Lima, de inmediato participaron en las acciones emprendidas por el Perú para confrontar la epidemia. En la Sede de la OPS, se formó un Grupo de Trabajo del Cólera para coordinar la respuesta internacional, identificar los recursos humanos y financieros para abordar la emergencia y proporcionar información esencial a los Países Miembros y a otras organizaciones interesadas. El Grupo de Trabajo, que se reúne varias veces por semana, incluye a representantes de los Programas de la OPS que se ocupan de las enfermedades diarreicas, laboratorio, preparativos para situaciones de emergencia y casos de desastre, información, enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, inocuidad de los alimentos, investigación y epidemiología; coordinado por el Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias.

Una de las primeras iniciativas de la Organización fue la de asegurar que Perú tuviera los medios para proporcionar la atención médica necesaria para los casos de cólera. Se organizaron remesas adicionales de sales de rehidratación oral (SRO), líquidos intravenosos, antibióticos y otros suministros médicos esenciales, y se buscaron los recursos externos para abordar el desastre. La OPS actuó como punto focal para coordinar la respuesta internacional basada en una solicitud inicial de US\$3,84 millones que fue preparada por el Ministerio Peruano de Salud. La OPS ha procesado \$2,09 millones en asistencia externa a Perú, de la cual cerca de la mitad se ha destinado a suministros médicos y a las SRO.

Otra inquietud inmediata era la repercusión económica de las restricciones iniciales a las importaciones de productos peruanos impuestas por algunos gobiernos. Se hizo un esfuerzo especial para suministrar información acerca del bajo nivel del riesgo y para aclarar la situación, con la finalidad de evitar o eliminar políticas restrictivas y limitar su repercusión. La OPS ha continuado asesorando en cuanto a las restricciones a los productos importados a medida que otros países han empezado a sufrir la infección.

A medida que se ampliaban los esfuerzos para luchar contra la epidemia, se usó aproximadamente un millón de dólares en fondos externos para el saneamiento ambiental, la educación en salud, apoyo de laboratorios y las intervenciones afines. La Oficina del PWR ha permanecido sumamente activa en el apoyo de la compra y distribución local de los

suministros y en la adquisición de la pericia técnica necesaria. Todas las oficinas de la OPS han participado en la difusión de la información de salud a través de la televisión y los periódicos, incluyendo suplementos especiales sobre la prevención del cólera.

Cabe mencionar que otros Países Miembros han prestado una asistencia considerable, tanto en material y personal, al Perú, y la OPS ha considerado esto como un ejemplo excelente de cooperación técnica y de colaboración. La Oficina del PWR ha coordinado activamente gran parte de la asistencia bilateral al Perú.

En los otros países latinoamericanos afectados por el cólera, la respuesta de las Oficinas de la OPS/OMS ha sido tan inmediata y completa como en Perú. Los epidemiólogos de la OPS y otros funcionarios han participado en las investigaciones de campo y han ayudado a los gobiernos a instituir las medidas de control. Los funcionarios de la sede han proporcionado ayuda técnica para muchas áreas, incluyendo manejo de casos, saneamiento ambiental inocuidad de los alimentos y otros.

B. Respuesta de emergencia y movilización de recursos

El manejo de situaciones de crisis es aplicable a las emergencias en gran escala. Además de la información epidemiológica proporcionada por la OPS a todos los países miembros, la información sobre las necesidades de salud de la emergencia se ha canalizado regularmente a la Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas para el Socorro en Casos de Desastre (UNDRO). Los informes de la situación preparados por UNDRO se han distribuido en todo el mundo entre los países miembros de las Naciones Unidas y se han convertido en mecanismos eficaces para garantizar y coordinar la asistencia internacional. También se solicitaron y obtuvieron fondos de los organismos bilaterales y multilaterales, incluyendo la Comunidad Europea y los gobiernos de Canadá, Alemania, Países Bajos, Reino Unido e Irlanda. Una subvención de \$1 millones aportada por el Banco Interamericano de Desarrollo proporcionó apoyo a la producción local de las sales de rehidratación oral, mejora de calidad del agua, suministros de laboratorio, educación en salud y operaciones esenciales de campo.

El fortalecimiento de las capacidades nacionales en la rápida movilización de recursos, la cooperación interpaís e intersectorial, la logística y comunicaciones de emergencia, han sido promovidos por la OPS como componentes importantes de la fase de emergencia de la estrategia de prevención y control del cólera en la Región. A nivel del país, los coordinadores de desastres en salud han participado a fondo en el manejo diario de la emergencia, en cooperación con otros organismos, como las unidades de defensa civil, la Cruz Roja y diversas organizaciones no gubernamentales.

Hasta mediados de agosto, la OPS ha participado en la movilización de más de US\$12 millones donados por varios países, la Comunidad Europea y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La OPS está discutiendo proyectos regionales y subregionales y apoyo a los planes nacionales con el fin de buscar fondos suficientes para las fases de emergencia e inversión a largo plazo. En base a las necesidades de financiamiento

(ver la sección IV), se requiere encontrar una cantidad significativa de los recursos adicionales para control y prevención del cólera, tanto de proveniencia nacional como de apoyo internacional.

C. Control de enfermedades diarreicas

Junto con USAID y UNICEF, la OPS ha ayudado a todos los Países Miembros con y sin cólera a desarrollar un programa de control de enfermedades diarreicas sumamente eficaz. Durante la epidemia, ha continuado dando su apoyo a este programa, y la OPS ha tratado de consolidar la producción y distribución local de las SRO. También se ha destacado el manejo adecuado de casos, incluyendo la rehidratación enérgica y el uso preferente de las SRO en lugar de los líquidos intravenosos, siempre que sea posible. Se han preparado y distribuido normas técnicas para el manejo de casos de cólera para su adaptación a nivel de país. También se preparó y distribuyó a todos los países un módulo de adiestramiento sobre el cólera, describiendo las características epidemiológicas y clínicas y los procedimientos de laboratorio y de control. Las acciones para enfrentar el cólera están contribuyendo a mejorar la organización y ampliación de los programas de control de diarreas. Se ha visto, por ejemplo, que las comisiones nacionales de control del cólera, por su carácter intersectorial, cumplen importantes funciones de coordinación que van más allá de las tareas que generalmente cumplían las comisiones de control de diarreas.

D. Epidemiología

Las investigaciones para apoyar con datos sobre la distribución del cólera y los factores relacionados con su transmisión se empezaron tan pronto fueron notificados los primeros casos. Varios de estos estudios fueron hecho por el Programa Peruano de Adiestramiento Epidemiológico de Campo. Debido a la magnitud de la epidemia, fue solicitada asistencia epidemiológica a los Centros para el Control de Enfermedades, y varios otros países enviaron a sus epidemiólogos. Con el tiempo, las investigaciones fueron ampliadas para incluir estudios de contaminación ambiental y de alimentos, también apoyados por los consultores expertos. Como resultado, se ha logrado una imagen bastante completa de la epidemiología del cólera en el Perú, lo que permite la aplicación de medidas de control específicas.

Los epidemiólogos de la OPS han proporcionado asistencia técnica a Ecuador y Colombia y han participado muy de cerca en varias investigaciones de campo. En Chile, la información epidemiológica ha permitido la ejecución exitosa de intervenciones específicas. Las investigaciones en Brasil han definido el grado de la enfermedad, que hasta este momento se ha limitado.

Ha sido importante proporcionar información acerca de la prevención y el control de cólera a todos los países, para que pudieran tomar las medidas que los preparen para la posible introducción del cólera. A los pocos días de las primeras notificaciones de casos en el Perú, se envió a todos los países la revisión de 1991 del proyecto de las Normas de la OMS para el Control del Cólera. Posteriormente, las normas fueron traducidas al español y al portugués y se distribuyeron nuevamente en esos idiomas.

A fines de abril se celebró una reunión a la cual asistieron representantes de 17 países latinoamericanos para revisar las medidas de prevención y control de cólera y ayudar los países a preparar planes nacionales integrales. Otras reuniones similares se celebraron en el Centro de Epidemiología del Caribe para los países del Caribe de habla inglesa y en San José, Costa Rica, para Centroamérica y Panamá. Todos los países de la Región han iniciado planes para la vigilancia, prevención y control del cólera, y muchos han llevado a cabo sus planes activamente.

E. Salud ambiental

Se ha realizado un esfuerzo considerable para identificar los factores ambientales que han contribuido a la propagación del cólera en Perú y, posiblemente, a otros países. Se han aplicado medidas de emergencia para mejorar la calidad del agua potable, especialmente para asegurar la cloración adecuada en lugares donde ya hay sistemas de agua corriente y para proporcionar medios prácticos de desinfección donde esos sistemas no existen o son inadecuados. También se ha hecho énfasis en la intensificación del monitoreo de la calidad y la cantidad del agua. Se están llevando a cabo esfuerzos continuos por mejorar la eliminación de excretas humanas en las comunidades y hospitales.

F. Inocuidad de los alimentos

La mayoría de los brotes de cólera ocurridos en el mundo han guardado relación con el consumo de productos alimentarios contaminados, como los moluscos y los crustáceos crudos cosechados en aguas contaminadas con aguas servidas o con agua mal tratadas. En consecuencia, se ha iniciado una campaña educativa para enseñar a la población cómo preparar y manejar los alimentos para evitar la contaminación con el V. cholerae o su transmisión.

La presencia del cólera en un país suele generar temor en otros, lo que los lleva a tratar de impedir la introducción del cólera prohibiendo la importación de alimentos desde los países infectados. Sin embargo, no se tienen pruebas de casos bien documentados sobre la introducción del cólera por medio de productos alimentarios comerciales, y no es probable que ello ocurra. En vista de que todos los países afectados en Sudamérica exportan productos alimentarios a otros países dentro y fuera de la Región, la OPS los ha asesorado indicándoles que el riesgo asociado con estos productos es limitado y trató de asegurarles que la importación de sus productos no se restringe o prohíbe si ello no es necesario. Sin embargo, unos cuantos países, incluyendo algunos de América Latina, continúan restringiendo las importaciones de los países que han notificado casos de cólera.

G. Laboratorio

La capacidad para aislar y confirmar la presencia de V. cholerae es esencial en todos los países expuestos al riesgo de la enfermedad, que en los actuales momentos suponemos que son todos los países de la Región. La OPS, mediante el suministro de normas, reactivos y muestras de control ha intentado mejorar la capacidad de los laboratorios de toda la Región para que puedan aislar e identificar al V. cholerae a partir de

muestras humanas y ambientales El adiestramiento de parte del personal nacional se ha efectuado gracias a los fondos para becas. Con la finalidad de asegurar que al menos los laboratorios centrales de referencia cuenten con la capacidad y los materiales necesarios se han previsto cursos en procedimientos de laboratorio para el segundo semestre de 1991. La OPS, en colaboración con U.S. Food and Drug Administration está preparando cursos sobre la detección de V. cholerae en los alimentos.

H. Vacunas

La OPS y la OMS han recomendado que la vacuna contra cólera no sea empleada para luchar contra la epidemia ya que la vacuna parenteral actual cuenta con una eficacia limitada en cuanto a protección y no previene la transmisión del V. cholerae. En otras regiones se han realizado investigaciones sobre otras vacunas contra el cólera y la OPS convocó una reunión de expertos en vacunas contra el cólera el 26 y el 27 de abril para formular recomendaciones sobre cuál debe ser el enfoque a las vacunas en este hemisferio. Los expertos reafirmaron que la vacuna parenteral actual no debe emplearse en la prevención o el control de la enfermedad. Los expertos recomendaron que se inicie en 1991, en varios países latinoamericanos, el estudio tanto de la vacuna de células enteras muertas/subunidad B, como de la vacuna oral de células vivas atenuadas y que, si los resultados obtenidos fuesen prometedores, se realizaran pruebas de campo en gran escala en 1992. La OPS/AMRO coordinaría estos estudios para los Países Miembros, junto con el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas en la Sede de la OMS.

I. Información

La demanda de la información sobre el cólera por parte del público, la prensa y las comunidades de salud ha aumentado exponencialmente desde que se notificó el brote ocurrido en las Américas. La OPS ha asumido un papel activo al responder a las consultas, puesto que considera esencial proporcionar información a todas las comunidades interesadas y que la comprensión total de la situación generará respuestas más racionales y eficaces. Se han organizado entrevistas por radio y televisión y se han distribuido ampliamente materiales que describen la situación de cólera, su historia, las medidas de salud ambiental, la epidemiología y el riesgo limitado de transmisión por medio de productos alimentarios comerciales. La OPS ha proporcionado apoyo total a los esfuerzos de educación en salud a nivel de los países, colaborando con un equipo de producción de video y un grupo de fotógrafos en Perú, para obtener materiales para las campañas de educación e información. La OPS también ha trabajado estrechamente con las Oficinas del PWR para divulgar rápidamente información sobre la forma de prevenir el cólera, especialmente para quienes se encuentran más expuestos al riesgo de contraer la infección. Debido a la necesidad urgente de informar a las personas en todos los sectores, se desarrollaron simultáneamente varios elementos de campañas educativas a la vez que se formulaba un proyecto mayor y a más largo plazo y se buscaba el financiamiento para apoyar a los países en sus esfuerzos para informar y educar al público. La OPS ya ha desarrollado un kit informativo, que se divulgará por intermedio de las Oficinas del PWR, que contiene manuales de instrucciones sobre cómo organizar y llevar a cabo una campaña de información de salud pública; videos de la televisión comercial que

respaldan las campañas nacionales y documentales sobre el cólera; spots publicitarios en la radio; materiales impresos para las comunicados de prensa; información básica sobre el cólera y su prevención; y fotografías y dibujos.

IV. PLANIFICACION PARA EL FUTURO

Para fines de planificación y funcionamiento, la respuesta a la epidemia del cólera puede dividirse en fases de emergencia y de largo plazo. La etapa de emergencia incluirá aquellas medidas necesarias para controlar la actual epidemia, reducir la amenaza inmediata de epidemias futuras y minimizar las repercusiones del cólera en los próximos dos a tres años. La fase a largo plazo está destinada a mejorar la infraestructura de salud, inocuidad de los alimentos y servicios ambientales, de tal forma que la amenaza del cólera sea eliminada de la Región durante los próximos 10 años.

A. Fase de emergencia

Se ha desarrollado un Borrador de Plan Regional para la Prevención y el Control del Cólera - Fase Emergencia (ver Anexo II) como base para las actividades en toda la Región durante los próximos dos a tres años, lo que complementará las medidas tomadas en cada País Miembro. El Plan Regional tienen tres objetivos generales:

- i) Reducir el riesgo de la propagación del cólera;
- ii) Reducir la morbilidad y la mortalidad relacionada con el cólera, y
- iii) Reducir la repercusión social y económica del cólera.

El Plan tiene cinco componentes:

1. El primero es el apoyo a los planes nacionales, que incluye seis áreas prioritarias para la acción: a) deben establecerse y consolidarse las comisiones nacionales sobre el cólera con participación multisectorial y multidisciplinaria para coordinar el desarrollo y la ejecución de los planes nacionales y preparar procedimientos operativos para atención y distribución de materiales y suministros, además del importante papel que tendrán en el esclarecimiento de aspectos del problema entre los sectores integrantes; b) debe establecerse la vigilancia activa para el cólera para así poder identificar y notificar con prontitud las características epidemiológicas de cualquier caso que ocurra; c) debe enseñarse el manejo adecuado de casos a quienes prestan servicios de atención médica y los sistemas locales de salud deben contar con un suministro adecuado de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad; d) deben ser prioritarias las intervenciones para mejorar la calidad del agua y la inocuidad de los alimentos y para la eliminación segura de los desechos humanos de ciertos lugares seleccionados (por ejemplo, hospitales), haciendo énfasis en medidas rápidas y prácticas en la fase de la emergencia; e) debe fortalecerse la participación comunitaria para lograr el éxito en las intervenciones propuestas, y f) debe desarrollarse un vigoroso programa de comunicación social como ingrediente crucial para el éxito de las acciones anteriores.

2. El segundo componente es la difusión de información acerca de medidas eficaces de prevención y control, sobre recursos financieros y humanos, procedimientos del laboratorio y otros asuntos que serán importantes para la acción eficaz tanto en los países y regionalmente.

3. El tercer componente es la iniciación y apoyo a las investigaciones sobre las vacunas orales contra el cólera (vacuna de células enteras/subunidad B y células vivas atenuadas), que podrían mostrar la eficacia y conveniencia de los nuevos productos en la protección específica de las personas contra la enfermedad y su utilidad como medida de control a nivel comunitario; evaluación de las estrategias de intervención, y evaluación de los métodos de diagnóstico rápidos.

4. El cuarto componente es la movilización de los recursos técnicos y financieros, para complementar los recursos nacionales. La asignación de los recursos debe coordinarse entre los gobiernos, los organismos internacionales, las universidades, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y otros grupos de expertos y de personas. La OPS/OMS debería jugar un papel de coordinación en este campo en concertación con todas las partes involucradas.

5. El quinto componente es el desarrollo de proyectos, incluyendo aquellos para la fase de la emergencia de preparativos y los que están dirigidos al desarrollo de infraestructuras a largo plazo. Se han preparado proyectos subregionales para Centroamérica y los países andinos, y se han solicitado los correspondientes recursos financieros.

Los objetivos de las medidas de emergencia en los Países Miembros son: a) limitar el grado de la epidemia de cólera en la Región y b) reducir las repercusiones del cólera allí donde la enfermedad está presente.

Las medidas a ser instauradas o continuadas en los países incluyen la compra y distribución de materiales y suministros adicionales, mejoramiento de la vigilancia, manejo adecuado de casos, mejoramiento de la inocuidad de los alimentos, educación en salud, mejoramiento de la calidad del agua, vigilancia de la calidad del agua y eliminación adecuada de desechos en ciertos lugares seleccionados (especialmente hospitales). Todas estas medidas ya han sido emprendidas por los países afectados por el cólera y se han incluido en los planes nacionales formulados por otros países. La Organización ha calculado que se necesitarán aproximadamente US\$610 millones para aplicar estas medidas en todos los países y continuarlas durante la fase de emergencia. La mitad de esta cantidad tendrá que provenir de fuentes externas y el resto será aportado por los países mismos.

B. Intervenciones a largo plazo: Estrategias para los años noventa

La epidemia del cólera es la más dramática y la más obvia de las consecuencias de la crisis económica de los años 80. Más de \$200 mil millones han sido transferidos al exterior desde 1982 para pagar los intereses de la deuda pública y de la privada. La brecha resultante entre los recursos existentes y las necesidades ha significado el deterioro del capital en todos los sectores. Las economías de la Región

se han visto asfixiadas por la ausencia de capital para nuevas inversiones en todas las áreas de la infraestructura física. Estudios realizados por la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) han demostrado que el nivel de las inversiones en salud, agua y saneamiento se ha reducido drásticamente en contraste con el nivel de necesidades.

Más allá de la fase de emergencia, se necesita un importante programa de inversiones para responder a tres brechas críticas en el medio ambiente y la salud en las Américas:

- La reparación y la protección completa de los sistemas existentes de agua y saneamiento. Actualmente, los sistemas de agua escasamente llegan al 79% de la población de América Latina y el Caribe, y los sistemas de saneamiento favorecen apenas a un 66% de la población. Muchos sistemas existentes no han sido utilizados o mantenidos adecuadamente.
- La extensión del agua potable, el tratamiento de aguas servidas y los sistemas de eliminación de basura a los que no disponen de servicios.
- La consolidación de los sistemas nacionales y locales de salud y la ampliación de la red de servicios de salud, dentro de la estrategia de atención primaria de salud, al 40% de la población de la Región que sigue sin acceso a una atención adecuada.

Estas acciones son pasos esenciales a largo plazo para impedir la propagación del cólera y otras enfermedades diarreicas así como para reducir la morbilidad y mortalidad generales en las Américas de enfermedades prevenibles o fácilmente tratables. Casi 700.000 personas mueren anualmente en las Américas por causa de esas enfermedades. Estos objetivos deben ser alcanzados si se han de cubrir las necesidades de salud de los pueblos de las Américas. Ellos también representan el mínimo necesario para cumplir las metas fijadas durante 1980 para el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento.

La OPS, el Banco Mundial, el BID y la USAID participaron en una evaluación del decenio y determinaron que aproximadamente una tercera parte de las inversiones necesarias en agua y saneamiento fueron hechas durante ese período, viniendo la mitad de los fondos utilizados de fuentes externas. Por lo tanto, a los países les faltaban todavía \$20 mil millones de la meta original de inversiones fijada en \$30 mil millones (expresada en US dólares de 1980).

El hecho de que escasamente 5% de todos los sistemas municipales de servicios de agua en las Américas tratan las aguas servidas antes de su descarga en los ríos, bahías y finalmente en el mar, es otro indicador de una necesidad no atendida. El cálculo actual de la OPS y del Banco Mundial de los costos de las inversiones en infraestructura de agua y saneamiento en las Américas para cubrir la escasez remanente del decenio de los 80 y para abarcar el crecimiento previsto de la población a lo largo del año 2000 es de aproximadamente \$77 mil millones (en dólares de 1985).

Se calcula actualmente que serán necesarios aproximadamente \$140 mil millones para alcanzar las metas con respecto a la salud ambiental durante los próximos 12 años.

Con respecto al tercer elemento de la estrategia a largo plazo para responder a la crisis del cólera, la provisión de servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe actualmente están gastando aproximadamente \$40-\$45 mil millones anuales en salud. Ampliar los servicios básicos a quienes carecen de ellos y mejorar la utilización de la capacidad existente significaría aumentar el nivel de inversiones a \$5-\$6 mil millones anuales durante la próxima década. Con la utilización de la estrategia de atención primaria de salud y la puesta en práctica completa de SILOS, se lograría el acceso adecuado a los servicios con una cantidad menor.

En resumen, se calcula que se necesita una inversión de unos \$200 mil millones anuales en los próximos doce años para lograr la expansión de los servicios de salud, agua y saneamiento; aproximadamente 70% de la cantidad será aportada por los países, pero se requerirá un 30% de fuentes externas,

Alcanzar estas corrientes de recursos para la salud se encuentra dentro de la capacidad de los países y de la comunidad internacional. Esto significará:

- Primero, dirigir anualmente 1,5 a 2,0% del PIB de los países de la Región a las inversiones de capital en sistemas de agua y saneamiento, así como también en infraestructuras de salud.
- Segundo, la asignación de por lo menos 20% de la asistencia financiera oficial externa, tanto bilateral como multilateral a la salud, el agua y el saneamiento ambiental.
- Tercero, el uso de "swaps" de la deuda para aumentar las inversiones en salud, agua y saneamiento ambiental.
- Finalmente, el aumento en la asignación de subvenciones de los organismos de cooperación tanto bilaterales como multilaterales a proyectos de salud, agua y saneamiento ambiental.

Esta estrategia a largo plazo no solo garantizaría la protección para los países de la extensión de la actual epidemia de cólera y evitaría brotes similares de esas enfermedades en el futuro, y también puede empezar a pagar la deuda social acumulada que ha empobrecido a innumerables comunidades y puesto en peligro a infinidad de familias en toda la Región.

V. CONCLUSION

Enfrentando la amenaza del cólera, los países y la OPS deben trabajar con la hipótesis de que la epidemia se diseminará a la mayoría de los países y se hará endémica en varios de ellos. El cólera ha creado una oportunidad, y las acciones para controlarlo tienen que ser rápidas, porque la conciencia se acostumbrará rápidamente a la enfermedad. Aunque las cifras para enfrentar la emergencia (US\$610 millones durante tres años) y la inversión necesaria para corregir las deficiencias en la infraestructura (\$200.000 millones durante 12 años) puede parecer exorbitante, no son exageradas si se tienen en cuenta las necesidades de los países, la factibilidad de inversión en la Región y la voluntad por parte de los organismos internacionales.

Anexos

CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1

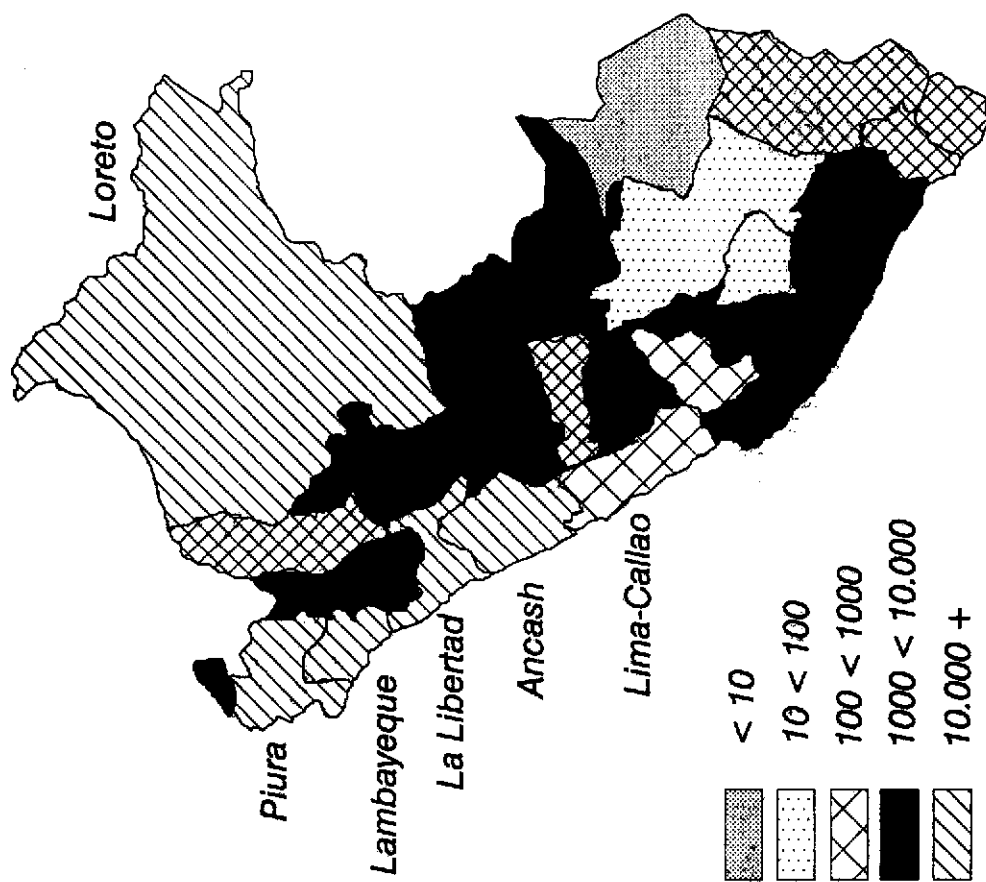
Número de casos notificados de enfermedades diarreicas, hospitalizaciones y defunciones, por Unidad Departamental de Salud (UDES), PERU, hasta el 1 de agosto de 1991

UDES	Total casos		Hospitali- zaciones		Defun- ciones		A c u m u l a d o s		
	<u>semana</u>		<u>semana</u>		<u>semana</u>		Total casos	Hospitali- zaciones	Defun- ciones
	29	30	29	30	29	30			
Amazonas	0	0	0	0	0	0	525	251	20
Ancash	0	0	0	0	0	0	18,868	6,826	59
Apurímac	0	0	0	0	0	0	35	35	0
Arequipa	0	0	0	0	0	0	9,875	1,850	30
Ayacucho	27	0	7	0	0	0	2,057	837	100
Cajamarca	0	0	0	0	0	0	8,636	4,559	376
Cusco	0	0	0	0	0	0	40	3	7
Huancavélica	0	0	0	0	0	0	111	45	1
Huanuco	61	6	48	5	0	0	2,632	1,578	67
Ica	0	0	0	0	0	0	2,437	2,401	38
Junín	0	0	0	0	0	0	1,405	861	33
La Libertad	0	0	0	0	0	0	31,688	12,990	281
Lambayeque	56	19	9	9	0	0	18,291	11,141	106
Loreto	0	0	0	0	0	0	13,168	6,769	470
Madre de Dios	0	0	0	0	0	0	8	3	1
Moquegua	0	0	0	0	0	0	398	208	8
Pasco	0	0	0	0	0	0	410	158	23
Piura	0	0	0	0	0	0	22,936	6,646	147
Puno	0	0	0	0	0	0	173	36	4
San Martín	71	116	13	34	0	0	5,543	1,705	134
Tacna	1	0	0	0	0	0	568	118	6
Tumbes	9	1	0	1	0	0	1,904	1,114	9
Ucayali	396	299	131	122	5	0	5,709	2,018	239
Lima	0	0	0	0	0	0	79,225	27,458	201
Callao	121	0	0	0	0	0	11,619	2,412	27
TOTAL	742	441	208	171	5	0	238,261	92,022	2,387

Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología.

FIGURA 1

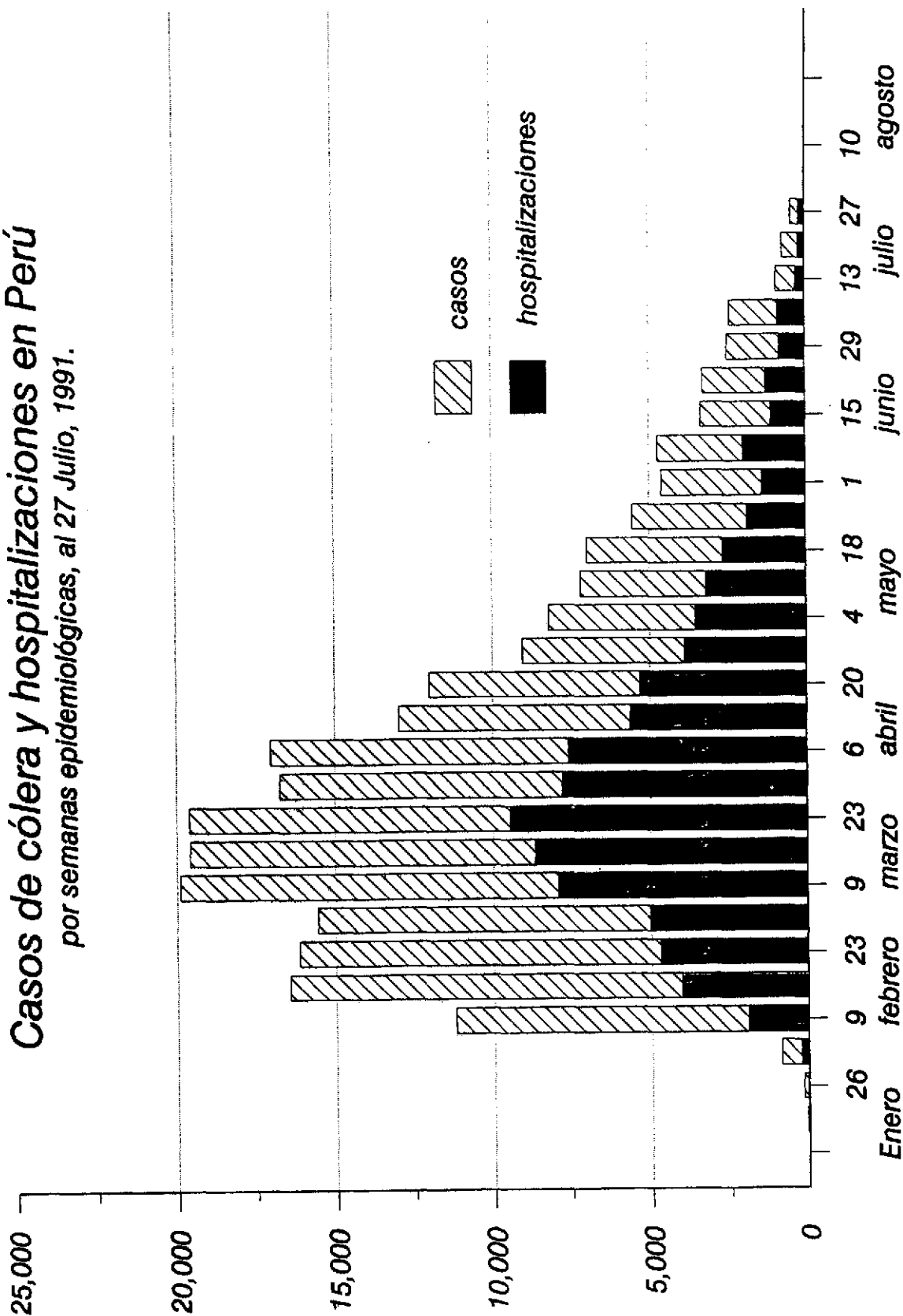
Casos de cólera acumulados en Perú por departamento al 1 agosto 1991.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Departamento de Epidemiología

FIGURA 2

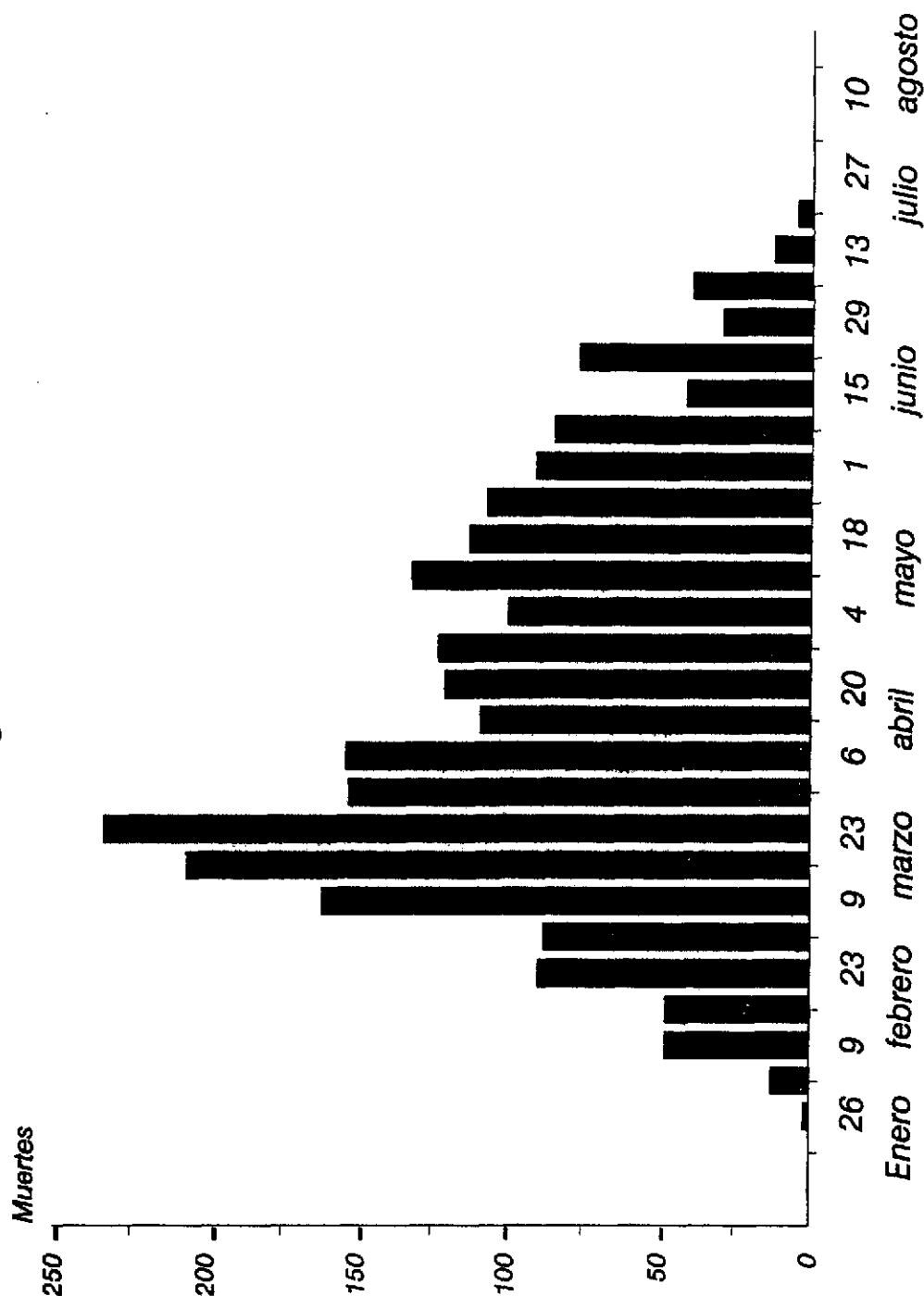
Casos de cólera y hospitalizaciones en Perú por semanas epidemiológicas, al 27 Julio, 1991.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Perú

FIGURA 3

Mortalidad semanal de cólera en Perú al 1 agosto, 1991.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Perú

Cuadro 2

Casos acumulados de cólera, por provincia, ECUADOR,
Semana Epidemiológica No. 28
hasta el 13 de julio de 1991

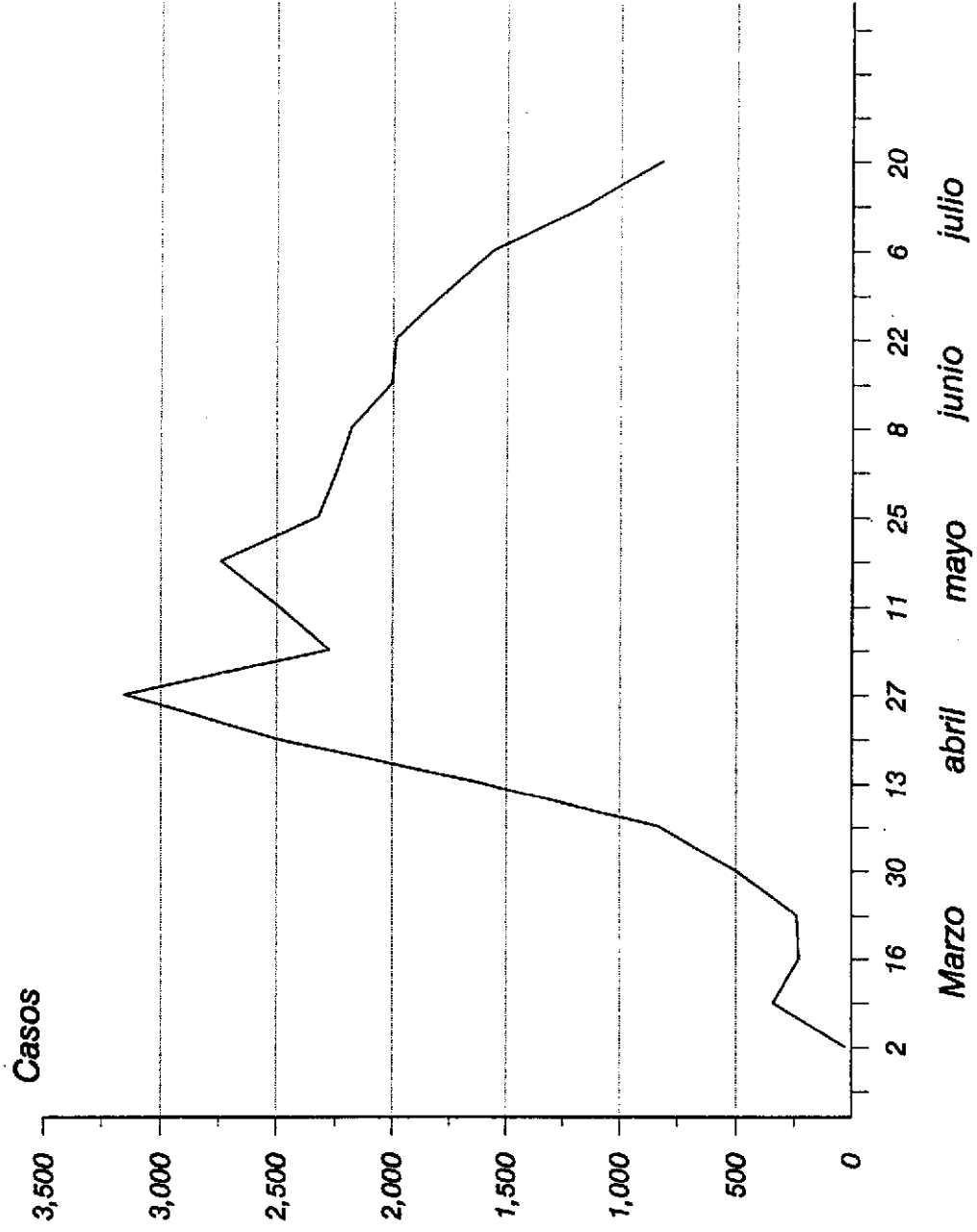
PROVINCIAS	Semana que termina el 13 de julio (28) casos	Acumulados		
		Hospitali- zaciones	Total	Defun- ciones
Guayas	292	9,299	10,899	97
El Oro	22	2,296	4,159	27
Esmeraldas	4	2,862	3,680	39
Los Ríos	63	2,913	3,088	30
Manabí	57	943	1,274	30
Imbabura	111	1,545	3,089	66
Chimborazo	129	1,036	1,799	79
Tungurahua	51	950	1,058	24
Cotopaxi	76	781	837	68
Pichincha	117	764	825	6
Cañar	26	365	479	9
Loja	10	279	305	14
Azuay	9	219	246	7
Bolívar	3	74	90	5
Carchi	0	23	32	2
Pastaza	0	6	15	0
Zamora	0	2	2	0
Sucumbíos	0	1	1	0
Napo	0	0	0	0
Morona	0	0	0	0
Galápagos	0	3	3	0
Total	970	24,361	31,881	505

Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia y Control Epidemiológico,
Ministerio de Salud Pública.

Nota: Información provisional sujeta a cambio.

FIGURA 4

Casos semanales de cólera en Ecuador al 20 julio, 1991.



Fuente: Ministerio de Salud

Cuadro 3

Número acumulado de casos confirmados de cólera,
hospitalizaciones y defunciones, por estado/municipio,
COLOMBIA, hasta el 30 de julio de 1991

Estado y Municipios	Casos probables	Hospitali- zaciones	Defun- ciones
NARIÑO	1,749	1,079	8
- Barbacoas	79	79	0
- Cumbal	11	11	0
- El Charco	24	24	0
- Gualmatán	1	1	0
- Ipiales	1	1	0
- Isouandé	13	13	0
- Olaya Herrera	2	2	0
- Pizarro	72	72	0
- Ricaurte	2	2	0
- Roberto Payán	4	4	2
- Tumaco	1,537	867	6
- Magui	2	2	0
- Anouya	1	1	0
CAUCA	870	637	34
- Guapí	211	193	3
- Timbiquí	230	80	16
- López de Micay	70	63	6
- Caloto	77	34	2
- Puerto Tejada	150	144	1
- Sant. Quilliohao	24	24	0
- Corinto	3	2	0
- Miranda	5	5	0
- Toribío	6	6	1
- Jambaló	80	76	4
- Belalcázar	5	3	1
- El Tambo	1	1	0
- Caldono	8	6	2
VALLE	1,372	1,208	12
- Cali	69	58	0
- Buenaventura	1,166	1,051	6
- Dagua	17	16	3
- Yumbo	41	24	0
- Palmira	17	10	2
- Candelaria	12	12	1
- Ríofrío	9	8	0
- Tuluá	18	10	0
- Janundí	4	3	0
- Pradera	5	3	0
- Trujillo	4	3	0

.../...

Cuadro 3 (cont.)

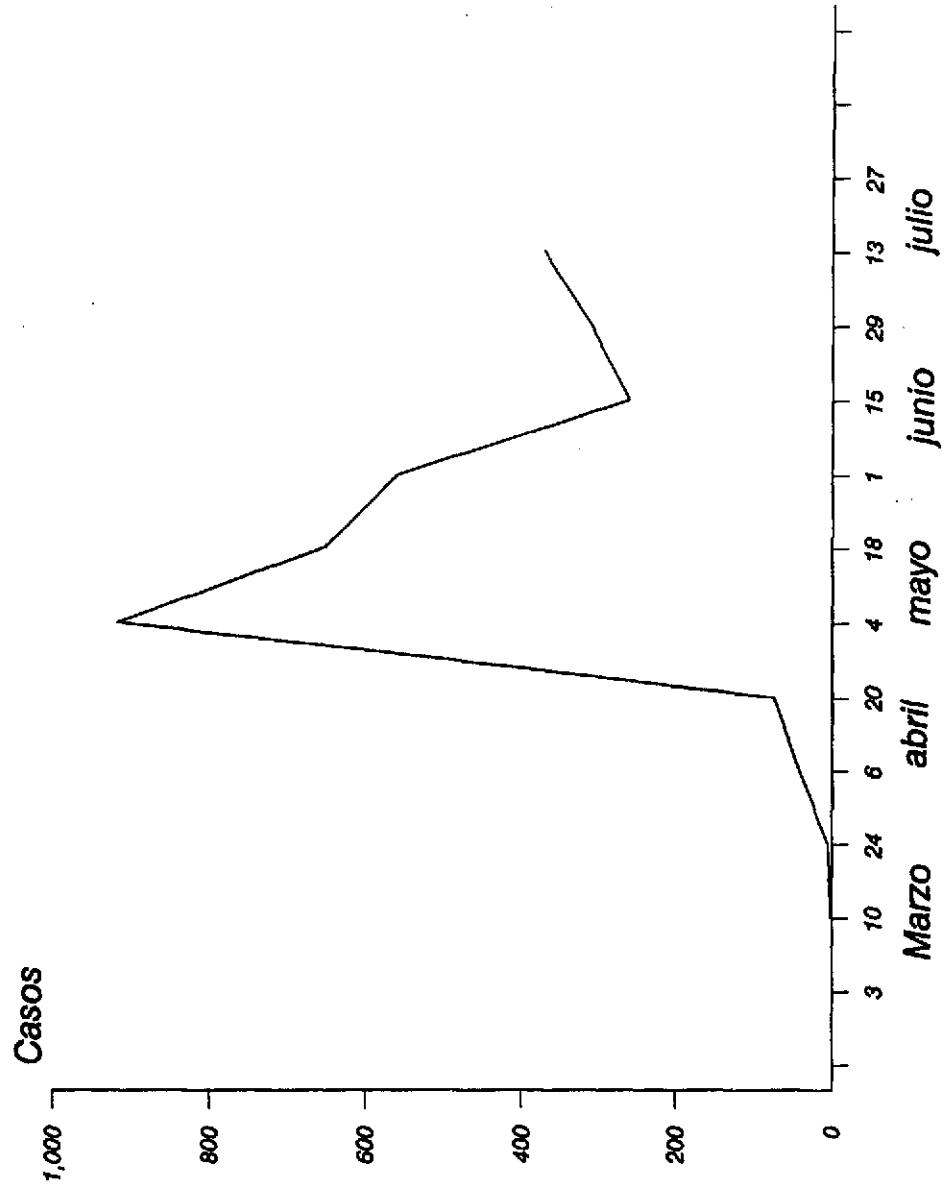
COLOMBIA, continuación (hasta el 30 de julio de 1991)

Estado y Municipios	Casos probables	Hospitalizaciones	Defunciones
CHOCO	211	206	20
- Quibdó	1	1	0
- Bahía Solano	13	8	0
- Pié de Pató	31	31	3
- Nuquí	18	17	0
- Itsmina	131	131	11
- Pizarro	17	17	6
TOLIMA	37	28	1
- Coyaima	17	16	1
- Purificación	3	3	0
- Natagaima	13	5	0
- Saldaña	1	1	0
- Flandes	3	3	0
CUNDINAMARCA	1	1	0
- Girardot	1	1	0
HUILA	24	17	1
- Neiva	3	3	0
- La Plata	2	2	0
- Tello	6	6	0
- Villavieja	7	4	1
- Aipe	5	1	0
- Algeciras	1	1	0
SANTANDER	2	1	0
- Puerto Wilches	2	1	0
CALDAS	2	1	0
- La Dorada	2	1	0
CORDOBA	1	1	0
- Valencia	1	1	0
OTROS DEPARTAMENTOS:	10	10	0
AMAZONAS	7	7	0
GUAVIARE	2	2	0
META	1	1	0
SUB-TOTAL (COLOMBIA)	4,279	3,166	76
OTROS PAISES (ECUADOR - PERU)	13	12	0
TOTAL	4,292	3,198	76

FUENTE: Ministerio de Salud y Oficina de Preparación en Caso de Desastres.

FIGURA 5

Casos semanales de cólera en Colombia al 27 julio, 1991.



Fuente: Ministerio de Salud

Cuadro 4

Número acumulado de casos confirmados de cólera
y hospitalizaciones por estado/municipio, BRASIL,
hasta el 2 de agosto de 1991

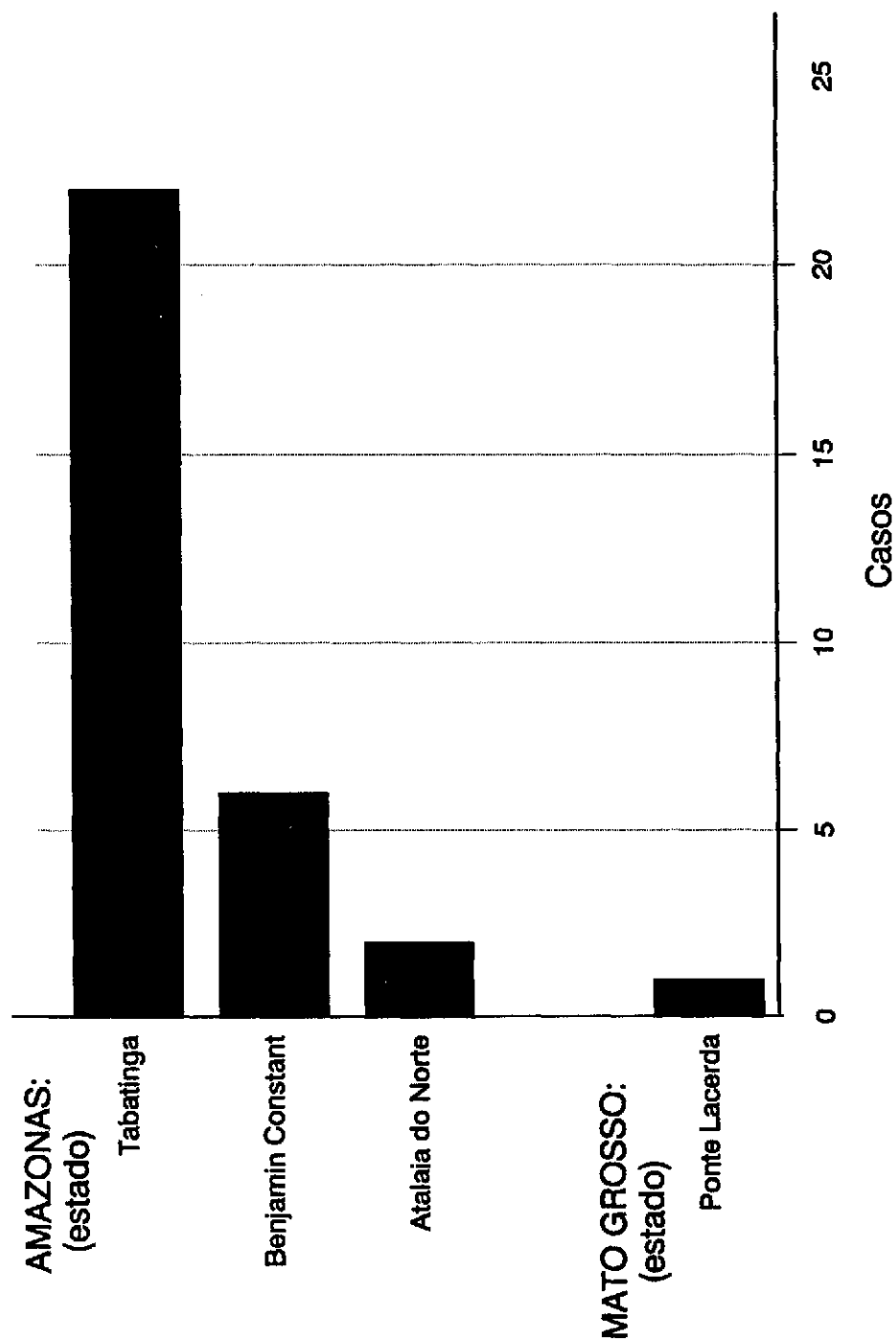
Estado/ Municipio	Casos Confirmados	Hospitali- zaciones
AMAZONAS:		
Tabatinga	22	14
Benjamin Constant	6	3
Atalaia do Norte	2	2
MATO GROSSO:		
Ponte Lacerda	1	0
TOTAL	31	19

Cuadro 5

Número acumulado de caos confirmados de cólera,
hospitalizaciones y defunciones, por estado, MEXICO,
hasta el 27 de julio de 1991

Estados	Casos probables	Hospitali- zaciones	Defun- ciones
México	32	9	0
Hidalgo	183	33	1
Veracruz	7	3	0
Puebla	11	11	1
Chiapas	24	13	0
TOTAL	257	69	2

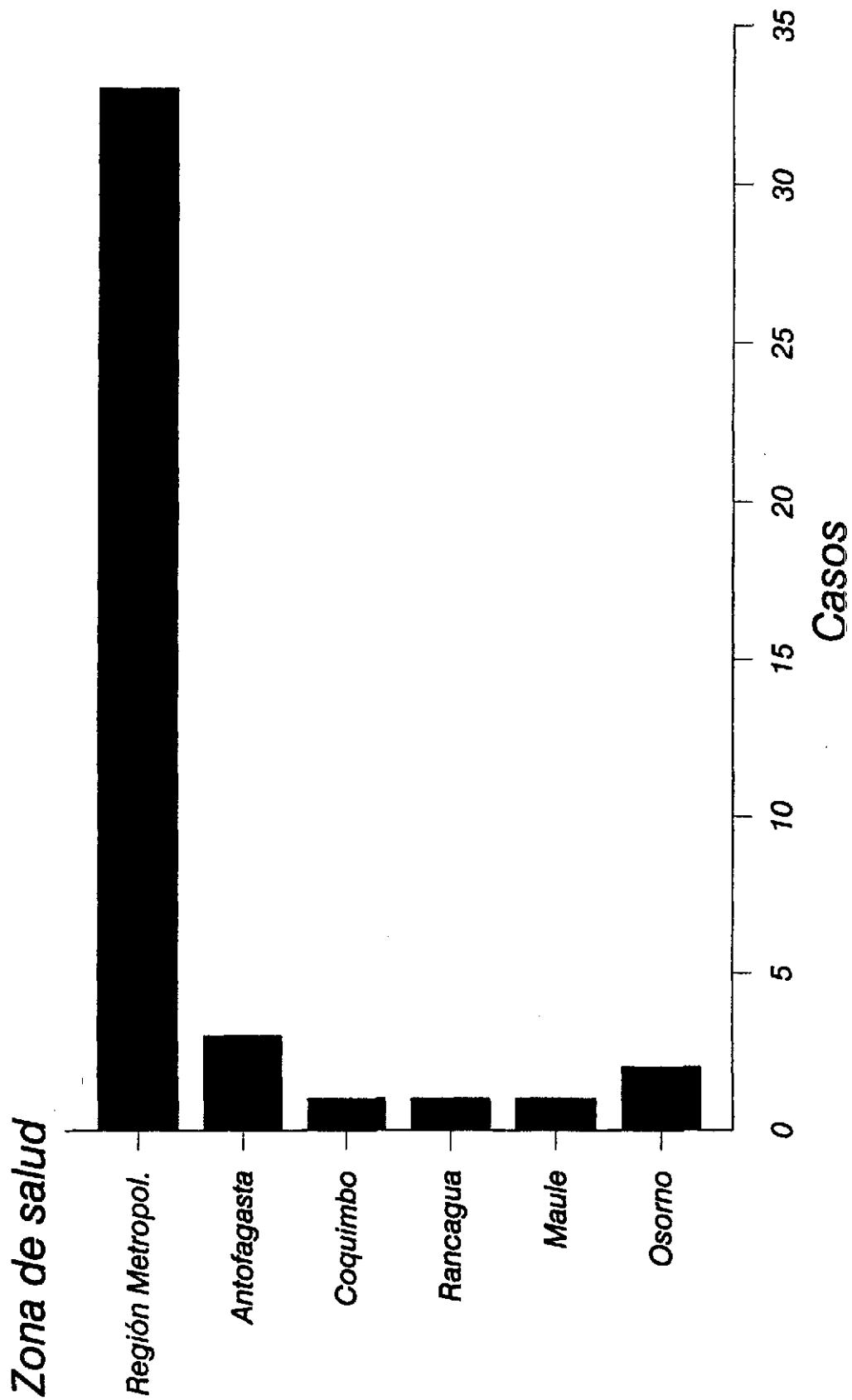
FIGURA 6
Casos de cólera en Brasil por estado y localidad
al 2 agosto, 1991.



Fuente: Ministro de Saude

FIGURA 7

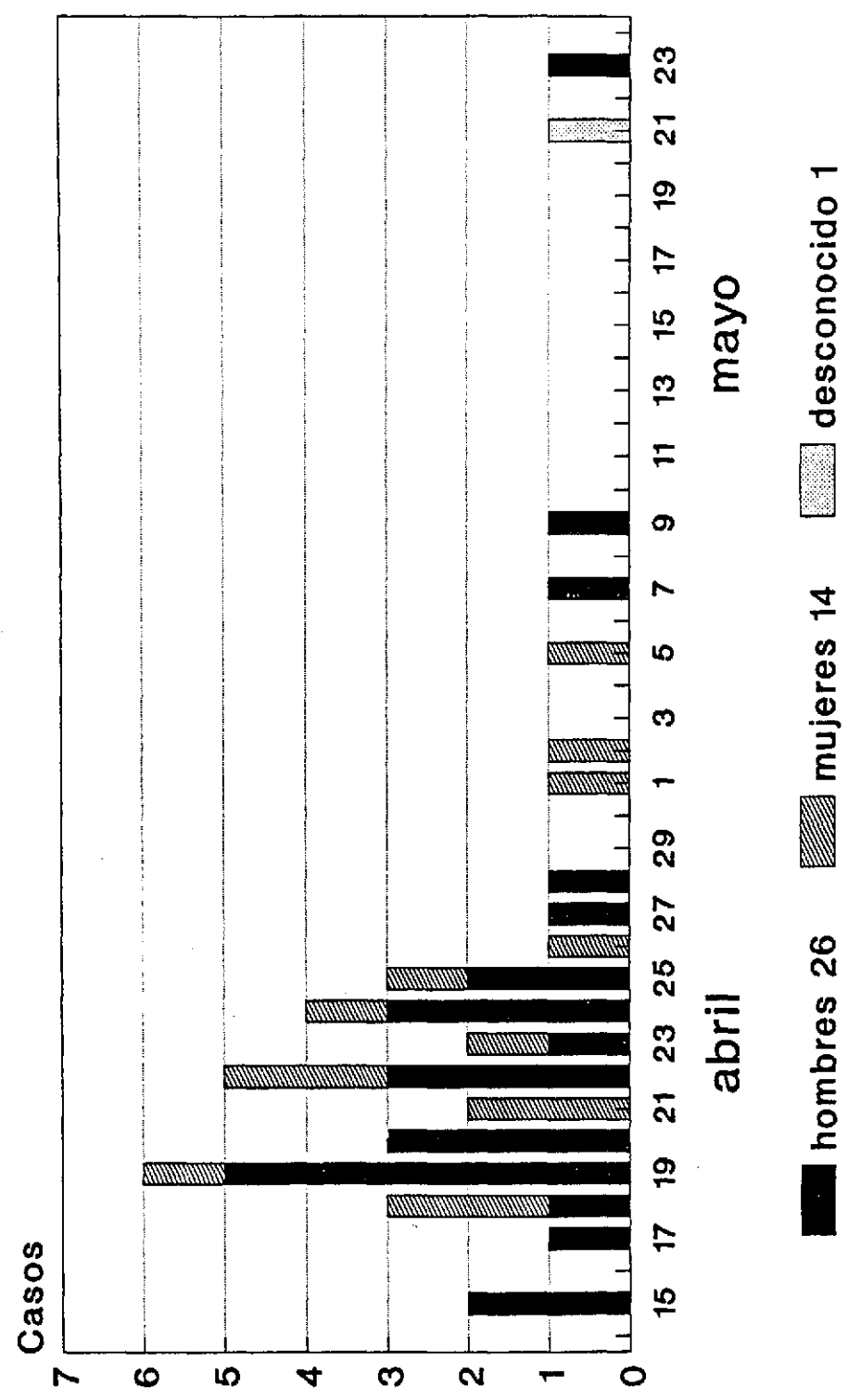
Casos de cólera en Chile por zonas de salud al 5 agosto, 1991.



Fuente: Ministerio de Salud

FIGURA 8

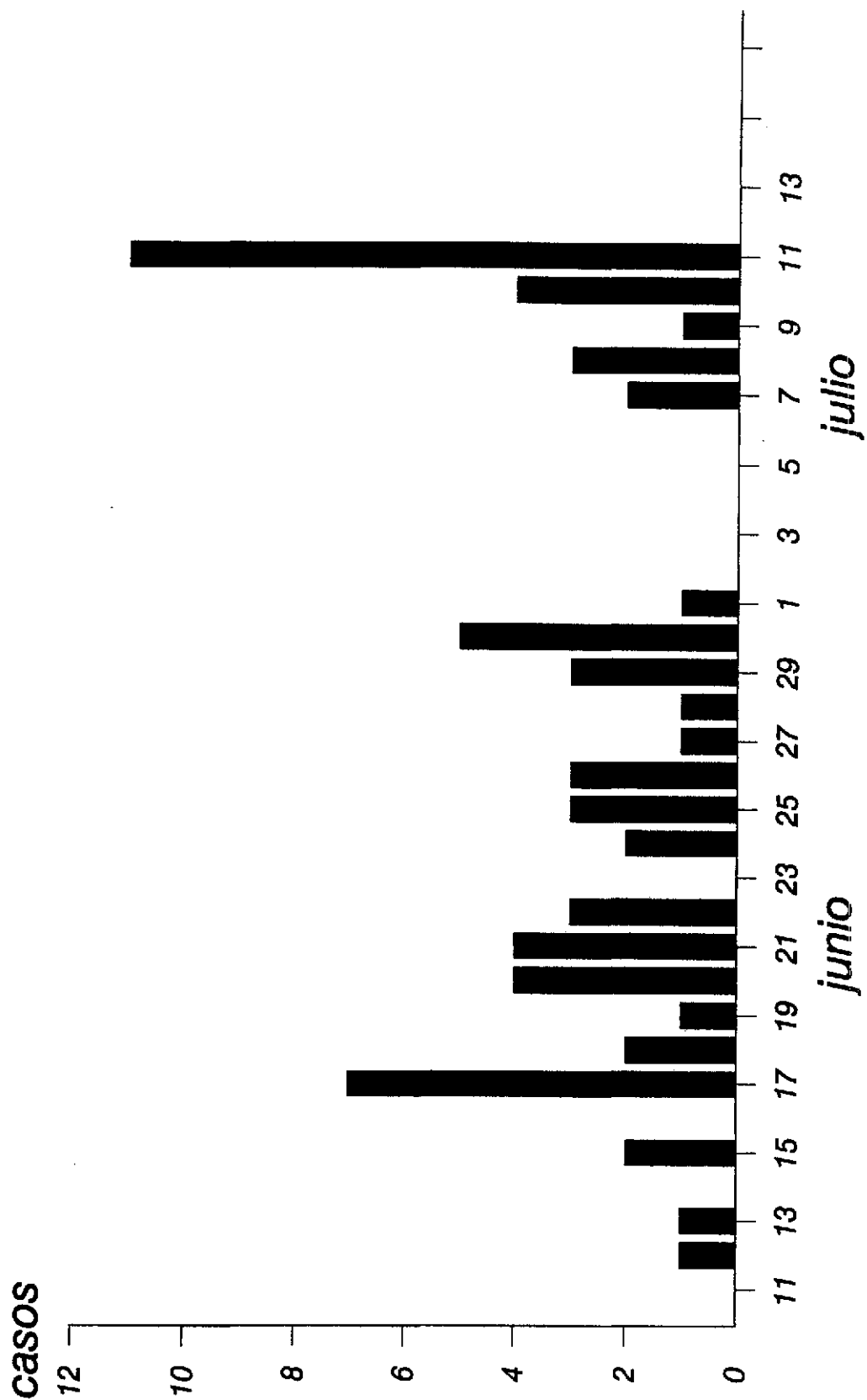
Casos de cólera en Chile por sexo, 15 abril al 29 julio 1991.



Fuente: Ministerio de Salud

FIGURA 9

Casos de cólera diarios en México al 22 julio, 1991.



Fuente: Ministerio de Salud

**BORRADOR DE PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DEL COLERA - FASE EMERGENCIA**

**BORRADOR DE PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL
DEL COLERA - FASE EMERGENCIA**

ANTECEDENTES

Entre febrero y junio de 1991 se han confirmado casos de cólera en Perú, Ecuador, Colombia, Estados Unidos de América, Brasil, Chile y México, incorporando de esta forma el continente americano a las demás regiones del mundo por donde se ha extendido la séptima pandemia iniciada en 1961.

Las condiciones de vida de la población intervienen de un modo crucial en el proceso de determinación y propagación de las epidemias de cólera, y actualmente en la Región, amplios sectores de la población viven en condiciones de pobreza o indigencia.

Los primeros casos de cólera en el Perú fueron detectados el 23 de enero de 1991, la enfermedad se ha diseminado en forma rápida a todas las unidades departamentales de salud del país. Hasta fines de mayo se habían notificado un total de cerca de 200.000 casos, con 81.500 hospitalizaciones y 1.800 defunciones. La ocurrencia de cólera en la sierra y selva peruana han determinado una más alta proporción de casos hospitalizados y muertes que lo observado en la costa.

En el Ecuador los primeros casos de cólera se notificaron el 10 de marzo y desde aquella fecha se han observado 20.188 casos, con 343 defunciones. La distribución geográfica de los casos indica que 19 de las 21 provincias del país han sido afectadas.

Colombia notificó el primer caso de cólera el 10 de marzo, en una localidad cerca de la frontera con Ecuador, y posteriormente el número notificado llegó a 1.800 con 28 defunciones. Más del 70% de ellos se han registrado en la provincia de Nariño; la infección se ha detectado además en Cauca y Valle en la costa y Meta, Amazonas y Guaviare en el interior.

El primer caso de cólera en los Estados Unidos de América en 1991 ocurrió el 9 de abril; posteriormente se confirmaron 13 casos adicionales. Dos de ellos eran individuos que regresaban de Perú y Ecuador y los demás 12 en individuos que habían ingerido carne de cangrejo introducida al país ilegalmente desde Ecuador. No hay evidencia de diseminación de la enfermedad en los Estados Unidos.

Los primeros casos de cólera notificados por Brasil fueron importados de la isla peruana Santa Rosa, Región Amazónica el 10 de abril, hospitalizados en la ciudad de Tabatinga. De los 16 casos notificados hasta el 5 de junio, se registraron 7 importados y 7 autóctonos en Tabatinga y Benjamín Constant, Estado Amazonas, frontera con Colombia y Perú; se notificaron recientemente dos casos de la ciudad Pontes e Lacerda en el Estado Mato Grosso.

Chile notificó su primer caso el 12 de abril de la Región Metropolitana de Santiago. Hasta el 27 de mayo se han confirmado por laboratorio 40 casos y dos defunciones. Todos menos 6 casos son residentes de la Región Metropolitana de Santiago y 35 casos ocurrieron en abril.

México reportó la ocurrencia de un brote con 17 casos de diarrea aguda en adultos, iniciado el 13 de junio en una localidad de alrededor de mil habitantes en el sur del Estado de México. La etiología fue confirmada laboratorialmente como cólera.

Frente a la extensión y gravedad de la epidemia de cólera en la Región que agrava los problemas tanto sanitarios como socioeconómicos que enfrentan los países afectados y reconociendo la imposibilidad de impedir su importación a otros países, la Organización Panamericana de la Salud establece el presente Plan con los objetivos siguientes:

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir el riesgo de propagación del cólera
- Reducir la morbilidad y mortalidad asociada al cólera
- Reducir el impacto económico y social del cólera

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fortalecer la capacidad de respuesta inmediata y sostenida contra el cólera en los países afectados.
2. Asegurar la preparación oportuna de los países amenazados por el cólera.
3. Garantizar a los Estados Miembros el adecuado acceso a la información pertinente.
4. Promover las actividades de investigación requeridas.
5. Movilizar y coordinar los esfuerzos regionales para la prevención y el control del cólera, inclusive los de asistencia a las emergencias.
6. Movilizar el compromiso nacional y los recursos internacionales destinados a proporcionar el apoyo financiero necesario para los proyectos de mediano y largo plazo para el desarrollo de la infraestructura de salud y saneamiento.

El Plan Regional es una acción coordinada entre los Estados Miembros, las Representaciones de la OPS en los países, la Oficina Central de la OPS y las demás agencias de cooperación técnica y financiera.

En la Oficina Central la ejecución del Plan se hará a través de un grupo de trabajo integrado por representantes de los siguientes programas:

Salud Ambiental, Control de Enfermedades Diarreicas, Enfermedades Transmisibles, Información y Comunicación Pública, Desarrollo de Programas de Salud, Salud Pública Veterinaria, Preparativos para desastres y Coordinación de Investigaciones, bajo la coordinación del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias (HST).

Las acciones de cooperación tendrán en cuenta los requerimientos de los países ya afectados por el cólera y de aquellos que están amenazados por su introducción.

Las características de los factores que determinan la ocurrencia de las epidemias de cólera requieren que el plan contemple actividades para responder a la necesidad de cooperación inmediata y actividades dirigidas a la definición de proyectos de mediano y largo plazo en respuesta a las necesidades de desarrollo de la infraestructura de salud ambiental y de servicios de salud.

Los cinco componentes principales del Plan son:

1. Apoyo a los Planes Nacionales de Prevención y Control del cólera.
2. Disseminación de información.
3. Investigación.
4. Movilización de recursos técnicos y financieros.
5. Preparación de proyectos para el desarrollo de infraestructura.

1. Apoyo a los planes nacionales

Areas críticas prioritarias:

a. Plan Nacional para la prevención y el control del cólera

- Organización o fortalecimiento de una comisión de coordinación nacional.
- Preparación o revisión de los planes nacionales para la emergencia y el mediano y largo plazo.
- Establecimiento de los procedimientos logísticos para el manejo de los recursos materiales adquiridos o recibidos como donación.

b. Vigilancia epidemiológica

Las acciones en esta área están dirigidas a detectar y determinar la extensión de la epidemia, quienes se afectan, su curso en el tiempo, identificar los modos de transmisión y los factores asociados al riesgo de enfermarse por cólera.

La vigilancia epidemiológica activa incluye necesariamente la identificación del Vibrio cholera en pacientes con diarrea aguda, y para el monitoreo de la calidad del agua y de los alimentos.

Areas críticas prioritarias:

- Revisión o establecimiento de un sistema de notificación que incluya datos sobre los casos y los factores de riesgo asociados al cólera.
- Fortalecimiento de las redes de comunicación a nivel nacional.
- Fortalecimiento de la capacidad de investigación de casos y brotes.
- Fortalecimiento de los servicios de laboratorio para procesar muestras de casos, agua y alimentos
- Garantizar el análisis de datos y elaboración de informes.

c. Manejo de casos

El personal médico y paramédico deberá estar familiarizado con las técnicas actuales para manejo en niños y adultos de las enfermedades diarreicas agudas, incluyendo el cólera.

Los preparativos de los servicios de salud y de la comunidad organizada, requieren el establecimiento de procedimientos para la evaluación y tratamiento de casos, adecuación de las instalaciones, formación de equipos móviles y previsión para la disponibilidad de fluidos, medicamentos, materiales y equipos para unidades periféricas y hospitalarias.

Areas críticas prioritarias:

- Definición de las normas para manejo de los casos de cólera en todos los niveles del sistema de servicios de salud.
- Determinación de las necesidades y asegurar las disponibilidades de materiales, insumos y equipos.
- Apoyo a la organización y funcionamiento de los servicios de salud y las organizaciones comunitarias.

d. Salud ambiental

Las intervenciones ambientales son consideradas prioritarias para la reducción del riesgo de propagación del cólera. Durante la fase de emergencia el énfasis está en introducir medidas rápidas que sean factibles a nivel local con la participación comunitaria. La desinfección del agua y el monitoreo de su calidad bacteriológica; la disposición sanitaria de las heces humanas, con prioridad para hospitales, escuelas, puertos y aeropuertos, y la seguridad de los

alimentos en cuanto a su elaboración, transporte y expendio son elementos que aunados a las actividades de educaciónse consideran indispensables para lograr reducir la transmisión del cólera.

Areas críticas prioritarias:

- Control de la calidad del agua de consumo humano.
- Desinfección del agua en sistemas de distribución municipales o a nivel familiar (individual).
- Disposición sanitaria de excretas y desechos sólidos.
- Protección y control de los alimentos.

e. Participación comunitaria

El proceso de participación comunitaria considérase esencial para alcanzar las metas de prevención y control del cólera mencionados en los demás componentes. Requiere la interacción sistemática de las comunidades, las organizaciones y los sectores que intervienen en las cuestiones de salud y medio ambiente. Las acciones se dirigen a promover que los individuos trabajen juntos no solo para mantener y mejorar su propio estado de salud, sino también el de la comunidad en pleno.

Areas críticas prioritarias:

- Movilización social
- Comunicación social
- Educación para la salud

2. Diseminación de información

El limitado conocimiento y la falta de experiencia de los profesionales de salud en relación a la epidemiología, y los aspectos clínicos, ambientales y de laboratorio del cólera, en la Región hacen de la diseminación de información un componente de cooperación fundamental, para garantizar una adecuada respuesta del sector salud frente a la emergencia.

Areas críticas prioritarias:

- Actualización sobre la situación de la ocurrencia del cólera en los países de la Región y del mundo.
- Preparativos en países amenazados por el cólera.
- Fortalecimiento del banco de datos regional que incorpora datos sobre casos, situación ambiental y resultado de estudios especiales.

- Promover la inclusión y presentar el tema cólera en reuniones nacionales e internacionales de carácter técnico-científico o político.
- Actualización de las referencias bibliográficas.
- Establecer un banco de datos que incluya: inventario de recursos humanos con especialización en áreas específicas relacionadas a la prevención y control del cólera.

3. Investigación

La generación de conocimientos en lo que respecta a prevención, diagnóstico, tratamiento y demás medidas de control del cólera, debe ser encaminada a fortalecer el desarrollo de intervenciones más oportunas, eficaces y de costo compatible con los recursos nacionales.

Áreas críticas prioritarias:

- Vacunas candidatas orales contra el cólera - A pesar de los resultados promisorios de las pruebas realizadas con las vacunas candidatas, se necesitan estudios de campo adicionales para determinar la eficacia y efectividad de las vacunas en poblaciones de áreas no endémicas de cólera, como es el caso de América Latina.
- Métodos de diagnóstico simplificados - Los recientes avances en la aplicación de la biología molecular y la ingeniería genética para proveer resultados más rápidos--garantizando la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas--merecen ser estudiadas.
- Evaluación de las estrategias de intervención - Manejo de casos, comunicación social, mejoras en la calidad del agua y del saneamiento, y control de alimentos.

4. Mobilización de recursos

La implementación rápida de las acciones mult institucionales que se requieren para la prevención y control del cólera rebasa la capacidad de los organismos públicos de salud de los países.

La movilización de recursos técnicos y financieros debe buscar complementar los recursos nacionales que requieren la implementación de los planes nacionales con acciones intersectoriales entre gobierno, universidades, sector privado y organizaciones no gubernamentales a nivel del país. Adicionalmente se necesita establecer acuerdos de cooperación bilateral y multilateral coordinados, buscando que las instituciones internacionales y regionales pertinentes asignen mayor prioridad a la concesión, a los países de la Región, del apoyo financiero que requieren para preparar y ejecutar los proyectos relacionados con el desarrollo de la infraestructura de salud ambiental y de servicios de salud.

Estrategias generales:

- Establecer los mecanismos de coordinación interagencial que faciliten la cooperación racional y eficiente a los Países Miembros.
- Apoyar la elaboración de programas nacionales e iniciativas subregionales que estén enmarcados por el Plan Regional.
- Garantizar la participación de instituciones de investigación, universidades y demás organizaciones con experiencia en cólera; agencias internacionales de cooperación; agencias no gubernamentales con experiencia en el control del cólera; grupo de expertos para consulta sobre temas técnicos, de políticas y estrategias para la prevención y control del cólera.

5. Preparación de proyectos para desarrollo de infraestructura

La reducción permanente del riesgo de epidemias de cólera y otras enfermedades diarreicas requiere de inversiones a largo plazo en sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento.

Durante la fase de emergencia es imperativo que se fortalezca la capacidad de las instituciones responsables, para la preparación de anteproyectos o perfiles de proyecto para el desarrollo de la infraestructura; y de esa manera consolidar los esfuerzos desplegados en respuesta a la situación epidémica.

COSTO Y FINANCIAMIENTO

El plan tiene un costo estimado de US\$610.500.000 para ser ejecutado en el período de tres años--1991 a 1993.

A pesar de que existen restricciones financieras en las instituciones del sector salud en la mayoría de los países afectados y que por otro lado la epidemia es de magnitud considerable, los gobiernos han comprometido recursos de los presupuestos nacionales para agilizar la capacidad operativa de sus instituciones.

Se espera que se mantenga e incremente la asignación presupuestaria nacional de los Países Miembros. El monto estimado de esta asignación es del orden de US\$344.000.000, para el desarrollo de las acciones de los Planes Nacionales previstas en el componente 1 del presente Plan Regional, en los próximos tres años.

La complementación del esfuerzo nacional se hará con recursos externos, que provienen de los organismos multilaterales y de instituciones internacionales y regionales pertinentes.

La ejecución del Plan Regional requiere de fondos externos en el componente 1, de apoyo a los planes nacionales, por un total de US\$230.000.000. Se estima que los componentes 2 a 5 del Plan Regional, que incluyen actividades de carácter regional y subregional, serán financiados con fondos externos del orden de US\$36.500.000.