

PROGRESO DE LA INVESTIGACION INTERAMERICANA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ¹

A partir del trabajo preparado² para la Séptima Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, que tuvo lugar en Washington, D.C., del 24 al 28 de junio de 1968, el desarrollo de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez se ha caracterizado por un constante progreso. En el presente informe se proporcionan breves detalles sobre algunos aspectos importantes del desarrollo de esta Investigación.

Nuevos proyectos

1. Tal como había sido previsto en la propuesta inicial, se consideró importante que cada región de las Américas estuviera representada en el estudio. En julio de 1968, después de recibida la solicitud de El Salvador (América Central) para ingresar en el proyecto, se procedió de inmediato a satisfacer los pasos necesarios para la inclusión de esta área en la Investigación. El proyecto en El Salvador se está llevando a cabo en la ciudad de San Salvador y en tres pequeños municipios: Apopa, Nejapa y Quezaltepeque situados a una distancia máxima de 20 kilómetros de la capital. La población total del área es de aproximadamente 373,247 habitantes, de los cuales 68,675 son niños menores de 5 años. Todas las defunciones de menores de 5 años de edad están siendo investigadas. Estas se calculan en 1,100 por año. Los doctores Eduardo Suárez, profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de El Salvador, y Carlos A. Sagastume, director de la División de Estadística de la

Dirección General de Salud, están actuando como colaboradores principal y asociado respectivamente.

2. El proyecto de California, Estados Unidos, empezará a comienzos del presente año, subvencionado por el "Childrens Bureau" de este país. El colaborador principal será el Dr. Ira Gabrielson, de la División de Salud Materno-Infantil de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California. El área de estudio comprende los siguientes seis condados del estado de California: San Francisco, San Mateo, Alameda, Contra Costa, Solano y Marin. La población se estima en alrededor de 3 millones de habitantes, de los cuales el 10% son niños menores de 5 años.

Iniciación de los proyectos

En la Conferencia de Planificación de los Colaboradores Principales, realizada en Cali del 25 al 29 de marzo de 1968, se decidió tentativamente que todos los proyectos comenzarían la fase de recolección de datos sobre defunciones a partir del 1 de julio de 1968. Esto no fue posible debido a circunstancias varias. Los 13 proyectos en Latinoamérica se iniciaron el día 1 de los meses siguientes:

Argentina	Chaco	Septiembre
	San Juan	Agosto
Bolivia	La Paz	Julio
Brasil	Recife	Junio
	Ribeirão Prêto	Junio
	São Paulo	Junio
Chile	Santiago	Junio
Colombia	Cali	Junio
	Cartagena	Junio
	Medellín	Junio
El Salvador	San Salvador	Agosto
Jamaica		Mayo
México	Monterrey	Julio

¹ Este proyecto de investigación ha sido posible gracias a una subvención para investigaciones, concedida por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América.

² Puffer, Ruth R. "Fases iniciales de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez". *Boletín* de agosto de 1968, páginas 114-126.

La selección de la muestra ha resultado ser una excelente experiencia en todas las áreas de la Investigación y ha servido para la conducción de proyectos colaterales como la evaluación completa del estado nutricional de los niños en São Paulo y el estudio de hechos vitales que se está realizando en Cali en 2,500 familias seleccionadas de conformidad con el mismo diseño. El consultor en muestreo de la Investigación prestó asistencia técnica en el terreno y ha continuado prestando dicha asesoría desde su sede en Michigan. Además, los proyectos de Colombia, La Paz, Chile, Argentina y São Paulo han recibido asistencia técnica adicional de consultores a corto plazo, todos ellos conocedores del sistema usado en la Investigación.

Reuniones de coordinación a nivel nacional

En julio 22 de 1968 se llevó a cabo una reunión en Bogotá, convocada por el Ministro de Salud Pública y en la que participaron personal del Ministerio, el Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, el Director del Instituto Nacional de Nutrición, los tres colaboradores principales de los proyectos en Colombia y personal de la OPS. El propósito de esta reunión fue estudiar y definir los mecanismos de coordinación para facilitar la conducción de los tres proyectos y para extender los beneficios de la Investigación a las otras facultades de medicina y a los servicios de salud. Entre los resultados de dicha reunión se puede contar la magnífica colaboración prestada por las instituciones representadas en ella. La Oficina Central de la OPS está programando reuniones similares en Jamaica, Argentina y Brasil durante los primeros meses del año en curso.

Segunda reunión de colaboradores principales

Esta importante reunión congregó, del 6 al 10 de octubre de 1968, a los colaboradores principales de los 13 proyectos de

Latinoamérica, al Director del Centro Latinoamericano de Clasificación de Enfermedades, al Arbitro Médico de la Investigación y a personal de la OPS. El propósito principal de esta reunión fue discutir las reglas de clasificación y codificación de causas básicas y asociadas de defunción (causas múltiples de defunción) utilizando pautas y material preparados para tal fin. Durante este encuentro se elaboraron principios y recomendaciones adicionales. Se está haciendo la revisión del documento fundamental de esta reunión con miras a su distribución. A través de las discusiones, se puso de relieve la importancia de información completa sobre diagnósticos en cada defunción. El informe preliminar de todos los proyectos reveló la existencia de problemas comunes en la recolección de datos y se aprovechó la oportunidad para discutir su solución.

Los hallazgos preliminares comunicados por los colaboradores principales de Recife y La Paz revelaron alta mortalidad en esas áreas durante todo el período de la Investigación, debido a epidemias de sarampión. Estos hallazgos constituyeron base importante para la recomendación de los Ministros de Salud Pública de las Américas, reunidos en Buenos Aires en octubre de 1968, de establecer programas preventivos contra el sarampión en todos los países. En tal reunión los Ministros aprobaron también una resolución de apoyo a la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez y de utilización de sus resultados para la programación de salud maternoinfantil.³

La OPS, mediante personal de la Oficina Central y de las de Zona y consultores a corto plazo, ha prestado y continuará prestando servicio permanente de asesoría técnica a cada uno de los proyectos locales, en los aspectos directa o indirectamente relacionados con la conducción de la Investigación y la aplicación de sus resultados.

³ Informe Final. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Buenos Aires, Argentina, 14-18 octubre, 1968. Organización Panamericana de la Salud: Documento REMSA/19.

Existe un gran interés por parte de la Organización y de los colaboradores principales en cumplir, cada vez más eficientemente, los requisitos fundamentales de esta Investigación continental, en el sentido de obtener el

mayor grado de colaboración de las disciplinas relacionadas con la colección, análisis y uso de información, y el mantenimiento de un alto nivel en las normas operacionales.

LA FIEBRE AMARILLA Y LA ERRADICACION DEL *Aedes aegypti*

Durante muchos años el limitado número de casos de fiebre amarilla notificados en las Américas fue, en su totalidad, de tipo selvático. Sin embargo, en las cuencas de los ríos Amazonas, Magdalena y Orinoco, el virus de la fiebre amarilla está activo, y en algunas ocasiones ocurren brotes epizooticos seguidos de infecciones humanas. La proximidad entre áreas infestadas con *A. aegypti* y áreas donde existe infección, así como el traslado de personas infectadas hacia zonas afectadas por el vector, constituyen un peligro potencial de aparición de brotes de fiebre amarilla urbana.

El número de casos notificados en 1966 (304) fue el mayor desde el año 1952. Repitiendo un fenómeno ya observado varias veces en el pasado, en 1964, 1965 y 1966, la fiebre amarilla se propagó hacia el sur, hasta la cuenca de los ríos Paraná y Paraguay. Ocurrieron casos de la enfermedad en el Brasil (estados de Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul) y en la Argentina (provincias de Misiones y Corrientes). En ausencia de *A. aegypti* no se produjeron brotes urbanos.

Con respecto a la erradicación del *A. aegypti*, se puede considerar que el vasto programa continental iniciado en 1947 ha progresado mucho. En 1965 el vector había sido eliminado de todas las zonas, con excepción del sur de los Estados Unidos, la región del Caribe, Venezuela, Surinam, Guyana, Guayana Francesa y Cúcuta, en Colombia.

Efectivamente, ya completaron la erradicación del vector, y a la fecha se consideran libres del mismo, Argentina, Belice, Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y la

Zona del Canal de Panamá. Otros cuatro países, Brasil, Guatemala, Honduras y México, habían completado también la erradicación del mosquito, pero se reinfestaron recientemente.

Las áreas todavía infestadas han sido causa, en los últimos seis años, de frecuentes reinfestaciones ocurridas en el Hemisferio. Además de las reinfestaciones en los cuatro países mencionados, se han producido otras en Colombia, El Salvador, Guayana Francesa, Guyana, Trinidad y varias islas del Caribe, entre ellas Aruba, Antigua, Bonaire, Montserrat, San Cristóbal y San Vicente.

La reinfestación en el Brasil se descubrió en 1967 en el área de Belém, capital del estado de Pará, en el norte del país; en Guatemala fue reinfestada ese mismo año la ciudad de Escuintla, cerca de la frontera con El Salvador; en Honduras, se encontraron reinfestadas en 1968 las localidades de San Pedro Sula y Puerto Cortés, en la costa norte del país; y en México, entre junio de 1965 y junio de 1968, se encontraron reinfestadas dos localidades en la frontera con los Estados Unidos.

En algunos lugares la infestación fue eliminada inmediatamente. En otros, habrá que realizar un gran esfuerzo para lograr nuevamente la erradicación.

En el área del Caribe, la campaña está en su fase final en Trinidad donde, en los últimos años, solo se encontraron pequeños focos de reinfestación, y continúa activa, aunque con resultados limitados, en Barbados, Cuba y Santa Lucía. Sin embargo, los trabajos de erradicación han sido interrumpidos en Dominica, Guadalupe, Haití, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica y República Dominicana. En el resto de esa área la