

Norte. Sería sumamente útil poder hacer más comparaciones de este tipo entre otros países.

A pesar de los diferentes sistemas utilizados para la recolección de datos, casi todos los resultados tienden a agruparse mostrando que el alcohol y el tabaco son las sustancias químicas cultural y legalmente aceptadas cuyo uso (y abuso) es más común. Aparentemente le sigue en frecuencia el uso no médico de sustancias psicotrópicas tales como los tranquilizantes y los estimulantes. El uso de estas drogas parece estar concentrado en las grandes zonas metropolitanas. Los principales usuarios de las cuatro sustancias ya mencionadas son los adultos, pero su uso está aumentando entre los grupos más jóvenes. La marihuana es la sustancia de uso indebido más frecuente en toda la Región. Son usuarios típicos los jóvenes de zonas urbanas de clase media, excepto en países como el Brasil y Jamaica, donde hace tiempo que su uso es tradicional entre los campesinos y, por tanto, culturalmente aceptado. En la mayoría de los países, sin embargo, su uso se difundió en los años sesenta convirtiéndose en epidemia mundial.

El consumo de cocaína también es muy común dentro de los confines de la subregión andina (Bolivia, el Perú, norte de la Argentina y Chile, el Ecuador, partes del Brasil y Colombia). Los productores tradicionales de coca han tratado de desalentar esa práctica, pero persiste la costumbre tradicionalmente aceptada de masticar hojas de coca y el hábito de fumar pasta básica de cocaína se ha convertido en una cuestión cada vez más problemática para ellos.

El uso indebido de múltiples drogas es otro tema que no se ha investigado debidamente. Los informes oficiales al respecto indican que el hábito se halla concentrado en pequeños grupos bien identificados con características sociales y psicológicas bien definidas. El abundante uso de alcohol y solventes volátiles descrito en dichos informes ha sido corroborado en Chile, lo que ha llevado a la elaboración de métodos para poder identificar los individuos de alto riesgo en los diferentes grupos de población.

La literatura examinada ha permitido diferenciar claramente los siguientes subgrupos entre los usuarios de drogas:

- Los usuarios tradicionales de drogas de las zonas rurales, que consumen hojas de coca, *maconha* y hongos alucinógenos por razones culturalmente aceptadas. Las prácticas alimentarias y religiosas de la población indígena han sido

factores que han contribuido de manera importante a reforzar esos hábitos.

- Los individuos de clase media y alta, generalmente adultos jóvenes, de las grandes zonas metropolitanas, quienes siguen las tendencias y modas internacionales en materia de uso de drogas. Esos individuos eran los usuarios típicos de ácido lisérgico en los años sesenta, MDA en los años setenta y cocaína en los años ochenta.

- Los residentes de las barriadas marginales con muy poca instrucción, para quienes los estimulantes químicos forman parte de la "vida de pobreza" en que están sumidos. De niños inhalan los vapores de las sustancias volátiles y más adelante se dedican a consumir bebidas alcohólicas.

Actualmente se cuenta con la tecnología necesaria para realizar estudios metodológicamente adecuados que contribuyan a iluminar algunas de estas áreas y la Organización Mundial de la Salud se ha encargado de divulgarlas de manera sistemática. El Instituto Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas de los Estados Unidos de América (United States National Institute of Drug Abuse, NIDA) también ha dedicado varias publicaciones al tema de la metodología de los estudios sobre el uso indebido de drogas y las tendencias internacionales. En América Latina y el Caribe hay varios grupos de investigación que podrían colaborar en esta área mancomunando esfuerzos. La OMS ha delineado proyectos y actividades sobre la prevención y otros aspectos de la dependencia de las drogas. La eficacia de dichos esfuerzos depende, sin embargo, de la estimación correcta del grado de consumo de una droga determinada en cada país y de una percepción realista de la situación local.

Algunos grupos de investigación han publicado estudios bien planeados en Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, México y Perú. Quizás haya otros, no mencionados en esta reseña, que podrían participar en la tarea de mejorar la cantidad y calidad de la información sobre el uso indebido de drogas en los países de las Américas.

Pueden solicitarse las referencias bibliográficas sobre este tema al Programa de Salud de los Adultos (HPA), OPS.

(Fuente: Extraído de: *Epidemiology of Drug Use in Central and South America*, por Ramón U. Florenzano, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.)

## Vigilancia de SIDA en las Américas: Informe hasta el 31 de diciembre de 1985

### Cuadro general

Continúan aumentando en la Región de las Américas los casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA),

correspondiendo a América del Norte la vasta mayoría de casos registrados (93,1%). Todos los países combinados, excluidos los Estados Unidos de América y el Canadá, han notificado 1.250 casos. El área del Caribe (latina y no latina)

ha confirmado un total de 538 casos, o sea 17,5 casos por millón de habitantes. Los países de América Latina, incluido el Istmo Centroamericano, Brasil y México, han notificado un total de 685 casos, o sea 2,1 casos por millón de habitantes. Los países con el mayor número de casos son los Estados Unidos de América (16.130), el Brasil (540), el Canadá (435) y Haití (377), que en conjunto representan 17.482 casos, o sea 98,1% del total de la Región. En el cuadro 1 se presenta el número de casos y defunciones por SIDA registrado en la Región hasta el 31 de diciembre de 1985 inclusive.

Por primera vez desde 1983, año en que la OPS inició el sistema de vigilancia actual, muchos países no notificaron los casos nuevos diagnosticados durante el segundo semestre (1 de julio a 31 de diciembre de 1985) con tiempo suficiente para incluirlos en el informe anual. Dichos países son Anguila, Argentina, Costa Rica, Grenada, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago. El presente informe, por tanto, puede subestimar el verdadero total de casos de SIDA en la Región.

Al 31 de diciembre de 1985 no se habían diagnosticado casos de SIDA en los siguientes países: Antigua, Belice, Cuba, Dominica, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Nicaragua y Paraguay.

## Discusión

El problema del síndrome de inmunodeficiencia adquirida sigue aumentando en magnitud e importancia a medida que se reduce de manera notable la lista de países que todavía no han notificado casos de esa enfermedad. Queda mucho por aprender acerca de la epidemiología de la enfermedad en cada uno de los países, puesto que los grupos de población en riesgo pueden ser diferentes. En Brasil, por ejemplo, más del 85% de los pacientes son varones homosexuales, y muy pocos (menos del 2%) son farmacodependientes. En las Bahamas, en cambio, se da lo contrario. La disponibilidad creciente de la prueba serológica ELISA en la Región contribuirá a que se conozcan mejor la epidemiología del SIDA y sus formas de transmisión.

La OPS ha distribuido "Pautas para el SIDA" a todos los Gobiernos Miembros, Oficinas de los Países y Centros. Puede obtenerse un ejemplar escribiendo al Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS. Además de examinar numerosos aspectos del SIDA, las Pautas recomiendan obtener información más detallada y frecuente mediante la vigilancia de esa enfermedad. A partir del 1 de julio de 1986, la OPS inició la vigilancia trimestral solicitando datos mínimos, incluidos edad, sexo y características generales de los pacientes o grupos en riesgo (p. ej., homosexuales, farmacodependientes, hemofílicos, personas que han recibido transfusiones, etc.). A partir de esa misma fecha, el Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS coordina todas las actividades de vigilancia de los países no latinos del Caribe. La colaboración de los países será

**Cuadro 1. Casos y defunciones por SIDA, Región de las Américas, hasta el 31 de diciembre de 1985.**

Subregión y país	Casos	Defunciones
América Latina, Grupo Andino		
Bolivia	1	1
Colombia	5	3
Ecuador	4	3
Perú	9	4
Venezuela	32	22
Subtotal	51	33
América Latina, Cono Sur		
Argentina	26 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>
Chile	7	4
Uruguay	10	4
Subtotal	43	21
Brasil	540	252
Istmo Centroamericano		
Costa Rica	6 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
El Salvador	1	1
Guatemala	2	2
Honduras	1	1
Panamá	8	3
Subtotal	18	9
México	33	11
Caribe Latino		
Haití	377 <sup>a</sup>	88 <sup>a</sup>
República Dominicana	39	22
Subtotal	416	110
Caribe no Latino		
Bahamas	38	7
Barbados	4	4
Grenada	2 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
Guadalupe, San Bartolomé y San Martín	12 <sup>b</sup>	0 <sup>b</sup>
Guayana Francesa	31	15
Jamaica	2 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
Martinica	2 <sup>b</sup>	0 <sup>b</sup>
San Cristóbal y Nieves	1	0
Santa Lucía	10	2
San Vicente y las Granadinas	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
Suriname	3	1
Trinidad y Tabago	16 <sup>a</sup>	0 <sup>a</sup>
Subtotal	122	31
América del Norte		
Bermuda	27 <sup>c</sup>	17 <sup>c</sup>
Canadá	435	207
Estados Unidos de América	16.130	8.216
Subtotal	16.592	8.440
Total	17.815	8.907

<sup>a</sup>No se recibió información para el último semestre de 1985 (1 de julio hasta el 31 de diciembre).

<sup>b</sup>Datos hasta abril de 1985.

<sup>c</sup>Datos hasta el 31 de octubre de 1985.

muy importante para el intercambio rápido de información acerca de la situación del SIDA en las Américas.

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