

# Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 6, No. 2, 1985

## Fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiología

En la Región de las Américas, al igual que en el mundo entero, existe suficiente conciencia en cuanto al momento particularmente significativo de la evolución de las sociedades y las proyecciones de esta situación hacia los próximos años. Se vive, sin duda, un momento de cambio que se acelera y manifiesta en todos los aspectos de la vida de las sociedades y que tiene profundas repercusiones en la situación, los problemas y los recursos de salud. La comprensión de ese proceso de cambio y el consiguiente ajuste de las acciones del sector salud y de la sociedad misma, constituyen una responsabilidad ineludible para la realización de la meta que se han fijado los gobiernos: lograr salud para todos en el año 2000 con equidad, efectividad, eficiencia y participación.

En el campo de la salud se observan cambios en el patrón de las enfermedades que han afectado a las poblaciones con el paso del tiempo: en los países industrializados el perfil de salud-enfermedad evolucionó en etapas sucesivas y en cada una de ellas se introdujeron medidas de control distintas, mientras que en los países en desarrollo estas etapas tienden a ocurrir en forma simultánea.<sup>1</sup>

La primera etapa—dominada por las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la malnutrición y la precaria

higiene ambiental y personal—respondió lentamente a la mayor disponibilidad de alimentos, al mejoramiento de la vivienda y al aumento del nivel de alfabetismo, que acompañaron a una mayor prosperidad; respondió además a ciertas medidas de salud pública, particularmente a la extensión de la cobertura de los servicios de agua potable, saneamiento y vacunación.

El descenso continuo de la mortalidad infantil y de la niñez puede atribuirse en parte a esas medidas. Con el avance de la ciencia se incorporaron en los programas de control de las enfermedades infecciosas, una enorme cantidad de técnicas diagnósticas y terapéuticas que contribuyeron al aumento de la esperanza de vida. Simultáneamente, las enfermedades degenerativas, como las del corazón, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer gradualmente fueron reemplazando a las infecciones respiratorias y gastrointestinales.

En 1900 las tres causas principales de defunción en los Estados Unidos de América eran la influenza y neumonía, la tuberculosis, y la gastroenteritis, que ocasionaron más del 30% del total de defunciones, mientras que las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, en conjunto, fueron responsables del 18% de las defunciones.

En 1975 la influenza y neumonía figuraban como la quinta causa de defunción, atribuyéndosele no más del 3% del total

<sup>1</sup>Este tema ha sido tratado por diversos autores, entre ellos J. N. Morris, T. McKeown y J. Evans.

### EN ESTE NUMERO . . .

- Fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiología
- Informe preliminar sobre las estadísticas de mortalidad definitivas, E.U.A., 1982

- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional
- Calendario de cursos y reuniones
- Publicaciones

de muertes. En ese mismo año las tres primeras causas de defunción correspondieron a las enfermedades del corazón, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares que, en conjunto, produjeron más de los dos tercios del total de defunciones (38%, 20% y 10%, respectivamente).

El predominio de esas y otras enfermedades degenerativas, como la diabetes y los problemas mentales, caracterizó lo que se podría llamar la segunda etapa. Según disminuía la amenaza de las enfermedades infecciosas, las medidas de salud pública tradicionales se fueron relegando a un papel normativo y los servicios de atención individual se transformaron en la vía principal de prevención y tratamiento de los problemas de salud. El desarrollo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento costosas y complicadas ocasionó una transferencia del cuidado médico de los consultorios a hospitales especializados y sofisticados. La microscopía tisular, el análisis bioquímico, la radiografía, la tomografía computarizada y el radioinmunoensayo son solo algunos ejemplos de que la práctica médica depende cada vez más de procedimientos diagnósticos altamente tecnológicos y especializados, que aumentan el costo de la atención. Con frecuencia, estas técnicas han sido introducidas al mercado antes de evaluar adecuadamente su validez, seguridad y eficiencia.

La tercera etapa en la evolución de la situación de salud refleja una creciente preocupación por los problemas de salud originados en la exposición ambiental a un creciente número de productos químicos y otras sustancias tóxicas y, por otro lado, por modificaciones en las condiciones sociales de las familias, las comunidades y el trabajo, que influyen sobre el comportamiento y que están asociadas con la violencia, el abuso del alcohol y la adicción a drogas en proporciones epidémicas.

En los países industrializados, esta tercera etapa está adquiriendo importancia creciente y está marcando un retorno al reconocimiento de que la responsabilidad por la salud no puede ser una prerrogativa exclusiva de los profesionales de salud, sino que la aplicación de las medidas de protección y de prevención debe ser también una responsabilidad social e individual. Los problemas de esta etapa confieren urgencia a la necesidad de adaptar los servicios y sistemas de salud para que puedan concentrar su atención en la promoción de la salud y en la aplicación de medidas preventivas individuales y comunitarias, a través de una efectiva negociación y coordinación con otros sectores.

Los países desarrollados han pasado por estas tres etapas a lo largo de un período de más de un siglo. Los países en desarrollo, por el contrario, enfrentan el desafío de convivir con las tres etapas simultáneamente. En las personas más pobres, que constituyen la mayoría de la población, persisten problemas de la primera etapa; en las personas más acomodadas, especialmente las de zonas urbanas, se observan los de la segunda, y en las grandes ciudades ya se evidencian problemas más propios de la tercera etapa debidos al deterioro ambiental y social que acompaña al crecimiento urbano masivo y al desempleo. En consecuencia, las tendencias

favorables de algunos indicadores de salud deben ser analizadas cuidadosamente ya que, como representan agregados nacionales, pueden estar disfrazando enormes diferencias entre las condiciones de salud de los varios subgrupos poblacionales.

El desarrollo económico rápido acelera la aparición de problemas de salud tales como las enfermedades ocupacionales, los accidentes de tránsito y la contaminación ambiental. De la misma forma, las migraciones, el desempleo, la disolución de la familia y de las comunidades ocasiona una variedad de trastornos, como el alcoholismo, la violencia, y la promiscuidad, cada una con sus repercusiones físicas, mentales y sociales. En la carrera hacia el desarrollo industrial y comercial, las medidas de protección de los trabajadores y del ambiente quedan limitadas, como ocurrió en un comienzo en los países desarrollados. Estas medidas frecuentemente son menospreciadas debido al alto costo de la inversión inicial y porque casi siempre requieren del apoyo de una legislación firme e inspección constante.

En respuesta a esta compleja situación de salud y dentro del marco de la extensión de la cobertura de los servicios de salud y de las metas y objetivos para lograr salud para todos en el año 2000, los países de la Región han ampliado y reestructurado sus sistemas de servicios de salud y en muchos casos han combinado programas y actividades para mejorar su equidad, efectividad y eficiencia. Sin embargo, este proceso está lejos de concluir. El sector salud debe competir con otros sectores por recursos financieros extremadamente escasos. El acceso a los servicios de salud es todavía limitado y grandes segmentos de la población siguen marginados.

El sector salud enfrenta enormes desafíos en materia de organización de los servicios. Por una parte, algunos de sus objetivos solo pueden alcanzarse con la cooperación de otros sectores tales como los de agua y saneamiento, educación y agricultura. Esto tiene especial relevancia para las acciones de promoción de la salud y de prevención primordial de los problemas, que constituyen servicios a la población como un todo. Por otra parte, la entrega de servicios a las personas involucra una serie de recursos que incluyen una gama diversa de categorías de personal y hospitales generales y especializados. Además, las acciones se realizan por intermedio de programas verticales e independientes de control de enfermedades, cada uno con su personal y servicios de apoyo; de programas de salud comunitarios con trabajadores polivalentes, y de sistemas de medicina tradicional.

El desarrollo de sistemas de servicios adecuados a la realidad del país implica la necesidad de su evaluación periódica, y cada vez tiene mayor vigencia la apreciación de que los programas, las instituciones y los sistemas de atención médica deben evaluarse en términos de sus logros y no solamente de sus actividades. Los logros de la atención médica tienen relación con el estado de salud y enfermedad de los pacientes y las comunidades, y esto fortalece el concepto de que el proceso de evaluación tiene cabida dentro del campo de la epidemiología. Sin embargo, la multiplici-

dad de agencias prestadoras de servicios de salud, su falta de coordinación, así como la falta de personal adiestrado, dificultan el análisis y la evaluación del estado de salud y la de los servicios en todos los niveles administrativos.

Por otra parte, es necesario evaluar la tecnología preventiva y los procedimientos clínicos y quirúrgicos empleados en el diagnóstico y la atención de salud. La experiencia obtenida durante la década de 1970 mostró que, en la mayoría de los casos, la aplicación de tecnologías avanzadas no generaba los beneficios observados en los países donde esas tecnologías se habían desarrollado. Todos estos diferentes elementos se deben tener en cuenta para reducir conflictos y duplicaciones de programas y para que se pueda establecer un sistema coherente de atención según los varios niveles de complejidad de los servicios.

La administración de los sistemas de servicios de salud abarca mucho más que lo relativo a la administración de sus instalaciones y servicios de apoyo: involucra también el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos con base en las necesidades de salud de las poblaciones a ser atendidas. Esta capacidad de planificar e instrumentar estrategias y programas de acuerdo con las necesidades y los recursos disponibles, así como la de evaluar la marcha de las acciones y sus resultados, es muy limitada en la mayoría de los países en desarrollo.

En el plano de la administración y la planificación, la gran cantidad de instrumentos de que se dispone para comprender las realidades sociales y las de salud se basan en el supuesto de que los hechos del futuro o del presente pueden ser explicados en función del conocimiento del pasado. Pero los fenómenos sociales, y en particular los de salud, son generalmente transitorios; cada momento condiciona un cambio en las relaciones que definen el momento siguiente y cada acción realizada cambia las relaciones observadas en el momento anterior. Ninguno de los modelos teóricos disponibles basta por sí mismo para explicar ese comportamiento.

El esfuerzo por comprender la situación presente en términos de la manera en que afectará el futuro va más allá de la aplicación de los instrumentos conocidos de que se dispone. Este esfuerzo debe constituir la inteligencia del sector salud, y en general de los sectores directivos de las sociedades, para hacer frente a los tremendos desafíos que ya existen y los que están por venir.

El conocimiento epidemiológico o la epidemiología y sus instrumentos tienen un papel extraordinario que cumplir en el logro de esos propósitos, no solo en lo que respecta a la dimensión útil y necesaria de la vigilancia—esencial para el control de enfermedades—sino, particularmente, en el ámbito mayor de la percepción de la salud como un todo; de la epidemiología como un instrumento para la evaluación, no solo de los programas y servicios de salud, sino del contexto integral en que se producen los fenómenos de salud; la epidemiología que va más allá de los problemas de salud específicos, para considerar a la sociedad como fuente de explicación de los mismos y como recurso para su solución;

la epidemiología que proyecta el conocimiento de las necesidades, identifica y califica las condiciones de riesgo, y que debe orientar la definición de prioridades y la utilización de los recursos disponibles, convirtiéndose así en instrumento para la planificación y para la conducción de los sistemas de salud.

### *Situación actual de la epidemiología en la Región*

Durante el Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología que se realizó en Buenos Aires, Argentina, en noviembre de 1983, se debatieron y analizaron ideas e iniciativas sobre el tema.<sup>2</sup> Los participantes en el Seminario, entre los que se encontraban epidemiólogos, planificadores y administradores de salud de muchos países de la Región, llegaron a varias conclusiones y formularon una serie de observaciones y recomendaciones, entre las que se incluyen las siguientes:

En los servicios de salud, el uso de la epidemiología ha estado concentrado en el desarrollo de sistemas de vigilancia orientados casi exclusivamente a detectar situaciones anormales que permiten una intervención rápida de control, especialmente para algunas enfermedades transmisibles. En muchos países, estos sistemas se han convertido en mecanismos pasivos de notificación de casos, caracterizados por la recolección de datos en los niveles periféricos y por la recopilación de los mismos en los niveles centrales. En general, estos datos cubren solamente parte de la población (usualmente la atendida por los servicios públicos), con limitaciones en su calidad debido a deficiencias en los servicios de diagnóstico, y no son motivo de análisis en los niveles de prestación de servicios. Esta situación se ve agravada por la multiplicidad de formularios usados para la notificación de casos de enfermedades, cuyo control, normalización y supervisión dependen de programas distintos e independientes entre sí. Aun en las pocas circunstancias en que estos datos son analizados localmente, la información obtenida no genera acciones inmediatas, debido a la limitada capacidad administrativa existente.

En los niveles centrales, los datos así obtenidos, además de ser poco confiables, carecen de oportunidad. Gran parte de la información divulgada está limitada a tablas estadísticas con escaso o ningún análisis. ...

Para mejorar la vigilancia epidemiológica, es necesario que los datos recolectados puedan ser analizados y utilizados localmente con la oportunidad necesaria para la toma de decisiones. Asimismo, es preciso realizar análisis en niveles progresivamente superiores para contribuir al conocimiento de los problemas de salud, para sustentar las decisiones en cada uno de estos niveles y para realimentar el proceso central de normatización y programación.

Las acciones de vigilancia deberán incluir problemas tales como la desnutrición, las enfermedades crónicas, los accidentes e intoxicaciones y las condiciones relacionadas con el trabajo y la contaminación ambiental. Sin embargo, debido a que los mecanismos de notificación utilizados en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades agudas pueden no representar el mejor instrumento para el conocimiento adecuado de estos problemas, será preciso identificar nuevas fuentes y mecanismos para la recolección de datos, y definir métodos de análisis para la evaluación de las acciones preventivas y curativas que se adopten. ...

<sup>2</sup>Véase también *Boletín Epidemiológico* 5(1), 1984 y la publicación *Usos y perspectivas de la epidemiología* (No. PNSP 84-47, OPS), 1984.

La etapa del diagnóstico de salud generalmente se limita a tasas o indicadores nacionales que no revelan las variaciones geográficas y sociales que existen o puedan existir en cada país. ...

Con el fin de facilitar la programación local y la evaluación de los servicios de salud, es necesario establecer unidades geográficas mínimas de análisis teniendo en cuenta las características de la estructura de los servicios de salud y la distribución de los grupos de población según sus condiciones de vida. Las actividades que se programen deberán estar orientadas a resolver el conjunto de los problemas de salud de estos grupos. ...

La evaluación del estado de salud deberá ampliarse mediante la inclusión de indicadores tales como el número de años de vida perdidos prematuramente y el número de casos prevenibles bajo determinados supuestos de eficacia de las intervenciones. Asimismo, el componente demográfico deberá tener en cuenta características peculiares de la Región en cuanto a la explosión urbana y las variaciones de la fecundidad y de la composición de la pirámide de población. ...

La epidemiología debe estar íntimamente vinculada al desarrollo de mecanismos de evaluación de tecnología nueva y en uso, no solo de aquella utilizada para el fomento y la protección de la salud, sino también para la atención médica, que tiende al uso de tecnologías cada vez más costosas y de eficacia no siempre establecida. La epidemiología debe desempeñar un papel fundamental en la selección y evaluación de la tecnología en cuanto a su eficacia, eficiencia, factibilidad y viabilidad en los distintos niveles de atención de los servicios.

La investigación con criterio epidemiológico tampoco ha tenido el desarrollo deseado y ha estado limitado a proyectos aislados, orientados hacia áreas clínicas y de laboratorio, con escasa atención a los estudios de población y al desarrollo de los servicios. Contribuye a esta situación el hecho de que la investigación científica se ha limitado al contexto universitario y de institutos especializados, con participación casi nula de los servicios de salud, la carencia de políticas nacionales de investigación, y la distorsión de las prioridades que, a veces, reflejan más el interés de las agencias financiadoras, que las realidades de salud nacionales. ...

A partir del análisis continuo de la situación de salud se detectarán aquellas lagunas del conocimiento sustantivo y metodológico que no puedan ser resueltas con el estudio de la información existente, y que deberán constituirse en actividades prioritarias de investigación como parte integral de las funciones de las propias agencias de prestación de servicios de salud.

Todos estos elementos deberán ser tomados en consideración al formular las políticas nacionales de investigación, cuyas prioridades tendrán que ser coherentes con las de las políticas y planes de salud. Además, es necesario crear la infraestructura que facilite la instrumentalización de esas políticas, y los mecanismos para coordinar los esfuerzos de instituciones y grupos diversos de las universidades y servicios, que aseguren la asesoría y los recursos necesarios. Esto permitiría el desarrollo de proyectos de investigación más integrales, el apoyo multidisciplinario requerido y estudios colaborativos en el ámbito nacional e internacional. Al mismo tiempo, estos mecanismos deberán contribuir a la capacidad en investigación de una proporción mayor del personal que trabaja en salud, tanto en las universidades como en los servicios, y a estimular la investigación epidemiológica dentro de la operación regular de los programas de salud. ...

La situación descrita tiene estrecha relación con las deficiencias de la capacitación en epidemiología, tanto por la escasez de personal adiestrado como por la disociación entre los requisitos de la práctica y el contenido de la enseñanza. Para que las perspectivas y recomendaciones enunciadas en relación con el papel de la epidemiología en los servicios de salud y en la investigación puedan concretarse en la práctica, será necesario realizar transformaciones profundas en todos los niveles de los programas de capacitación en epidemiología.

Todo el personal de salud debe poseer un mayor o menor grado de capacitación en epidemiología y las características de esta capacitación dependerán de las políticas de salud y de formación de personal, y de la estructura, organización y niveles de responsabilidad funcional de los servicios en cada país. En el intento por categorizar los grados de amplitud y profundidad de la capacitación en epidemiología y sin perjuicio de la posibilidad de especificación más detallada en el contexto de cada situación concreta, se deben considerar esquemas basados en la estructura funcional y administrativa de los servicios. El sistema formador de recursos humanos deberá adaptarse a estas necesidades del sistema de prestación de servicios, para capacitar el personal de salud en general y los epidemiólogos en particular.

La oferta de adiestramiento deberá contemplar tanto la formación académica de largo plazo, como las alternativas de educación continua que sean necesarias, incluyendo la posibilidad de adiestramiento ya sea en servicios, cursos básicos, cursos de actualización y seminarios de orientación epidemiológica para profesionales que no tengan formación previa en este campo. ...

A todo lo anterior se suman las limitaciones de los actuales sistemas de información y documentación, que dificultan tanto la capacitación como las investigaciones y que entorpecen el desarrollo general de la epidemiología.

## Estrategia de cooperación técnica

Teniendo en cuenta lo anterior, la OPS considera que la práctica epidemiológica debe ser reorientada en cuanto a su alcance y procedimientos a fin de lograr toda su potencialidad como instrumento para el mejor conocimiento, evaluación y control de los problemas de salud y para el desarrollo de los sistemas de servicios. De acuerdo con ello, estableció como uno de sus objetivos principales el fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiología. Para alcanzar este objetivo, la OPS utiliza los siguientes enfoques, que se relacionan entre sí:

- Presta servicios directos de asesoría técnica en epidemiología a los países miembros, a los epidemiólogos de país de la OPS y del Centro de Epidemiología del Caribe y a profesionales de otras unidades de la sede. Cuando es pertinente, se utilizan consultores a corto plazo para actividades específicas.

- Disemina información sobre epidemiología. Como componente esencial para fortalecer la capacidad en epidemiología, la OPS disemina datos y análisis sobre la situación de salud y sus tendencias en la Región. Además, se difundirá información técnica sobre la epidemiología y la disponibilidad de recursos en la materia.

- Estimula la movilización de los recursos en epidemiología de cada país, tanto en el ámbito de los servicios de atención de salud, como en los de la capacitación y la investigación.

- Estimula la cooperación entre países en desarrollo mediante la formulación de mecanismos para el intercambio de expertos y experiencias provenientes de las áreas de servicios, capacitación e investigación en epidemiología. Además identifica y promueve el uso de recursos de otros organismos nacionales e internacionales que puedan prestar apoyo adicional, técnico o financiero, al mejoramiento de los servicios de epidemiología de los países miembros.

- Colabora con los países en la identificación de sus necesidades en investigación epidemiológica y promueve la preparación y evaluación de proyectos de investigación en conjunto con los países a fin de aumentar el conocimiento sobre los problemas y las tec-

nologías de salud y mejorar las intervenciones de prevención y control.

- Estimula la reorientación de los programas existentes de capacitación en epidemiología, por medio de la movilización de instituciones nacionales para coordinar enfoques múltiples de capacitación.

La revisión de la práctica epidemiológica debe orientarse según la situación de salud y las características de organización y funcionamiento de los servicios de salud en el país. Para ello será necesario promover actividades en cada país y a nivel de la sede regional.

#### *Actividades a nivel de país*

Los epidemiólogos de la OPS actúan en estrecha coordinación con las representaciones de país y utilizan diversos mecanismos de apoyo, de acuerdo con el principio de movilización de los recursos nacionales.

Una de las primeras actividades de cooperación técnica será la promoción de encuentros de autoridades nacionales de las diversas instituciones prestadoras de servicios, las escuelas de salud pública y los centros de investigación. Durante estos encuentros los debates deberán centrarse en la necesidad de ampliar el uso de la epidemiología en los servicios, incluidos los aspectos siguientes:

1) Análisis de la situación de salud de los grupos de la población, sus tendencias y condicionantes, con el fin de:

- proporcionar las bases para la adecuada planificación y coordinación de las acciones de salud y la utilización racional de los recursos del sector;
- identificar las áreas que requieran el establecimiento o el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para la solución de los problemas de salud;
- identificar las necesidades en materia de investigación.

2) Conocimiento de la ocurrencia, distribución y determinantes de enfermedades y problemas de salud específicos, con el fin de establecer medidas apropiadas de intervención y orientar la organización de programas y servicios de salud.

3) Detección e investigación oportunas de situaciones de salud que requieran la aplicación de medidas de control inmediatas.

4) Evaluación del impacto de los servicios de salud y de las intervenciones sobre el ambiente y sobre el comportamiento individual y colectivo, con miras a su ajuste y reorientación.

5) Evaluación de la tecnología médica, con el propósito de identificar opciones tecnológicas efectivas y seguras, adecuadas a la realidad del país.

Para la consecución de estos objetivos, los participantes de los encuentros deben plantear estrategias de trabajo que tengan en cuenta:

- La evaluación de la práctica epidemiológica, sus características actuales y los factores que la han limitado o favorecido.
- La identificación de las medidas necesarias para ajustar la práctica actual a una práctica ideal para el país, tales como el establecimiento de redes nacionales de epidemiología y el ajuste de los programas de capacitación a las necesidades de la práctica epidemiológica.

- La formulación de un plan de acción y la definición de los mecanismos necesarios para aplicar y coordinar las medidas propuestas.

- Los mecanismos necesarios para asegurar la continuidad del proceso a corto y mediano plazo.

- La identificación de problemas específicos para cuya solución se necesite el apoyo de la OPS durante las varias etapas de desarrollo del proyecto de ampliación de la práctica en epidemiología.

Desde el inicio del proceso será necesario promover un sólido apoyo político para la implantación de los cambios que sean propuestos por los niveles técnicos nacionales.

#### *Actividades a nivel regional*

En apoyo a las actividades realizadas en los países, la Unidad de Epidemiología diseminará datos y análisis sobre la situación de salud y sus tendencias en la Región. Además, diseminará información técnica sobre la epidemiología: su teoría, principios y métodos, y la disponibilidad de recursos para su apoyo.

Uno de los principales instrumentos de diseminación es el *Boletín Epidemiológico*, que se prepara de acuerdo con las políticas editoriales establecidas por la Secretaría de la OPS y el Comité Editorial del *Boletín*. Su objetivo principal es publicar informes y comentarios acerca de la actividad epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles de importancia para la salud pública, así como información sobre los aspectos técnicos de los programas de prevención y control de enfermedades en los países. El *Boletín Epidemiológico* también intenta aportar elementos de juicio útiles en la toma de decisiones relativa a la asignación de recursos para los sistemas y servicios de salud, por medio de la diseminación de información sobre aspectos conceptuales y técnicos, y sobre experiencias en la aplicación de la epidemiología al diagnóstico de la situación de salud. Sobre todo, pretende ser una fuente de referencia para el personal técnico y profesional de campo, los administradores del sector y los estudiantes de las ciencias de la salud.

De acuerdo con lo planteado en el Programa de Mediano Plazo de la Unidad de Epidemiología, se desarrollarán otros medios para la diseminación de información epidemiológica, entre los que se destacan los siguientes:

1) Identificación, recopilación, organización y distribución de información sobre la teoría, principios y métodos de la epidemiología, a través de bibliografías y materiales de referencia, específicamente:

- La recopilación y publicación anual de una bibliografía anotada sobre epidemiología, en la que se incluirán artículos recientes de importancia provenientes de revistas, periódicos, boletines y otras publicaciones técnicas y científicas.
- La recopilación y publicación anual de una bibliografía comentada de libros de epidemiología y temas afines.
- La preparación y publicación de un libro que incluirá

una selección de artículos, capítulos de obras y documentos que constituyen hitos en el desarrollo de la teoría, el método y la práctica epidemiológicos.

2) La identificación de recursos humanos e institucionales en epidemiología, con miras a su mejor utilización, intercambio y movilización. Parte del proceso de fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiología incluye la identificación de los recursos disponibles, y por lo tanto se propone establecer y mantener un banco de datos sobre los recursos humanos e institucionales en materia de epidemiología y las disciplinas para su apoyo, al servicio de los países de la Región.

3) La creación de un inventario de cursos de epidemiología que incluya sus objetivos, orientación, nivel, duración y contenido. Esto facilitará la revisión y el ajuste de los programas de capacita-

ción en epidemiología de acuerdo con las necesidades e interés de cada país. Además, será un recurso útil para la orientación de alumnos potenciales.

La estrategia de cooperación descrita se está utilizando en un número creciente de países, y aunque es muy pronto para juzgar su efectividad, la experiencia parece indicar que sus lineamientos ofrecen la flexibilidad suficiente para permitir que cada país encare el fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiología según lo aconsejen sus propias circunstancias específicas.

(Fuente: Unidad de Epidemiología, OPS.)

## Informe preliminar sobre las estadísticas de mortalidad definitivas, E.U.A., 1982

### Naturaleza y fuente de los datos

Los datos incluidos en el presente informe se basan en información obtenida de todos los certificados de defunción registrados en los 50 estados y en el Distrito de Columbia. Las estadísticas de mortalidad se basan en información codificada por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) tomada de copias de certificados originales recibidos de las oficinas estatales de registro y de datos codificados por cada estado y proporcionados al NCHS por intermedio del Programa Cooperativo de Estadísticas Vitales (VSCP). En 1982, 46 estados participaron en este programa. Parte o la totalidad de los datos sobre mortalidad correspondientes a 1982 se suministraron en cinta de computadora. El NCHS se encargó de codificar una parte o la totalidad de los datos médicos y todos los datos de otra índole de cuatro estados y del Distrito de Columbia que, en 1982, no participaron en el VSCP.

Los datos suministrados para los Estados Unidos como un todo se refieren a acontecimientos ocurridos dentro del país. A partir de 1970, las estadísticas de mortalidad excluyen las defunciones de personas no residentes de los Estados Unidos. Además, los datos excluyen las defunciones fetales.

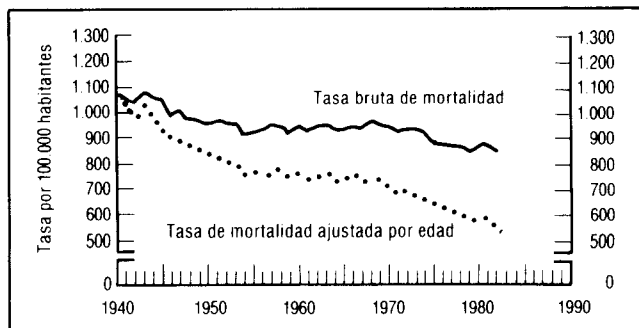
### Mortalidad y tasas de defunción

En 1982 se registraron en los Estados Unidos 1.974.797 defunciones, lo que corresponde a 3.184 menos que en

1981. La tasa de mortalidad de 1982 descendió a un nivel sin precedente, al disminuir a 852,0 defunciones por 100.000 habitantes, en comparación con una tasa de 862,4 en 1981. Los datos provisionales indican que la tasa correspondiente a 1983 fue de 858,9, algo superior a la de 1982 pero inferior a la de 1981.

La tasa de mortalidad ajustada según edad descendió a 553,8 en 1982, en comparación con la de 568,2 defunciones por 100.000 habitantes en 1981. La reducción en 1982 es parte de una continua y prolongada tendencia descendente de la mortalidad en los Estados Unidos, que ha llevado la tasa ajustada según edad a un punto mínimo nunca antes alcanzado (figura 1). Las tasas de mortalidad ajustadas según

Figura 1. Tasa bruta de mortalidad y tasa ajustada según edad, Estados Unidos de América, 1940-1982.



edad indican cuál sería el nivel de mortalidad si de un año a otro no hubiera ningún cambio en la estructura de edad de la población. Por consiguiente, son mejores indicadores que las tasas de mortalidad sin ajustar para señalar los cambios en el riesgo de muerte durante un período en el que la distribución de la población por edades es cambiante. Son también mejores indicadores del riesgo cuando se hacen comparaciones de mortalidad en subgrupos de población clasificados según sexo o raza, cuya estructura de edad es diferente.

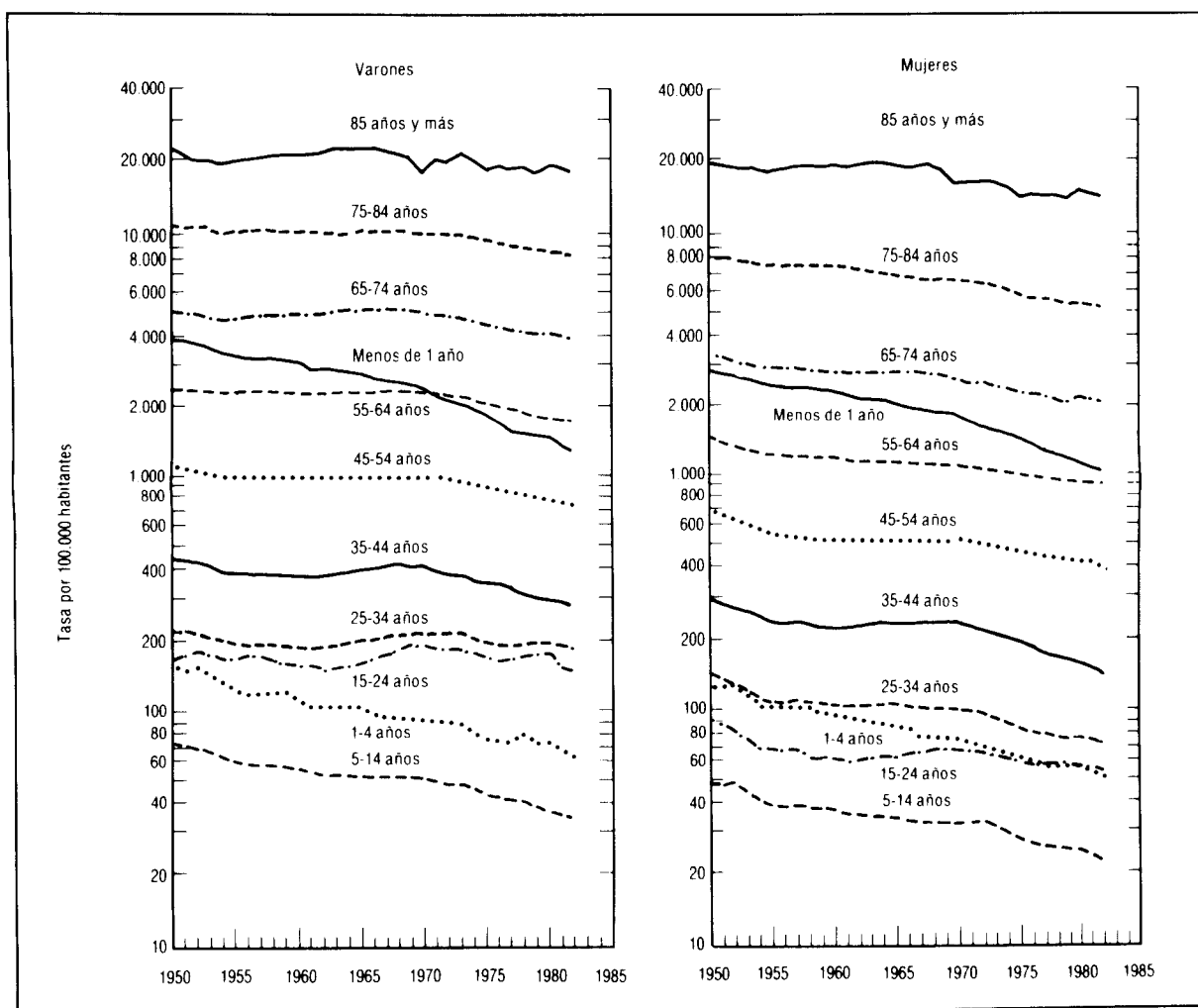
### Tasas de mortalidad según edad, origen étnico y sexo

Entre 1981 y 1982 las tasas de mortalidad disminuyeron para todos los grupos de edad de ambos sexos (figura 2). Para las tasas combinadas de hombres y mujeres, la menor

reducción se observó en el grupo de 65 a 74 años (1%), y la mayor en las personas de 15 a 24 años y de 35 a 44 años (6% en cada uno). En casi todos los grupos de edad de ambos sexos, la disminución de las tasas de mortalidad registrada entre 1981 y 1982 representa una continuación de la tendencia general descendente observada desde 1950. Los varones de 15 a 24 años constituyen la principal excepción al descenso general de las tasas de mortalidad ajustadas según edad. Sin embargo, entre 1980 y 1981, y nuevamente entre 1981 y 1982 las tasas de mortalidad de ese grupo se redujeron sustancialmente.

Entre 1981 y 1982 la tasa de mortalidad ajustada por edad de los varones disminuyó en un 3% mientras que la de las mujeres se redujo en un 2%. Sin embargo, al igual que en el año anterior, en 1982 la tasa de mortalidad ajustada según edad de los hombres fue 1,8 veces la de las mujeres. De 1981 a 1982 la tasa de mortalidad ajustada según edad disminuyó en un 2% para la población blanca y en un 3% para la

Figura 2. Tasas de mortalidad según sexo y edad, Estados Unidos de América, 1950-1982.



población negra. En 1982 la tasa de la población negra fue 1,5 veces la de la población blanca, igual a lo observado en 1981.

### Esperanza de vida al nacer y a edades específicas

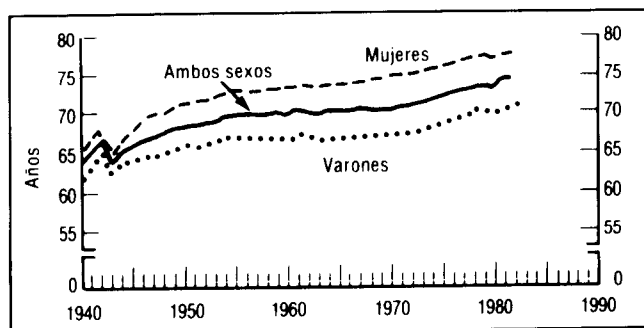
La esperanza media de vida al nacer alcanzó una marca sin precedente de 74,6 años en 1982, lo que representa un aumento de 0,4 año en comparación con 1981 (figura 3). Este aumento reanuda la tendencia general ascendente de la esperanza de vida en los Estados Unidos, interrumpida en 1980.

La esperanza de vida al nacer para 1982 representa el número promedio de años que viviría un grupo de recién nacidos si durante el curso de su vida prevalecieran las tasas de defunción específicas según edad correspondientes a 1982. En ese año, las mujeres podían esperar vivir 78,2 años en promedio, en comparación con 70,9 años que podían esperar los hombres. Entre 1981 y 1982, la esperanza de vida de los hombres se incrementó 0,5 año, un poco más que el aumento de 0,3 año logrado por las mujeres. La diferencia en la esperanza de vida entre uno y otro sexo, que por muchos años fue aumentando, hoy en día parece disminuir. La diferencia era de 7,3 años en 1982 y de 7,5 años en 1981 y 1980, en comparación con 7,6 años en 1970 y 6,5 años en 1960.

Entre 1981 y 1982 la esperanza de vida de la población negra aumentó 0,6 año, alcanzando los 69,3 años; este incremento es el doble del de 0,3 año de la población blanca. La esperanza de vida de la población blanca era de 75,1 años en 1982. En 1970 la esperanza de vida de la población blanca era de 71,7 años, mientras que la de la población negra era de 64,1 años. La diferencia entre la esperanza de vida de la población blanca y de la negra se redujo de 7,6 años en 1970 a 5,8 años en 1982.

Entre los diferentes grupos según sexo y raza, en las mujeres blancas se sigue observando la mayor esperanza de

**Figura 3. Esperanza de vida según sexo, Estados Unidos de América, 1940-1982.**



vida al nacer (78,8 años), seguidas de las mujeres negras (73,5 años), los hombres blancos (71,5 años) y los hombres negros (64,9 años). Entre 1970 y 1982, el mayor aumento de la esperanza de vida se registró para las mujeres negras (5,2 años), seguidas de los hombres negros (4,9 años), los hombres blancos (3,5 años) y las mujeres blancas (3,2 años).

Las tablas de vida de 1982 pueden emplearse para comparar la esperanza de vida a cualquier edad posterior al nacimiento. Muestran, por ejemplo, que una persona que ha llegado a los 65 años puede esperar vivir hasta una edad más avanzada, en promedio, que otra que ha llegado a los 50 años. La persona que tiene 50 años puede esperar vivir en promedio 28,3 años más, o sea un total de 78,3 años, mientras que la persona de 65 años puede esperar vivir en promedio 16,8 años más o sea un total de 81,8 años.

### Principales causas de defunción

En 1982 las muertes atribuidas a las 15 principales causas de defunción representaron el 89% del número total de muertes (cuadro 1). (Los procedimientos para asignar rango [or-

**Cuadro 1. Tasas de mortalidad y porcentaje del total de defunciones para las 15 principales causas de defunción, Estados Unidos de América, 1982.**

Rango <sup>a</sup>	Causa de defunción <sup>b</sup>	Tasa <sup>c</sup>	Porcentaje del total de defunciones
...	Todas las causas	852,0	100,0
1	Enfermedades del corazón	326,0	38,3
2	Tumor maligno incluso Tumor maligno del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos	187,2	22,0
3	Enfermedad cerebrovascular	68,0	8,0
4	Accidentes y efectos adversos	40,6	4,8
...	Accidente de vehículo de motor	19,8	...
...	Todos los demás accidentes y efectos adversos	20,8	...
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afecciones afines	25,8	3,0
6	Neumonía e influenza	21,1	2,5
7	Diabetes mellitus	14,9	1,8
8	Suicidio	12,2	1,4
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	11,9	1,4
10	Aterosclerosis	11,6	1,4
11	Homicidio e intervención legal	9,6	1,1
12	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	9,0	1,1
13	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	7,8	0,9
14	Anomalías congénitas	5,9	0,7
15	Septicemia	5,0	0,6
...	Todas las demás causas	95,4	11,2

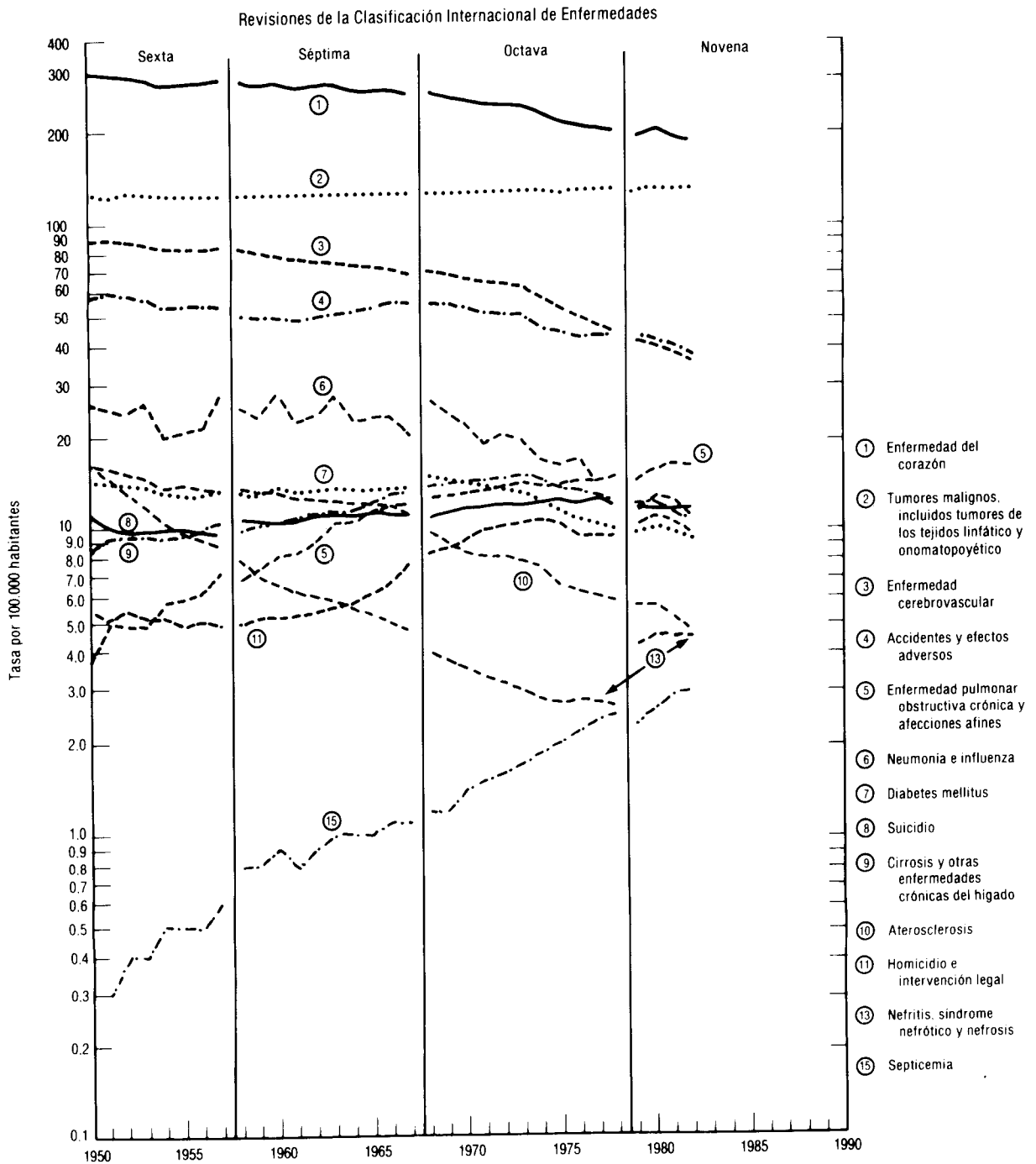
<sup>a</sup>Rango basado en el número de defunciones; véase la sección de Notas técnicas.

<sup>b</sup>Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, 1975.

<sup>c</sup>Tasas por 100.000 habitantes.



**Figura 4. Tasas ajustadas según edad para 13 de las 15 principales causas de defunción, Estados Unidos de América, 1950-1982.**



den de importancia] se explican en la sección de Notas técnicas). Las principales causas de defunción en 1982 fueron las mismas que en 1981 pero entre esos dos años algunas cambiaron de rango en la escala de importancia. A causa de la disminución de la mortalidad, la Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y la Aterosclerosis pasaron respectivamente de octavo y noveno lugar en 1981, al noveno y décimo en 1982. Como resultado de ello, el Suicidio pasó del décimo al octavo lugar.

La figura 4 y el cuadro 2 muestran las tasas de defunción ajustadas según edad para 13 de las 15 principales causas. Puesto que las defunciones por las otras dos causas (Anomalías congénitas y Ciertas afecciones originadas en el período perinatal) ocurren principalmente en niños menores de un año, para esas causas no se indican las tasas ajustadas según edad.

Para nueve de las 13 principales causas, las tasas de defunción ajustadas según edad disminuyeron entre 1981 y 1982. Esas causas son: Enfermedades del corazón, Enfermedad cerebrovascular, Accidentes y efectos adversos, Neumonía e influenza, Diabetes mellitus, Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, Aterosclerosis, Homicidio e intervención legal, y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y

afecciones afines. Entre otras nueve causas, la mayor disminución observada en 1982 correspondió a Neumonía e influenza (11%), seguida de Accidentes y efectos adversos, Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, y Aterosclerosis (8% cada una).

Entre 1981 y 1982 se observaron aumentos en las tasas de defunción ajustadas por edad para tres causas: Tumor maligno, incluso Tumor maligno del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos; Suicidio, y Septicemia. El aumento de 3% de las defunciones por Septicemia mantuvo la tendencia ascendente observada durante los últimos 30 años (figura 4).

### Mortalidad infantil

En 1982 se registraron 42.401 defunciones de niños menores de un año. La tasa de mortalidad infantil de 11,5 defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos fue la tasa más baja que se haya registrado hasta ahora en los Estados Unidos. La tasa disminuyó en un 3% con respecto al nivel de 11,9% registrado en 1981. Para los niños blancos, la tasa de mortalidad (por 1.000 nacidos vivos) disminuyó en un 4% de

**Cuadro 2. Tasas de mortalidad ajustadas según edad para las 15 principales causas de defunción en 1982; cambios registrados entre 1981 y 1982, y entre 1979 y 1982; y razones según sexo y raza, Estados Unidos de América.**

Rango <sup>a</sup>	Causa de defunción <sup>b</sup>	Tasas de mortalidad ajustadas según edad, 1982 <sup>c</sup>	Cambio (%)		Razón correspondiente a 1982	
			De 1981 a 1982	De 1979 a 1982	De hombres a mujeres	De personas negras a blancas
...	Todas las causas	553,8	-2,5	-4,0	1,78	1,46
1	Enfermedades del corazón	190,5	-2,3	-4,5	1,99	1,27
2	Tumor maligno incluso Tumor maligno del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos	132,5	+0,7	+1,3	1,50	1,33
3	Enfermedad cerebrovascular	35,8	-6,0	-13,9	1,18	1,82
4	Accidentes y efectos adversos	36,6	-8,0	-14,7	2,92	1,17
...	Accidente de vehículo de motor	19,3	-11,5	-16,8	2,84	0,83
...	Todos los demás accidentes y efectos adversos	17,3	-3,9	-11,7	3,01	1,58
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afecciones afines	16,2	-0,6	+11,0	2,60	0,77
6	Neumonía e influenza	10,9	-11,4	-2,7	1,90	1,51
7	Diabetes mellitus	9,6	-2,0	-2,0	1,05	2,10
8	Suicidio	11,6	+0,9	-0,9	3,38	0,50
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	10,5	-7,9	-12,5	2,22	1,68
10	Aterosclerosis	4,8	-7,7	-15,8	1,35	1,04
11	Homicidio e intervención legal	9,7	-6,7	-4,9	3,64	5,60
12	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal <sup>d</sup>	...	-5,2	-15,8	1,27	2,28
13	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	4,5	-	+4,7	1,56	2,87
14	Anomalías congénitas <sup>d</sup>	...	-0,2	-4,0	1,11	1,07
15	Septicemia	3,0	+3,4	+30,4	1,38	2,73

<sup>a</sup>Rango basado en el número de defunciones; véase la sección de Notas técnicas.

<sup>b</sup>Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, 1975.

<sup>c</sup>Tasas por 100.000 habitantes.

<sup>d</sup>Debido a que las defunciones por estas causas ocurren principalmente entre los menores de un año, los cambios y la razón se basan en las tasas de mortalidad infantil y no en las tasas de mortalidad ajustadas según edad.

10,5 en 1981 a 10,1 en 1982, mientras que para los niños negros la tasa disminuyó en un 2%, de 20,0 en 1981 a 19,6 en 1982. La tasa de mortalidad infantil de los niños negros fue casi el doble de la de los niños blancos en 1982, tal como se observara hace 20 años (figura 5).

La principal causa de mortalidad infantil fue Anomalías congénitas, con una tasa de mortalidad infantil de 245,2 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Las tasas para las tres principales causas siguientes fueron mucho menores: Síndrome de la muerte súbita del lactante (143,4), Síndrome de dificultad respiratoria (109,7), y Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer (98,3). Estas cuatro causas fueron responsables de un poco más de la mitad de todas las defunciones de niños menores de un año en 1982. Entre las diez principales causas de defunciones infantiles, las que ocupan los rangos quinto a décimo ocasionaron el 16% del total. Las otras dos causas ascendieron en 1%. La tasa de defunción ajustada según edad por Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis no varió entre 1981 y 1982.

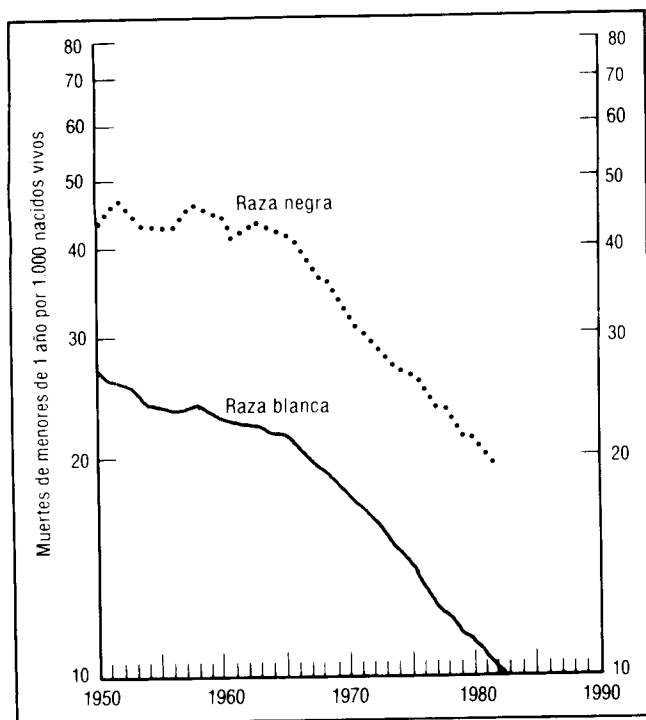
Para cada una de las 15 principales causas de defunción, se observa que el nivel de mortalidad de los hombres fue más alto que el de las mujeres (cuadro 2). Las mayores diferencias se manifestaron en las causas de defunción violentas y accidentales. Específicamente, la tasa de mortalidad por Homicidio e intervención legal ajustada según edad de

los hombres fue casi cuatro veces la de las mujeres. Las tasas de mortalidad por Suicidio y por Accidentes y efectos adversos de los hombres fueron aproximadamente tres veces las de las mujeres. La menor diferencia entre los sexos se observó para la Diabetes mellitus y las Anomalías congénitas, con una razón de 1,1 de hombres a mujeres.

La mortalidad fue mayor entre la población negra que entre la blanca en 13 de las 15 causas principales. La disparidad mayor se observó para Homicidio e intervención legal, causa para la cual la población negra presentó una tasa ajustada según edad casi seis veces la de la blanca. Otras causas para las cuales la discrepancia fue grande incluyen Nefritis, síndrome nefrótico, y nefrosis, y Septicemia, con razones de blancos a negros de 2,9 y 2,7 respectivamente. Para dos causas—Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afecciones afines, y Suicidio—las tasas ajustadas según edad de la población negra fueron inferiores a las de la población blanca.

La diferencia entre las tasas de mortalidad de los niños blancos y los negros varió según la causa, aunque el riesgo fue mayor para los niños negros que para los blancos en todas la principales causas excepto Anomalías congénitas. Si para cada una de las principales causas de defunción se calcula la razón entre la tasa de mortalidad infantil de los niños negros y la de los niños blancos, se obtiene una medida de las discrepancias relativas de estas causas entre niños negros y blancos. Estas razones pueden ser ordenadas de mayor a menor, como sigue: Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer (3,3); Neumonía e influenza (2,9); Recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo (2,1); Síndrome de la muerte súbita del lactante (2,0); Infecciones propias del período perinatal (2,0); Accidentes y efectos adversos (2,0); Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer (1,9); Síndrome de dificultad respiratoria (1,7); Recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical o de las membranas (1,4) y Anomalías congénitas (1,0).

**Figura 5. Tasas de mortalidad infantil según raza, Estados Unidos de América, 1950-1982.**



### Mortalidad materna

En 1982 murieron 292 mujeres por causas maternas. Como en años anteriores, esa cifra no comprende todas las defunciones de mujeres embarazadas sino únicamente aquellas clasificadas bajo Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (CIE-9, Nos. 630-676). En 1982 la tasa de mortalidad materna fue 7% más baja que en 1981 (7,9 y 8,5 defunciones por 100.000 nacidos vivos respectivamente). Las mujeres negras tenían una probabilidad tres veces mayor que las mujeres blancas de morir por causas asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio (18,2 y 5,8 respectivamente).

## Notas técnicas

### *Clasificación de las causas de defunción*

Las estadísticas de mortalidad aquí presentadas se recopilaron de conformidad con el Reglamento de la Organización Mundial de la Salud, que estipula que los países miembros deben clasificar las causas de defunción de acuerdo con la edición vigente del *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*.

Las causas de defunción para el período de 1979 a 1982 se clasificaron de acuerdo con la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, Novena Revisión. Para años anteriores, dichas causas se clasificaron de conformidad con las revisiones vigentes en esa época, de la manera siguiente: 1968-1978, Octava Revisión; 1958-1967, Séptima Revisión; y 1949-1957, Sexta Revisión. Los cambios de clasificación de las causas de defunción debidas a estas revisiones pueden ocasionar interrupciones en las tendencias de dichas causas. En consecuencia, las comparaciones de causas de defunción entre una revisión y otra exigen que se tomen en consideración las razones de comparabilidad y, cuando sea posible, las estimaciones de sus errores estándar. Las razones de comparabilidad entre la Octava y Novena Revisiones, entre la Séptima y Octava Revisiones y entre la Sexta y Séptima Revisiones pueden encontrarse en otros informes del NCHC.

Además de especificar la clasificación, el Reglamento de la Organización Mundial de la Salud delinea el formulario para la certificación médica y los procedimientos de codificación que deben emplearse. En general, cuando se notifica más de una causa de defunción, la causa que se tabula es la designada por el médico certificador como causa básica.

Los datos sobre las causas de defunción presentados en este informe se codificaron con arreglo a los procedimientos explicados en la Parte 2a del *Manual de Instrucciones* del NCHS.

### *Bases poblacionales para calcular las tasas*

La población empleada para calcular las tasas que aparecen en este informe (según datos de la Oficina del Censo de los Estados Unidos) representa a la que reside en la zona especificada. Las tasas de mortalidad correspondientes a 1982 se basan en estimaciones de la población al 1 de julio de 1982. Esas estimaciones se hacen a partir de la enumeración del Censo de 1980. Las enumeraciones según raza se han modificado para que sean compatibles con las categorías de la Oficina de Administración y Presupuesto y con las categorías históricas para datos de defunción. Los procedimientos de modificación se discuten en detalle en un informe de la Oficina del Censo.

### *Asignación de rango a las causas de defunción*

La asignación de rango a las causas de defunción indicada en los cuadros 1 y 2 se basa en la "Lista de 72 causas de defunción seleccionadas". Esta lista no se usa para asignar rango a los títulos de las categorías Principales enfermedades cardiovasculares, y Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. Además, a los títulos de las categorías que comienzan con palabras tales como "Otro(a)s" o "Todo(a)s lo(a)s demás" no se les asigna rango para determinar las principales causas de defunción. Cuando se asigna rango a uno de los títulos que representa un subtotal (por ejemplo, Tuberculosis), no se asigna rango a elementos componentes (en este caso, Tuberculosis del aparato respiratorio y Otras tuberculosis).

### *Tasas ajustadas según edad*

Las tasas ajustadas según edad que se presentan en este informe se calcularon por el método directo, es decir, aplicando las tasas de mortalidad específicas según edad por una causa determinada a la población estándar distribuida por edad. Se seleccionó como estándar la población total empadronada en 1940. Las tasas correspondientes a la población total y a cada grupo según raza y sexo se ajustaron por separado empleando la misma población estándar. Las tasas ajustadas según edad se basaron en grupos de edad de 10 años. Es importante no comparar las tasas de defunción ajustadas según edad con las tasas brutas de mortalidad.

(Fuente: Adaptado de: Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Informe preliminar sobre estadísticas de mortalidad definitivas, 1982. *Monthly Vital Statistics Report*. Vol. 33, No. 9, Sup. DHHS Pub. No. (PHS) 85-1120. Servicio de Salud Pública, Hyattsville, Maryland, 20 de diciembre de 1984.)

Las personas interesadas en obtener referencias sobre las publicaciones citadas en las Notas técnicas pueden solicitarlas a la Unidad de Epidemiología, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

### **Comentario editorial**

La inclusión de este artículo obedece a varios propósitos. Por un lado, presenta información epidemiológica para uno de los países más desarrollados de la Región y, como tal, constituye un importante punto de referencia y comparación. Por otra parte, este análisis ilustra la riqueza informativa contenida en los datos de mortalidad, obtenidos de los regis-

tros estadísticos de hechos vitales. Lo anterior es válido a pesar de tratarse de un informe preliminar, restringido a datos nacionales y con solo algunas estratificaciones según las variables de edad, sexo y raza, pero que no tiene en cuenta otras fuentes de variación, tales como área geográfica o factores sociales y económicos.

Finalmente, se desea llamar la atención sobre la excelente sección de las notas técnicas, que contiene una descripción de las definiciones, criterios de clasificación y procedimientos estadísticos usados en la preparación de este artículo. Con demasiada frecuencia, los trabajos publicados carecen de este tipo de notas técnicas explicativas, lo que reduce su utilidad al dificultar la interpretación de los datos y su comparación con los de otras publicaciones. La omisión de este tipo de notas técnicas es aun más seria cuando se han utili-

zados procedimientos distintos de los internacionalmente aceptados, o cuando se trata de datos cuya integridad y confiabilidad son inferiores a lo deseable. En esos casos es doblemente importante la descripción explícita de todos los procedimientos empleados, así como una discusión de la calidad de los datos, que incluya una estimación de la dirección, probable magnitud y distribución de los errores sistemáticos más frecuentes. A menudo basta con apreciaciones muy aproximadas de las fallas de registro; a veces es suficiente saber en qué dirección actúan, si se distribuyen en forma pareja o a cuáles grupos poblacionales afectan más y en qué dirección se han modificado a través del tiempo. La discusión de estos aspectos es ineludible y constituye la base para decidir los niveles de análisis, interpretación y conclusiones permisibles.

## 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 abril de 1985.

País y división administrativa principal	Cólera Casos	Fiebre amarilla <sup>a</sup>		Peste <sup>a</sup> Casos
		Casos	Defunciones	
BOLIVIA	—	1	—	—
Cochabamba	—	1	—	—
COLOMBIA	—	4	4	—
Antioquia	—	1	1	—
Guaviare	—	2	2	—
Meta	—	1	1	—
ECUADOR	—	—	—	3
Loja	—	—	—	3
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	—	—	—	1
Nuevo México	—	—	—	1
PERU	—	3	2	—
Leoncio Prado	—	3	2	—

<sup>a</sup>Nota: Desde la publicación del último número del *Boletín Epidemiológico* (Vol. 6, No. 1, 1985), Colombia ha notificado dos casos adicionales de fiebre amarilla para 1984, uno en Casanare y otro en Meta, alcanzando un total parcial de 16 casos para 1984.

# Calendario de cursos y reuniones

## **Curso intermedio de métodos epidemiológicos aplicados a la investigación y al desarrollo de programas de salud**

Este curso se realizará del 22 de julio al 30 de agosto de 1985 en la Escuela de Salud Pública de México. Se trata de una opción educativa de posgrado, abierta a todo tipo de profesionales graduados de países de habla hispana y portuguesa que laboran en el campo de la salud, ya sea en instituciones académicas o en instituciones prestadoras de servicios. Está dirigido especialmente a quienes desempeñan funciones de investigación clínica, medicina, enfermería u odontología preventivas, enseñanza e investigación en salud pública; planeamiento y evaluación de servicios de salud y desarrollo, y ejecución y evaluación de programas de salud.

El curso durará seis semanas (30 días hábiles y 178 horas de labores docentes, trabajo individual y en grupos, por lo cual se requiere dedicación exclusiva). Consta de siete módulos de contenidos teóricos y prácticos sobre bioestadística y epidemiología relacionados con la práctica de la salud pública y con la ejecución de investigaciones epidemiológicas.

Como requisito previo, se exige haber completado cursos básicos de estadística y epidemiología. Los participantes que aprueben el curso recibirán un diploma de la Escuela de Salud Pública de México.

Para mayor información, los interesados deberán dirigirse a: Dra. Lucía Yáñez, Directora de Asuntos Académicos, Escuela de Salud Pública de México, Av. Francisco de P. Miranda No. 177, Col. Merced Gómez, 01600 México, D.F., México.

## **Programa de Capacitación en Salud Internacional**

La OPS ha organizado el Programa de Capacitación en Salud Internacional con el fin de ofrecer un año de experiencia práctica en ese campo a los profesionales que acaban de obtener la maestría en salud pública, con distinción, o un grado equivalente y están interesados en seguir estudios avanzados y en adquirir experiencia práctica en esa disciplina.

En las pautas del programa se da prioridad a los componentes estratégicos de la meta de salud para todos en el año 2000, especialmente en lo que respecta a atención primaria, articulación intersectorial, cooperación técnica entre los países en desarrollo y al proceso administrativo del desarrollo nacional de salud. Gran parte del programa se orientará hacia el sistema de cooperación internacional y hacia la OPS y los diversos sectores en que realiza programas. Se ofrecerá

la oportunidad de concentrarse en campos de trabajo selectos y de participar en algún proyecto relacionado con un país en particular.

El Programa de Capacitación en Salud Internacional abarca instrucción, investigaciones, desarrollo y apoyo operacional. El participante se considerará como "residente" y, para fines administrativos dentro de la OPS, recibirá una "subvención de especialización". El residente percibirá un total de US\$18.000 anuales, pagaderos en cuotas mensuales, un pasaje de ida y vuelta de clase económica para su lugar de residencia, más US\$600.00 para cubrir los costos de instalación y la compra de una póliza de seguro médico y de accidentes. Tendrá que presentar un comprobante de la compra del seguro. El programa no prevé ninguna otra prestación ni obligación contractual subsiguiente con la OPS.

El proceso de selección es indispensable para el éxito del programa y se basará en un extenso examen de las aptitudes de los aspirantes. La selección se efectuará mediante un concurso internacional del más alto nivel. A fin de que el programa constituya una fuente de estímulo para la formación de posgrado y de excelencia académica, uno de los requisitos previos de aceptación es que el candidato haya demostrado un rendimiento sobresaliente en sus estudios de posgrado. Los requisitos específicos son los siguientes:

- Educación: maestría en salud pública o grado equivalente; conviene que el aspirante tenga experiencia práctica de trabajo, docencia o investigación.
- Edad: 35 años como máximo.
- Nacionalidad: de un País Miembro de la OPS en las Américas.
- Idioma: dominio del inglés y de al menos uno de los otros tres idiomas oficiales de la OPS: español, portugués y francés.

Las solicitudes deberán llevar la dirección del Programa de Recursos Humanos de Salud (HSM) de la Organización Panamericana de la Salud, y someterse a la Representación de la OPS en el país del aspirante. Cada solicitud debe ir acompañada de:

- Un curriculum vitae, prueba de los grados académicos recibidos y una fotografía.
- Copia del expediente académico de los cursos de posgrado.
- Una composición que no exceda de 10 páginas tamaño carta, a doble espacio, en la que se indiquen las razones por las cuales el aspirante desea participar en el programa, sus principales campos de interés y las posibilidades de utilizar la experiencia adquirida al regresar a su país.
- Copia de uno o más trabajos científicos escritos por el aspirante.
- Prueba de una institución docente reconocida de que el aspirante sabe otros idiomas además de su lengua materna.
- El nombre y la dirección de tres profesionales de su respectivo campo, que puedan dar referencias personales.

Las solicitudes recibidas se estudiarán cuidadosamente antes de seleccionar a los finalistas. La selección final in-

cluirá entrevistas personales y los aspirantes seleccionados recibirán una notificación la primera semana de agosto de cada año. Las actividades de capacitación se iniciarán a mediados de octubre y continuarán durante un año en la Sede de la OPS en Washington, D.C., E.U.A.

La coordinación del Programa estará a cargo del Programa de Recursos Humanos de Salud de la OPS. Habrá un comité asesor encargado de dirigir todos los aspectos técnicos y administrativos de la instrucción. Cada participante tendrá asignado un funcionario de alto nivel del mismo campo de interés, que actuará como su supervisor y consejero durante todo el período de estudios.

### **Principios de epidemiología**

El Instituto de Epidemiología de Nueva Inglaterra dictará un curso de tres días sobre los conceptos modernos de epidemiología y su aplicación al estudio de la etiología, la historia natural de la enfermedad y las estrategias de medicina preventiva y salud pública. El curso es especialmente apropiado para personas que no participan activamente en investigación epidemiológica, pero que están a cargo de su evaluación e interpretación.

Entre otros temas, se estudiarán los principios del diseño de estudios y de análisis de datos, la interpretación de resultados de estudio, el control de factores interferentes y la interacción entre causas.

El curso se dictará del 7 al 9 de octubre de 1985 en el Hotel Shamrock Hilton de Houston, Texas; del 3 al 7 de marzo de 1986 en Washington, D.C. y del 6 al 10 de octubre de 1986 en Boston, Massachusetts.

Para mayor información los interesados deben dirigirse a: The New England Epidemiology Institute, P. O. Box 57, Chestnut Hill, Massachusetts 02167, E.U.A.

### **Simposio internacional sobre el SIDA africano**

Este simposio se celebrará en Bruselas del 22 al 23 de noviembre de 1985 y está siendo organizado por el Instituto Pasteur, el Instituto de Biología Molecular y la División de Enfermedades Transmisibles del Hospital St. Pierre de la Universidad de Bruselas. La OMS, el Fondo Nacional de Investigación Científica y otras instituciones darán apoyo al simposio.

El evento tiene por objeto resumir y discutir la información más reciente sobre las características clínicas, epidemiológicas y virológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en África. En muchos sentidos, el SIDA africano presenta manifestaciones particulares y, como señalan los estudios recientes, la situación prevalente en el África Ecuatorial plantea un problema crítico de salud pública. Se espera que, a partir de este simposio, se establezca un mejor control de la epidemia de SIDA.

Los que deseen más información al respecto, deben dirigirse a: D. Shanni, SDR Associated, Rue Vilain XIII, 17a, B-1050 Bruselas, Bélgica.

### **53a Reunión Conjunta sobre las Enfermedades Transmisibles**

La reunión se llevará a cabo en Toronto, Ontario, Canadá, del 25 al 27 de noviembre de 1985. Las entidades organizadoras son: la Asociación Canadiense de Microbiología Clínica y Enfermedades Transmisibles, la Asociación de Salud Pública del Canadá, la Sociedad Canadiense de Medicina Tropical y Salud Internacional, la Asociación Canadiense de Microbiólogos Médicos, la Sociedad Canadiense de Microbiólogos, el Grupo Panamericano para el Diagnóstico Rápido de Virosis y la Sociedad Canadiense de Enfermedades Transmisibles.

En las sesiones plenarias se incluirán conferencias sobre el virus herpético, la exploración genética para el diagnóstico de enfermedades transmisibles, y SIDA: la historia del virus LAV. Las sesiones científicas consistirán en presentaciones de 15 minutos. Se tratará una amplia gama de temas sobre todos los aspectos de la microbiología clínica humana y las enfermedades transmisibles, así como estudios epidemiológicos, ambientales y básicos.

Para recibir más detalles, escriba a: Dr. Pierre Payment, Institut Armand-Frappier, C.P. 100, Succ. L.D.R., Laval, QC, Canadá H7N 4Z3.

### **Segunda Conferencia Internacional sobre la Terapia de Rehidratación Oral**

Esta conferencia tendrá lugar del 10 al 13 de diciembre de 1985 en Washington, D.C., bajo el patrocinio de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los E.U.A. con la cooperación del Centro Internacional para Investigaciones en Enfermedades Diarreicas/Bangladesh, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y la OMS.

Se discutirán los siguientes temas: comunicaciones y mercadeo social; distribución y logística; capacitación de personal de salud; supervisión y control; problemas de evaluación y costos; y otras intervenciones para la reducción de las enfermedades diarreicas. En las sesiones plenarias se tratará de: nuevos conceptos sobre el progreso de la enfermedad diarreica y nuevas terapias; intervenciones para la prevención y el control de las enfermedades diarreicas; y diarrea.

nutrición y otras intervenciones.

Pueden solicitarse más detalles sobre la conferencia e inscripción escribiendo a: Ms. Linda Ladislaus, ICORT II

Conference Staff, Creative Associates, Inc., 3201 New Mexico Avenue, N.W., Suite 270, Washington, D.C. 20016, E.U.A.

---

## Publicaciones

**Occupant Protection and Health Promotion.** David Sleet, ed. Edición especial de *Health Education Quarterly* (publicación oficial de la Sociedad de Educación de Salud Pública), vol. 11(2), 1984. 110 págs.

La obra contiene 11 artículos que tratan de asuntos relativos a la protección de los ocupantes de los vehículos de motor, de importancia para la comunidad y los sectores de atención médica, empresariales y escolares. Se presentan reseñas de actividades realizadas con éxito respecto de la instalación de asientos de seguridad para niños junto con estudios de investigaciones seleccionadas, documentos de principios y criterios epidemiológicos que indican la importancia que tiene la protección de los ocupantes de los vehículos de motor dentro de las actividades de fomento de la salud. Esta información será valiosa para los profesionales de los campos de salud y seguridad interesados en estructurar programas más amplios y efectivos de protección de los ocupantes. Se incluyen bibliografías y recursos sobre actividades de investigación sobre la restricción del movimiento de los niños y la instalación de cinturones de seguridad en los vehículos de motor.

Los interesados en obtener esta publicación pueden dirigirse a: John Wiley and Sons, Inc., Journals Division, 605 Third Ave., Nueva York, N.Y. 10158, E.U.A.

**Guide to Public Health Practice: HTLV-III Screening in the Community.** Kensington, Maryland, Association of State and Territorial Health Officials Foundation, 1985. 20 págs.

Esta publicación contiene las recomendaciones de una conferencia convocada por la Asociación de Autoridades de Salud Estatales y Territoriales de los Estados Unidos de América con el fin de preparar un anteproyecto de política nacional para la detección del virus HTLV-III en la comunidad. Contiene información relativa al establecimiento de lugares de detección alternativos, a la clasificación de personas con resultados repetidamente positivos a las pruebas en grupos de alto y bajo riesgo, con base en evaluaciones clínicas, y a la orientación posterior que debe ofrecerse a cada grupo de pacientes.

Los interesados en obtener ejemplares de esta publicación deben dirigirse a: ASTHO Foundation, Suite 207, 10400 Connecticut Avenue, Kensington, Maryland 20895, E.U.A.



**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.