

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 14, No. 3

Octubre 1993

La situación de salud en las Américas - 1992

El contexto socioeconómico y político

Durante 1992 y por segundo año consecutivo, la actividad económica global de América Latina y el Caribe experimentó crecimiento. El PIB aumentó en 2,4% (menor que el 3,5% de 1991). Esa expansión fue mayor que el aumento de la población y el producto por habitante aumentó 0,5%, también por segundo año consecutivo, aunque sigue siendo menor en 7% al nivel alcanzado en 1980. Continúan las divergencias en el comportamiento de las economías, destacándose el caso de Brasil, que influye de forma importante en el conjunto; el PIB, sin este país, creció 4,3%. La inflación sigue disminuyendo en muchos países, aunque el aumento de Brasil, en más de 1100%, hizo aumentar el valor regional en comparación con 1991. El incremento medio de los precios, ponderado según la población, se redujo de 1200%, en los años 1989 y 1990, a 200% en 1991, para volver a aumentar en 1992, a 410%. Para fines de 1992, de los otros 21 países para los cuales se dispone de datos, 16 tuvieron tasas de inflación inferiores al 20%, 2 entre 20% y 50% y los otros 3 entre 50% y 70%.

La deuda externa de la Región aumentó 2% en 1992, alcanzando un total de 450 mil millones y la proporción

que representan los intereses devengados en el total de las exportaciones de bienes y servicios siguió bajando, llegando a 20%. Esa baja se debió, básicamente a la reducción de las tasas de interés, ya que las ventas, externas mostraron poco dinamismo. No obstante los pagos siguen absorbiendo una proporción excesiva, obligando a continuados esfuerzos para su reducción.

El comercio exterior, que hasta 1991 mostraba un superávit, se volvió deficitario también para la mayoría de los países, debido al aumento superior de las importaciones frente a las exportaciones; las primeras se duplicaron entre 1987 y 1992, mientras que las exportaciones aumentaron un poco menos que el 50% en el mismo período.

Las políticas promercado son el fundamento de las estrategias económicas de la casi totalidad de países de la Región; disminución de controles burocráticos, introducción de nuevas tecnologías, aperturas de mercados, promoción de exportaciones vía competitividad global, liberación del mercado cambiario, fines de los controles de precios, privatización de empresas públicas, control del gasto fiscal, manejo prudente de la política monetaria, son

EN ESTE NUMERO . . .

- La situación de salud en las Américas - 1992
- Brote de meningitis meningocócica en Chile

- Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: Experiencia en Venezuela
- Advertencia de la OPS: Presencia de *Aedes albopictus* en la Cuenca del Caribe
- Proyecto de epidemiología de Centroamérica

los elementos claves de las nuevas políticas económicas en la Región.

De un total de 28 países, 24 tuvieron tasas positivas de crecimiento, es así que Argentina, Chile, Panamá, República Dominicana, San Vicente y las Grenadinas, Uruguay y Venezuela tuvieron tasas entre 7% y 10%; Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana y Honduras entre el 3% y 5%; entre 1% y 3% Dominicana, Jamaica, México y Paraguay; con crecimiento menor al 1% Bahamas, Granada, Nicaragua, Suriname y Trinidad y Tabago; las economías de Barbados, Brasil, Haití y Perú presentaron tasas negativas. En Cuba, el abastecimiento de petróleo se redujo drásticamente y de 415 elementos considerados como esenciales para el consumo interno, 226 no estaban disponibles en 1992, debido a la disminución del comercio con Europa Oriental en 85%. Los Estados Unidos de América y el Canadá, con problemas para retomar una senda de crecimiento sostenido, crecieron 3,2% y 1,5% respectivamente, manteniendo sus niveles de desempleo, 7% y 10%, respectivamente. Para el caso del Canadá debe destacarse que su nivel de desarrollo económico y social lo ha llevado a que sea el país del mundo con el mejor índice de desarrollo humano en 1992.

Durante 1992 han seguido profundizándose los procesos de integración de mercados. Una de las consecuencias visibles de esos procesos de integración ha sido el aumento notorio del comercio intraregional; en 1991 el comercio en el MERCOSUR aumentó 18%, 33% en el Pacto Andino y 10% dentro de NAFTA; en 1992 el comercio entre Argentina y Brasil creció 30%, sobrepasando los US\$4 mil millones, mientras que llegó a alrededor de \$1.000 millones entre Colombia y Venezuela.

El marco de las políticas económicas sigue siendo la tensión y el deterioro social, por lo que, la compresión extraordinaria del gasto público, del consumo y de la inversión social son de difícil mantenimiento y el actual equilibrio fiscal puede ser transitorio, si no se aplican una serie de medidas de justicia social. Por otro lado, aún son pocos los países cuyo presupuesto fiscal pueda considerarse estructuralmente equilibrado, en el sentido de que sus ingresos corrientes se encuentren sólidamente respaldados por una base tributaria estable y sean consistentes con un nivel de gasto corriente adecuado a los requerimientos de un funcionamiento normal de la administración pública y de la prestación de servicios sociales básicos y con los márgenes de inversión pública requeridos para recomponer y desarrollar la infraestructura necesaria para el crecimiento económico y el mejoramiento social. Los beneficios del crecimiento han sido regresivos: en términos comparativos con 1980, las remuneraciones

medias reales están, en 1992, muy por debajo del nivel de 92,7%, alcanzado por el PIB per cápita y están presentes una serie de conflictos económicos en áreas como salud, educación, vivienda y obras públicas. Las actuales políticas económicas han aumentado la pobreza, generado crecientes desigualdades en los ingresos, niveles inestables de empleo, dejando poco espacio para el desarrollo de políticas fiscales para mejorar los ya deteriorados servicios sociales.

Los acuerdos políticos, como los ámbitos de acción de los diversos poderes, están demostrando ser muy provisionales y superados por la nueva realidad, sin que aparezcan y definan los nuevos derechos y responsabilidades de los diversos actores. Estos vacíos e indefiniciones han generado una variedad de conflictos que están presentes en casi todos los países, que van desde pugnas entre poderes del estado, sistemas judiciales débiles, elecciones fraudulentas hasta corrupción, creando impasses políticos de envergadura.

La política económica, sigue siendo el eje más importante de evaluación política, en los países de la región. Cada vez se reduce más la capacidad de maniobra de los sectores públicos de la salud, por su total dependencia de las decisiones de política económica. Eso ha contribuido a la inestabilidad de las autoridades públicas de la salud, que se refleja en los constantes relevos de sus principales cargos. Salvo excepciones, los cambios se derivan de crisis a nivel del gabinete del ejecutivo y no por motivos derivados de discrepancias con respecto a políticas relacionadas con salud.

Aspectos demográficos

Según las últimas estimaciones de Naciones Unidas, para 1992 la población en las Américas era de 740 millones, representando 13,5% de la población mundial y distribuyéndose de la siguiente manera: 457,7 millones para América Latina y Caribe (61,8%) y 282,7 millones para América del Norte (38,2%). Dentro de América Latina y el Caribe, 34,6 millones pertenecen al Caribe, 118,6 a Centroamérica y México y 304,5 a América del Sur. Con respecto a 1991, los valores anteriores significan tasas de crecimiento de 1,6% para toda la Región, 1,8% para América Latina y el Caribe y de 1,4% para América del Norte, presentando un mayor crecimiento Centroamérica y México con 2,2%, seguidos de América del Sur con 1,7% y el Caribe con 1,4%.

A comienzos de la segunda mitad de este siglo --con claras bajas en la mortalidad, con valores de la tasa de fecundidad global de 5,9 hijos por mujer para América Latina y tasas de natalidad superiores a 50 por mil-- el aumento poblacional fue notorio, y se temía una explosión demográfica sin precedentes. La fecundidad

--y más lentamente la natalidad-- comienza su descenso a partir de los años 1960 a un valor que para los principios de los años 1990 podría estar por debajo de 3, una vez se ajusten los resultados provenientes de los censos. Este descenso se ha dado en todos los países, especialmente aquellos que tenían una fecundidad más alta. Esa disminución en la fecundidad, ya ha comenzado a impactar el número de nacimientos. De acuerdo a las estimaciones de hace 5 años, el número medio anual de nacimientos en América Latina y el Caribe para 1990-1995 era de 13 millones, mientras que según las últimas estimaciones, para el mismo período, esa cantidad bajaría a 11,9 millones. La tendencia histórica al número creciente de nacimientos en la Región latinoamericana parece haber terminado.

Durante los años de 1980 resurgió en América Latina y el Caribe la migración internacional como un fenómeno demográfico importante y ese proceso sigue adelante durante los años de 1990. La población migra principalmente hacia EUA, Europa y Australia. El estancamiento económico y la inestabilidad política han creado condiciones en las cuales el asentamiento permanente de la población sea poco atractivo y se busquen alternativas, vía emigración presentando diferentes características: el Cono Sur diversifica sus corrientes emigratorias entre Europa y EUA; Centroamérica y México casi exclusivamente hacia EUA y en los países del Caribe dependiendo del país, su historia y lengua. Durante 1992, Haití y El Salvador fueron los países que más se destacaron en el tema migratorio, aunque por razones distintas. Para fines de los años de 1980 y comienzos de los años 1990, la estimación del número anual de inmigrantes admitidos oficialmente a EUA y Canadá fue de 600 mil y 125 mil respectivamente. De ellos, 18% eran refugiados, categoría que ha descendido considerablemente por el mejoramiento de la situación política en la Región.

La urbanización es uno de los elementos distintivos del comportamiento demográfico en América Latina en las últimas décadas y que en los últimos años ha impactado las condiciones de salud y de los servicios. De 1975 a 1990, se agregaron a las áreas urbanas 123 millones de personas, siendo 44 millones en el período entre 1985 y 1990. Se estima un aumento de 91 millones para el 2000 a nivel de las urbes, con un decrecimiento a nivel rural. Con respecto a mortalidad, son pocos los datos existentes para 1992. Los datos disponibles más recientes, confirman la tendencia que sigue el descenso generalizado en los países.

Mientras que la disminución de la tasa de mortalidad infantil (TMI) entre 1965/70 y 1975/80 fue de 91 a 70 por mil nacidos vivos, lo que representa 23%, para el período 1975/80 y 1985/90 fue de 70 a 53, que significa 24%. La estimación de una TMI de 47 por mil nacidos vivos para 1990-95 es consistente con la anterior

tendencia observada. Las estimaciones anteriores de Naciones Unidas, una vez que se integren y ajusten con los resultados de los últimos censos y los provenientes de las encuestas, en especial de las Encuestas Demográficas y de Salud, podrían ser menores todavía. Por ejemplo, la estimación de Naciones Unidas plantea un valor de 88 para la TMI de Perú, para el período 1985-90, la encuesta demográfica y de salud familiar 1991-1992, halla que de cada 1000 niños que nacieron en el Perú durante 1987-1991, 55 murieron durante el primer año de vida, en comparación con 73 para el período 1982-86, lo que significa una reducción del 25%; la reducción en la mortalidad de 1 a 4 años habría sido mayor. De la misma manera, para República Dominicana, mientras que la última estimación de la TMI, de Naciones Unidas, para el período 1985-90 era de 65, los resultados de la encuesta demográfica y de salud 1991 dan un valor de 43, siendo también las ganancias en el grupo de 1 a 4 años de edad, proporcionalmente más importantes. Para el Nordeste de Brasil (42 millones de habitantes), la TMI habría descendido de 125 por mil en 1986 a 75 en 1991. A pesar de no tener estimaciones de la TMI de Nicaragua, se observa una disminución notoria, entre 1990 y 1991, del número de muertes infantiles registradas. Por último con datos correspondientes a 1992, Cuba bajó la mortalidad infantil de un valor de 10,7, en 1991, a 10,2 en 1992; en EEUU las estimaciones preliminares para 1992 arrojan valores de 8,5 por mil, para la TMI (8,9 en 1991) y una tasa de mortalidad general sin cambios entre los dos años de 8,5 por mil habitantes.

La situación de salud

La epidemia de cólera comenzó en enero de 1991 en Perú, para después propagarse a otros quince países de la Región de las Américas, con un total de casi 400.000 casos y 4.000 muertes y una letalidad de 1%. En 1992 se mantuvo en los mismos países, agregándose otros 5, con una disminución del número total de casos comparado con 1991 (354.000 casos), de la mortalidad (2.440 muertes) y de la letalidad, (0,7%). A comienzos de 1993 ocurrieron los primeros casos en Paraguay, hasta entonces libre de la enfermedad. Uruguay es el único país continental de América que no ha presentado casos. De la misma forma ninguna de las islas del Caribe ha registrado casos de cólera. En 1992, el 60% del total de casos de la Región fue notificado por Perú. Este país con Ecuador, Colombia, Brasil, Bolivia y Guatemala, aportan el 95% de los casos notificados en el año. Todos menos dos de los países infectados en 1991 notificaron un mayor número de casos en 1992, en parte porque en la mayoría de ellos el cólera estuvo presente durante todo 1992, después de su introducción a mediados o fines de 1991. El Perú y el Ecuador siguieron siendo los países más afectados, con tasas de

875 y 287 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, seguidos por Bolivia con 279 por 100.000. Guatemala y El Salvador también tenían tasas altas. En muchos países, las zonas rurales resultaron tan afectadas como las urbanas y en el caso de Venezuela, el 35% de los casos ocurrió en poblaciones indígenas. A pesar del número de casos y zonas afectadas en 1992, el ritmo de propagación de la enfermedad descendió especialmente en la segunda mitad del año.

La mortalidad por **diarreas** viene en descenso en los últimos años, en todos los países de la Región. En países con baja mortalidad por diarreas disminuyó la ocurrencia de casos de enfermedades entéricas. Esta reducción tanto en la mortalidad como en la morbilidad por diarreas se debe, probablemente, por la difusión de información y por la extensión de las medidas de prevención del cólera.

En Venezuela, hubo una reducción de muertes por diarreas en menores de un año de 2.538 muertes en 1990, a 1.674 defunciones en 1991 y 1.210 en 1992, lo que representa una disminución de 48% en solo dos años; en Guatemala la mortalidad registrada por infecciones intestinales pasó de 1,11 por 1.000 habitantes en 1990, a 0,77 en 1991, lo que significa una reducción de 33% en un año; en los menores de un año en Nicaragua, el número de muertes registradas por esta causa pasa de 1.658 en 1990, a 847 en 1991 y de 2.191 a 1.196 en todas las edades, casi 50% de descenso. Los datos iniciales de 1992 tienden a confirmar esta tendencia. Con respecto a la morbilidad, Panamá que reportaba aumentos de episodios diarreicos de 1986 a 1990, registró un menor número de casos en 1991 y 1992; en México la notificación de diarreas bajó de 3,2 millones en 1991, a 2,5 millones en 1992. Situación similar ocurrió en Colombia y Honduras.

En Chile, las tasas de incidencia de **fiebre tifoidea** se redujeron en 73,5% y la incidencia de **hepatitis A** en 50% entre 1990 y 1992. En la ciudad de Montevideo, Uruguay, sin casos de cólera hasta la fecha, los casos notificados de hepatitis A pasaron de 3.000 en 1989 a 4.500 en 1991 y a 600 en 1992.

En relación a las **inmunoprevenibles**, el último caso confirmado de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje en la Región ocurrió en Junín, Perú el 23 de agosto de 1991.

Desde la introducción de la vacuna contra el **sarampión** en la Región, el número total de casos comenzó gradualmente a declinar, aunque se ha mantenido la tendencia de la enfermedad a presentar picos epidémicos cada dos años.

En 1992 se han registrado 97.367 casos de sarampión, el número mas bajo de casos notificados de todos los tiempos. Este hecho se debe a las altas

coberturas de vacunación alcanzadas en campañas principalmente las realizadas en Canadá, Cuba, países del Caribe de habla inglesa, Brasil, que vacunó 50 millones de niños de 15 años, y Chile que vacunó 4 millones de niños del mismo grupo de edad.

En México después de la gran epidemia que llegó a registrar 84.000 casos en 1990, se reportaron alrededor de 5.000 casos en 1991 y solo 734 casos en 1992. Sin embargo algunos países todavía presentan incidencias altas de casos de sarampión.

La incidencia de **tétanos neonatal** ha disminuído gradualmente en la mayoría de los municipios de América Latina identificados como de alto riesgo --alrededor de 1.500 en 1992-- en 16 países latinoamericanos. En este año se notificó un total de 896 casos. Chile, Cuba, Costa Rica, Uruguay y los países del Caribe de habla inglesa no registran casos de tétanos neonatal.

El número de casos de **tos ferina** notificados en la Región han declinado de 123.466 en 1980 a 15.984 en 1992. La cobertura vacunal de los niños menores de un año con tres dosis de DPT aumentó de alrededor de 38% a 77% en este mismo período de tiempo. Algunos países todavía presentan coberturas inferiores a 75%, tales como Brasil, Venezuela, El Salvador y Guatemala.

La **tuberculosis** no ha presentado un comportamiento uniforme en los países de la Región. Así, por ejemplo, en Panamá, después de una disminución en el período 1978-1984, hubo un incremento en el número de casos entre 1985 a 1992, pasando la tasa de incidencia de 18 a 33 por 100.000 habitantes. Bolivia duplicó su tasa de incidencia, pasando de 77 a 150 por 100.000 en el período 1982-1992; en Brasil se registra una reducción permanente de 1982 a 1991, pasando de una tasa de incidencia de 63 a 36 casos por 100.000; en Ecuador, la incidencia tiene una tendencia al ascenso presentando actualmente una tasa de 52 por 100.000. En Venezuela la tasa de incidencia ha permanecido constante en los últimos años, alrededor de 25; México mantiene un número constante de casos notificados en los últimos años, alrededor de 15.000 casos y se estima que 10% de los mismos está asociado con el SIDA.

En EUA, donde la estimación actual es de 15 millones de personas infectadas, después de reducirse el número de casos por varias décadas, a partir de 1985 comienza a incrementar y 36 estados han reportado casos de tuberculosis resistente a múltiples drogas; en Nueva York, la tercera parte de los casos de tuberculosis demostraron resistencia a una o más drogas y esta enfermedad es la principal causa de muerte de las personas infectadas con SIDA. El 20% de los pacientes fallan en completar su terapia por abandono del tratamiento.

En relación a **malaria**, durante 1992, 39,9% de la población de la Región de las Américas vivía en áreas con situación ecológica propicia para la transmisión de malaria. En este año se notificó un total de 1.187.316 casos confirmados parasitoscópicamente, lo que corresponde a un descenso en la morbilidad con respecto a 1991, ya que la tasa, en las áreas expuestas a la malaria, disminuyó de 437,8 casos por 100.000 habitantes en 1991, a 409,5 en 1992. Desde 1974, el año 1992 fue el primer año en que la situación epidemiológica general de la malaria presentó una leve mejoría, ya que desde entonces se registraba un aumento progresivo en la prevalencia anual en la Región. En países o territorios de la Región sin evidencia de transmisión, en donde viven alrededor de 316 millones de habitantes, se notificaron 1.263 casos de malaria. La mayoría fueron importados y 12 de ellos introducidos.

En los 21 países de la Región con evidencia de transmisión malárica, hay una población de 207 millones de habitantes, que viven en áreas originalmente maláricas. Aún cuando la información no está completa para todo el año, se ha registrado en estos países un Índice Parasitario Anual (IPA) de 5,7 por 1.000 habitantes. Esto significó una reducción en comparación con 1991, ya que el IPA para este año fue de 6,2 por 1.000 habitantes de las áreas maláricas. Del total de casos de malaria diagnosticados y notificados durante 1992 en las distintas áreas de las Américas, la mayor proporción está en Brasil, 51,4%, seguida del Área Andina con 27,5% y Centroamérica, Panamá y Belice con 14,6%. Sin embargo, la estimación de riesgo de enfermarse de malaria, o sea el IPA, presenta un orden diferente, ya que el más elevado pertenece a Guyana y Guayana Francesa, con IPA de 38,5 por 1.000 habitantes del área malárica; seguidas por Brasil con 9,5; Centroamérica, Panamá y Belice con 8,5 y el Área Andina 5,8 por 1.000 habitantes expuestos. Es de destacar el progreso realizado por los científicos colombianos que desarrollaron un inmunógeno sintético contra la malaria, denominado SPf66, cuyos resultados experimentales han demostrado efectividad protectora, contra la infección por *P. falciparum*.

El **dengue** mantuvo su carácter endémico sin la ocurrencia de epidemias de gran magnitud. En Sudamérica, en Colombia, esta enfermedad se ha vuelto endémica después que el país fue declarado libre de *A. aegypti* en 1967. Entre 1990 y 1992 los casos de fiebre hemorrágica del dengue (FHD), pasaron de 31 a 493 y los casos de dengue clásico se estiman en 18.000, sin confirmación de laboratorio; a partir de la reinfestación de Santa Cruz, en Bolivia se mantiene la importancia del problema, con riesgo de FHD. En Brasil, con datos de los primeros 8 meses del año, habría bajado en forma notoria de 96 mil casos en 1991,

a 31 mil en 1992; en Venezuela, por cuarto año consecutivo se reporta un alto número de casos (649) de FHD, el que representa un incremento en relación al período 1990-1991, en que se registraron 140 casos. En Centroamérica, durante el segundo semestre de 1992, hubo brote epidémico en Nicaragua, con un total de 4.377 casos de dengue clásico y 559 casos con manifestaciones hemorrágicas. Se hizo aislamiento viral detectando por primera vez la circulación del serotipo 4.

Por otra parte, fueron notificados 57 casos de **fiebre amarilla**, lo que representa la menor incidencia de la enfermedad desde 1983 en que se presentaron 46 casos. Los países que reportaron casos fueron: Bolivia (22), Ecuador (20), Brasil (12), Colombia (3) y Perú, aunque no se tiene información final de este país hasta la fecha.

En relación a la **enfermedad de Chagas**, en el hombre, *Trypanosoma cruzi* se transmite principalmente por "contaminación" con las heces de insectos triatomíneos, estimándose que al año se producen 300.000 casos de infección por esta vía. Las transfusiones sanguíneas ocupan el segundo lugar entre los medios de transmisión más importantes y sólo en Brasil se estiman entre 10 a 20 mil casos por año de infección por *T. cruzi* originados de esta manera. La tercera forma más importante de transmisión es la transplacentaria. En la Región, la prevalencia de Chagas congénito entre los hijos de enfermos chagásicos está alrededor del 3%.

A pesar de la migración de la población rural a las zonas urbanas y de la consiguiente "urbanización" de la enfermedad en algunos países, esta sigue constituyendo básicamente un problema rural relacionado con las precarias condiciones socioeconómicas de la población y la naturaleza doméstica del vector. Se calcula que por lo menos 16 a 18 millones de habitantes de zonas rurales y urbanas están infectados por *T. cruzi* en el continente americano. Por lo menos 10% de ellos tendrán los síntomas cardíacos o de vísceras huecas que caracterizan la enfermedad de Chagas crónica. Así mismo, se estima que existen más de 50 millones de personas expuestas al riesgo de infectarse. El porcentaje de población a riesgo varía de 63% en Chile y 19% en Brasil, hasta 32, 31 y 39% en Bolivia, Paraguay y Perú, respectivamente. La serología positiva para *T. cruzi* en bancos de sangre también es variable, desde 5% en Buenos Aires y 2% en Sao Paulo, hasta más de 50% en Santa Cruz, Bolivia. En Centroamérica varía desde menos de 1% en Costa Rica, hasta el 6% en Guatemala y el 8% en Honduras.

Con relación al **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**, se estima en 2,5 millones el número de adultos infectados con el VIH en las Américas, de los cuales 1 millón se encuentra en América del Norte

y 1,5 millones en América Latina y el Caribe. En 1992 se notificaron 75.730 casos de SIDA en la Región, 8,4% más que en el 1991. A fines de 1992 (último año con información disponible) el número mundial de casos de SIDA notificados a la Organización Mundial de la Salud ascendió a 718.894; de éstos, 403.459 eran de la Región de las Américas, siendo 315.390 de EUA, 39.500 de Brasil y 14.280 de México. Si bien estos países presentan el mayor número de casos, algunos otros países y territorios del Caribe presentan tasas de incidencia hasta cinco veces más altas que las de los Estados Unidos.

En el período 1988-1992, el mayor aumento de las tasas de incidencia anual de casos de SIDA se registró en el Cono Sur (210%), seguido de México (206%), el Istmo Centroamericano (189%), el Caribe (94%), Brasil (82%), América del Norte (38,5%) y el Área Andina (10,7%). El Caribe Latino, que comprende Cuba, Haití y República Dominicana, registró una disminución significativa de sus tasas de incidencia anual en el mismo período, lo cual se atribuye a problemas de notificación y no a una disminución real en el número de casos de SIDA.

En América Latina y el Caribe, la gran mayoría de los casos notificados se deben a transmisión sexual: 93% en Centroamérica, 92% en el Área Andina, 90% en el Caribe, 78% en México, 70% en el Cono Sur y 67% en Brasil. La importancia relativa de la transmisión homosexual/bisexual ha ido disminuyendo y la transmisión heterosexual ha ido en aumento en prácticamente todos los países. Cabe destacar así mismo, que en algunos países la transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables ha llegado a ser causa de cerca de 25% de los casos notificados en la actualidad (Brasil y Cono Sur). Tanto el aumento de la transmisión heterosexual como la debida al uso de drogas inyectables han llevado a un aumento del número de casos de SIDA en mujeres. Es así que, por ejemplo, en el Cono Sur la razón de casos hombre:mujer ha pasado de 13:1 en 1988 a 4,5:1 en 1992. Eso explica el evidente aumento de casos debido a transmisión perinatal en la Región.

Los casos nuevos de **lepra** detectados en 1992 en las Américas fueron 38.637, lo que corresponde a 6% del total de casos nuevos detectados en el mundo. El número total de casos de lepra registrados en la Región en 1992, fue de 283.469, lo que representa cerca de 13% del total mundial de casos y así mismo, corresponde a una tasa promedio de prevalencia de 4,08 por 10.000 habitantes.

De los casos nuevos detectados, 88% se encuentran en el Brasil, al igual que 78% del total de casos existentes. La tasa de prevalencia en este país es de 14,3 por 10.000 habitantes, la más elevada de la Región. Otros países o territorios con altas tasas de

prevalencia son Surinam con 6,5, Guadalupe con 5,5, Colombia con 4,6, Venezuela con 4,0, Santa Lucía con 3,7 y Paraguay con 2,8 casos por 10.000 habitantes. Ecuador, Cuba, Uruguay y la mayoría de los países o territorios del Caribe de habla inglesa ya han logrado tasas de prevalencia inferiores a 1 por 10.000 y la República Dominicana está en condiciones de alcanzar esta situación en el corto plazo.

Los regímenes de tratamiento con poliquimioterapia (PQT) constituyen la herramienta principal para la eliminación de la lepra. La cobertura con PQT en la Región es de 34,6%, comparada con 48,7 a nivel mundial.

La situación de la **rabia** antes de que fuera lanzado el Programa Regional para la Eliminación de la Rabia Urbana, era de un promedio anual de 350 casos humanos; desde entonces el número de casos ha declinado. Durante el año 1992 se notificaron 225 casos de rabia humana en las Américas.

Al inicio de la década, de las 414 ciudades objeto del programa, el 74,5% de ellas, incluidas las capitales, estaban libres de rabia. En el período 1990-1992, 50 de las 414 ciudades presentaron muertes humanas por rabia, lo que significa que el porcentaje de ciudades libres de rabia ascendió a 87,9%. Así mismo, en el año 1992, solo 4 de las ciudades capitales presentaron rabia (Guatemala, San Salvador, Quito y Lima). En esta forma la población humana que en 1992 vive en ciudades principales libres de rabia llegó a 136,7 millones de habitantes.

El principal transmisor de la rabia al hombre continúa siendo el perro. Así, en el período 1990-1992, el perro se identificó como fuente de infección en 84,0% de los 531 casos en los cuales se conoció la especie agresora.

Con referencia a la rabia canina, se ha observado un descenso del promedio anual de casos reportados de 20.518 antes de iniciar el programa, a un promedio de 8.434 para los dos últimos años. A pesar de esta evolución favorable global, algunos países muestran deterioro en la situación de rabia: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití y Perú.

Un **brote de neuropatía epidémica** fue reportado por Cuba, desde mediados de 1992. La epidemia comenzó en la región occidental y se extendió por todo el país desde principios de 1993, habiéndose notificado hasta el 22 de junio de 1993 un total de 46.030 casos, para una tasa de incidencia acumulada de 422 por 100.000 habitantes. Los primeros casos se notificaron en la Provincia de Pinar del Río, en hombres adultos, de procedencia rural, vinculados a la actividad tabacalera y con antecedentes de ser fumadores y bebedores moderados, quienes presentaban síntomas de neuropatía óptica. La enfermedad afecta ambos sexos, siendo la tasa específica de 510 por 100.000

habitantes para mujeres y de 348 en los hombres. El mayor predominio ha sido en el grupo de 25 y 64 años, encontrándose el mayor riesgo en el grupo de 45 a 64 años (tasa de 856 por 100.000 habitantes). La enfermedad es excepcional en los niños y adolescentes. La neuropatía se manifiesta por tres cuadros clínicos: uno predominantemente óptico, otro con síntomas de neuropatía periférica y un tercero que combina las dos anteriores. La forma óptica predomina en los hombres y la periférica en mujeres. Un pico de incidencia se produjo entre el 28 de marzo y el 10 de abril de 1993. A fines de mayo la forma óptica había entrado en una fase decreciente, fase alcanzada por la forma periférica a mediados de junio. Aún no se concluye sobre la etiopatogenia de la enfermedad, prevaleciendo la hipótesis multicausal que involucra factores tóxico-nutricionales y una posible asociación viral. No se ha comprobado contagiosidad. Todos los pacientes han sido tratados con vitaminas del grupo B por vía parenteral, reaccionando la mayoría con una mejoría neurológica significativa, sin que se hallan producido casos mortales.

En relación a otros problemas de salud, ha aumentado la importancia de las **enfermedades crónico-degenerativas**, especialmente en aquellos países que ya declinaron en forma apreciable su mortalidad general y su fecundidad lo que era previsible, dado el envejecimiento de la población. También la mortalidad por causas externas (accidentes, homicidios, suicidios) está repercutiendo en la vida cotidiana en particular por la violencia urbana y en especial por los homicidios. Es en Colombia donde este fenómeno se ha acentuado más en los últimos años, llegando a acumular en el período de 6 años, 1987 a 1992, un número total de muertes por esa causa del mismo orden que toda la mortalidad por el SIDA en la Región de las Américas, para el mismo período. La tasa de mortalidad por homicidios se duplicó en Colombia en tres años, pasando de 36,1 por 100.000 habitantes en 1987 a 72,8 en 1990, para seguir subiendo a 81,2 en 1991 y 86 en 1992. Los homicidios pasaron de ser la novena causa de muerte en los años 1960, al cuarto lugar en los 1970 y al primer lugar desde fines de los 1980, afectando a grupos de población cada vez más jóvenes. En Medellín la tasa para 1990, alcanzó la cifra de 280 por 100.000 habitantes. Anualmente están quedando entre 45.000 y 50.000 niños huérfanos y 13.000 viudas por causa de la violencia.

Desastres naturales, de distinta envergadura y origen, fueron reportados durante el año, provocando múltiples pérdidas materiales, económicas y humanas. El más grave en términos de su violencia fué el huracán Andrew que azotó varias islas del Caribe y los estados del sur de EUA, en especial Florida y Luisiana, donde

las pérdidas materiales fueron cuantiosas; en Nicaragua se presentó la erupción del volcán Cerro Negro, pero lo más grave fué un maremoto que causó la muerte de 105 personas y arrasó con varias poblaciones costeras; también hubo un terremoto y erupciones volcánicas en Colombia así como un terremoto en Bocas del Toro, Panamá, en abril del 92, con pérdidas humanas y materiales.

Se debe destacar la situación especial de Haití en 1992, derivada del golpe de estado de setiembre de 1991. Vive una grave crisis política, económica y social, con un deficiente funcionamiento de las instituciones por lo que básicamente son las agencias internacionales las que se han dedicado al Programa de Asistencia Humanitaria, habiendo llegado la ayuda alimentaria externa para alrededor de 2 millones de personas. Para el caso de los servicios de salud, la actual situación ha conducido a que sean los subsectores privado y mixto (en especial diversas ONG), los principales proveedores de servicios a la población.

Políticas, planes, programas y desarrollo de servicios

En América Latina la organización de los servicios para el enfrentamiento del cólera fue el acontecimiento más importante del año en términos de los diversos bienes y servicios prestados a la población. Dicha respuesta explica en parte, la disminución de la letalidad por esta enfermedad en relación a 1991. El enfrentamiento de la epidemia condujo a los países de la Región al desarrollo de programas especiales de lucha contra el cólera, que se están implementando en estos momentos y cuya estrategia requiere de intervenciones, a corto plazo, en acciones de atención médica, información pública, protección de alimentos y desinfección de las aguas de consumo humano entre otras medidas y a largo plazo, la superación del déficit de servicios de salud, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.

Sigue la tendencia de los últimos años a la descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud. Todos los países lo expresan dentro de sus prioridades. Cuba fortalece el desarrollo de los sistemas municipales de salud dentro del plan *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud en 1992-2000*; Bolivia ha priorizado 11 Distritos de Salud; en República Dominicana siguen en desarrollo y ascenso las áreas de salud; en Nicaragua se ha avanzado al reemplazar las Direcciones Regionales y crear un sistema local en cada uno de ellos, posibilitando así el accionar real de los recursos en forma integrada a ese nivel; México aumentó a 136, de un total de 234, el número de jurisdicciones que operan como sistemas locales; la nueva constitución de

Paraguay incluye un Sistema Nacional de Salud, en el cual los gobiernos departamentales actúan como unidades descentralizadas a nivel local.

La integración de servicios de atención sanitaria y otras áreas sociales ha tenido en los últimos años un especial impulso, además del que se había generado mediante el desarrollo de los sistemas locales de salud, por la creación de los así llamados Fondos de Emergencia Social o Fondos de Inversión Social.

En 1991 se crearon comisiones de coordinación interagencial e interinstitucional, para apoyar el cumplimiento de los acuerdos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, firmada por todos los países de la Región, menos Haití. El paso previo fue la constitución, en mayo de 1991, de la Comisión de Coordinación Interagencial (CCI), a nivel regional, entre OPS/OMS, UNICEF, FNUAP, AID y BID. A nivel de país se crearon comisiones nacionales que elaboraron los Planes Nacionales de Acción en 1992 para dar cumplimiento a las metas; estas incluyen el control de las principales enfermedades de la niñez, la reducción de la desnutrición y de la mortalidad materna a la mitad, disminución en un tercio de la mortalidad de menores de 5 años, provisión de agua potable a todas las comunidades, accesibilidad universal a servicios e información sobre planificación familiar y educación básica para todos los niños.

Uno de los elementos que cada día esta tomando mayor importancia en las políticas de los países es la promoción de la salud, formando parte fundamental de los planes de varios de ellos. Canadá sigue siendo el país líder en la Región en esta área. La Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Santa Fé de Bogotá, en 1992, en su declaración final establece metas y los retos y caminos que se deben afrontar para lograr los comportamientos saludables en la población. Uno de los instrumentos más efectivos para el desarrollo de la promoción, de importancia creciente, es el relacionado con la educación, en especial mediante el uso adecuado de los medios de comunicación.

El acontecimiento que movilizó a la mayor cantidad de estadistas en la historia, fue la Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo, que se realizó en Río de Janeiro, Brasil, en junio de 1992. La declaración final contiene un capítulo sobre protección y fomento de la salud, que incluye 5 áreas programáticas: satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud, en especial a nivel rural; lucha contra las enfermedades transmisibles; protección de grupos vulnerables; salubridad urbana; reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales. En la Región además de lo que tradicionalmente se incluye como medio ambiente, está apareciendo con importancia, algo que por sus

relaciones y asociaciones está muy influido por la temática del medio ambiente: el turismo. La importancia de la industria turística ha causado un interés creciente en la protección del ambiente, como parte vital de la atracción a los turistas; forma parte del paquete turístico el asegurar a los visitantes servicios médicos en forma eficiente, oportuna y con calidad satisfactoria. Es un área de desarrollo en la Región, en especial los países del Caribe.

Después del fin de la guerra civil en Nicaragua, habiéndose solucionado el conflicto bélico en El Salvador y en discusiones avanzadas para una pacificación en Guatemala, se han creado en dichos países situaciones que involucran millones de personas entre refugiados, repatriados, discapacitados, reubicados y movilizados, con serios retos para la prestación de servicios de salud hacia dichas personas y por lo tanto, para la convivencia pacífica, que se están enfrentando con gran esfuerzo y motivación. En Guatemala se ha creado un Fondo para la Paz, de asistencia técnica, incluida salud, para los refugiados y repatriados; en El Salvador, donde se estima en 1,8 millones el número de desarraigados (la tercera parte de la población), el acuerdo entre el gobierno y la guerrilla para la pacificación del país condujo al desarrollo de un Plan de Recuperación Nacional, que incluye fuertes componentes de servicios de salud, con modalidades diversas de administración, según las zonas o regiones del país; la descentralización en Nicaragua está permitiendo enfrentar problemas de diferentes grupos de población. Un elemento crítico, en estas situaciones, es la prestación de servicios a los discapacitados o lesionados de los enfrentamientos armados previos.

Dada la alta mortalidad por tumores del cérvix uterino y la alta prevalencia de diabetes en varios países, en especial los de habla inglesa del Caribe, diversos países desarrollaron programas agresivos de prevención y control para dichos problemas. Pero la situación económica derivada de las políticas de ajuste han conducido a que varios de ellos no pudieran implementarse o vieran frenadas sus acciones. Es lo que ha ocurrido en Ecuador y Trinidad y Tabago.

Los procesos de integración subregionales han trascendido los aspectos puramente económicos y comerciales; además de los diversos proyectos de cooperación técnica entre países, que se siguen desarrollando, muchas veces a partir de problemas comunes entre países cercanos, han comenzado los avances en áreas factibles de establecer pautas y normas comunes que superan los ámbitos de producción y comercialización, sobre los cuales se focalizaron, al principio, los acuerdos. Los Ministros de Salud del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), continuaron destacando la

cooperación técnica entre países. El trabajo con más éxito a la fecha ha sido el relacionado con el control de la enfermedad de Chagas. Los países del Area Andina han propuesto un registro y mercadeo común de medicamentos, así como un Carnet Andino de Salud, en el marco del convenio de seguridad social en esta subregión. Continúa el Proyecto Convergencia, que propone la integración regional para el desarrollo de tecnología en salud y la cooperación técnica entre países en esa área; en la reunión regional que tuvo lugar en Chile en julio de 1992 se elaboraron 8 proyectos regionales en las áreas de productos biológicos, medicamentos, rehabilitación, sistemas de información y otros, además de varios proyectos y convenios bilaterales subregionales. Involucra a otras 5 agencias, además de la OPS: SELA, CEPAL, CELADE, PNUD y UNESCO.

El área de financiamiento y gasto en salud es la más crítica en todos los países de la Región. En Canadá, Cuba y los Estados Unidos, los planteamientos son de contención del gasto por los recursos que está consumiendo y la tendencia que tienen a seguir subiendo. Estados Unidos, que gastaba 6,5% del PIB en 1965 aumentó sus gastos en salud en más del doble de la tasa de inflación, llegando a 13,2% del PIB, en 1991, con casi 36 millones de personas menores de 65 años de edad, no aseguradas, de las cuales 30 millones están empleadas. Para 1992 una estimación hace subir a 14% el gasto en salud en EUA. Canadá, con un valor proporcional similar al de EUA en 1971, subió a 8,9% del PIB en 1989 su gasto en salud y a 10% en 1991.

En Cuba la preocupación por los gastos en salud provienen de la alta prioridad que esta ha tenido hasta ahora y los costos que significa mantener ese nivel en medio de una grave situación económica. En los demás países, los problemas provienen de algunas consecuencias de las políticas de ajuste fiscal, con la tendencia a la disminución de los fondos públicos, de la reducción del empleo tanto en volumen como en salarios reales. Esto ha conducido a un deterioro, cuantitativo y cualitativo, de las prestaciones médicas de la seguridad social, y a una mayor demanda de los servicios públicos de grupos de la población que, en otros momentos, hubieran sido cubiertos por el seguro social.

Esa deficiencia en los recursos económicos, acompañada muchas veces de ineficiencia y poca flexibilidad en la asignación de recursos a programas o problemas prioritarios, se refleja de diversas maneras: en Nicaragua, cuyo gasto en salud disminuyó, de 4,8% del PIB en 1987 a 2,7 en 1991, la producción de servicios disminuyó de 1990 a 1991, con la excepción de la atención del parto que aumentó; Ecuador presentó problemas en el plan de vacunaciones por falta de cumplimiento al fondo rotatorio, la crisis

del Municipio de Guayaquil derivó en un deterioro de los servicios de saneamiento y el consiguiente aumento de la rabia urbana y la suspensión, al inicio de 1992, del apoyo externo para el programa de lucha contra la malaria condujo a la falta de insumos y medicinas para dicho programa que habrían influido en el aumento de casos y de la mortalidad; en Colombia se presentan dificultades para la aplicación de la nueva constitución, en especial en sus componentes de derechos sociales, por falta de recursos y reglamentación, habiéndose pospuesto la creación del nuevo Ministerio del Ambiente; en varios países la falta de previsión presupuestal y la dependencia total de la ayuda externa para el programa del Programa Ampliado de Inmunizaciones, han creado serias dificultades para el desarrollo de éste una vez que esa donación comienza a disminuir; la República Dominicana tiene problemas para el suministro de las sales de rehidratación oral, de medicamentos para las infecciones respiratorias agudas y para la vacunación de los perros. Varios países han vivido serias crisis hospitalarias por los cortes presupuestarios; 40% del equipamiento hospitalario del Perú se encuentra fuera de servicio; en Argentina la austeridad presupuestaria para los gastos del sector público y el desarrollo del MERCOSUR han favorecido a programas directamente relacionados con la integración subregional, en detrimento de programas de servicios a la población, con un debilitamiento notorio del rol del nivel central; en Panamá la crisis económica redujo el número de derecho-habientes de la seguridad social, de 63% a 48% del total de la población, en el período 1987-1991 y la seguridad social dejó de proveer medicamentos a los pacientes no afiliados, en los hospitales integrados. Varios países están implementando préstamos con agencias financieras externas, para conseguir fondos que les permitan fortalecer, mantener o ampliar los servicios básicos de salud, en estos momentos de escasez presupuestaria; se destacan por los voluminosos montos necesarios, los casos de Chile, Ecuador y Venezuela.

Un indicador de los problemas que impiden el desarrollo de servicios está dado por el aumento creciente, como porcentaje, del rubro de pago de sueldos, salarios y honorarios, en el total del presupuesto. Año a año este porcentaje viene en aumento en casi todos los países, llegando en algunos casos a valores superiores a 80%. En medio de reducciones del gasto fiscal lo anterior significa que los montos asignados a insumos, mantenimiento, compras, alimentación, drogas, medicamentos, etc, se están reduciendo y por ende la cantidad y calidad de los servicios disminuye. Otro indicador es la atrición de la fuerza de trabajo, especialmente médicos, en el sector público. Esta se reduce, pasando a otros

subsectores, en especial la parte privada y en algunos países se ha incrementado la emigración de profesionales.

Una respuesta que se está promoviendo en los países, para enfrentar la actual crisis, es la privatización. Las propuestas incluyen desde sistemas en los cuales los servicios que se puedan obtener están directamente relacionados con la capacidad de pago, a sistemas en los cuales el énfasis no está dado en el origen de los fondos, sino por las características de institución privada del prestador de servicios. Como una

contrapartida natural a este proceso, son cada vez más los países en los cuales se está reduciendo el papel del ministerio de salud pública, incluyendo en esto propuestas de convertirlo en subsecretarías de ministerios más amplios, disminuyendo así, no sólo su papel de prestador de servicios sino de regulador del sistema de servicios.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud, HDA, OPS.)

Brote de meningitis meningocócica en Chile

A partir de 1981, se observó un aumento del número de casos de infecciones meningocócicas, particularmente en las regiones del norte del país. En Iquique en 1986, se llegó a tasas de 20 por 100.000 habitantes. Entre 1982 y 1992, las tasas aumentaron en el país en un promedio de 0,186 por 100.000 habitantes por año, correspondiendo 55% del total de casos a los menores de 5 años de edad; de éstos, 21,9% en menores de 1 año (tasa de 28 por 100.000 habitantes). Las tasas de morbilidad más altas en ese período se observaron en Iquique (19,1 por 100.000); Antofagasta (11,9 por 100.000); y los servicios Sur y Oriente de la Región Metropolitana (4,7 y 4,5 por 100.000, respectivamente). La letalidad promedio de la enfermedad fue de 10,3% mayor entre los menores de un año de edad; falleciendo 73,7% de todos los casos antes de 24 horas. En 1982 se desarrolló una campaña de inmunización con la vacuna contra los serogrupos A y C en la Región Metropolitana, la que cubrió al 95% de la población comprendida entre los 6 meses y 25 años de edad, observándose posteriormente una disminución de casos de meningitis meningocócica tipos A y C. No se realizó estudio de eficacia.

A comienzos de 1993, se presentó un incremento de casos a lo largo de todo el país, reportándose un total de 414 casos hasta la semana 38 (25 de septiembre). Las Regiones I (Iquique) y II (Antofagasta) han sido las más afectadas, con 8,5 y 7,9 por 100.000 habitantes, respectivamente. La Región Metropolitana presenta una tasa de 4,8 por 100.000 habitantes. Del total de casos, 56,8% corresponde a menores de 5 años de edad y 18,6% a menores de 1 año de edad.

Las manifestaciones clínicas han correspondido a 66,4% meningitis, 24,2% meningococemias, 8,5% mezcla de ambas y 0,9% a otras presentaciones. La letalidad más alta se registró en el mes de marzo con 31% y actualmente se ha estabilizado en 11,8%, con un total de 49 fallecidos, de los cuales 24,4% son menores de 1 año de edad. El diagnóstico se hizo de manera tardía (más de 48 horas entre la aparición de síntomas y la consulta) en 17,1% de los que fallecieron y 31,2% de los sobrevivientes. A medida que la población se ha informado, la búsqueda de los servicios de salud se realiza de manera más temprana lo que ha influido en la baja de la letalidad. Se ha realizado confirmación bacteriológica en 57,0% de los casos notificados, correspondiendo 93,6% de éstos al tipo B, 1,3% al tipo Y, 4% al tipo W y 0,4% al tipo C. No hay diferencias por grupos de edad. Hay variaciones en el número de casos presentados según las condiciones socioeconómicas de la población, observándose un promedio de 3 casos en comunas donde su población pobre es menor de 10%, que aumenta a 18 casos en comunas que tienen mayores porcentajes de población en pobreza.

Actualmente la epidemia se ha estabilizado en el país esperándose que con la proximidad de los meses de verano y el alerta de la población y los proveedores de servicios de salud para el diagnóstico de la infección meningocócica, el número de casos disminuya en el próximo trimestre, lo mismo que su letalidad.

(Fuente: Ministerio de Salud y Representación OPS/OMS, Santiago, Chile.)

Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: Experiencia en Venezuela

El desarrollo de sistemas de monitoreo de la situación de salud según condiciones de vida, trata de fortalecer la capacidad de análisis de la situación de salud, con énfasis en las desigualdades e inequidades para evaluar los cambios coyunturales y las tendencias a largo plazo. El *Boletín Epidemiológico* presentó en ediciones anteriores algunas consideraciones sobre los aspectos conceptuales, técnicos y metodológicos de estos sistemas (1). Varios estudios en realización en la Región han comenzado a presentar algunos resultados preliminares. A continuación se presentan los resultados de uno de estos estudios, hecho en Venezuela, que utilizó datos ya existentes y aplicó la metodología de salud y condiciones de vida para su análisis.

Para reevaluar el comportamiento de indicadores tradicionales de salud en función de las condiciones de vida de la población, se constituyó un grupo de trabajo con participación del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina Luis Rasetti, Universidad Central de Venezuela y de la Representación de la OPS en este país. En esta primera aproximación se hizo un corte del análisis de la mortalidad según condiciones de vida, utilizándose exclusivamente datos secundarios de población y de mortalidad, los que fueron analizados por diferenciales de condiciones de vida. La unidad mínima elegida para el análisis espacio-poblacional fue la "parroquia" (hasta 1989 cada distrito geopolítico del país se dividía en sub-unidades llamadas municipios foráneos o parroquias para las grandes áreas urbanas, agrupadas en distritos político-administrativos), las que se caracterizaron de acuerdo a sus condiciones de vida a través de los datos de la encuesta de necesidades básicas insatisfechas (NBI) (2), ya que todos los otros estudios realizados tenían como unidad mínima de agregación estados o regiones del país.

El indicador de NBI usa las siguientes variables para cada hogar:

1. Hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela.
2. Hogares con hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto --entendiéndose por tal, sala, comedor y dormitorios).
3. Hogares en viviendas inadecuadas.
4. Hogares en viviendas sin servicios básicos. En el medio urbano se clasifican en esta categoría los hogares sin agua corriente o sin excusado y en el

medio rural los que carecen de ambos simultáneamente.

5. Hogares con alta dependencia económica, correspondiendo a aquellos con más de tres personas por ocupado, cuyo jefe haya alcanzado una escolaridad menor a 3 años.

Se definió como un hogar con NBI aquel que presenta al menos una de las cinco características. Las personas son clasificadas según las condiciones del hogar donde habitan.

Con este marco se reprocesaron los datos del censo de población y vivienda de 1981. Cada una de las 746 parroquias del país fue entonces clasificada de acuerdo con el porcentaje de población con NBI en una de diez categorías o estratos. El primer estrato lo constituyen las unidades espacio-poblacionales con 0 a 9% de la población con NBI, el segundo estrato por las parroquias con 10 a 19% de la población con NBI y así sucesivamente hasta el décimo estrato en el cual se incluyen las parroquias en las cuales de 90 a 100% de la población tiene NBI (cuadro 1).

Se utilizaron las estimaciones de la Oficina Central de Estadística e Informática para obtener la población de cada parroquia para 1989. Los datos de mortalidad son los disponibles en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Las muertes fueron estudiadas de acuerdo con los seis grandes grupos de la tabla 6-61, reagrupación usada por la OPS (3), que son: enfermedades transmisibles, neoplasmas, enfermedades cardiovasculares, causas relacionadas con el período perinatal, causas externas y otras. Para poder hacer cálculos de tasas, las muertes clasificadas como "no diagnosticadas" fueron redistribuidas proporcionalmente en los grupos de muertes "naturales" (las que no son por causas externas). En Venezuela, hasta 1990 se han clasificado como "no diagnosticadas", las muertes certificadas por "médico no tratante", los signos y síntomas "mal definidos" y las muertes sin certificación médica.

La formación de los estratos de acuerdo con porcentaje de población con NBI tuvo como objetivo destacar los grupos poblacionales en situaciones extremas de condiciones de vida. Aún cuando el grupo con 90 a 100% de población con NBI lo constituyen solamente 31 parroquias con cerca de 116 mil habitantes (0,6% del total) y el grupo de 80 a 89% por 112 parroquias y 681 mil habitantes (3,5% del total), en estos grupos se agudizan algunos problemas de

Cuadro 1. Distribución de los municipios, de la población (1989) y de las muertes (1989) de acuerdo con NBI.

Grupos de NBI	Municipalidades	%	Población	%	Muertes	%
0 a 9%	5	0,7	369	1,9	1.626	1,9
10 a 19%	20	2,7	1.485	7,7	6.350	7,5
20 a 29%	40	5,4	4.002	20,8	17.036	20,3
30 a 39%	52	7,0	4.008	20,8	16.484	19,6
40 a 49%	95	12,7	3.928	20,4	17.284	20,5
50 a 59%	118	15,8	2.259	11,7	9.323	11,1
60 a 69%	136	18,2	1.415	7,4	6.715	8,0
70 a 79%	137	18,4	982	5,1	5.181	6,2
80 a 89%	112	15,0	681	3,5	3.406	4,0
90 a 100%	31	4,2	116	0,6	715	0,8
Total	746	100,0	19.246	100,0	84.120	100,0

mortalidad. Intervenciones focalizadas en estas parroquias pueden producir impactos a corto plazo.

La estructura de edades de la población es diferente en los diez estratos de condiciones de vida. Las poblaciones son más jóvenes para los estratos en peores condiciones de vida y en los estratos intermedios se pueden apreciar los efectos de las migraciones internas con un descenso importante en los niveles de edades intermedias, con el correspondiente crecimiento de estos grupos en los estratos en mejores condiciones de vida (cuadro 2). En el primer estrato (0 a 9%), los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y más, representan porcentajes más elevados de la población que en los estratos en peores condiciones (entre 35 y 75% más). Esta estructura diferente de la población hace que las tasas brutas de mortalidad tengan valores semejantes en todos los estratos.

Los extremos de diferencias en la mortalidad surgen cuando se toman inicialmente las tasas específicas por edad. El grupo etario con gradiente más acentuado es el de 1 a 4 años, en el cual las tasas pasan de valores entre 0,5 y 1 por 1.000 a cerca de 2,5 por 1.000 entre los estratos extremos. Las tasas para menores de un año pasan de 12 a más de 30 por 1.000 en uno de los estratos en peores condiciones. El hecho de que el gradiente sea mayor en el grupo de 1 a 4 años de edad puede deberse a que aquí se reflejan de manera más aguda los diferenciales de condiciones de vida y también a posibles subregistros de la mortalidad más acentuados en los menores de 1 año. Para todos los grupos de edad la mortalidad es creciente con el deterioro en las condiciones de vida (figura 1), pero en los grupos de edades más avanzadas el gradiente es relativamente pequeño o casi imperceptible.

Los porcentajes de muertes "no diagnosticadas" son más elevados en los estratos en peores condiciones de vida (cuadro 3).

Las tasas de mortalidad específicas estimadas para los seis grandes grupos de causas, fueron calculadas de

acuerdo con NBI, observándose en el análisis de la mortalidad por grupos de causas un crecimiento de las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles que pasan de cerca de 30 por 100 mil a casi 100 por 100 mil; las causas asociadas al período perinatal presentan tasas más elevadas que las causas externas en los estratos en peores condiciones de vida; y el comportamiento del grupo de causas cardiovasculares presenta valores menores en los estratos intermedios, probablemente asociado a la estructura de la población debido a que el grupo de 65 años y más tiene menor participación porcentual en la constitución de la población de los estratos intermedios. Al analizar la mortalidad por causas cardiovasculares, específica para los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y más, se observa que las tasas tienen una tendencia creciente con el deterioro de las condiciones de vida.

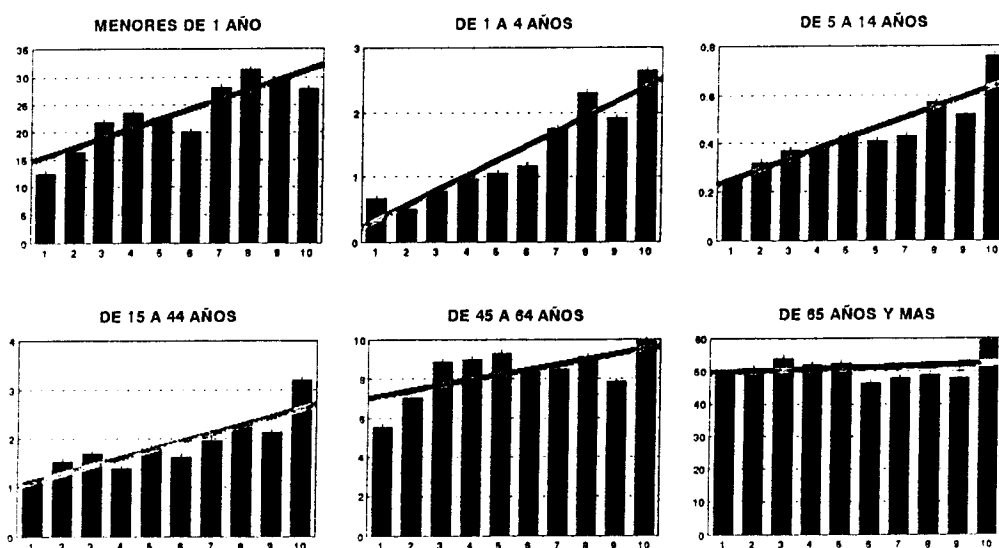
Las tasas específicas de mortalidad para diarreas, infecciones respiratorias agudas y tuberculosis, muestran gradientes muy acentuados de acuerdo con la estratificación utilizada, para la población en general y para grupos de edades específicos (figuras 2,3 y 4). Se pueden notar posibles problemas de subregistro de la mortalidad en los grupos en peores condiciones, especialmente en el grupo de 1 a 4 años de edad, para las diarreas y las infecciones respiratorias agudas (IRA). Para diarreas (toda la población) la tasa pasa de cerca de 2 por 100 mil a casi 40 por 100 mil (casi veinte veces mayor). Los gradientes para tasas específicas de mortalidad por diarreas por grupos de edad, de IRA y tuberculosis presentan también gradientes muy elevados con el deterioro de las condiciones de vida.

Un ajuste de tendencia a las tasas de mortalidad específica por edad para menores de un año muestra la posibilidad de estimar el número de "muertes en exceso". La tasa ajustada en cada estrato permite calcular el número de muertes "posibles" y la diferencia entre los valores registrados y "posibles" representan las muertes que se podría evitar si las

Cuadro 2. Distribución de la población por grupos de edad, de acuerdo con condiciones de vida.

Grupos de NBI	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y más	Todas las edades
0 a 9%	1,62	6,56	15,97	52,66	17,88	5,29	1,92
10 a 19%	2,12	8,54	19,99	51,52	13,75	4,08	7,72
20 a 29%	2,54	10,34	22,59	50,54	10,80	3,21	20,80
30 a 39%	2,88	11,48	25,05	47,18	10,20	3,21	20,82
40 a 49%	3,24	12,89	27,45	43,35	9,76	3,31	20,41
50 a 59%	3,21	12,72	27,88	42,38	10,16	3,65	11,74
60 a 69%	3,19	12,99	29,15	40,41	10,48	3,78	7,35
70 a 79%	3,23	13,36	30,23	38,43	10,78	3,96	5,10
80 a 89%	3,25	13,70	30,29	37,67	10,98	4,10	3,54
90 a 100%	3,49	13,99	30,83	37,33	10,36	3,99	0,60
Total	2,90	11,65	25,58	45,63	10,76	3,51	100,00

Figura 1. Tasas de mortalidad específica por edad, por 100.000 habitantes, Venezuela, 1989, de acuerdo con estratos de NBI.



Cuadro 3. Porcentaje de muertes no diagnosticadas, por grupos de edad, de acuerdo con condiciones de vida.

Grupos de NBI	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y más	Todas las edades
0 a 9%	0,0	0,0	0,0	1,9	0,5	0,7	0,8
10 a 19%	1,0	3,2	4,2	3,2	2,2	3,9	3,1
20 a 29%	1,8	8,4	7,5	5,8	4,7	6,4	5,3
30 a 39%	4,0	12,0	10,6	13,0	9,7	12,9	10,7
40 a 49%	6,6	19,2	17,9	15,1	16,0	20,1	16,0
50 a 59%	12,6	28,2	22,7	19,8	21,7	27,8	22,7
60 a 69%	16,9	30,6	34,8	25,9	25,2	32,3	27,0
70 a 79%	21,7	42,1	36,7	26,5	29,6	36,9	31,2
80 a 89%	22,3	38,5	31,8	31,2	30,1	37,3	32,1
90 a 100%	27,4	55,8	48,1	34,8	31,9	34,9	35,0
Total	8,8	23,4	18,8	14,2	13,4	17,4	14,9

Figura 2. Tasas estimadas de mortalidad por 100.000 habitantes, para diarrea, toda la población, de acuerdo con estratos de NBI.

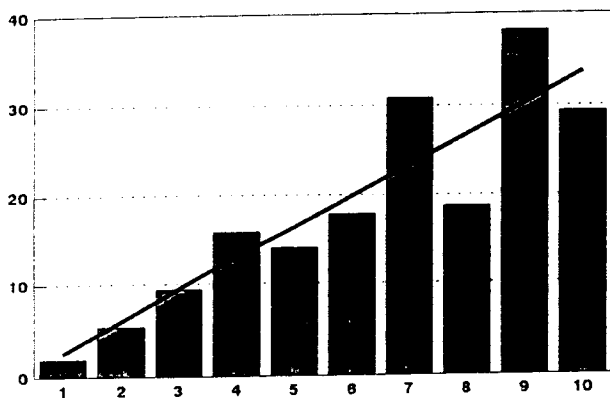


Figura 3. Tasas estimadas de mortalidad por 100.000 habitantes, para infecciones respiratorias agudas, toda la población, de acuerdo con estratos de NBI.

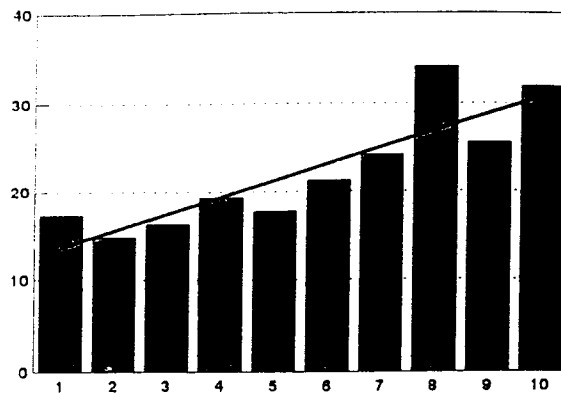
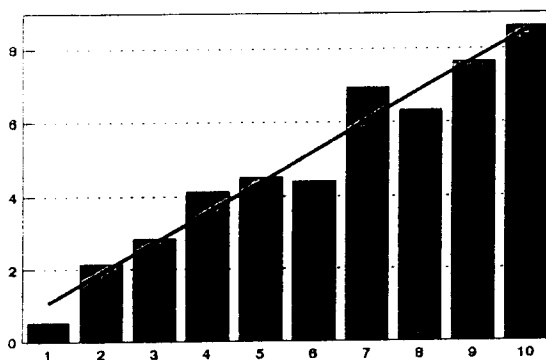


Figura 4. Tasas estimadas de mortalidad por 100.000 habitantes, para tuberculosis, toda la población, de acuerdo con estratos de NBI.



condiciones de vida fueran similares al primer estrato en todos los demás. De un total de cerca de trece mil muertes de menores de un año, más de cuatro mil pueden considerarse como "muertes en exceso" de acuerdo con este cálculo, lo que representa alrededor de un 34%.

El único grupo de causas que se mantiene constante o presenta leves descensos con el deterioro de las condiciones de vida es el de los neoplasmas. Todos los demás aumentan para los estratos en los cuales existen porcentajes más altos de población con NBI, inclusive para el grupo de causas cardiovasculares. Para las causas externas, el descenso observado en las tasas generales de toda la población se debe a la estructura de edad de la población. El grupo de 5 a 14 años representa cerca del 16% en el estrato en mejores condiciones y casi el doble en el estrato en peores condiciones. Para el grupo de 15 a 44 la participación como porcentaje de la población es inversa pasando de casi 53% a cerca de 37%.

Actualmente en Venezuela, se continúa trabajando para desarrollar e implementar un sistema de vigilancia

de la situación de salud según condiciones de vida a nivel nacional y además se están desarrollando proyectos similares en el estado de Lara y en el municipio Libertador del área metropolitana de Caracas.

Referencias

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Boletín Epidemiológico*, 12(3):7-10, 1991, y 14(2):5-8, 1993.
- (2) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Ministerio de la Familia. *La pobreza en Venezuela*. Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza, RLA/86/004-DE-126, Editorial Presencia, Bogotá, Colombia, 1990.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud en las Américas. Edición 1991*. Publicación Científica N° 537, 1992.

(Fuente: Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina Luis Rasetti, Universidad Central de Venezuela, y Representación OPS/OMS, Caracas, Venezuela.)

Advertencia de la OPS: Presencia de *Aedes albopictus* en la Cuenca del Caribe

Situación

A finales de mayo de 1993 se descubrieron en Santo Domingo, República Dominicana mosquitos *Aedes albopictus*. Esto constituye el primer foco notificado de esta especie en la Cuenca del Caribe. Actualmente se llevan a cabo encuestas entomológicas para determinar la amplitud de su distribución, pero hasta el momento no se conocen con certeza, ni su origen ni su ruta de entrada al país.

Antecedentes

A. albopictus es autóctono de Asia. Sin embargo, a mediados de la década de 1980 se identificaron infestaciones en Brasil y los Estados Unidos de América. La vigilancia y monitoreo han revelado que esta especie se halla actualmente en 5 estados del Brasil y en 23 estados de los EUA. Sobre la base de estudios realizados en este último país, se concluyó que el mosquito probablemente entró con los cargamentos de neumáticos usados despachados desde Asia. La secuencia de los hechos que condujeron a la infestación podría haber sido la siguiente: en Asia, las hembras de *A. albopictus* depositaron huevos, que pueden seguir siendo viables durante 12 meses o más, en la superficie interna de neumáticos llenos de agua y que permanecen al aire libre. Los neumáticos fueron despachados a EUA para recaucharlos como parte de un intercambio mundial de neumáticos usados. Luego, fueron almacenados o rechazados por las plantas de recauchado y nuevamente se dejaron al aire libre. Después de la caída de las lluvias, los huevos eclosionaron. Pocos días más tarde aparecieron los mosquitos adultos que se dispersaron desde los sitios donde se habían formado las larvas.

En vista de la magnitud del comercio internacional de neumáticos usados, el riesgo potencial de introducción del mosquito desde países infestados a los países no infestados de las Américas se origina en la repetición de estos hechos o de algunos similares. Sin embargo, esta modalidad de entrada no excluye de ninguna manera otras vías. Una vez que *A. albopictus* penetra en un país, se inicia la dispersión interna subsiguiente, la cual puede ser facilitada por el transporte incontrolado de neumáticos.

Consecuencias para la salud pública

Se reconoce a *Aedes aegypti* como el vector epidémico del dengue, de la fiebre hemorrágica del dengue y de la fiebre amarilla urbana y está distribuido

ampliamente en todas las zonas más urbanizadas de América Latina y el Caribe. En Asia, *A. albopictus* es también un vector importante del dengue, pero su posible intervención en la transmisión de los arbovirus en condiciones naturales en las Américas sigue siendo poco clara y hasta la fecha no se ha comprobado su papel como vector del dengue en las zonas del Brasil donde hay transmisión activa de esa virosis. Sin embargo, los estudios de laboratorio de cepas importadas de América del Norte y del Sur de *A. albopictus* han revelado que ambas cepas son vectores experimentales competentes del dengue, de la fiebre amarilla y de varios otros arbovirus presentes en la Región; en 1991 el virus de la encefalitis equina del este (EEE) fue aislado de *A. albopictus* recogidos en el sudeste de EUA.

En contraposición con *A. aegypti*, que tiene una marcada preferencia por los seres humanos, el hecho de que *A. albopictus* tenga como huéspedes a una amplia variedad de vertebrados, disminuye su eficiencia como vector de los virus del dengue. Sin embargo, este comportamiento, en combinación con sus características selváticas y periurbanas, puede aumentar el riesgo de introducción del virus de la fiebre amarilla desde el ambiente selvático al urbano en las zonas de América del Sur y de Trinidad y Tabago, donde el virus circula en monos y en mosquitos de la selva.

A. albopictus es un insecto agresivo y oportunista, que pica durante el día y puede ser una plaga difícil de eliminar. Especialmente cerca de los lugares donde se apilan neumáticos usados, en los cementerios donde hay jarrones con flores y en otros sitios donde abundan los hábitats de larvas. En algunas zonas de EUA se ha convertido en la especie que causa las mayores molestias y ha suscitado quejas frecuentes del público ante las autoridades responsables de combatirla.

Recomendaciones

Encuestas entomológicas: Es necesario realizar encuestas para identificar a los importadores de neumáticos y luego encuestas entomológicas sistemáticas de: a) los sitios donde los funcionarios de la aduana abren los contenedores para su inspección, y b) los sitios desde donde los neumáticos son descargados. Si los contenedores normalmente permanecen cerrados hasta que llegan a su destino final, debe asignarse mayor importancia al estudio de este lugar y no al puerto de entrada. Además de examinar las pilas de neumáticos y otros posibles hábitats de larvas, debe considerarse la captura de mosquitos adultos utilizando cebo humano.

Investigación de las quejas del público: Las quejas del público referentes a las molestias causadas por mosquitos que atacan durante el día, en lugares que hasta entonces no habían presentado ese problema, pueden indicar que esta especie se ha establecido en ese sitio, por lo que es necesario efectuar las investigaciones apropiadas.

Confirmación de la especie: En caso de que se encuentren o se sospechen infestaciones, se solicita a las autoridades nacionales que informen a la OPS y que presenten especímenes debidamente conservados con el fin de solicitar una confirmación taxonómica independiente.

Seguimiento: Después del descubrimiento de una infestación, las decisiones relativas a las acciones de seguimiento, como la factibilidad de eliminación o el control, estarán determinadas por varios factores que incluyen el

grado y la ubicación de la infestación, las características del hábitat larvario y la disponibilidad de recursos.

Acciones para reducir el riesgo de la importación: El comercio internacional de neumáticos usados representa un riesgo significativo de introducción de *A. albopictus* en otras zonas de América. Conscientes de esta realidad, varios países han adoptado o están considerando la adopción de leyes para prohibir la importación de neumáticos usados. Ejemplares de muestra de esta legislación estarán a la disposición de los Ministerios de Salud de la Región de las Américas para su consideración y posible aplicación con miras a reducir el riesgo de importación de esta especie vectora exótica.

(Fuente: Programa Enfermedades Transmisibles, HCT, OPS.)

Proyecto de epidemiología de Centroamérica

Los Ministros de Salud de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá aprobaron el dos de septiembre pasado en Tegucigalpa el proyecto sub-regional de apoyo al desarrollo de la epidemiología, secundando la resolución 42 de la Cumbre Presidencial de Managua, mediante la cual los gobernantes centroamericanos instan a los países a coordinar tareas en el campo de la vigilancia epidemiológica, para obtener mejores resultados frente al cólera.

Los países de Centroamérica realizaron por intermedio de sus grupos técnicos una labor genuinamente participativa para definir el problema, especificar objetivos y establecer caminos apropiados para lograrlos. Esa tarea se cumplió mediante talleres subregionales y reuniones nacionales y locales. Todo lo anterior permitió iniciar un proceso en cada uno de los 7 países destinado a fortalecer el desarrollo de la epidemiología y diseñar el proyecto de apoyo que complementa los empeños nacionales y afiance la fase de arranque.

El proceso en su etapa inicial ha permitido evaluar los sistemas de vigilancia epidemiológica de los países de la sub-región.

El proyecto tiene duración prevista de tres años, en los cuales espera contribuir al mejoramiento de la capacidad de los servicios de salud para describir y explicar la situación de salud en cada uno de los ámbitos geográfico-poblacionales (parajes, municipios, distritos, departamentos, regiones, país) con el propósito de priorizar grupos de población, problemas y programas, y dotar a quienes toman decisiones de la información crucial para orientar respuestas equitativas, integrales, efectivas y eficientes, mediante políticas, planes y programas.

Por medio de esta iniciativa se pretende apoyar de manera específica los esfuerzos en marcha para que la vigilancia de diarrea y cólera se vigorice y expanda, a fin de propiciar acciones oportunas que reduzcan el daño y fomenten acciones multisectoriales encaminadas a impactar en los factores determinantes.

La estrategia consistirá en impulsar el mejoramiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, con intervenciones que fortalezcan simultáneamente las acciones sobre cólera y diarrea y las condiciones para el monitoreo de otros eventos.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, DC 20037

El *Boletín Epidemiológico* de la OPS se publica en forma trimestral en inglés y español.
Forma parte de la colección de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
Impreso en papel sin ácido.
ISSN 0255-6669