

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 15, No. 4

Diciembre 1994

La certificación de la erradicación del poliovirus salvaje del continente americano

En mayo de 1985, la Organización Panamericana de la Salud presentó una propuesta destinada a alcanzar la meta de la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en el continente americano.¹ Esta propuesta fue muy bien recibida por todos los Gobiernos Miembros y contó con el apoyo decidido de varias instituciones y organizaciones, entre las que sobresalen la Asociación Rotaria Internacional, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Asociación Canadiense de Salud Pública. En 1990, en vista del progreso logrado en las Américas, la Asamblea Mundial de la Salud propuso la meta de la erradicación mundial de la poliomiélitis.²

Métodos

Las principales estrategias aplicadas para interrumpir la transmisión autóctona del poliovirus salvaje en las Américas fueron el logro y el mantenimiento de altos niveles de cobertura de vacunación en niños menores de cinco años y la puesta en práctica de un sistema de vigilancia de la poliomiélitis apoyado por una red de laboratorios de virología para diagnóstico.³

La vacunación antipoliomielítica sistemática se complementó mediante jornadas nacionales de vacunación que se celebran cada año en la mayoría de los países de la Región, en las que se administran dos dosis de vacuna oral contra la poliomiélitis (VOP) a todos los niños del grupo destinatario, independientemente de los antecedentes de vacunación, con un intervalo de 4 a 6 semanas entre las dosis. Complementando las jornadas nacionales de vacunación se llevaron a cabo actividades de vacunación «de barrido», en las que se visitaban todas las casas de las zonas consideradas como de alto riesgo para la transmisión del poliovirus salvaje. Estas actividades complementarias abarcaron las zonas donde la cobertura había sido baja durante la campaña nacional y aquellas donde se habían notificado casos de poliomiélitis debidos al poliovirus salvaje.

La vigilancia de los casos de poliomiélitis parálitica debida al poliovirus salvaje se llevó a cabo mediante un sistema

amplio que abarca toda la Región. Este sistema recibe información semanal de más de 20.000 unidades de salud sobre la presencia o la ausencia de parálisis flácidas agudas (presuntos casos de poliomiélitis); además, envía los resultados de los exámenes de laboratorio de especímenes de heces obtenidos de casos de parálisis flácidas agudas y de sus contactos, con miras a detectar la presencia del poliovirus salvaje. Las pruebas de los especímenes se hicieron en una red sumamente avanzada y especializada de laboratorios de todo el continente.

Para facilitar la vigilancia regional de la poliomiélitis, se adoptaron definiciones uniformes de casos: un caso probable de poliomiélitis es cualquier caso de parálisis flácida aguda (PFA) en una persona menor de 15 años de edad, o la presencia de enfermedad parálitica en una persona de cualquier edad en quien es posible hacer el diagnóstico de poliomiélitis parálitica. Los epidemiólogos de campo intentan investigar cada caso de PFA en un lapso de 48 horas después de la notificación, para confirmar el diagnóstico clínico y obtener especímenes de laboratorio.

Después de la investigación, todos los casos probables de poliomiélitis deben ser reclasificados ya sea como «descartado», «compatible» o «confirmado». Un caso «descartado» es aquel que se ha investigado debidamente, incluida la recolección de especímenes adecuados de heces, en los cuales se ha identificado otra causa de la parálisis o el examen de laboratorio no pudo detectar la presencia del poliovirus salvaje. Un caso «compatible» es un caso de PFA que no puede descartarse ni confirmarse; esto ocurre generalmente porque no pudieron recogerse dos especímenes adecuados de heces debido a la muerte del paciente o a que este no pudo ser localizado para hacer el seguimiento. Los casos «compatibles» se consideran como los fracasos del sistema de vigilancia. Finalmente, un caso «confirmado» de poliomiélitis es un caso de PFA en el cual se aísla el poliovirus salvaje de cualquiera de las muestras de heces del paciente o de un espécimen recogido de un contacto.

En 1990, la OPS estableció la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis

EN ESTE NUMERO. . .

- La certificación de la erradicación del poliovirus salvaje del continente americano
- Resurgimiento de la Fiebre Hemorrágica Boliviana
- Vigilancia epidemiológica en Haití: experiencias y perspectivas
- Cursos de verano sobre epidemiología en 1995

- Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología en Cuba
- Prioridades del Programa de Subsidios de Investigación de la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998
- Primera Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud

(CICEP), que es un cuerpo independiente.⁴ Su tarea ha consistido en supervisar los esfuerzos regionales de erradicación de la poliomielitis y determinar si se ha logrado la meta.

Antes de que la Región de las Américas pudiera recibir la certificación de que está libre de poliomielitis, tenía que alcanzar y mantener altos niveles de cobertura de vacunación con la vacuna antipoliomielítica, la vigilancia de los casos de poliomielitis tenía que ser adecuada (véase más adelante) y tenían que transcurrir al menos tres años sin ningún caso confirmado de poliomielitis.

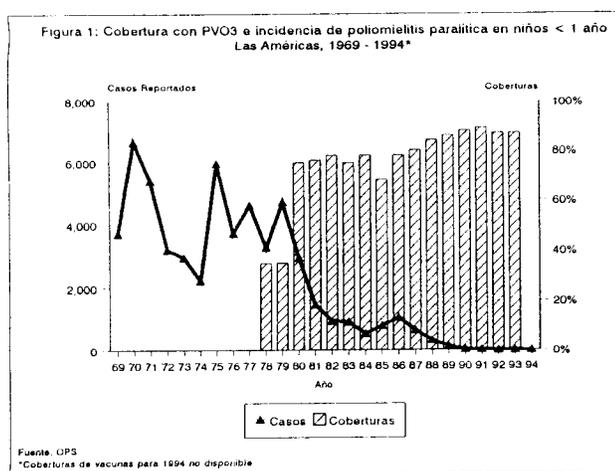
Con miras a vigilar regularmente la adecuación de la vigilancia en toda la Región, la CICEP estableció una serie de indicadores específicos de vigilancia,⁵ a saber:

1. Al menos 80% de las unidades de notificación deben informar semanalmente sobre la presencia o la ausencia de casos de PFA.
2. La tasa anual de PFA por 100.000 habitantes de menos de 15 años de edad debe ser de uno o menor.
3. Al menos 80% de los casos notificados de PFA deben investigarse dentro de las 48 horas siguientes a la notificación.
4. En al menos 80% de los casos notificados de PFA se deben recoger dos especímenes adecuados de heces dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis.
5. En al menos 80% de los casos de PFA se deben recoger y analizar especímenes fecales adecuados de cinco o más contactos.

A principios de 1994, cada país de la Región formó una comisión nacional independiente de certificación para evaluar los datos nacionales y para recomendar a la CICEP si la transmisión de poliovirus se había interrumpido en sus respectivos países. La CICEP se reunió y revisó los datos nacionales y regionales a finales de agosto de 1994.

Resultados

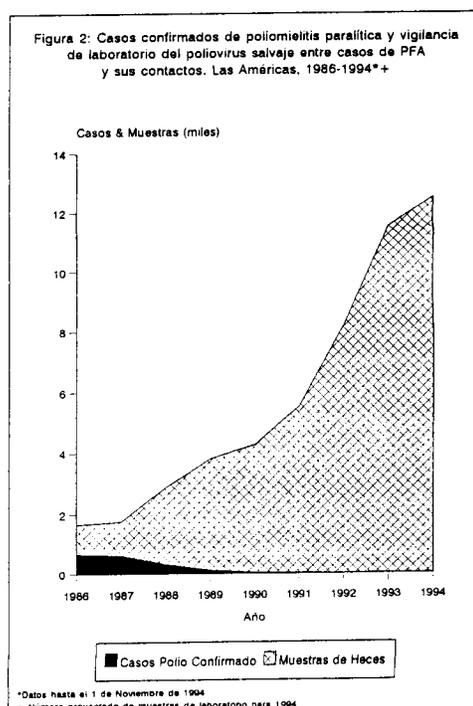
La cobertura regional de vacunación con tres dosis de la vacuna antipoliomielítica oral (VOP) a los 12 meses de edad ha sobrepasado el 80% desde 1986. En 1993, la cobertura de vacunación con VOP fue de 87%; 33 de 38 países de la Región

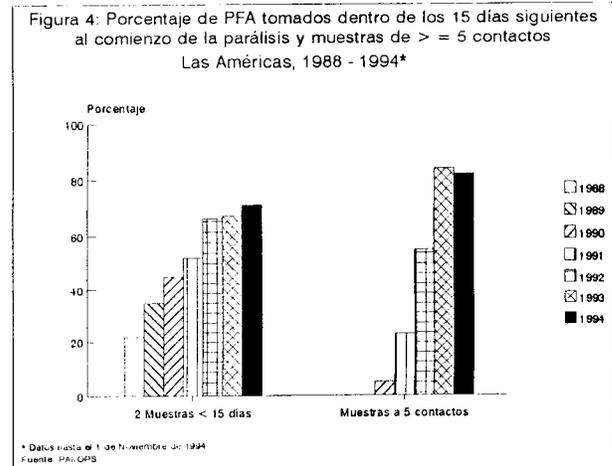
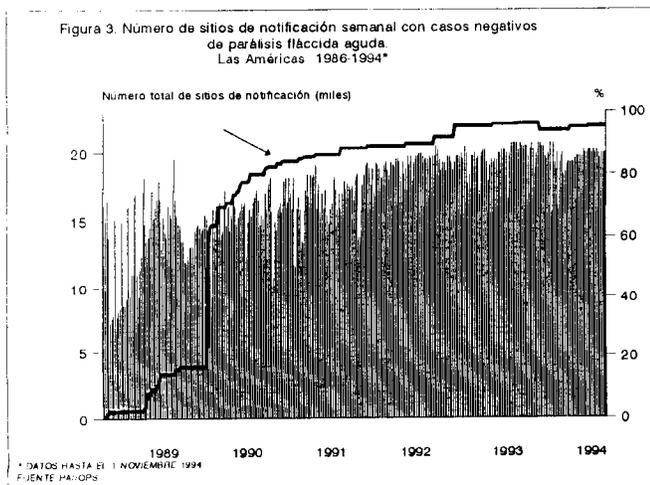


habían alcanzado y mantenido una cobertura de más de 80% (figura 1).

El 23 de agosto de 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció que habían transcurrido tres años desde la aparición del último caso de poliomielitis asociada con el aislamiento del poliovirus salvaje en las Américas (Perú, agosto de 1991)⁶ (figura 1). Desde que se notificó el último caso confirmado, se han investigado detalladamente unos 6.000 casos de parálisis flácida aguda y ninguno se ha confirmado como de poliomielitis parálisis debida al poliovirus salvaje. Además, más de 25.000 especímenes de heces obtenidos de estos casos y sus contactos fueron negativos para el poliovirus salvaje (figura 2). Ha habido una vigilancia constante de los indicadores de vigilancia, que se situaron, con pocas excepciones, en niveles aceptables en todos los países durante los últimos tres años (figuras 3-4). La vigilancia de las parálisis flácidas agudas fue mejorando anualmente, pasando desde una tasa de 0,83 en 1985 (tasa por 100.000 niños menores de 15 años), hasta una tasa de 1,24 en 1994. Otro indicador importante objeto de vigilancia ha sido el porcentaje de casos investigados dentro de las 48 horas siguientes a la notificación, que pasó de 77% en 1988, a 91% en 1994. Después que se examinaron cuidadosamente estos datos, todas las comisiones nacionales de certificación recomendaron que sus países fuesen certificados como libres de poliomielitis.

El 29 de septiembre de 1994, con ocasión de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebra cada cuatro años, el Presidente de la CICEP, Dr. Frederick Robbins, declaró que, basado en las recomendaciones de los comités de certificación nacionales, y tras un examen detallado de la cobertura de vacunación contra la poliomielitis, de la vigilancia de la PFA y de los datos de laboratorio sobre el poliovirus salvaje, la CICEP ha concluido que la transmisión del poliovirus salvaje se ha interrumpido en las Américas.⁷





Discusión

La certificación de la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en las Américas marca un hito en el esfuerzo mundial para erradicar el poliovirus. Varios factores contribuyeron a que la Región de las Américas interrumpiera la transmisión del poliovirus, entre los que se cuentan: el alto grado de compromiso político de los Gobiernos Miembros, el elevado nivel de participación comunitaria, la sólida colaboración de diversos organismos y organizaciones por conducto de los comités coordinadores interinstitucionales, y la disponibilidad de recursos bien administrados.

Aunque la transmisión del poliovirus se ha interrumpido en las Américas, todavía subsisten varias zonas que son motivo de inquietud. En vista de que la transmisión del poliovirus salvaje todavía ocurre en otras partes del mundo, está claro que las Américas seguirán expuestas al riesgo de importar el poliovirus salvaje.⁸ Si ocurren importaciones, existe la posibilidad de que se produzcan brotes de poliomiélitis, especialmente en las zonas con baja cobertura de vacunación y malas condiciones de saneamiento. En realidad, el poliovirus ha hecho gala de capacidad para ubicar a grupos de personas susceptibles, aun en los países con altos niveles de cobertura de vacunación, como los Países Bajos y el Canadá.^{9, 10, 11, 12}

La Región de las Américas tendrá que mantener elevados niveles de cobertura de vacunación hasta que se certifique que el mundo está libre de poliomiélitis. A decir verdad, puede ser más fácil eliminar el poliovirus de las Américas que mantener una situación de ausencia de poliomiélitis. La Región de las Américas, por ser la primera en el mundo que interrumpe la transmisión del poliovirus salvaje, tendrá que mantener sus esfuerzos mientras el poliovirus salvaje esté circulando en otros sitios.

La vigilancia actual para los casos de parálisis flácida aguda y para detectar la presencia del poliovirus salvaje será

sumamente necesaria para lograr que la Región de las Américas quede totalmente liberada de poliomiélitis. La comunicación y la colaboración internacional son necesarias para lograr la detección rápida y la puesta en práctica oportuna de los esfuerzos de control de las importaciones del poliovirus salvaje. Solo la erradicación mundial de la poliomiélitis garantizará que la infección por el poliovirus no ocasione la enfermedad paralítica en las Américas o en el resto del mundo.

Referencias

1. Pan American Health Organization. Director announces campaign to eradicate poliomyelitis from the Americas by 1990. *Bull PAHO* 1985; 19:213-15.
2. World Health Assembly. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000. Geneva: World Health Organization, 1988. (Resolution WHA41.28).
3. de Quadros CA, Andrus JK, Olivé J-M, et al. Eradication of poliomyelitis: progress in the Americas. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10:222-29.
4. Pan American Health Organization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull PAHO* 1993;27:287-96.
5. de Quadros CA, Andrus JK, Olive J-M, de Macedo CG, and Henderson DA. Polio eradication from the Western Hemisphere. *Annu Rev Publ Health* 1992;13:239-52.
6. Pan American Health Organization. Weekly poliovirus surveillance bulletin. Vol 9. Washington DC: Pan American Health Organization, August 20, 1994.
7. Informe Final de la Comisión Internacional para Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis. OPS, Washington, D.C. Agosto 1994.
8. Hull HF, Ward NA, Hull, BP, et al. Paralytic poliomyelitis: seasoned strategies, disappearing disease. *Lancet* 1994;343:1331-37.
9. CDC. Poliomyelitis — Netherlands, 1992. *MMWR* 1992;41:775-8.
10. CDC. Update: poliomyelitis outbreak — Netherlands, 1992. *MMWR* 1992;41:917-9.
11. CDC. Isolation of wild poliovirus Type 3 among members of a religious community objecting to vaccination—Alberta, Canada 1993. *MMWR* 1993;42:337-9.
12. Oostvogel PM, van Wijngaarden JK, van der Avoort HGAM, et al. Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated community in the Netherlands, 1992-93. *Lancet* 1994;344:665-70.

Fuente: Programa Ampliado de Inmunización, OPS

Resurgimiento de la Fiebre Hemorrágica Boliviana

Durante los meses de julio y agosto de 1994, ocurrió un brote de Fiebre Hemorrágica Boliviana (FHB) en una familia de la ciudad de Magdalena (4.300 habitantes), Provincia de Itenez, Departamento de Beni, Bolivia (ver mapa). La FHB es causada por el arnavirus Machupo y su incidencia está restringida a Bolivia. Su reservorio principal es el ratón *Calomys callosus*. El brote afectó a cinco de los siete miembros de una misma familia y a otros dos parientes cercanos. El caso índice fue el jefe de la familia, quien refirió haber iniciado síntomas el 4 de julio. Fue ingresado en el hospital de Magdalena del 10 al 12 de julio, cuando se sospechó salmonelosis y nuevamente del 14 al 20 del mismo mes. Basados en reportes de los contactos familiares, una hija de 10 años inició sintomatología entre el 25 de julio y el 2 de agosto, mientras la madre inicia síntomas entre el 3 y 6 de agosto. Los otros cuatro pacientes enfermaron entre el 8 y 12 de ese mes. La edad de los enfermos varió de 10 meses hasta los 50 años. Dos de ellos eran del sexo masculino y cinco del femenino. No se enfermaron dos niñas de 4 y 7 años de edad.

El cuadro clínico desarrollado por los miembros de la familia se caracterizó por fiebre, escalofríos, mialgias, calambres, astenia, anorexia, diarrea, deshidratación, hipotensión, acompañados de manifestaciones hemorrágicas (gingivorragia, epistaxis, hemorragia subconjuntival, melena, petequias, vómitos sanguinolentos, sangrado vaginal), neurológicas (temblores/ convulsiones, disartria, obnubilación), hipotensión, deshidratación. El cuadro hematológico se distinguió por acentuada leucopenia (valor más bajo observado 1.300 leucocitos/mm³) y plaquetopenia (valor más bajo observado 72.000/mm³); seis de los siete pacientes fallecieron. Las defunciones ocurrieron entre el 15 y el 18 de agosto, cuatro de ellas en la ciudad de Trinidad, donde habían sido trasladados y hospitalizados.

Estudios de laboratorio realizados en sueros y muestras de especímenes de cinco fallecidos, confirmaron el diagnóstico de FHB por aislamiento del virus Machupo en todos los cinco y la detección de antígenos virales en tres pacientes. El sobreviviente desarrolló positividad al test de ELISA, con detección de inmunoglobulinas (IgG e IgM) y anticuerpos al virus Machupo. El diagnóstico de laboratorio basado en la detección de antígenos y anticuerpos, fue confirmado menos de 48 horas después de su inicio.

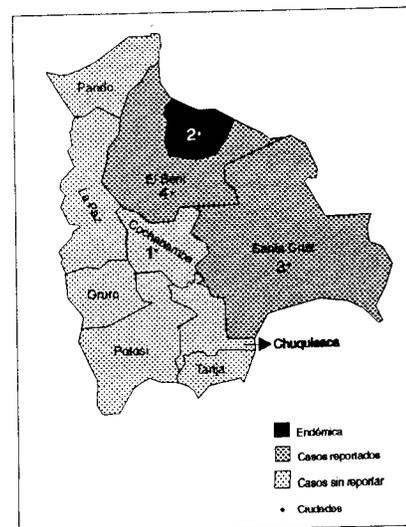
Estudios epidemiológicos preliminares sugieren que el caso índice (hombre de 29 años) se infectó fuera de Magdalena y posiblemente fue la fuente de exposición del virus Machupo para otros miembros de la familia. Su enfermedad inicia 9 días después de su regreso a esa ciudad, después de pasar trabajando en una hacienda, con paradas cortas en otras estancias rurales o campamentos de regreso a su casa. El contacto inicial con la familia durante su enfermedad ocurrió el 12 de julio. La hija y la madre posiblemente se infectaron por diseminación directa del caso índice o por contacto indirecto a través de fomites contaminados. Los otros dos hijos podrían haber sido infectados por el caso índice pero no se excluye la posibilidad de que representen casos de

segunda generación de transmisión intrafamiliar. Una sobrina sólo tuvo contacto con el núcleo familiar el 24 y 25 de julio, por un período no mayor de una hora. El caso restante fue la abuela (mujer de 50 años), cuya fecha reportada de inicio de síntomas fue entre el 8 y 11 de agosto; a pesar de no residir en Magdalena, pudo haber sido infectada con el virus Machupo al brindar asistencia al caso índice o por exposición con los casos entre otros miembros de la familia.

Durante el período del brote o antes del mismo no se registraron casos sospechosos de FHB en Magdalena. Posteriormente, un hombre de 34 años, con sintomatología típica de FHB iniciada el 28 de agosto, falleció el 5 de septiembre en Cochabamba, Bolivia; posiblemente fue infectado en áreas rurales alrededor de Magdalena o mientras viajaba para estancias fuera de esta ciudad. El 3 de septiembre, un trabajador agrícola de 52 años, procedente del rancho Pocona, San Ramón, Departamento de El Beni, presentó síntomas de enfermedad hemorrágica febril, siendo ingresado el 11 de septiembre en el hospital en Trinidad, Departamento de El Beni (ver mapa). El 13 de septiembre, inició terapia con ribavirina intravenosa por diagnóstico presuntivo de FHB, logrando recuperarse. El diagnóstico de FHB fue confirmado por la detección de antígenos virales y por aislamiento de virus en el suero de ambos pacientes.

Las autoridades nacionales y locales desarrollaron una campaña de control de roedores y de limpieza en el interior y exterior de las viviendas de Magdalena, San Ramón y San Joaquín y de algunas estancias. La campaña se hizo con participación comunitaria, organización de comités de emergencia y realización de educación sanitaria. Trabajadores de salud y especialmente las brigadas de cazadores de roedores del Programa de Control de FHB, participaron activamente en la operación de control. En áreas rurales cerca de Magdalena, hasta fines de agosto, se habían capturado sólo

Area en la cual la Fiebre Hemorrágica Boliviana es endémica y cuatro ciudades* en las cuales casos sospechosos han sido identificados Bolivia, Julio 1 - Septiembre 30, 1994



tres *C. callosus* y en septiembre nueve de la misma especie, a los que se tomaron muestras para determinar la infección por el virus Machupo. Desde que las medidas de control fueron establecidas a partir del brote familiar, un pequeño número de *C. callosus* han sido atrapados, lo que podría ser reflejo de los resultados de la campaña de control o una ocurrencia natural de baja frecuencia de *C. callosus* en meses recientes.

El último brote de FHB confirmado en laboratorio, fue nosocomial y ocurrió en Cochabamba en 1971 a raíz de un caso hospitalizado en esta ciudad proveniente de la zona endémica. Hasta 1975 se notificaron brotes en Magdalena y San Joaquín diagnosticados sobre bases clínicas y epidemiológicas. Entre 1976 y 1992 no se notificaron casos en Bolivia. En 1993 se confirmó por laboratorio un caso fatal del área de San Ramón. Entre febrero y marzo de 1994 se notificaron varios casos sospechosos de FHB en el área de San Ramón y en dos de ellos, procedentes de una estancia en Pocona, fue confirmado serológicamente por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en Atlanta.

El actual brote familiar coincidió con la visita de un grupo de expertos organizado por la Organización Panamericana

de la Salud (OPS), a solicitud del Gobierno de Bolivia, para colaborar en el fortalecimiento del Programa Nacional de Control de FHB. A raíz del brote los asesores brindaron cooperación técnica y prepararon un Plan de Acción, el cual incluye adiestramiento en el diagnóstico clínico y manejo de casos, educación en salud, desarrollo de diagnóstico de laboratorio, vigilancia epidemiológica, estudios epidemiológicos y ecológicos. A fines de agosto un grupo de tres consultores del CDC (apoyados por USAID) se desplazó a Bolivia para brindar cooperación en clínica, epidemiología y en ecología de la enfermedad. Del 26 al 30 de septiembre, en Trinidad, departamento de El Beni, un consultor de OPS condujo un taller sobre diagnóstico clínico y manejo de pacientes. Autoridades del Programa Nacional de FHB colaboraron activamente con los expertos de OPS y del CDC.

Fuente: Programa Nacional de FHB, Dirección Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades y Riesgos, Secretaría Nacional de Salud de Bolivia, OPS (Programa de Enfermedades Transmisibles y Representación de OPS en Bolivia) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Atlanta.



Vigilancia Epidemiológica en Haití: experiencias y perspectivas

A fin de analizar las tendencias de ciertas patologías y de la utilización de los servicios de salud, a partir de noviembre de 1991 se implantó en Haití, un sistema de vigilancia que ha venido funcionando como una red de centros centinela. Este sistema consta de dos componentes, uno que abarca la recopilación mensual de datos y otro que incluye ciertas patologías específicas como la poliomielitis, el tétanos neonatal, la tuberculosis, el cólera, la fiebre tifoidea, la malaria y el SIDA. El sistema es sencillo, sensible, flexible y permite adoptar las medidas oportunas correspondientes. Los resultados que se han obtenido son muy alentadores.

El sector salud en Haití, que depende en gran medida de la ayuda externa para financiar sus actividades, se ha visto afectado por los problemas políticos que han tenido lugar a partir de 1986. A raíz de las elecciones abortadas en 1987, los países donantes terminaron el financiamiento de todos los programas y proyectos que ejecutaba el Ministerio de Salud Pública (MSPP). Ciertas actividades que se consideraron prioritarias fueron financiadas indirectamente y la administración de sus fondos garantizada por organismos multilaterales. En 1991, los acontecimientos que tuvieron lugar el 30 de septiembre ocasionaron la terminación total de la ayuda externa y la

asistencia técnica, de manera que se llegaron a suspender todos los proyectos que ejecutaban las Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Esta situación duró hasta el mes de marzo de 1992.

Frente al problema de una carencia total y súbita de información sanitaria el Instituto Haitiano de la Infancia (IHI) estableció, con la asistencia técnica y financiera de algunos organismos, un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) que ha permitido hasta la actualidad, seguir la evolución de ciertas patologías como la malnutrición, las enfermedades inmunoprevenibles, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.

El SVE se estableció para seguir la evolución de la situación sanitaria de la población haitiana y evaluar:

- el estado nutricional de la población preescolar que vive en las zonas atendidas por las ONG's y
- las tasas de morbilidad y mortalidad de la población general en estas mismas zonas, en particular para sarampión, tétanos neonatal, poliomielitis, malaria, fiebre tifoidea, infecciones respiratorias agudas y diarreas, incluido el cólera.

El SVE se basa esencialmente en la recopilación de datos por personal auxiliar del IHI y por la notificación

por los centros centinela de los datos sobre el estado nutricional y sobre la morbilidad y mortalidad de las enfermedades antes mencionadas.

El SVE utiliza la antropometría, concretamente el indicador peso-edad según la clasificación de Gómez, como único indicador de prevalencia de la malnutrición entre los niños de edades comprendidas entre 0 y 5 años que acuden a los centros de vigilancia. El bajo peso al nacer se ha considerado un indicador de malnutrición fetal y materna.

Para la morbilidad, se ha utilizado como indicador el número de casos de enfermedades por grupos de edad y para la mortalidad, el número de defunciones registradas por grupos de edad, a nivel de los centros centinela.

El SVE se desarrolló inicialmente en cinco establecimientos sanitarios de la zona metropolitana, ubicados en Delmas y en Cité Soleil. El SVE se extendió posteriormente a otros 37 establecimientos y cuenta actualmente con 42 centros, incluido un hospital público. Estos centros están distribuidos de la manera siguiente: 5 en el Departamento del Noroeste, 16 en los Departamentos del Norte, del Nordeste, del Centro y de Artibonito, 5 en la zona metropolitana, 16 en los Departamentos del Oeste, del Sudeste, del Sur y del Grand-Anse.

Se desarrollaron formularios sencillos para la vigilancia, utilizándose además el formulario de notificación de la poliomielitis del MSPP.

La recopilación de datos sobre malnutrición, infecciones respiratorias agudas, sarampión, malaria y las enfermedades diarreicas la realiza un personal auxiliar «motorizado» del IHI que ha recibido un adiestramiento especial, en colaboración con el archivero u otro miembro del personal de la institución sanitaria. La recopilación de los datos de seguimiento es bimensual.

En los mismos establecimientos funciona simultáneamente un sistema de notificación negativa de casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, diarrea acuosa aguda en mayores de 10 años y de tétanos neonatal. Los auxiliares «motorizados» visitan semanalmente los centros; los responsables de estos centros centinela llenan el formulario de notificación del MSPP y lo envían al IHI.

En caso de notificación positiva, o sea, casos probables o compatibles de poliomielitis, cólera, o tétanos neonatal, el IHI realiza una investigación en un plazo de 48 horas a partir de su notificación, realizando las medidas de control de foco.

En caso de parálisis, se realiza un examen clínico exhaustivo al enfermo; se toman dos muestras de heces del paciente a intervalos de 24 horas y cinco muestras de

contactos próximos, una de cada uno. Las muestras recogidas se remiten al laboratorio del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) para la investigación del poliovirus. El paciente es examinado 70 horas más tarde. Los casos que deben ser objeto de rehabilitación se refieren a la Escuela «San Vicente de Paul», en Puerto Príncipe.

En caso de diarrea acuosa, con características de «agua de arroz», abundante, acompañada de vómitos y de aparición brusca, se toman dos muestras de heces al paciente que se envían una al CAREC y la otra a un laboratorio privado de investigaciones biológicas en Puerto Príncipe para la investigación del *Vibrio cholerae*.

El procesamiento de los datos es realizada por la Unidad de Informática del IHI. El análisis se realiza a dos niveles: el IHI realiza un análisis individual y sencillo de los denominados datos de «seguimiento» y los remite sistemáticamente a cada uno de los centros centinela en el marco de la retroalimentación trimestral. Los datos sobre los casos notificados sospechosos de poliomielitis y cólera son objeto de un informe más detallado que se remiten a la OPS/OMS.

Un segundo análisis de los datos de «seguimiento», sin incluir los casos notificados sospechosos de polio y cólera, es realizado por la Unidad de Seguimiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y su División de Salud, Población y Nutrición en colaboración con el Servicio de Epidemiología del IHI. Los resultados de este segundo nivel de análisis se publican mensualmente en el Monitoring Report de la USAID.

El IHI posee en la actualidad, datos recopilados en 30 centros de salud para tres años consecutivos: 1991, 1992 y 1993. Los datos sobre utilización de los servicios varían en función de la situación existente, registrándose un incremento progresivo a través de los años.

Los datos de nutrición indican un deterioro progresivo del estado nutricional de los niños de 0 a 5 años que han sido pesados, tanto en las instituciones sanitarias, como en los puestos de reunión que dependen de dichos centros y que son manejados por trabajadores de la salud. La distribución proporcional de los casos de niños con desnutrición moderada y grave, aunque de carácter estacional, aumenta gradualmente en detrimento de los casos de niños normales o ligeramente malnutridos. A nivel geográfico, los tres centros del Noroeste (Bassin-Bleu, Hospital de la Inmaculada Concepción y Baraca) reportan regularmente las tasas más elevadas de desnutrición grave. A nivel global, los niños de Cité-Soleil parecen ser los más desnutridos y los centros de Boston y de Brooklyn registran las tasas más altas de niños que padecen cualquier forma de malnutrición.

Otro indicador de deterioro del estado nutricional de los grupos vulnerables haitianos es el incremento de recién nacidos con un peso al nacer menor de 2.500 gramos. Este aumento se ha observado especialmente en los informes del centro de Turgeau y de los hospitales situados en los Departamentos del Noroeste y del Centro. En la zona noroeste se registró 10,9% de malnutrición en 1993, en relación a 4,8% en 1992; la zona central registró 14,1% en relación a 11,3% para los mismos años. En el hospital Sainte-Catherine Labouré de Cité Soleil se registra una media anual de 12% de niños con bajo peso al nacer.

Los datos sobre sarampión indican que la epidemia que apareció en julio de 1991 y que persistió durante un período de alrededor de 20 meses, experimentó una disminución durante los siguientes seis meses, habiendo sido registrados un total de 3,582 casos en 1992 y 2,011 en 1993.

Los datos de casos presuntivos o clínicos de malaria indican una prevalencia de la enfermedad en la región norte del país, registrando esta zona 14,140 casos en 1993 en comparación con 6,818 casos reportados en la zona sur y 2,025 en la zona central para el mismo año. Los casos de tifoidea ocurren en mayor número en la región sur con 4,618 casos notificados en 1993, mientras en la zona norte fueron 1,085 casos y 1,039 casos en la zona central en ese año. Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas constituyen las dos causas principales de morbilidad entre los niños que acuden a los centros centinela.

En relación a la notificación de casos probables de poliomielitis y cólera, se han notificado ocho casos de parálisis flácida aguda en 1992 y 16 en 1993. No se ha detectado poliovirus en ninguna muestra de heces de los pacientes ni de sus contactos. Desde el desarrollo de esta red, se han notificado 12 casos de diarrea acuosa aguda, de los cuales seis ocurrieron en 1992, cinco entre enero y junio de 1993 y un caso entre julio y diciembre de 1993. Todos han sido investigados y los exámenes de heces no han indicado la presencia de ningún vibrión.

Una limitación importante del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) es que no se basa en datos sobre toda la población; esto implica que los datos recopilados en el SVE no permiten determinar la incidencia ni siquiera la prevalencia de las enfermedades bajo vigilancia. No obstante, el SVE posee tal sensibilidad que permite detectar rápidamente todo cambio de tendencia en el comportamiento epidemiológico de las patologías. Otra

limitación es que el SVE utiliza las definiciones de casos ya establecidas en otras instituciones en lugar de uniformarlas. No menos importante es además, la escasa cobertura que ofrece el SVE en ciertas zonas del país y el hecho de que ésta sea casi inexistente en los centros del sector público, siendo necesario una ampliación o redistribución de las ubicaciones del SVE.

Por otra parte, las ventajas del SVE son múltiples: es sencillo, desde la recopilación a la manipulación de los datos; es relativamente eficaz en función del costo de las operaciones; es sensible, o sea, permite efectivamente detectar los menores cambios de tendencia; es flexible; la regularidad con que son visitados los centros y el poder realizar investigaciones epidemiológicas o biológicas permiten actualizar los datos previamente recopilados y confirmar o invalidar una impresión anterior. El SVE permite adoptar medidas apropiadas y oportunas.

En lo que respecta a la vigilancia de la poliomielitis, Haití logró obtener la Certificación de Erradicación de esta enfermedad, al alcanzar una tasa de cobertura semanal de notificación continua, superior al 80% en todas las instituciones.

La vigilancia podría ampliarse para incluir otras instituciones públicas y privadas. A nivel departamental, los epidemiólogos podrían fortalecer su relación y realizar actividades vinculadas a la formación del personal de los centros centinela; supervisión de los agentes encargados de la recopilación, procesamiento y análisis de los datos; transmisión de los formularios de recopilación y de notificación al IHI y dirigir las investigaciones epidemiológicas. El SVE podría fortalecerse mediante el establecimiento de un laboratorio de investigaciones biológicas, posiblemente a nivel de cada departamento y desarrollar una red de informática local para facilitar la transmisión de las informaciones entre los departamentos y el nivel central.

Referencias

1. Cayemittes M. A. Chanazarian. *Survie e santé de l'enfant en Haïti (Emmus)*, IHE 1989.
2. IHI: Base de datos.
3. USAID Humanitarian Situation. Haiti. Monitoring Report Update September 15, 1992.
4. USAID Humanitarian Situation. Haiti. Monitoring Report Update Volume 2, Number 2, December 15, 1992.
5. USAID Humanitarian Situation. Haiti. Monitoring Report Update Volume 2, Number 4, February 15, 1993.
6. USAID Monitoring Report, Haiti, Volume 3, Number 3, January 1994.
7. USAID Monitoring Report, Haiti, Volume 3, Number 4, February 1994.

Fuente: Haiti Epidemio, Volumen 2, Número 1, Verano 1994.

Cursos de verano sobre epidemiología en 1995

La Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins patrocina el décimotercer Programa Anual de Verano sobre Epidemiología de Posgrado, a realizarse del 19 de junio al 7 de julio de 1995. El programa incluye: principios de epidemiología; introducción a la bioestadística; métodos epidemiológicos; bioestadística intermedia; aplicaciones del método de casos y controles; diseño y realización de ensayos clínicos; métodos epidemiológicos para la planificación y evaluación de servicios de salud; métodos de evaluación de riesgos para la salud; riesgo de cáncer y prevención; bases epidemiológicas para combatir la tuberculosis; epidemiología de las enfermedades infecciosas; epidemiología de la nutrición; epidemiología del SIDA; uso de microcomputadoras en epidemiología; cómo escribir y revisar artículos de epidemiología; meta-análisis; evaluación de estudios con base comunitaria. Se requiere dominio del idioma inglés.

Para mayor información: Helen Walters, Program Coordinator, Graduate Summer Program in Epidemiology, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205. Tel (410) 955-7158; Fax (410) 955-8086.

La Universidad Tufts, en Medford, Massachusetts, el Instituto de Epidemiología de Nueva Inglaterra y el Instituto Médico de Posgrado patrocinan el decimoquinto Programa Anual de Verano de Nueva Inglaterra sobre Epidemiología, a realizarse del 5 al 30 de junio de 1995. Este año *el Instituto de Epidemiología de Nueva Inglaterra* ofrecerá cursos de una y dos semanas, donde se cubrirán los siguientes tópicos: teoría y práctica de la epidemiología (niveles introductorio y avanzado); bioestadística básica; métodos de regresión y datos categóricos en epidemiología; análisis de supervivencia; investigación epidemiológica en países en desarrollo; farmacoepidemiología; epidemiología del cáncer; epidemiología perinatal; epidemiología ocupacional y del medio ambiente y evaluación de la exposición; uso de la investigación en el cuidado de la salud; inferencia causal; y ética. El dominio del inglés es esencial.

Para mayor información: Nancy A. Dreyer, Program Director, The New England Epidemiology Institute, Dept. PA-PAN, One Newton Executive Park, Newton Lower Falls, Massachusetts 02162-1450. Tel. (617) 244-1200; Fax (617) 244-9669.

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan anuncia la treintava Sesión Internacional de Verano sobre Epidemiología de Posgrado, que se celebrará del 9 al 28 de julio de 1995. Se ofrecerán

cursos de tres, dos y una semanas. Los cursos de tres semanas incluyen: principios básicos de bioestadística; aplicaciones de la microcomputadora en epidemiología; epidemiología básica; epidemiología de los traumatismos; epidemiología aplicada para personal de salud; y diseño y análisis de datos de encuestas por muestreo. Los cursos de dos semanas incluyen: métodos en insumos de calidad médica y epidemiología genética. Los cursos de una semana comprenden: conceptos básicos de epidemiología clínica; ensayos clínicos, diseño, ejecución; ensayos clínicos, métodos analíticos; evaluación de exposiciones ambientales; epidemiología ocupacional; evaluación del riesgo; epidemiología del medio ambiente; farmacoepidemiología; farmacodependencia; enfermedades de transmisión sexual y el VIH; conceptos fundamentales de la epidemiología del cáncer: I. biología y etiología, II. prevención y control. introducción al modelo logístico; análisis de datos de supervivencia/seguimiento; epidemiología del envejecimiento; epidemiología y política de salud; modificación de la conducta; temas epidemiológicos en la salud de la mujer: controversias y desafíos; escritura científica; aplicaciones avanzadas de microcomputadoras; raza, etnicidad, e investigación en salud pública: problemas y métodos; epidemiología perinatal; epidemiología de la violencia; y ética y epidemiología. Es necesario el dominio del inglés.

Para mayor información: Dr. David Schottenfeld or Jody Gray, Administrative Coordinator, Graduate Summer Session in Epidemiology, The University of Michigan, School of Public Health, 109 S. Observatory Street, Ann Arbor, Michigan 48109-2029. Tel. (313) 764-5454; Fax (313) 764-3192.

El Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad McGill celebrará su décimo Programa Anual de Verano en Epidemiología/Bioestadística del 8 de mayo al 2 de junio y del 5 al 30 de junio de 1995. Los **temas generales** que se incluirán comprenden: epidemiología, principios y métodos; principios de estadística inferencial en medicina; principios de investigación epidemiológica II: análisis de datos; epidemiología de las enfermedades infecciosas y parasitarias; evaluación y manejo de riesgos; aspectos prácticos de la confección de protocolos; salud en países en desarrollo; temas sobre clínica epidemiológica. Algunos **temas selectos** de epidemiología y bioestadística incluyen: análisis de datos multivariados I y II; epidemiología de enfermedad pulmonar ocupacional y del medio ambiente; epidemiología del cáncer; salud materno-infantil; ética de la inferencia científica; epidemiología del dolor lumbar; introducción a la farmacoepidemiología; métodos en farmacoepidemiología; evaluación económica en farmacoepidemiología; aplicaciones introductorias y avanzadas; y farmacovigilancia y farmacoepidemiología.

Para mayor información: Elinor J. Masson, Coordinador, Annual Summer Program, Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University, Purvis Hall, 1020 Pine Avenue West, Montreal, Quebec, Canadá, H3A 1A2. Tel. (514) 398-3973; Fax (514) 398-4503. E-mail: elinor@epid.lan.mcgill.ca

La quinta Sesión de Verano en Epidemiología Intermedia que auspicia la *Organización Panamericana de la Salud* se realizará en la Escuela de Salud Pública de la **Universidad del Sur de Florida**, en Tampa, Florida, del 24 de julio al 11 de agosto de 1995. Los cursos que se ofrecen son los siguientes: métodos intermedios en epidemiología; estadística aplicada a la epidemiología y uso de paquetes de computación, y uso de la epidemiología en la programación y evaluación de servicios de salud. Se requiere haber aprobado un curso introductorio de epidemiología. Los cursos se dictarán en español pero los participantes deben ser capaces de leer en inglés.

Para mayor información contactar a: Carlos Castillo-Salgado HDP/HDA, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C., 20037. Tel (202) 861-4356 ó (202) 861-4345; Fax (202) 861-5230.

Bajo la coordinación de la *Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México*, se realizará el décimotercer Curso Internacional de Epidemiología Aplicada, con reconocimiento de Diplomado por la Universidad Nacional Autónoma de México, del 3 al 28 de julio de 1995. Se ofrecerán cursos de cuatro y una semanas. Los cursos de cuatro semanas abarcarán los siguientes temas: Epidemiología I y II; diseño y desarrollo de encuestas epidemiológicas; introducción al paquete Epi-Info en el análisis epidemiológico; bioestadística I y II; calidad en el quehacer epidemiológico y diseño de protocolos de investigación. Los de una semana incluyen: métodos de investigación de enfermedades gastrointestinales; sociología, antropología y epidemiología; métodos de estudio para el abordaje epidemiológico de las lesiones; epidemiología ambiental; metodología para el abordaje de las adicciones; análisis multivariado en la epidemiología; métodos para el estudio de enfermedades crónico-degenerativas y curso-taller de mortalidad.

Para mayor información dirigirse a: Dirección General de Epidemiología; XIII Curso Internacional de Epidemiología Aplicada 1995; Apartado Postal 19-535, Administración de Correos MIXCOAC. C.P. 01402, D.F. Tel: 593-10-11 ó Fax: 651-83-38 en México, D.F. México.

IV Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología en Cuba

Del 25 al 28 de Octubre de 1995, tendrá lugar en La Habana, Cuba, el IV Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología. Los objetivos de este Congreso son: promover el encuentro y el intercambio entre especialistas nacionales e internacionales sobre los aspectos científico-técnicos más novedosos y avanzados de la disciplina y analizar los problemas de salud actuales y futuros, en el marco que ofrecen los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana de 1995 al 2000. Otro objetivo importante de este evento es ofrecer a los distintos participantes, una panorámica general de los logros de la salud pública cubana en este campo.

Se ha organizado un programa multidisciplinario de eventos científicos compuesto por simposios y talleres, cuyos temas principales serán: Epidemiología de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; Epidemiología clínica; Epidemiología social; Epidemiología genética; Intervenciones en salud; Vigilancia en Salud; Infecciones intrahospitalarias; Docencia en higiene y epidemiología; Computación en higiene y epidemiología; Salud y turismo y Salud Ocupacional, entre otros.

Como actividades pre-congreso en los días 24 y 25 se ofrecerán cursos sobre: Epidemiología clínica; Epidemiología genética; Enfoque social de la epidemiología; Ambiente y salud; Vigilancia de micronutrientes; Métodos de evaluación epidemiológica rápida; Riesgos, población, causalidad y ambiente; Uso de la epidemiología en planificación y evaluación de servicios de salud.

La fecha límite de recepción de los resúmenes de trabajos es el 31 de mayo de 1995. Para su envío y mayor información: Secretariado Permanente del IV Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología; Consejo Nacional Sociedades Científicas del MINSAP;

Calle L No.406 e/23 y 25, Vedado; Plaza de la Revolución, C.P.No. 10400, La Habana 4 ó Centro de Eventos ORTOP, Fax: (537) 331422 ó (537) 336444 ó Télex: 511983 ORTOP CU.

Prioridades del Programa de Subsidios de Investigación de la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998

La administración del conocimiento, entendida como el proceso que promueve la generación, recolección, evaluación, diseminación y utilización de los conocimientos en salud, constituye una de las estrategias centrales de la cooperación técnica para identificar, analizar y dar respuesta a los principales problemas de salud de la Región. En el marco de dicha estrategia se inscribe el Programa de Subvenciones de Investigación (PSI), el cual tiene como objetivo fundamental el promover investigaciones que contribuyan con nuevos conocimientos al perfeccionamiento, reorientación y readecuación permanente de la cooperación técnica en salud.

El Programa de Subvenciones dará preferencia a las investigaciones que se inscriban en las áreas identificadas como prioritarias en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS/OMS para el período 1995-1998 y en las definidas en el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS para 1996-2001. Con base en este marco general, quedaron establecidas seis áreas prioritarias de investigación del PSI:

- Salud en el desarrollo
- Sistemas y servicios de salud
- Promoción y protección de la salud
- Salud y ambiente
- Prevención y control de enfermedades

Con la finalidad de orientar a la comunidad científica de la Región sobre los aspectos que en el corto plazo son de especial interés para el desarrollo de la cooperación técnica en salud, se han establecido para cada área prioritaria un conjunto de líneas y temas de investigación. Como se podrá observar por la descripción de los mismos, tendrán preferencia las investigaciones analítico-explicativas que se sitúen en un nivel de análisis poblacional y que busquen profundizar, tanto en el estudio de las inequidades en la situación de salud y sus determinantes, como en las formas que asume la atención a la salud de diferentes grupos sociales.

Salud en el Desarrollo

Una de las principales características del nuevo paradigma de desarrollo prevaleciente a nivel mundial es la incorporación acelerada de los avances del conocimiento científico-técnico. Este fenómeno favorece la superación progresiva de las eventuales contradicciones

entre las dimensiones sociales y económicas del desarrollo, una vez que las áreas sociales, particularmente salud y educación, han pasado a ser reconocidas como inversiones y no como generadoras de gastos pues contribuyen a crear recursos humanos saludables y calificados capaces de producir y dominar ese conocimiento científico-técnico. La propia concepción de salud encuentra en el nuevo paradigma una base objetiva de cambio, pasando a ser entendida como la plena realización del potencial bio-psico-social de individuos y grupos poblacionales.

No obstante estas perspectivas, la puesta en práctica de los cambios económicos y sociales requeridos por los nuevos modelos de desarrollo, en especial en países como los de América Latina y el Caribe, no será un proceso exento de conflictos y contradicciones. En una primera etapa, el propio fortalecimiento de los mecanismos de mercado y el cambio en el papel del Estado puede tener características excluyentes, acentuando incluso, las inequidades pre-existentes. El documento sobre Salud en la Transformación Productiva con Equidad, elaborado por la OPS/OMS y el Comité Económico para América Latina y el Caribe (CEPALC), documenta ampliamente la situación y define propuestas de investigación y de acción que en el mediano y largo plazo contribuyan al logro de la equidad y de salud para todos.

Lo anterior crea una fuerte necesidad de estudios e investigaciones que permitan conocer y entender la dinámica de las relaciones entre salud y desarrollo, tales como los procesos de desarrollo y las inequidades en salud, las reformas sectoriales, el nuevo rol del Estado, los procesos de democratización y las nuevas formas de organización y participación de la sociedad civil en la gestión de la salud. Ante tales exigencias, el área temática "Salud en el Desarrollo" del programa de Subvenciones incluye las siguientes líneas de investigación prioritarias:

1. Las inequidades en salud y su expresión en grupos sociales: Condicionantes y determinantes económicos, sociales, culturales, étnicos y de género

- Análisis de las tendencias de la inequidad en salud, sus relaciones causales y sus manifestaciones en diferentes grupos sociales. Se considerarán aquellos estudios que aborden las situaciones de salud de grupos socialmente postergados o en condiciones de discriminación y subordinación económica y social

tales como grupos étnicos, mujeres, trabajadores subempleados, niños y adolescentes en situación de riesgo y ancianos desprotegidos.

2. *Las relaciones intersectoriales y la salud: Las políticas públicas y planes de desarrollo y su relación con la salud*

- Estudios sobre los planes y proyectos de desarrollo y sus implicaciones o efectos en la salud de los distintos grupos poblacionales. Especial atención se brindará a las investigaciones que analicen el impacto de iniciativas como el Plan Regional de Inversiones sobre Ambiente y Salud (PIAS), proyectos de transformación productiva y reconversión económica, tratados de libre comercio y acuerdos de integración económico-social entre los países de la región.

3. *Las reformas sectoriales en salud en el contexto de las reformas del estado y la implantación de los modelos de desarrollo*

- Investigaciones que analicen, bien sea desde la perspectiva histórica o de la situación actual, las macro dimensiones políticas, jurídicas, éticas, financieras, técnico-organizativas y administrativas de los procesos de reformas sanitarias.

4. *Políticas y marcos regulatorios de los recursos humanos en salud*

- Estudios analíticos de las políticas y los marcos regulatorios para el desarrollo de los recursos humanos, las políticas de empleo y de contratación de personal, los mercados laborales y los procesos de trabajo en salud.
- Estudios sobre el ejercicio profesional de las carreras de la salud y la dinámica de las corporaciones.
- Análisis de las políticas de formación de pre y post-grado.
- De la gestión de la calidad de la enseñanza.
- De la regulación de los procesos educativos en salud.

5. *El desarrollo científico y los procesos tecnológicos en salud*

- Estudios analíticos sobre la producción científica en salud y sus tendencias.
- Investigaciones sobre los procesos de desarrollo y regulación de la tecnología en salud, particularmente, sobre las políticas de desarrollo tecnológico y sobre la oferta, utilización e impacto de la tecnología en salud.

Sistemas y Servicios de Salud

En la última década, los sistemas y servicios de salud de los países de la Región de las Américas han sufrido importantes cambios. Una característica común, a prácticamente todos ellos, ha sido la sustitución del papel preponderante del Estado en la organización, financiamiento y prestación de los servicios, dando lugar, en esta nueva etapa, a formas de organización del sector que se ven influenciadas por la economía de mercado. Entre estas formas de organización resaltan: el pluralismo institucional y financiero; la búsqueda de competitividad; la aplicación de esquemas de control y recuperación de costos; y el énfasis en la eficiencia y la calidad, para citar algunas de las principales tendencias de cambio.

Este proceso se da en un contexto en el que los gobiernos y las sociedades, como un todo, vienen tomando conciencia, exigiendo, y buscando respuestas concretas a viejos problemas como el déficit de cobertura y la falta de equidad en el acceso a los servicios por parte de grandes grupos poblacionales.

Las investigaciones que se pretende apoyar en esta área parten de un compromiso con este proceso de cambio. Estas deberán dedicarse a estudiar los **sistemas de salud y servicios de salud**, sus componentes, e interrelaciones, con el propósito de suministrar elementos que permitan su reorientación o reorganización, de manera que las premisas de equidad, eficiencia y eficacia sean una realidad en el menor tiempo posible. Como líneas priorizadas de investigación se señalan:

1. *Equidad, cobertura y calidad de los sistemas y servicios de salud según tipos de población y grupos sociales específicos:*

- Análisis sobre la segmentación de la oferta de servicios según tipo de usuarios y estudios sobre accesibilidad, aceptabilidad y utilización de los diferentes servicios de salud por grupos de población, estableciendo sus relaciones con las barreras técnico-administrativas, financieras, socioculturales y de género.

2. *Las modalidades de organización y financiamiento de los sistemas y servicios de salud y la incorporación de tecnologías e insumos en el contexto de las reformas sectoriales*

- Estudios sobre las nuevas modalidades de organización y financiamiento de los servicios de salud que han surgido en el marco de los procesos de reforma, estableciendo análisis comparativos en términos de calidad, eficiencia, productividad y costos de diferentes modelos de atención.

- Estudios que analicen los procesos de incorporación y apropiación tecnológica en los servicios de salud tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de problemas de salud.

3. *Los procesos de descentralización y participación social en los sistemas y servicios de salud y el desarrollo de los sistemas locales.*

- Análisis de los procesos políticos y técnico-administrativos en la descentralización de los servicios de salud y transferencia de competencias a los niveles locales.
- Análisis de la participación social y evaluación de métodos educativos para la salud en los procesos de descentralización y en la ampliación de mecanismos y formas democráticas de gestión en salud a nivel local.

4. *La gestión de los recursos humanos en el marco de los sistemas y servicios de salud*

- Estudios que documenten y analicen las innovaciones en la gestión de los recursos humanos y organización del trabajo, orientados a elevar la productividad y calidad de los servicios.
- Desarrollo de modelos y metodologías de gestión de recursos humanos que puedan ser aplicados, validados y evaluados en contextos concretos.
- Investigaciones que procuren analizar y explicar las relaciones entre los modelos de gestión de personal, organización del trabajo y la educación permanente, entre otros, en los niveles de productividad y calidad de los servicios de salud.

Promoción y Protección de la Salud

Las concepciones de promoción de la salud que actualmente se están construyendo y que ganaron un gran impulso con la Carta de Ottawa de 1986 y la Declaración de Bogotá en 1993, han permitido superar de manera progresiva la visión restringida de modificar los factores de riesgo en el comportamiento de los individuos a través de la educación en salud. Se promueve así un concepto más amplio que incorpora el anterior y articula las acciones sociales y políticas para fomentar condiciones y estilos de vida conducentes al bienestar individual y colectivo dentro de un determinado contexto cultural. La promoción de la salud pone su acento en la estrecha relación existente entre bienestar y desarrollo, colocando la participación individual y social y la necesidad de vincularse con otros sectores y la sociedad civil, como los ejes centrales de la estrategia para crear condiciones de vida saludables.

De acuerdo a este marco, se pueden identificar dos grandes ejes para orientar la investigación en promoción de la salud, recíprocamente dependientes: La generación de conocimiento que permita comprender las causas y orientar acciones tendientes a la modificación de comportamientos individuales y, la generación de conocimiento que fundamente acciones tendientes a modificar las condiciones de vida que determinan el bienestar individual y colectivo.

Es muy amplio el espectro de líneas y temas de investigación que derivan de lo anterior. Para efectos del Programa de Subvenciones se priorizan las siguientes:

1. *Análisis de condiciones de vida y conductas relacionadas con la promoción y protección de la salud de grupos de población. tomando en cuenta las dimensiones sociales, étnicas, culturales y de género*

- Investigaciones analíticas y evaluativas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población en general y en determinados grupos, sobre la promoción y protección de la salud. Ello incluye entre otros aspectos, los estilos de vida, la alimentación y nutrición y la organización y saberes de la población en torno a la salud individual, familiar y colectiva.

2. *Crecimiento y Desarrollo Psicosocial*

- Estudios sobre nutrición materna, prevención de bajo peso al nacer y sobre las barreras sociales, legales, económicas y culturales para garantizar la lactancia materna.
- Investigaciones sobre los efectos de la estimulación perinatal y los factores protectores del desarrollo (resiliencia).
- Investigaciones sobre los diferenciales sociales y de género de los procesos de construcción de identidad, autoestima y sexualidad como parte de un desarrollo saludable.
- Estudios que analicen el rol de la familia, la escuela y la influencia de los pares en el crecimiento y el desarrollo psicosocial.
- Investigaciones sobre salud escolar y el papel de la escuela en la promoción y protección de la salud.

3. *Evaluación de intervenciones sobre promoción y protección de la salud*

- Investigaciones operativas para evaluar a nivel de campo la relación costo-efectividad de las intervenciones para promover y proteger la salud de la población en general o en determinados grupos.

sociales o de riesgo, particularmente en el marco de las iniciativas sobre municipios saludables.

- Estudios que evalúen las teorías y prácticas de la comunicación social en salud.

4. *Violencia y salud*

- Estudios de las dinámicas particulares de las diferentes formas de violencia y sus relación con las condiciones de vida y de salud, tales como la violencia urbana, la violencia de género, la violencia contra niños y niñas y la violencia contra grupos sociales específicos.
- Investigaciones que procuren analizar y evaluar la efectividad de las intervenciones para prevenir y controlar la violencia.
- Estudios de análisis de costos e impactos de la violencia sobre los sistemas y servicios de salud.

Salud y Ambiente

En los últimos años, los temas de política ambiental han cobrado importancia singular en la Región y los eventos e instituciones que a ellos se dedican se han multiplicado. Existe una creciente conciencia de que las políticas económicas, energéticas, agrícolas e industriales deben formularse con miras a lograr que el desarrollo sea sustentable desde el punto de vista económico, social y ecológico. Esto implica tomar en cuenta los costos ambientales en la producción de bienes y servicios, así como los costos económicos asociados con el control de la contaminación ambiental y con el tratamiento de enfermedades causadas por el deterioro de la calidad del ambiente.

No obstante lo anterior, en la mayoría de las ciudades de la Región no se ha prestado suficiente atención a las medidas de ordenamiento del medio ambiente destinadas a conseguir el suministro de agua potable, la protección de los espacios públicos, la eliminación inocua de los desechos, y la preservación de la calidad del aire y del agua. En lo que se refiere a la infraestructura de saneamiento, los niveles de inversión durante los años ochenta han sido sumamente bajos, traduciéndose en brechas considerables de cobertura y en deterioro de la calidad de los servicios existentes.

En esta área prioritaria se dará énfasis a las investigaciones que contribuyan a formular y evaluar políticas ambientales saludables, al análisis de los efectos de contaminantes ambientales en la salud humana y a desarrollar y evaluar metodologías y tecnologías para el control de los contaminantes y de prevención de riesgos.

Para tales fines se establecen como líneas de investigación prioritarias:

1. *Desarrollo de políticas e iniciativas sobre salud, ambiente y desarrollo*

- Estudios analíticos que orienten la formulación y evaluación de políticas ambientales.
- Estudios que contribuyan a desarrollar los marcos regulatorios y jurídico-legales para la prevención y control de los riesgos ambientales con efectos sobre la salud pública.

2. *Evaluación de los efectos sobre la salud humana y medidas de control de los contaminantes del agua, del aire y de los residuos especiales*

- Estudios de campo sobre contaminación de recursos hídricos que sirven de fuentes de abastecimiento de agua para consumo humano.
- Desarrollo de metodologías apropiadas para el control de la contaminación química y biológica.
- Evaluación de riesgos para la salud de contaminantes en el aire y en el agua de consumo humano: estudios epidemiológicos y toxicológicos.

- Desarrollo y evaluación de tecnologías para la medición, control y remoción de contaminantes del aire y del agua de consumo humano.

- Desarrollo de metodologías y ensayos de campo para la evaluación de riesgos a la salud humana derivados de la exposición a residuos especiales.

- Desarrollo y evaluación, tanto de intervenciones como de tecnologías sencillas, para la reducción y eliminación de los riesgos de los residuos especiales sobre la salud humana.

- Estudios epidemiológicos de los efectos de contaminantes atmosféricos en las ciudades, sobre la salud de grupos poblacionales, principalmente, niños, ancianos y asmáticos.

- Estudios de factibilidad, costo-efectividad, eficiencia y efectividad de medidas de control de contaminantes del aire, sobre los niveles de exposición que experimentan determinados grupos poblacionales.

3. *Evaluación y control de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores*

- Evaluación de los riesgos derivados del ambiente del trabajo y sus efectos en la salud de los trabajadores, principalmente, de la exposición a agroquímicos, metales y solventes y, de aquellos derivados de

condiciones ergonómicas y ocupacionales desfavorables.

- Desarrollo y evaluación de intervenciones para la prevención y control de riesgos.

Prevención y Control de Enfermedades

Todos los países de la Región de las Américas han experimentado variaciones en los perfiles socioeconómicos y demográficos de sus poblaciones y en los problemas de salud a los que deben hacer frente. Los cambios en la estructura de edad de la población y los aumentos en la esperanza de vida al nacer, han sido en gran medida, los resultados del cambio en los comportamientos reproductivos de la población y de la reducción de la mortalidad infantil a partir del control de las enfermedades infecciosas en los primeros años de vida. A medida que la población envejece y se concentra en las zonas urbanas, las enfermedades crónicas y degenerativas, en particular, las enfermedades vasculares y el cáncer, se convierten en causas importantes de morbilidad y de mortalidad. La manera como coexisten estos diversos tipos de enfermedades y las características de su comportamiento epidemiológico asumen rasgos muy particulares en la Región, desafiando los intentos de clasificarlos o distinguirlas en “enfermedades de la pobreza” y “enfermedades de la afluencia”.

Se requiere por tanto comprender la especificidad, la complejidad y los determinantes del cuadro de morbi-mortalidad de los países de la Región y sus diferenciales según grupos sociales, con miras a generar nuevos conocimientos para la prevención y el control de las enfermedades de mayor importancia para la salud pública. Asimismo, resulta imperiosa la necesidad de desarrollar y evaluar métodos y técnicas de intervenciones para la prevención y control de las mismas. Estos aspectos se constituyen los ejes de las actividades de investigación priorizadas en esta área temática. Más específicamente las principales líneas y temas de investigación son los siguientes:

1. Estudios epidemiológicos y económico-sociales de base para desarrollo y evaluación de intervenciones de prevención y control de enfermedades

- Estudios socioculturales, ecoambientales y epidemiológicos sobre el comportamiento de enfermedades de interés para la salud pública en la Región y que estén orientados al desarrollo de modelos de intervención para su prevención y control, según las especificidades que asumen dichas enfermedades en los diferentes grupos sociales y contextos geográficos.

- Diseño y evaluación de modelos de prevención, en particular los que incluyan estrategias de participación social, así como estudios sobre costo-efectividad d diferentes modalidades de intervención.

2. Desarrollo y ensayo de nuevos métodos y técnicas para la prevención y control de enfermedades

- Desarrollo, ensayo y evaluación de métodos diagnósticos, aplicables a nivel de campo, para la detección de enfermedades de importancia para la salud pública, transmisibles y no transmisibles, particularmente a través de la utilización de técnicas de la nueva biotecnología como anticuerpos monoclonales, PCR y síntesis de péptidos.
- Desarrollo de vacunas incluidas en el Sistema Regional de Vacunas de la OPS (dengue, fiebre tifoidea, neumonía por neumococo y meningitis meningocócica tipo B) y mejoramiento de DTP, a través de proyectos que utilicen o desarrollen tecnologías de conjugación, purificación de proteínas, sistemas de liberación de antígenos (“delivery systems”) y métodos de tipificación de micro-organismos. * Estudios y análisis de compuestos promisorios derivados de extractos de plantas naturales para el desarrollo de fármacos, mediante el uso de técnicas modernas de ensayos biológicos.

3. Desarrollo y evaluación de modelos para la incorporación de prevención y control de enfermedades en los servicios de salud

- Estudios sobre capacidad resolutoria de los servicios para la prevención y control de enfermedades de interés para la salud pública.
- Análisis y evaluación de modelos de integración de los programas verticales de prevención y control de estas enfermedades, en los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.

Los investigadores interesados en presentar propuestas de investigación dentro del marco de las prioridades del PSI, deberán solicitar a las oficinas de la Organización Panamericana de la Salud en los países o en la sede, el Manual sobre Políticas, Normas y Procedimientos del Programa de Subvenciones: Documento OPS/HDP/HDR/94.6. El manual contiene las normas que regulan la presentación y aprobación de propuestas y las guías y formularios respectivos.

Fuente: División de Salud y Desarrollo, Programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, HDP/HDR/OPS.

Primera Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud

Como parte de la estrategia de promoción del Plan de Acción Regional de Violencia y Salud se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, la Primera Conferencia sobre Sociedad, Violencia y Salud, los días 16 y 17 de noviembre de 1994. La Conferencia tuvo como objetivos: 1) Formular una declaración por la cual se llama a los Jefes de Estado de las Naciones Americanas a movilizar recursos para prevenir la violencia; 2) Crear un consenso entre las instituciones nacionales e internacionales de cooperación sobre los métodos y procedimientos para lograr apoyos efectivos a los valores democráticos y al respeto de los derechos humanos en sociedades de convivencia pacífica; 3) Impulsar un movimiento regional de Organizaciones No-Gubernamentales y otras para crear comunidades no-violentas; 4) Instar a los gobiernos del hemisferio a comprometerse individualmente y a través de organizaciones internacionales, a asignar recursos financieros suficientes para revertir el curso de la violencia.

La Conferencia contó con cinco paneles: 1) La violencia como problema de salud pública; 2) Hacia una democracia sin violencia; 3) La economía política de la no-violencia; 4) Una cultura de paz para el Siglo XXI; y 5) La construcción de relaciones sociales no violentas, participando en cada uno de ellos distinguidos expositores en representación de varias instituciones relacionadas con el tema. Como parte de los objetivos, los participantes aprobaron una Declaración en la que se hacen consideraciones sobre la naturaleza de la violencia, se examinan sus múltiples causas y sus varias modalidades, y se especifican los grupos sociales estructuralmente más vulnerables. Se hace una referencia explícita a la necesidad de rearticular esfuerzos para profundizar la democracia, buscar formas de vida más saludables, propugnar por una cultura de la paz y la convivencia.

En la Declaración se pide a los coauspiciadores que soliciten a la Conferencia Cumbre de Jefes de Estado de las Américas que se reunirá en Miami en diciembre de este año, la adopción tanto de la Declaración como del Plan de Acción Regional de Violencia y Salud, elaborado por la Organización. A continuación se presenta el texto íntegro de la declaración:

Declaración

Los/las participantes, ministros/as de estado, legisladores/as, recipientes del Premio Nobel de la Paz, alcaldes/as y otras autoridades de los países de las Américas, y representantes de comunidades científicas, culturales, sociales, políticas, intelectuales y artísticas, reunidos en la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, convocada por la Organización Panamericana de la Salud, y coauspiciada por el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización de Estados Americanos, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional,

Considerando

Que la violencia

1. constituye una seria amenaza a la paz y seguridad ciudadana y a la consolidación de las sociedades y regímenes democráticos en la Región de las Américas por cuanto deteriora la trama social e invita la adopción de medidas de carácter represivo;
2. es ubicua y se expresa de manera multivariada en los niveles del individuo, la familia, las instituciones, la comunidad, la ciudad, y el ámbito nacional e internacional;
3. afecta negativamente la calidad de vida de las personas en tanto genera miedo, desarticula las estructuras familiares, coarta la autonomía de los individuos, limita la libertad de acción y resalta la solidaridad interpersonal;

4. es un creciente problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psico-sociales en las poblaciones;
5. ocasiona enormes costos económicos a la sociedad, genera crecientes gastos en salud y seguridad y disminuye la productividad;
6. ejercida contra la mujer proviene de una cultura de dominación masculina y se expresa con frecuencia alarmante dentro y fuera del hogar.

Que en su génesis

7. intervienen factores tales como la inequidad y la injusticia social las cuales socavan la democracia y el bienestar colectivo, generan frustración, marginan a las poblaciones, perpetúan los conflictos y lesionan la integridad familiar; y
8. se refleja la fragilidad de la organización social al contar entre sus víctimas principales a los grupos estructuralmente más vulnerables de la sociedad, sean los caracterizados por la edad, el género, la afiliación étnica, la condición socio-económica, o sean por otros factores.

Que su persistencia

9. es favorecida por la existencia de impunidad generalizada y patrones de relaciones sociales violentos, los cuales configuran una cultura de la violencia que se perpetúa transgeneracionalmente; y

10. es agravada por la existencia de formas de violencia toleradas por los gobiernos, tanto en su interior como en sus relaciones internacionales.

Habida cuenta que

11. es deber ineludible del Estado hacer todos los esfuerzos necesarios para reducir los factores que determinan la violencia y menoscaban la calidad de vida de las personas para asegurar la plena vigencia del estado de derecho;

12. la prevención y control de la violencia requiere reformas estructurales tendientes a fortalecer la democracia y la justicia social, así como asegurar la participación de todos los miembros de la sociedad;

13. es indispensable concertar acciones entre los estados, gobiernos y pueblos de la Región, así como en el nivel local, para prevenir y controlar la violencia y promover la convivencia pacífica;

14. es necesario desarrollar en todos los países planes y programas intersectoriales de prevención y control de la violencia y de promoción de la convivencia pacífica, en los que se enfatizan las actividades pertinentes al sector salud;

15. la promoción de culturas y valores no violentos requiere la activa participación del sector educación y de los medios masivos de comunicación, públicos y privados; y

16. en respuesta al mandato de sus organismos rectores, la Organización Panamericana de la Salud ha formulado un Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud en el que se identifican objetivos y se proponen estrategias para la prevención y control de la violencia en la Región, en coordinación con otros sectores sociales, públicos y privados.

Solicitan

Al Secretariado de la Conferencia que:

17. apelen a los Primeros/as Mandatarios/as a redoblar sus esfuerzos para garantizar la seguridad ciudadana y defender el estado de derecho;

18. pidan a los gobiernos y pueblos de todos los países, en especial a los más afectados por la violencia, que realicen esfuerzos decididos para reducirla y eliminar la impunidad judicial;

19. insten a los Gobiernos a que cumplan la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos y Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes, así como otros acuerdos internacionales pertinentes, y provean a las víctimas directas e indirectas de la represión, protección y compensación adecuadas, así como medios para su rehabilitación;

20. soliciten a los Gobiernos de todos los países que incluyan en los informes regulares efectuados por los funcionarios de salud pública información y análisis sobre los casos de abuso contra las mujeres, los niños y los ancianos;

21. aboguen ante las diferentes organizaciones internacionales y regionales, políticas, de cooperación y financiación, para que incluyan la prevención y control de la violencia como componente prioritario de sus gestiones y colaboren sostenida y mancomunadamente en la puesta en práctica del Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud elaborado por la Organización Panamericana de la Salud;

22. promuevan entre los medios masivos de comunicación, las asociaciones profesionales, científicas, culturales, artísticas, políticas, las asociaciones e instituciones educacionales, las iglesias, organizaciones comunitarias y otras fuerzas sociales que tienen influencia sobre las sociedades, que no escatimen esfuerzos en el apoyo a las iniciativas destinadas a reducir, controlar y prevenir la violencia y de promoción de una cultura de paz;

23. presenten esta Declaración a la Reunión Cumbre de Presidentes de la Región que se celebrará en Miami en diciembre de 1994; y

24. insten a los Primeros/as Mandatarios/as de los países de la Región a que adopten esta Declaración y el Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud y movilicen los recursos necesarios para su exitosa puesta en práctica.

Fuente: División de Promoción y Protección de la Salud, HPP/OPS.

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.



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