

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 16, No. 2

Julio 1995

La epidemiología y la gestión de los servicios de salud

Gilles Dussault

*Departamento de Administración de Salud
Facultad de Medicina, Universidad de Montreal
Quebec, Canadá*

Es fácil demostrar la utilidad de la epidemiología en el proceso de toma de decisiones relativas a la organización y la gestión de los servicios de salud. En la medida en que los servicios tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población, la epidemiología y la gestión son socios, aliados lógicos. Las decisiones relativas a la asignación de recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo.

El problema de la relación entre la epidemiología y la gestión no radica tanto en justificar la utilidad de la epidemiología sino en entender por qué los administradores no la utilizan y cómo fomentar un uso más adecuado del potencial que ofrece la epidemiología. Por ejemplo, en Quebec, donde existe desde principios de los años setenta un sistema público, universal y gratuito de servicios de salud, el primer estudio general de salud, cuyo objetivo fue obtener un perfil del estado de salud de toda la población, se realizó apenas en 1987-1988 (y se repitió en 1992-1993). Ese trabajo, de excelente calidad, ha producido datos muy importantes para la orientación de las políticas públicas. Por otra parte significa que durante 20 años, los administradores y los dirigentes políticos tomaron decisiones estratégicas y operativas basándose únicamente en

los datos de salud proporcionados por el censo, los registros de mortalidad, la utilización de los servicios (que describían sólo una parte de la realidad) y los pocos estudios sobre poblaciones y problemas específicos.

1. La contribución necesaria de la epidemiología a la gestión de los servicios de salud

La contribución fundamental de la epidemiología a la identificación de los problemas de salud, a la comprensión de la causa y al conocimiento de la dinámica de su distribución en una población se reconoce universalmente. También se reconoce su contribución limitada a la gestión de los servicios. Las presiones para que esta situación cambie vienen aumentando en varios contextos:

a) Cada vez más, los países de la región de las Américas tratan de definir **políticas de salud** y no sólo políticas de servicios. Es decir, definir políticas cuyas metas se formulen en términos de indicadores de salud (incluidos los indicadores de la calidad de vida) que hay que alcanzar, y no sólo en términos de servicios que hay que ofrecer y de recursos que hay que movilizar. El objetivo de tales políticas es tener un efecto mensurable en la salud de una población determinada. Es muy diferente de tener como objetivo satisfacer la demanda espontánea de las personas.

EN ESTE NUMERO. . .

- La epidemiología y la gestión de los servicios de salud
- Condiciones de Salud en las Américas, 1994
- Reunión Internacional de la OMS sobre la nueva salud pública
- IX Congreso de la International Association of Health Policy

- Cólera en las Américas
- Comité Asesor Científico del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), 1995
- Vigilancia del SIDA en las Américas
- Brote de Fibre Hemorrágica por virus Ebola-Zaire, 1995

Tales políticas requieren que se disponga de datos fiables y pertinentes a la situación inicial, la definición de criterios aceptables de prioridades, entre los cuales la disponibilidad de las estrategias válidas de intervención es uno de los más fundamentales. La epidemiología puede ayudar describiendo y explicando en forma válida la situación sanitaria y vigilando la evolución de los problemas; también puede contribuir a la evaluación de la capacidad resolutoria de las distintas opciones de intervención a través de estudios de evaluación.

La epidemiología que estoy describiendo es la que se sale del marco tradicional de estudio de variables biológicas para preocuparse del papel, que actualmente se reconoce como determinante, de las variables socioculturales. No se puede entender la eficacia clínica y poblacional de las intervenciones, que no se mide en condiciones experimentales sino reales, sin tener en cuenta las dimensiones sicosocioculturales de las mismas. Los antropólogos y los sociólogos han demostrado muy bien, sin recurrir a métodos cuantitativos, el papel de las representaciones frente a la enfermedad y en la relación que existe entre los terapeutas y los servicios y el paciente.

La gestión dirigida a mejorar los indicadores de salud tiende a generar una organización de los servicios que deja de hacerse en torno al tipo de establecimiento y a la división profesional del trabajo. Se va sustituyendo por una organización en torno a programas; es decir, tiene fines específicos como un problema determinado (problemas mentales, accidentes de tráfico, de trabajo, enfermedades de transmisión sexual, etc.). Tal gestión no puede realizarse sin tener acceso continuo a datos epidemiológicos válidos para permitir vigilar el efecto de las medidas de salud fomentadas por el programa.

b) Los procesos de regionalización, de municipalización y de desarrollo de sistemas locales de servicios tienen en común favorecer un enfoque poblacional de los problemas de salud. Si bien es cierto que el enfoque institucional y profesional pueden funcionar sin el aporte de los datos epidemiológicos (basta con esperar la demanda o finalmente estimularla), el enfoque poblacional no puede hacerlo. Sus fines se expresan en términos de los indicadores en los que hay que influir. Sin la contribución de la epidemiología para proporcionar

datos sobre la evolución de la situación sanitaria no se puede hablar de enfoque poblacional, a menos que se piense que las impresiones de los administradores, de los profesionales o de los representantes de la población constituyen una fuente fiable, válida y suficiente de datos sobre las condiciones de salud.

c) La búsqueda de una distribución más equitativa de los recursos disponibles para los servicios de salud también necesita de la contribución de la epidemiología, por lo menos en dos niveles:

- la identificación de las diferencias en el perfil epidemiológico de las distintas regiones y categorías de la población, puesto que equidad significa asignar los recursos en función de las necesidades;
- la evaluación de las repercusiones de las distintas opciones de intervención para evitar el desperdicio de los escasos recursos.

Si cada desembolso tiene un costo de oportunidad, que es su equivalente en otros desembolsos que no pudieron hacerse, es importante, en el proceso de toma de decisiones, incluso a nivel de las micro decisiones (recetar un medicamento, ordenar una prueba, internar a una persona, etc.), disponer de datos válidos sobre la eficacia relativa de las opciones de decisión. Los datos, cada vez más numerosos y de mejor calidad, sobre las variaciones en la práctica de la medicina no pueden descartarse simplemente por las diferencias entre los pacientes, ni por las características del contexto de la práctica. Sería aceptar que todos los médicos tienen razón todo el tiempo. Los médicos y los demás profesionales de la salud deben aceptar el análisis riguroso de esos datos, para determinar cuáles son las variaciones aceptables y las que deben eliminarse. Cada vez que una cesárea, un puente de safena, una ablación de próstata o de las amígdalas se hace inútilmente, los recursos utilizados no permiten que se atiendan necesidades para las cuales, muchas veces, existen intervenciones eficaces.

Esta postura es idealista (promover la búsqueda de coherencia máxima entre las necesidades, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones y la asignación de los recursos), pero no es utópica porque ya tenemos la capacidad técnica para acercarnos a ese ideal. Nuestro problema es que no utilizamos esa capacidad. ¿Por qué?

2. ¿Por qué hay diferencia entre lo posible y lo real respecto a la relación entre la epidemiología y la gestión?

Hay dos causas principales que pueden explicar esta diferencia: primero no siempre existe una voluntad política de aplicar una política de salud, con miras a reducir las necesidades. Segundo los epidemiólogos y los administradores son responsables de la falta de diálogo: los primeros por estar encerrados en un mundo reservado a las necesidades de los servicios, y los administradores por no poder definir sus necesidades de información, ya sea por ignorancia en epidemiología o por falta de interés en las repercusiones de sus decisiones.

a) Pocos son los ejemplos de gobiernos que han adoptado una verdadera política de salud y que tienen la voluntad auténtica de aplicarla. Todavía es rara la planificación en torno a metas formuladas en términos de indicadores de salud y es todavía más rara la coherencia entre las estrategias de organización y esas metas. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se observa el mayor esfuerzo para definir “objetivos de salud” basados en los resultados de investigaciones muy elaboradas; por otra parte, las políticas del sector de la salud están poco articuladas con dichos objetivos. La organización y la gestión de los servicios tienen poco que ver con las metas generales. En Quebec, se definió una política de salud en 1992, **después** de que el gobierno aprobara una ley de reforma de la organización de los servicios.

Eso ilustra bien que las decisiones relativas a la asignación de recursos están influidas por factores que no siempre tienen que ver con las necesidades. Son factores económicos vinculados a los intereses de los *productores de equipos e insumos*, de las compañías farmacéuticas, de los seguros, de los profesionales, de los constructores y, obviamente, de los políticos. Los criterios técnicos de decisión, entre los cuales los criterios epidemiológicos serían los más importantes, desempeñan un papel más significativo cuando existe una adhesión verdadera, por parte de los que toman las decisiones, al objetivo de cambiar las condiciones de salud. Sin ese prerrequisito, es ilusorio pensar que la epidemiología tendrá una repercusión importante en las decisiones. Además de producir datos pertinentes, los epidemiólogos deben participar en el movimiento de promoción de la mejora de las

condiciones de salud como proyecto social prioritario.

Incluso cuando existe esa voluntad política de aplicar una política de salud, no siempre se pueden definir metas claras, por falta de información: por ejemplo, en Quebec, la política de salud se explica en el caso de los problemas biofísicos como el cáncer (dentro de 10 años, reducir la mortalidad por cáncer de la mama en un 15%) o los problemas respiratorios (dentro de 10 años, reducir la mortalidad en 10 %). En cuanto a los problemas mentales o sociales, fue mucho más difícil definir las metas: por ejemplo, uno de los 19 objetivos es “dentro de 10 años, reducir los problemas mentales” y otro de ellos “dentro de 10 años, reducir el número de casos de abuso sexual, de violencia y de negligencia que sufren los niños y disminuir las consecuencias de esos problemas”.

b) A pesar de que el contexto no siempre es favorable para el mejor uso de la epidemiología en la gestión de los servicios, tenemos que convenir en que la conducta de los mismos epidemiólogos no siempre tiende a fomentar la demanda de su contribución. Los administradores también son responsables de la subutilización de la epidemiología en la gestión. Ambos tienen visiones diferentes, pero no necesariamente divergentes, de lo que es la “buena información”.

Los epidemiólogos se preocupan por los problemas relacionados con la validez de los numeradores y los denominadores, la credibilidad de los instrumentos de recopilación de datos, la calidad científica de los análisis. Eso es normal y deseable. Muchos de ellos se sienten más a gusto con variables que son útiles para las medidas cuantitativas y que en ese caso tienden a reducir los problemas de salud en sus dimensiones biofísicas. Esa corriente de la epidemiología, que es más prevalente en los países del norte, tiende a desvalorizar la perspectiva de la salud y los métodos cualitativos de las ciencias sociales. Los epidemiólogos “duros” descartan fácilmente la opinión de los sociólogos y los antropólogos de que la salud y la enfermedad son productos culturales (productos de representaciones) en vez de tener una base biofísica; y consideran que la enfermedad es sólo la manifestación de una diferencia entre una situación observada y las normas definidas por los profesionales. El desarrollo de la epidemiología ha ido ocurriendo más en función de criterios académicos que en relación con las necesidades de los sistemas de servicios.

En América Latina, históricamente, la epidemiología se preocupó más de los aspectos socioculturales que de los problemas de salud. Pero hasta ahora, no se ha acercado mucho a la gestión de los servicios.

El resultado es que el epidemiólogo que asume una responsabilidad de administrador, corre el riesgo de experimentar un choque al ver las diferencias entre el tipo de información que necesita para tomar decisiones y la información que producen sus colegas y él mismo.

Por lo que respecta a los administradores, se observa su limitado conocimiento en cuanto a las contribuciones que puede aportar la epidemiología a la gestión. En América del Norte, la gran mayoría de los administradores no son médicos y conocen poco los aportes potenciales de la epidemiología (ello no significa que los médicos en la gestión sean muy diferentes). Por ejemplo, la revista **The Journal of Health Administration Education**, una de las más respetadas en el campo de capacitación de los administradores en salud, publicó a finales de 1993 una edición dedicada al tema "Epidemiología y gestión"; esta incluye artículos que introducen ese tema con definiciones clásicas de la epidemiología y hasta conceptos elementales como la incidencia y la prevalencia. Asusta un poco comprobar que los editores de la revista, incluso hoy día, consideran necesario incluir esas definiciones para facilitar la comprensión de las discusiones.

Para los administradores, la información útil es la que incluye a la población atendida, la que es de rápido acceso, de fácil interpretación y de bajo costo. Los administradores son poco conscientes de las dificultades de producir datos que tengan esas características, y muchas veces piden cosas irrealizables. Ellos tienen una perspectiva más institucional que poblacional, lo cual explica el interés limitado que tienen en los datos epidemiológicos. Por consiguiente, los epidemiólogos tienen una tarea educativa que cumplir: explicar los límites de lo posible, los problemas de incompatibilidad de las fuentes de datos¹, las exigencias de la validez, las dificultades metodológicas de medir ciertas variables, etc.

El contexto de municipalización o de regionalización favorece la integración horizontal y vertical de las instituciones que prestan servicios (una integración que exige un compromiso político muy fuerte). A medida que la asignación de los recursos se vincula a la distribución de las

necesidades de la población, los administradores comienzan a preocuparse por la información sanitaria y se convierten en "reclamadores" de pericia epidemiológica. Por consiguiente, no se contentarán con los indicadores tradicionales; también van a querer información sobre los problemas que desatienden los epidemiólogos: los problemas mentales y sociales, la violencia familiar y urbana, el abuso de estupefacientes y la eficacia de las opciones de intervención. Ellos tienen la responsabilidad de definir mejor sus necesidades y explicar a los epidemiólogos cómo la información socio-sanitaria interviene en el proceso de decisión. Por otra parte, los epidemiólogos deben estar preparados para responder a esas exigencias, si quieren mantener la legitimidad profesional.

3. ¿Cómo fomentar el acercamiento entre la epidemiología y la gestión?

Las decisiones en el sector de la salud se toman basándose en numerosos factores, como las exigencias y las preferencias de los usuarios, los profesionales y los administradores (no necesariamente en ese orden). Además de eso, entran en juego los intereses políticos y económicos, las relaciones de poder entre los participantes del proceso de la toma de decisiones, los costos, la disponibilidad de los recursos, las necesidades percibidas y las medidas. Nuestra preocupación es concebir estrategias que permitan ampliar la contribución relativa de los datos sanitarios y sociales en las decisiones.

El mayor incentivo sería subordinar la asignación de los recursos para el logro de los resultados expresados en términos de indicadores de salud; en otras palabras, formular una política de salud y subordinar a ella las políticas de servicios y de recursos. Tal propuesta podría considerarse idealista: la realidad exige un compromiso político, que existe en pocos países, a favor de una mejora del estado de salud de la población. Exige la voluntad y la capacidad política para hacer frente a los intereses económicos y profesionales que se benefician de la asignación actual de los recursos que está concentrada en los servicios hospitalarios y en los medicamentos. La experiencia de Quebec de intentar esa subordinación es reciente, pero demuestra que los actores del sistema se dan cuenta rápidamente de la necesidad de contar con buenos datos epidemiológicos para justificar sus exigencias de recursos. Al saber que las reglas del juego exigen

ahora la documentación de las necesidades de salud y de la utilidad (pertinencia) de los servicios propuestos, los profesionales y los administradores buscan los datos pertinentes.

Una buena ayuda sería reforzar la educación de los administradores en el campo de la epidemiología y la de los epidemiólogos en el campo de la gestión. En el caso de los administradores, deben conocer el lenguaje de la epidemiología, saber cómo funciona ésta y conocer sus limitaciones. El error que debe evitarse es enseñar epidemiología a los administradores como si fuesen a ser capacitados para ser epidemiólogos. La epidemiología debe enseñarse más bien como un instrumento de gestión, como un apoyo en la toma de decisiones. Debe favorecer la adopción, por parte de los administradores, de un enfoque poblacional de las necesidades de salud e informarlos acerca de las estrategias para conocer esas necesidades. Por otra parte, los epidemiólogos deben ser sensibles a las necesidades de la gestión, de modo que produzcan datos pertinentes y útiles, presentados en tal forma que aumente la probabilidad de uso; lo cual significa que deben aprender a **comunicar** los datos.

Los epidemiólogos y los administradores podrían examinar juntos las siguientes preguntas: 1) ¿Cuáles son los datos más susceptibles de producir variaciones o inducir cambios en las decisiones? La respuesta permitiría identificar prioridades en la recopilación de datos; 2) “¿Cuál sería el “paquete mínimo” de datos esenciales para cada nivel de decisión (institucional, local, regional, nacional)? El examen de esas preguntas podría ayudar en el proceso de sensibilización mutua necesario para garantizar un mayor y mejor uso de la epidemiología en la gestión, así como promover un uso más eficaz de los recursos disponibles para la recopilación, el análisis y la difusión de datos.

El problema actual no es la escasez de recursos sino la mala utilización de esos recursos. Los administradores se quejan de que no tienen acceso a los datos que quisieran utilizar y que los datos que han recibido no son útiles. Esa postura es un poco caricaturesca, pero refleja las diferencias de percepción entre los administradores y los epidemiólogos en cuanto a lo que es pertinente. La incorporación de los epidemiólogos en los equipos de gestión puede contribuir mucho en el proceso de definición de las necesidades, las prioridades, las estrategias de intervención y de evaluación. Tal propuesta no significa que los epidemiólogos deben

subordinarse a las exigencias de la gestión, al actuar sólo como técnicos en abastecimiento de datos. La epidemiología debe conservar un papel de análisis crítico de las políticas y de las decisiones en el sector de la salud; a los mismos administradores les conviene reconocer ese papel que debe cumplirse en las actividades de evaluación.

Conclusión

La epidemiología no sustituye ni sustituirá la decisión; su papel es introducir más racionalidad en la toma de decisiones. Los campos en los que puede influir son numerosos: 1) en las políticas públicas de salud, apoyando la definición de prioridades, objetivos y estrategias; 2) en la configuración de los servicios, examinando las consecuencias de la descentralización, o de la cirugía de un día, o de la reducción de los internamientos, o de la integración de los servicios en los programas; 3) en las prácticas de los profesionales, estudiando las variaciones de la eficacia y de la eficiencia; 4) en las prácticas de la gestión; 5) en las prioridades de investigación. Esa contribución es necesaria tanto en el contexto de la disminución de recursos disponibles, que caracteriza a los países ricos, como en el contexto del aumento de las inversiones en el sector de la salud, que ocurre en los países de América Latina que han estado controlando la inflación y crecieron. Por consiguiente, el desafío tanto para los epidemiólogos como para los administradores es lograr el tipo de alianza que produzca políticas y estrategias que tengan un mayor impacto en el bienestar de las poblaciones.

¹En una encuesta de opinión, solicitada por el Ministerio de Salud y de Servicios Sociales de Quebec, realizada a finales de 1994, el 51 por ciento de los entrevistados (administradores de hospitales y de centros de salud), desconocía la mayoría de los bancos de datos existentes. Tal vez, la prioridad de los epidemiólogos sería difundir información acerca de los bancos existentes.

Bibliografía

1. Carson, C.A., Zucconi, S.L., *Epidemiologic indicators of health status to guide health care management decision making*, **The Journal of Health Administration Education**, 11:4, fall 1993:551-
2. MacDowell, N.M., Lutz, J., *Applications of epidemiology in the operation and marketing of managed care plans*, **The Journal of Health Administration Education**, 11:4, fall 1993:541-550.
3. Massé, R., *Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie*, **Santé, Culture/Health**, vol. IX, 1, 1992-93; 109-138.
4. Minayo, M.C. (ed.), *O impacto da violência social sobre a saúde*, suplemento 1 dos **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 10, (1994), 225 p.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, (Québec), **Et la santé, ça va?**, Rapport de l'enquête Santé-Québec, 1988.
6. Oleske, D.M., *Linking the delivery of health care to service population needs: the role of the epidemiologist on the health care management team*, **The Journal of Health Administration Education**, 11:4, fall 1993:531-539.
7. Uchôa, E., Vidal, J.M., *Anthropologia Médica: Elementos Conceituais et metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*, **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 10 (4); 1994:497-504.

Condiciones de Salud en las Américas, 1994

La OPS publica, desde 1954, informes cuadriennales para documentar los cambios y adelantos en salud alcanzados en la Región de las Américas. En el artículo a continuación se resumen algunos elementos que se destacan de : «Las Condiciones de Salud en las Américas, Edición de 1994».

La Región de las Américas ha sufrido importantes cambios en los últimos decenios, los cuales han repercutido en la situación de salud de sus poblaciones.

En América Latina y el Caribe la esperanza de vida al nacer pasó de 57 años a comienzos de los años sesenta, a 61, 65 y 68 años para el inicio de los decenios de 1970, 1980 y 1990 respectivamente. Este aumento se debe en gran medida a la disminución de la mortalidad infantil que ha pasado de 127 por 1.000 nacidos vivos a comienzos de los años cincuenta, a 47 por 1.000 nacidos vivos en la década de 1990. Existen grandes diferencias entre los países, aunque la tendencia en general es hacia la disminución.

La tasa global de fecundidad, o sea el número promedio de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida reproductiva, bajó a la mitad en América Latina y el Caribe en los últimos 30 años, pasando de 6 a comienzos de los años sesenta, a 5 y 4 a comienzos de los años setenta y ochenta respectivamente. El valor al inicio de la década de 1990 se estimó en tres hijos por mujer.

Al igual que a nivel mundial, en la Región de las Américas se observa un envejecimiento de la población. El grupo de 65 años y más creció tanto en términos porcentuales, del 6 al 12%, como en volumen, ya que se triplicó entre 1950 y 1995. El aumento del tamaño de la población de 65 años y más, que para toda la Región de las Américas fue del 220% entre esos años (de 19 a 61 millones) para América Latina y el Caribe el aumento fue de 340% (de 5,6 a 24,6 millones). Este grupo de edad crece a una tasa de 3,3% anual desde 1950, en cambio el de menores de 15 años se ha reducido.

La desnutrición continúa siendo un problema importante. Varios países permanecen por debajo de la línea de consumo mínimo de proteínas y calorías así como deficiencias en yodo y hierro. Un hecho que refleja en parte esta situación es que, en 12 de

20 países de América Latina con información disponible, más del 10% de los recién nacidos presentan bajo peso al nacer.

Las enfermedades inmunoprevenibles han continuado disminuyendo. El número de casos de poliomielitis por poliovirus salvaje bajó de 4.000 casos anuales a fines de los años setenta, a 500 en 1984 y a un caso en 1991. Por primera vez en la historia una Región, la de las Américas, ha sido declarada libre de la transmisión del poliovirus salvaje. Los casos de sarampión, aunque con altibajos también han descendido, pasando de 200.000 en 1984, a 100.000 en 1992, 50.000 en 1993 y 23.000 en 1994. Hubo reducción del 88% en el número de casos de tos ferina entre 1980 y 1992. La eliminación del sarampión es el próximo reto que tienen planteado los países de la Región de las Américas.

La reaparición del cólera después de casi un siglo, ha sido uno de los eventos de salud pública más importantes ocurrido a partir de 1991. Desde su aparición en Perú, se han reportado en toda la Región casi 400.000 casos con 4.000 defunciones en 1991, pasando en 1988 a 350.000 casos con 2.400 defunciones, 200.000 casos con 2.300 defunciones en 1993 y 110.000 casos y 1.200 defunciones en 1994. Aunque el número de casos ha ido disminuyendo paulatinamente, persiste la ocurrencia de brotes. El impacto de las medidas adoptadas para enfrentar esta epidemia, tales como la organización de los servicios, las campañas educativas y el cambio de actitudes de la población con respecto a la higiene y preparación de alimentos, ha repercutido positivamente en la disminución de la mortalidad por diarreas en los menores de 5 años en América Latina y el Caribe. Entre 1985 y 1990 el número promedio de muertes por enfermedades diarreicas anuales era de 130.000 defunciones y para el período 1992-1994 se estiman en 90.000 las defunciones anuales.

La malaria sigue siendo un problema de salud importante con poco más de un millón de casos por año no lográndose bajar su incidencia. Existe transmisión de la enfermedad en 21 países de las Américas, donde 210 millones de habitantes viven en áreas maláricas. El dengue continúa aumentando: el número de casos pasó de 47.000 en 1990 a 62.000 en 1993, de los cuales 3.900 fueron hemorrágicos y se produjeron 24 defunciones. Datos preliminares de 1994 dan cuenta de 137.000 casos de dengue, 1.700 de ellos hemorrágicos, habiendo 26 defunciones. Algunos países que estaban libres de esta enfermedad, como Costa Rica y Panamá, son los últimos que se incorporaron a la lista de países afectados.

En América Latina anualmente se notifican alrededor de 230.000 casos de tuberculosis en todas sus formas, aunque la verdadera incidencia podría ser de unos 500.000 casos anuales. En la mayor parte de los países latinoamericanos, las tasas de incidencia notificadas representan de 40 a 70% de las estimadas, lo que demuestra que una parte importante de la población queda excluida de los beneficios del programa. Esta situación se ha agudizado por la propagación de la infección por VIH. La OPS ha estimado que alrededor de 1,5 millones de personas están infectadas por VIH en América Latina y que cerca de 117 millones lo están por el *M. tuberculosis*. Para 1992 se estima que un total de 330.000 personas en América Latina y el Caribe tenían infección por VIH y *M.tuberculosis*.

La estimación actual del número de personas infectadas por el VIH es mayor de 2,5 millones en las Américas (alrededor de 1 millón en América del Norte y de 1,5 millones en América Latina y el Caribe). Hasta marzo de 1995 habían sido notificados un total de 573.000 casos de SIDA y 302.000 defunciones (113.000 y 54.000 en América Latina y el Caribe respectivamente; el resto en América del Norte, en especial en Estados Unidos). Como enfermedades emergentes se destacan la infección pulmonar por Hantavirus en Estados Unidos, la neuropatía epidémica en Cuba y la fiebre hemorrágica venezolana.

Para 1990 los años de vida ajustados perdidos debido a accidentes y violencias, en función de la discapacidad, representaron 21% del total de años perdidos en los hombres y 8% en las mujeres. Los valores a nivel mundial son 15% en hombres y 8%

en mujeres. A pesar de que hay una tendencia homogénea con respecto a causas específicas dentro de este grupo causal, por causa específica hay variabilidad con predominio, en algunos casos, de los homicidios (Colombia) y, en otros de los accidentes de tráfico de vehículo de motor. Lo que aparece como una constante es el aumento de la violencia urbana. La urbanización acelerada, el desempleo, la inseguridad, las grandes desigualdades socioeconómicas, las drogas, y el alto consumo de alcohol, entre otros, han repercutido en el aumento de accidentes y en la violencia personal. El fenómeno de la violencia es quizás uno de los mayores retos de la sociedad moderna.

Para 1990, las enfermedades cardiovasculares representaron la primera causa de mortalidad en América Latina y el Caribe con 25% del total de muertes (800.000 defunciones por esta causa). En Canadá y los Estados Unidos esta proporción se acercó al 50%. Se destacan entre ellas la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad hipertensiva y las enfermedades reumáticas crónicas del corazón.

Para ambos sexos, las tasas más elevadas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se observaron en algunos de los países de habla inglesa del Caribe, América del Norte y el Cono Sur. Las más bajas se observaron en México y los países de América Central.

Durante 1985-1989 el promedio anual de defunciones por tumores malignos en América Latina y el Caribe fue de 900.000 (540.000 en América del Norte y 360.000 en América Latina), lo que representó el 16,6% de las 5,4 millones de muertes por todas las causas (23,2% en América del Norte y 11,7% en América Latina y el Caribe). La proporción de defunciones por tumores malignos de distintas localizaciones varía según país, con algunas diferencias por sexo. El cáncer de estómago es importante en la mayoría de los países en desarrollo de la Región, presentando todavía las más altas tasas en los hombres. El cáncer de mama de la mujer registra la tasa más alta en Canadá y Estados Unidos, aunque esta también es relativamente alta en Argentina, Cuba, Trinidad y Tabago y Uruguay y muestra una tendencia al aumento en casi todos los países. La proporción de muertes por cáncer de cuello uterino es notablemente baja en Canadá y Estados Unidos, aunque en la Región se producen

entre 20.000 y 30.000 defunciones por esta causa, lo que representa entre 10 y 15% de la mortalidad por tumores malignos en mujeres.

Otro hecho que merece destacarse es el elevado número de muertes por cáncer respiratorio en ambos sexos (tráquea, bronquios y pulmón) en Canadá y Estados Unidos, siendo la mortalidad más alta entre los hombres. Las muertes atribuibles al tabaco en Canadá fueron más de 38.000 en 1989, lo que representó 20% de toda la mortalidad de ese año.

El incremento de las actividades de promoción y protección de la salud, especialmente las campañas educativas contra el tabaquismo, la necesidad de la dieta, el control de la presión arterial, las campañas de educación sexual, entre otras, son esfuerzos que se vienen realizando para contribuir a la prevención de problemas de salud cuya importancia va en ascenso.

El panorama de la respuesta social a los problemas de salud es complejo. A continuación se resumen algunos elementos de esta.

En 1994 en la mayoría de los países se han logrado coberturas de vacunaciones superiores al 80% para poliomielitis, sarampión y DPT.

De 32 países de la Región con información disponible (incluidos Estados Unidos y Canadá) 14 presentan coberturas inferiores al 80% en la atención primaria.

En América Latina, en 10 países con información disponible, la cobertura del parto con atención profesional es inferior o igual al 60%.

Entre 1980 y 1992 la disponibilidad de agua potable aumentó de 82% a 89% en el área urbana y de 47 a 57% en la parte rural y en relación a servicios de alcantarillado y disposición de excretas aumentó de 78% a 80% en la zona urbana y de 22% a 34% en la rural. La vigilancia y control del deterioro físico-químico del medio ambiente es incipiente en la mayoría de los países de la Región.

A inicios de la década de 1990, el gasto en salud representó para América Latina y el Caribe el 5,7% del PIB. Casi 60% de este gasto provenía del bolsillo de la población (3,2% del PIB). El gasto en salud es, cada vez más un elemento importante a considerar en el gasto total debido, entre otras razones, al aumento generalizado de los costos de la atención médica, superior al aumento general de

precios; al creciente gasto en drogas y medicamentos y al aumento en el uso de tecnología de diagnóstico y a veces curativa. El empleo en el sector salud es otro factor importante a considerar; este representa 10% de la PEA en Canadá y 8% en Estados Unidos y Cuba.

Se han hecho avances importantes en la descentralización del sector público, la que se orienta al logro de una mayor eficiencia y mejor adecuación a las demandas locales. Algunos países que han avanzado en sus procesos son: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México.

Ha habido un envejecimiento de la capacidad instalada del sector público, con bajos porcentajes de utilización de los recursos existentes. Esto tiene su origen no sólo en los problemas derivados del ajuste económico, sino, en una parte importante, en el cambio del perfil epidemiológico: el pasar de una predominancia de las enfermedades transmisibles y las del rubro materno-infantil, a una etapa donde comienzan a predominar las enfermedades crónico-degenerativas, implica un cambio de la estructura y perfil de los recursos para enfrentar esa situación.

Se ha dado un aumento en la dotación de recursos humanos para la atención de los problemas de salud. No obstante, la estructura de ésta dotación de recursos no ha cambiado. A comienzos de los años noventa había aproximadamente 700.000 médicos en América Latina y el Caribe y una cifra igual en Estados Unidos y Canadá. Del total de 2.800.000 enfermeras profesionales en América, 2.500.000 estaban en Estados Unidos y Canadá y sólo 300.000 en América Latina y el Caribe. O sea, mientras que, en América del Norte hay más de 3 enfermeras por médico, en América Latina hay 0,5 enfermeras por médico. La estructura del personal de salud es similar a un reloj de arena, con abundancia de personal profesional arriba, menos recursos de personal técnico y auxiliar en el centro, y amplitud nuevamente con el gran número de personal de servicios y administración.

A pesar de las limitaciones y los avances en el sector, los desequilibrios observados en los procesos de inversión y en el saneamiento básico hacen imperativa la asignación de recursos de manera que resulten en una cobertura equitativa y den acceso a esos servicios a toda la población.

Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo, HDP/HDA, OPS.

Reunión Internacional de la OMS sobre la nueva salud pública

Ginebra, 27 al 30 de noviembre 1995

Antecedentes

En los años noventa, la política de salud pública ha recibido la influencia no sólo del movimiento de salud para todos, que asigna gran importancia a la equidad, sino también de los cambios económicos y políticos que ocurren en todo el mundo. Al mismo tiempo, se ha reconocido que el logro de un acceso más equitativo a la asistencia sanitaria, una de las metas tradicionales de las autoridades de salud pública, no necesariamente contribuye a reducir las brechas en la situación de la salud debido a que la enfermedad está determinada por el comportamiento individual y por el entorno donde se vive y se trabaja. En consecuencia, cualquier mejora verdadera en materia de salud exigirá acciones integradas e intersectoriales que permitan abordar todos los factores determinantes que inciden en la calidad de la salud. Por otra parte, habrá que modificar los programas de formación de los profesionales de la salud.

El Noveno Programa General de Trabajo de la OMS adopta un enfoque integrado y multisectorial para abordar los problemas de salud. Además, asigna particular importancia al acceso equitativo a los servicios de salud, a la promoción y protección de la salud, así como a la prevención de las enfermedades. Los aspectos relativos a los costos y a la ética se tendrán muy en cuenta para la toma de decisiones.

Durante el período abarcado por dicho programa (1996-2001), tanto la cooperación técnica con los países como las funciones de dirección y de coordinación se orientarán a mejorar la capacidad de los países para definir y atender sus propias prioridades en cuanto al mejoramiento de la salud y para actuar en el terreno de la salud pública, la prevención de enfermedades y el fomento de la salud, y para establecer una infraestructura sanitaria sostenible.

Uno de los principales resultados de la acción mundial durante el Noveno Programa General de Trabajo deberá ser: “el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos y de las instancias normativas para reformar el sector sanitario y establecer estrategias nacionales y locales que permitan acometer tareas importantes de salud pública como serían: la eliminación de las desigualdades en cuestiones de salud; atención a las necesidades específicas de la mujer; fortalecimiento del papel de la familia; mejoramiento de las condiciones de vida; garantía de un acceso equitativo a la asistencia sanitaria para todos; protección del individuo contra la violencia y los riesgos para la salud; integración de los grupos vulnerables en el cauce de la vida social y económica”.

Una de las prioridades para el trabajo de la OMS será la determinación de “los nuevos problemas de salud pública mediante la vigilancia de las tendencias de la situación sanitaria, de los riesgos para la salud y de la disponibilidad de servicios.”

Los ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud han constituido una buena orientación durante los últimos veinte años. No obstante, la experiencia ha demostrado que si bien han surgido nuevas prioridades, algunos elementos se están quedando rezagados, lo que conduce a un desequilibrio en la puesta en práctica de la atención primaria de salud. Es necesario ampliar las políticas de salud para que vayan más allá del sector sanitario, a la vez que se siguen fundamentando en la atención primaria de salud. La nueva política tiene que ser fortalecida mediante cuatro aspectos principales, a saber: acción política en favor de la salud; protección y promoción de la salud; desarrollo, reforma y gestión de los sistemas sanitarios; lucha contra la mala salud.

El equipo de desarrollo sobre la política y la misión de la OMS, que se reunió en agosto de 1994, propuso la formulación de una nueva política sanitaria mundial fundamentada en la salud para todos, con un alcance de 25 años. El propósito de esta política sería el de favorecer las metas de la estrategia de salud para todos, así como revisar y actualizar los elementos que dejaron de tener vigencia luego de la evaluación de la situación mundial.

En enero de 1995, el Consejo Ejecutivo de la OMS presentó a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud una resolución donde se solicitaba al Director General, entre otras cosas:

- que adopte las medidas necesarias para renovar la estrategia de salud para todos junto con sus indicadores, desarrollando una nueva política sanitaria mundial basada en los conceptos de equidad y de solidaridad, en la que se destaque la responsabilidad individual, familiar y comunitaria en relación con la salud y se sitúe la salud en el marco del desarrollo general;

- que elabore la nueva política sanitaria, para que sirva de objetivo y orientación en la actualización de las estrategias de salud para todos a nivel mundial, regional y nacional, así como en la elaboración de mecanismos que permitan a todos los interesados desempeñar su respectiva función;

- que redefina la misión de la OMS y el significado que para esta debe tener la cooperación técnica en aplicación de esa política sanitaria mundial;

- que adopte las medidas necesarias para que la OMS organice una conferencia mundial de alto nivel, hacia finales de 1997, para adoptar una carta de la salud basada en la nueva política sanitaria mundial con el fin de obtener una adhesión política a esa política sanitaria y el compromiso para su aplicación.

Habrà que mejorar la planificación, la gestión, la vigilancia y la evaluación para garantizar la eficacia y la eficiencia óptimas del sector de la salud. Esto implica también una base de datos mejorada para apoyar cada una

de dichas medidas, complementada por mayores aptitudes de análisis e interpretación.

Los profesionales de la salud de hoy y de mañana deben estar al corriente de los asuntos multisectoriales y tener conocimientos en los ámbitos de formulación de políticas, ciencias políticas, comunicación y negociación. Debido a que los recursos no están aumentando es necesario adquirir nuevas aptitudes y competencias, especialmente en relación con el costo, el valor, las políticas, la planificación y la gestión.

Se observa a simple vista que muchas escuelas de salud pública están impartiendo la formación adecuada en varias disciplinas que se engloban bajo la salud pública; sin embargo, también ha quedado claro que no basta con asignar la máxima importancia solo a la epidemiología. Todavía subsisten algunas brechas en los programas de los cursos actuales, y muchas de las aptitudes esenciales para la salud pública no se enseñan debidamente. Es necesario tener en cuenta algunas cuestiones importantes como la asignación de recursos y las prioridades, que exigen sólidos principios éticos.

Pero no todos los que trabajan en salud pública necesitan esas aptitudes en la misma medida. De allí que, además de redefinir lo que constituye la nueva salud pública y las competencias esenciales requeridas, resultará útil elaborar una taxonomía de los trabajadores públicos, de tal forma que el adiestramiento que se les imparta sea lo más pertinente posible.

Hacia el logro del consenso

En 1994, el Consejo de Políticas Mundiales de la OMS decidió que "para lograr las metas establecidas en el Noveno Programa General de Trabajo, se necesita un nuevo concepto para la salud pública y debe alcanzarse un consenso mundial sobre la formación requerida en salud pública". Sin embargo, se hizo hincapié en que cualquier nuevo concepto sobre la salud pública tendrá que dimanar de una adaptación de la actual política de salud para todos".

Con esta finalidad, la OMS está organizando una reunión interregional sobre la nueva salud pública, que tendrá lugar en Ginebra del 27 al 30 de noviembre de 1995. Los objetivos de la reunión serán:

1. Llegar a una definición óptima del contenido y la estructura de la práctica de la nueva salud pública para ejecutar el Noveno Programa General de Trabajo y la estrategia renovada de salud para todos.
2. Recomendar cuál es la mejor manera de adaptar la formación y la distribución de los trabajadores de salud pública para garantizar la prestación eficiente de los servicios de la nueva salud pública.
3. Preparar una monografía sobre la reunión.

Con miras a enriquecer los debates y obtener una perspectiva lo más amplia posible sobre los problemas de la nueva salud pública, el Director General de la OMS ha decidido combinar la consulta anual con los principales gremios médicos (representantes de las asociaciones de médicos de todas las regiones) con esta reunión interregional. La ponencia principal, entre otras cosas,

resumirá las posiciones regionales sobre la salud pública. Además, se ha previsto que se presenten otras ponencias que representan los puntos de vista de asociaciones médicas y de salud pública.

Todas las regiones de la OMS han aceptado el reto que representa la definición de una visión nueva y clara de la salud pública. A título de ejemplo mencionaremos una serie de iniciativas llevadas a cabo en las Américas que han generado dos informes recientes los cuales hacen hincapié en la necesidad de desarrollar marcos explicativos más amplios para la salud pública¹. Estos informes identifican y abordan muchos aspectos fundamentales, entre ellos la necesidad de que los médicos especializados en salud pública adquieran las aptitudes necesarias para manejar los procesos políticos que influyen en la salud. La Oficina Regional de la OMS para Europa, en cooperación con sus centros colaboradores y otros asociados, ha empezado a reexaminar las necesidades en cuanto a formación e investigación en salud pública con miras a iniciar un proceso de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud y de mejoramiento de la salud pública^{2,3}.

Este nuevo examen pone de relieve la necesidad de aplicar un enfoque intersectorial a la formulación de políticas de salud, lo cual exigiría que la salud pública fuese capaz de entablar un diálogo con los actores de los otros sectores. Es necesario establecer mecanismos para lograr este diálogo. Las orientaciones y los marcos de política que han surgido y surgirán de iniciativas mundiales como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que se realizará en Beijing, así como la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social efectuada recientemente en Copenhague, deben ser evaluadas y consideradas muy atentamente en la nueva salud pública. De igual manera, el trabajo de la Comisión OMS de Salud y Medio Ambiente aportará información valiosa para el debate⁴. La Oficina Regional de la OMS para Europa aduce que si la salud pública quiere recuperar su posición influyente necesita lograr un consenso acerca de su alcance y propósito entre los planificadores, la comunidad científica, los proveedores de asistencia sanitaria y los consumidores. Esta reunión interregional empezará a forjar este consenso.

Fuente: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, HSP/HSE, OPS.

¹ Organización Panamericana de la Salud, *On the theory and Practice of Public Health: One Debate, Several Perspectives*. OPS, 1993.

² Organización Panamericana de la Salud, *La crisis de la salud pública: Reflexiones para un debate*. OPS, 1992.

³ Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa y el Centro para la Investigación en Salud Pública, Centro Colaborador de la OMS, Karlstael (Suecia) *Training and Research in Public Health*, 1994.

⁴ Organización Mundial de la Salud, *Our planet, our health*. Informe de la Comisión OMS de Salud y Medio Ambiente, OMS, Ginebra, 1992.

IX Congreso de la International Association of Health Policy

Durante los días 13 al 16 de junio de 1996 se realizará en Montreal, Canadá, el IX Congreso de la International Association of Health Policy (IAHP), evento auspiciado por la Université de Montréal. El tema principal será: "Más allá de los cuidados: las políticas de salud".

Los tópicos a destacar durante el desarrollo de la actividad serán sobre: los determinantes sociales de la salud; el mercado y el Estado; el central y el local; papel de la sociedad civil; la ayuda internacional, etc.

Para mayor información:

BUREAU DE CONSULTATION ET D'ORGANISATION DE CONGRES
Université de Montréal, C.P.6128, succursale Centreville, Montréal (Quebec).
Canada H3C 3J7

Teléfono:(514) 343-6492; FAX:(514) 343-6544

Correo-electrónico: simardca@ere.umontreal.ca

Cólera en las Américas

Desde el inicio de la epidemia de cólera por el *V. Cholerae 01* en Perú en 1991 hasta el 15 de marzo de 1995, han sido notificados un total de 1.075.372 casos y 10.098 defunciones en la Región de las Américas. El número de casos notificados se redujo en 45% entre 1993 y 1994. Más del 90% de esta reducción fue debida a la disminución de casos en Bolivia, Ecuador, Perú, Guatemala y México. En 1994 la letalidad para la Región fue de 1,09%.

Durante el mismo año, todos los países donde se ha detectado la transmisión del *Vibrio cholerae* han seguido registrando casos nuevos, a excepción de Guayana Francesa, Panamá, Paraguay, Suriname y Venezuela. Algunos países como El Salvador, Honduras, Nicaragua y algunos estados de Brasil, incrementaron la notificación de casos. Uruguay y los países del Caribe se mantienen libres de la enfermedad desde el inicio de la epidemia.

En 1994, de los casos de cólera registrados en Costa Rica (38) y en los Estados Unidos de América (34), un total de 28 y xx casos respectivamente, fueron clasificados como importados. Solamente los

Estados Unidos han notificado, en el continente americano, el aislamiento del *Vibrio cholerae 0139* en individuos que habían viajando al Asia en 1994. Un pequeña cantidad de antisuero 0139 para pruebas de aglutinación, está disponible en la OPS para los laboratorios de salud pública de referencia. El uso del antisuero está indicado en aislamientos de *Vibrio cholerae 01* de pacientes que viajaron recientemente a Bangladesh, Burma, India, Malasia, Nepal, Pakistán, China y Tailandia; pacientes con enfermedad diarreica asociada a un brote; o pacientes con cuadro grave de cólera.

Durante los tres primeros meses de 1995, se observaron brotes explosivos de cólera en Perú (Lima y el Callao), El Salvador (San Salvador) y en México siguiendo el patrón de distribución estacional de la enfermedad.

Fuente: División de Salud y Desarrollo, Programa de Análisis de la Situación de Salud, HDP/HDA, OPS y División de Prevención y Control de Enfermedades, Programa de Enfermedades Transmisibles, HCP/HCT, OPS.

Situación del cólera en las Américas
Casos notificados y defunciones por cólera por país y año, 1991-1995

País	1991		1992		1993		1994		1995 ⁽¹⁾	
	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.
América del Sur										
Argentina	-	-	553	15	2.080	34	889	15	9	-
Bolivia	206	12	22.260	383	10.134	254	2.710	46	70	-
Brasil	2.101	26	30.054	359	56.286	607	49.455	452	155	5
Chile	41	2	73	1	32	-	1	-	...	...
Colombia	11.979	207	15.129	158	230	4	996	14	54	11
Ecuador	46.320	697	31.870	208	6.833	72	1.785	16	...	...
Guayana Francesa	1	-	16	-	2	-	...	...	...	...
Guyana	-	-	556	8	66	2	-	-	...	...
Paraguay	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Perú	322.562	2.909	210.836	727	71.448	575	23.887	199	7.097	8
Suriname	-	-	12	1	-	-	-	-	...	...
Venezuela	13	2	2.842	68	409	10	-	-	-	-
México y Centroamérica										
Belice	-	-	159	4	135	3	6	1	10	-
Costa Rica	-	-	12	-	14	-	38	-	14(ii)	-
El Salvador	947	34	8.106	45	6.573	14	11.739	40	2.382	2
Guatemala	3.652	50	15.686	207	30.605	306	4.227	156	...	...
Honduras	17	-	388	17	2.290	64	4.965	100	250	9
México	2.690	34	8.162	99	10.712	193	4.059	56	3.112	53
Nicaragua	1	-	3.067	46	6.631	220	7.821	134	1.021	21
Panamá	1.178	29	2.416	49	42	4	-	-	-	-
Estados Unidos	26	-	103	1	22	-	34	-	5(ii)	-
Total	391.734	4.002	352.300	2.396	204.547	2.362	112.612	1.229	14.179	109

(1) Informes recibidos hasta el 15 de junio de 1995.

Sin datos ...

Magnitud cero - (ii) casos importados

Comité Asesor Científico del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) - 1995

La XXI reunión del Comité Asesor Científico del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) tuvo lugar del 15 al 17 de marzo en el Centro, en Puerto España (Trinidad). Participaron en la reunión 14 miembros del Comité y un número similar de observadores procedentes de universidades, organismos sanitarios nacionales, organizaciones médicas y de investigación nacionales e internacionales y la OPS, así como miembros del personal profesional del CAREC.

Además del informe del Director del Centro, el cual revisó el trabajo realizado durante el año anterior, se presentaron ponencias individuales sobre distintos temas, como la situación de salud en los países miembros del CAREC y la evolución del papel del Centro; los proyectos de capacitación en epidemiología y economía de la salud del CAREC; la respuesta ante el dengue y la estrategia para el control de la tuberculosis. Un conferenciante invitado de London Lighthouse, centro con sede en Londres para individuos que afrontan personalmente los problemas del SIDA, también hizo una presentación en la que describió la creación del centro y los servicios que presta.

En su presentación ante el Comité, el jefe de la División de Epidemiología del CAREC señaló que la epidemiología del comportamiento, el control de las enfermedades no transmisibles y el apoyo de laboratorio son las necesidades más apremiantes de los países miembros del CAREC. Informó que las prioridades del Centro incluyen: mejorar el servicio a sus países miembros, producir información para la acción, y colaborar en el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública. La mejora del servicio requerirá nuevas estrategias, y serán necesarios nuevos enfoques para identificar las necesidades de los países miembros. Las actividades de «información para la acción» se centrarán en (a) desarrollar la capacidad de los que toman decisiones en los países miembros para identificar y fijar prioridades, formular políticas de salud, identificar intervenciones eficaces en función de los costos, planificar, vigilar y evaluar los programas, y obtener y asignar los recursos; (b) mejorar las destrezas de los asesores técnicos para recoger datos válidos y mejorar la calidad de los mismos, y (c) reforzar los sistemas de información, incluyéndose la disponibilidad, accesibilidad, análisis e interpretación de los datos. El fortalecimiento de la infraestructura se centrará inicialmente en los recursos humanos, con orientación hacia los niveles de toma de decisiones, en la formación de líderes, y en los sistemas de información, con apoyo para aplicar un enfoque de economía de la

salud conducente a una mejor asignación de los recursos disponibles.

Se establecieron cinco grupos de trabajo, en los cuales se trataron los siguientes temas: prioridades de vigilancia, utilización de estadísticas vitales y de salud, pautas para la función del CAREC en la atención y el manejo clínico de VIH/SIDA y ETS, desinsectación de aeronaves y estrategia para el control de la tuberculosis. Las recomendaciones formuladas por estos grupos fueron consideradas en las sesiones plenarias, revisadas de acuerdo con las observaciones e incluidas en el informe que presentó el Comité al Consejo del CAREC. A continuación se resumen los principales elementos de las recomendaciones en esas cinco esferas:

Prioridades de vigilancia:

- Si bien el SIDA y otras enfermedades transmisibles son motivo de continua preocupación, el CAREC también deberá abordar la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, la mortalidad infantil y materna, la salud reproductiva y las lesiones.
- El CAREC deberá buscar recursos y personal con experiencia en epidemiología del comportamiento a efectos de ampliar las actividades actuales de capacitación y facilitar la recopilación y el análisis de datos sobre factores de riesgo e intervenciones conductuales.
- El CAREC deberá colaborar con los países miembros en la compilación de la información mínima necesaria para calcular la carga de la enfermedad y, mediante actividades de capacitación, ayudarles a formar personal que pueda efectuar dichos cálculos.
- El CAREC deberá recurrir a donantes para conseguir fondos destinados a financiar apoyo, personal y capacitación en economía de la salud. Además, el CAREC deberá cerciorarse de que los proyectos tengan acceso a datos que permitan efectuar análisis tanto del impacto económico como del sanitario.

Utilización de estadísticas vitales y de salud:

- El CAREC deberá ayudar a fortalecer la capacidad de los países miembros para utilizar las estadísticas vitales y de salud, procurando la continuidad mediante la participación de todos los organismos pertinentes, asociaciones profesionales y personas clave a nivel local y nacional.

- El CAREC deberá continuar evaluando y prestando ayuda en la mejora del registro de nacimientos y defunciones y, en asociación con otras instituciones nacionales y regionales, continuar promoviendo la mejora de los certificados médicos de causa de defunción.
- Durante la implementación de la CIE-10, el CAREC y los países miembros deberán aprovechar las oportunidades de capacitación y perfeccionamiento en la codificación y el procesamiento de datos de salud y para aumentar los conocimientos sobre las estadísticas de salud.
- El Consejo deberá instar a los órganos pertinentes a redoblar esfuerzos para revisar el Informe *pro forma* del Oficial Médico Principal y promover la preparación y el uso de estos informes.

Estrategia para el control de la tuberculosis:

- El CAREC deberá continuar ejerciendo su influencia a través de la Conferencia de Ministros de Salud para promover, con carácter prioritario, el desarrollo y el mantenimiento de programas de control de la tuberculosis en todos los países miembros.
- El CAREC deberá apoyar la formulación de un sistema de notificación estandarizado para la recolección y divulgación de datos sobre la tuberculosis, que debe incluir un registro de casos de la enfermedad, tasas de morbilidad y mortalidad, tasas de recaídas y resultados de los tratamientos.
- El CAREC deberá facilitar el desarrollo de servicios de diagnóstico en cada país, mediante la capacitación y el establecimiento de una red de control de calidad. Cada país debe ser capaz de realizar microscopía de frotis como prueba básica de diagnóstico en respaldo del programa de control de la tuberculosis, y deberá brindarse apoyo a los países con capacidad de cultivo para realizar las pruebas de sensibilidad a los medicamentos.
- Mediante la interacción con profesionales de la salud e instituciones de enseñanza del Caribe, el CAREC deberá insistir en la importancia del tratamiento y el control de la tuberculosis en los programas de estudios.
- El CAREC deberá recomendar la estandarización de los regímenes de tratamiento y manejo de los casos de tuberculosis en los países miembros. La supervisión de los regímenes que contienen rifampicina es crucial para evitar el desarrollo de cepas resistentes.

- Habida cuenta de la aparición potencial de cepas polifarmacorresistentes de *Mycobacterium tuberculosis* y la cuestión de la coinfección con el VIH en el Caribe, el CAREC deberá reexaminar la necesidad de actuar en materia de control nosocomial de infecciones.

Función del CAREC en la atención y el manejo clínico de VIH/SIDA y ETS:

- El control de VIH/SIDA y ETS deberá seguir siendo un programa prioritario en el CAREC, y deberá procurarse el financiamiento adecuado. El CAREC no deberá incursionar en las esferas de manejo y atención de las personas con SIDA, sino centrarse en las áreas donde tiene más experiencia: vigilancia, apoyo de laboratorio, diseño y evaluación de intervenciones conductuales, manejo de casos de ETS y evaluación de las actividades de control.

En cuanto a la desinsectación de aeronaves:

- El CAREC deberá revisar la pertinencia, justificación y prácticas de la lucha antivectorial internacional mediante la desinsectación de vehículos de transporte, y asistir en la difusión de información sobre la eficacia de los distintos procedimientos, a fin de ayudar a los países miembros a seleccionar las medidas de control apropiadas.
- El CAREC deberá estudiar las opciones de identificación bioquímica o genética del origen de los vectores importados en respaldo de medidas de control eficaces y emplear los resultados de estas actividades para proporcionar asesoramiento y recomendaciones en lo referente a las prácticas de control.
- Si se mantienen las prácticas de desinsectación de aeronaves y pueden obtenerse recursos externos adecuados, el CAREC deberá coadyuvar a verificar la capacitación adecuada y suficiente del personal de las aerolíneas y la evaluación periódica de las prácticas.

El Consejo del CAREC se reunió los días 20 y 21 de marzo, inmediatamente después de la reunión del Comité. Durante sus deliberaciones consideró las recomendaciones de este: todas fueron aceptadas, con modificaciones relativamente menores.

Fuente: División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Análisis de la Situación de Salud, HDP/HDA y División de Prevención y Control de Enfermedades, Centro de Epidemiología del Caribe, HPC/CAREC, OPS.

Vigilancia del Sida en las Américas

Número notificado de casos de SIDA por año, y número acumulado de casos y defunciones, por país y subregión, al 10 de junio de 1995

SUBREGION País	Número de casos							Total(b) acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995 a)			
TOTAL REGIONAL	179,975	63,853	76,389	95,305	90,307	33,213	1,186	580,129	304,493	
AMERICA LATINA	29,854	16,452	19,601	22,884	25,489	18,210	1,105	119,777	56,622	
AREA ANDINA	2,577	1,591	1,778	2,047	1,866	1,834	72	11,816	6,041	
Bolivia	18	9	18	18	20	14	...	97	74	31/Dic/94
Colombia	1,160	771	857	921	725	1,143	...	5,577	2,503	28/Feb/95
Ecuador	95	44	55	66	85	117	24	491	351	31/Mar/95
Perú	222	168	173	250	240	77	...	1,176	420	31/Dic/94
Venezuela	1,082	599	675	792	796	483	48	4,475	2,693	31/Mar/95
CONO SUR	975	697	987	1,335	1,669	2,025	162	7,874	2,865	
Argentina	654	481	704	1,038	1,358	1,820	132	6,187	1,882	31/Mar/95
Chile	226	134	192	190	178	73	...	1,016	623	30/Jun/94
Paraguay	12	6	5	17	30	13	...	84	53	31/Dic/94
Uruguay	83	76	86	90	103	119	30	587	307	31/Mar/95
BRASIL	13,627	7,331	9,888	11,612	12,491	7,665 *	<---	62,314	23,341	25/Feb/95
ISTMO CENTROAMERICANO	1,162	909	935	1,219	1,603	1,650	233	7,798	2,459	
Belice	25	11	10	13	24	8	...	100	82	30/Jun/94
Costa Rica	155	84	92	126	124	148	27	760	423	31/Mar/95
El Salvador	129	54	132	114	176	387	104	1,096	211	31/Mar/95
Guatemala	84	92	96	94	118	110	...	594	220	31/Dic/94
Honduras	563	592	505	745	965	785	71	4,283	947	31/Mar/95
Nicaragua	4	7	13	6	17	37	...	101	67	31/Dic/94
Panamá	202	69	87	121	179	175	31	864	509	31/Mar/95
MEXICO	3,317	2,588	3,167	3,220	5,095	4,049	619	22,055	12,716	31/Mar/95
CARIBE LATINO	8,296	3,336	3,046	3,451	2,765	987	19	7,920	9,200	
Cuba	44	29	37	68	80	87	19	364	231	31/Mar/95
Haití	2,453	1,216	492	806	...	...	...	4,967	297	31/Dic/92
Puerto Rico	4,611	1,834	2,238	2,250	2,374	673	...	13,980 **	8,183	30/Sep/94
República Dominicana	1,188	257	279	327	311	227	...	2,589	489	31/Dic/94
CARIBE	2,052	784	990	1,089	1,198	1,244	8	7,365	4,557	
Anguila	3	1	1	0	0	0	0	5	3	31/Mar/95
Antigua y Barbuda	5	3	6	13	7	6	...	40	9	31/Dic/94
Antillas Neerlandesas	47	30	23	10	47	...	...	157	79	30/Jun/93
Aruba	2	4	1	0	2	2	...	11	10	30/Jun/94
Bahamas	440	168	230	254	297	322	...	1,711	958	31/Dic/94
Barbados	111	61	80	78	88	119	...	537	421	31/Dic/94
Dominica	10	2	0	0	14	5	...	31	11	30/Jun/94
Grenada	19	5	7	4	21	7	...	63	46	31/Dic/94
Guadalupe	185	53	67	48	17	...	...	370	226	31/Mar/93
Guayana Francesa	170	59	46	67	17	...	...	359	226	31/Mar/93
Guyana	84	61	85	160	107	105	...	602	144	31/Dic/94
Islas Caimán	5	2	4	4	0	3	...	18	15	31/Dic/94
Islas Turcas y Caicos	18	1	2	4	14	...	...	39	30	30/Sep/93
Islas Vírgenes (RU)	1	2	1	1	2	1	0	8	3	31/Mar/95
Jamaica	139	62	133	99	237	359	...	1,029	606	31/Dic/94
Martinica	124	44	30	42	26	...	...	266	184	30/Sep/93
Montserrat	3	1	2	0	1	0	0	7	0	31/Mar/95
Saint Kitts y Nevis	24	8	1	4	3	5	1	46	28	31/Mar/95
San Vicente y las Granadinas	21	6	14	5	8	8	4	66	65	31/Mar/95
Santa Lucía	23	4	6	8	12	13	3	69	60	31/Mar/95
Suriname	57	33	16	28	35	20	...	189	172	31/Dic/94
Trinidad y Tabago	561	174	235	260	243	269	...	1,742	1,261	31/Dic/94
AMERICA DEL NORTE	148,069	46,617	55,798	71,332	63,620	13,759	73	452,987	243,314	
Bermuda	135	33	23	17	15	44	...	267	194	31/Dic/94
Canadá	4,500	1,305	1,360	1,504	1,417	1,033	73	11,192	7,880	31/Mar/95
Estados Unidos de América	143,434	45,279	54,415	69,811	62,188	12,682	...	441,528 **	235,240	31/Dic/94

* Incluye los casos diagnosticados en 1994 y 1995, al 25 de febrero de 1995.

** El número total acumulado de casos en Estados Unidos de América incluye los casos de Puerto Rico; el número total de casos notificados por Puerto Rico al 30/Sep/94 no se ha incluido en el total acumulado de Caribe Latino.

a) La información de 1995 está incompleta debido al retraso de la notificación.

b) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.

Brote de Fiebre Hemorrágica por virus Ebola - Zaire, 1995

El 6 de mayo de 1995 fue notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por las autoridades de salud de Zaire, un brote de fiebre hemorrágica viral en el área de Kikwit, región de Bandundi, Zaire, confirmándose que fue producido por el virus Ebola.

La Fiebre Hemorrágica por Ebola virus fue identificada por primera vez en una provincia en el oeste ecuatorial de Sudán y en Zaire en 1976; un segundo brote ocurrió en esa misma área en Sudán en 1979. Su reservorio es desconocido.

Hasta el 28 de junio de 1995, habían sido notificados un total de 297 casos, incluyendo 233 defunciones (78%). La fase aguda de este brote parece haber finalizado.

El período de incubación de esta enfermedad es de 2 hasta 21 días y la misma se caracteriza por fiebre, dolor muscular, cefalea, sudoración profusa, seguida por vómitos, diarrea, erupción cutánea (rash), leve involucramiento renal y hepático y sangrado. Alrededor del 50 a 90% de los casos clínicamente enfermos, fallecen. El diagnóstico se realiza mediante el aislamiento del virus. No existe vacuna y no hay tratamiento específico. Un grupo internacional de expertos organizados por OMS, han estado colaborando activamente con el gobierno de Zaire para el control del brote y han preparado un plan de acción con las siguientes prioridades:

- asegurar la contención de la epidemia;
- mejorar el conocimiento de la epidemiología del virus de Ebola y sus manifestaciones clínicas;
- asegurar administrativa, técnica y científicamente, la coordinación del Comité Internacional en Kikwit y,
- fortalecer la respuesta nacional frente a enfermedades potencialmente epidémicas.

Fuente: División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Análisis de la Situación de Salud, HDP/HDA, 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