

GRUPO DE TRABAJO SOBRE
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES
TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (VETA).
INFORME FINAL

Santo Domingo, 28 agosto - 1 setiembre 1989

INTRODUCCION

En la Ciudad de Santo Domingo, Republica Dominicana, se reunió un grupo de trabajo* constituido por epidemiólogos, administradores de salud, y especialistas en protección de alimentos.

Esta reunión tuvo como propósito revisar la situación de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) en America Latina, recomendar un Manual Guia de VETA y discutir la búsqueda de estrategias para el desarrollo de éstos sistemas en los países de la Región.

*El grupo de trabajo estuvo integrado por las siguientes personas: Dra. Silvia Gonzalez Ayala, Médico Infectólogo, Argentina; Dr. Natal Jatai de Camargo, Médico Veterinario, Brasil; Dr. Arturo Romero, Médico Epidemiólogo, Colombia; Dr. Manuel Grillo Rodriguez, Médico Higienista, Cuba; Dr. Guillermo Gonzalvez, Medico Epidemiólogo, Republica Dominicana. OPS/OMS: Dr. Pedro Luis Castellanos, Consultor en Epidemiologia, República Dominicana y Dr. Fernando Quevedo, Asesor Regional en Protección de Alimentos. (Cargos y direcciones se presentan en anexo).

Las discusiones giraron en torno de los siguientes temas básicos:

1. Naturaleza y magnitud del problema de las ETA en América Latina.
2. Situación de los sistemas de VETA en América Latina.
3. Discusión de la GUIA VETA propuesta.
4. Plan de Trabajo
5. Red de VETA Panamericana.

NATURALEZA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA ETA EN AMERICA LATINA

La población de América Latina y el Caribe para 1989 asciende a 400 millones de habitantes, que, con grados diferentes de riesgo, padecen problemas provocados por los alimentos contaminados. Se estima también, que las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), son de importancia cada vez más creciente en Salud Pública, aunque desconocemos su real magnitud y las consecuencias socioeconómicas y sanitarias sobre la población.

Una cantidad considerable de los casos de diarrea aguda que afectan a los niños son originados por alimentos contaminados, mientras que la alta prevalencia de desnutrición en muchos de nuestros países, deteriora la situación nutricional, por defectos en la digestión, absorción y utilización de los alimentos consumidos, que favorecen el ciclo infección-desnutrición. Estudios patrocinados por la OPS en varios países de América Latina, estiman que los niños pre-escolares que habitan en áreas marginales de las grandes ciudades y en zonas rurales, sufren un promedio que oscila entre 4 y 7 episodios de diarrea por niño y por año.

Los factores que favorecen tal situación son de índole cultural, social, política y económica. Entre ellos están:

- Gran cantidad de alimentos, no controlados por los servicios de salud.
- Cambios en la estructura de producción, almacenamiento, transporte, distribución y comercio de los alimentos.
- Deterioro de la situación económica de los países, lo que ha traído una progresiva proletarización de la población, con la consecuente caída en los estándares de poder adquisitivo de alimentos de calidad así como también de los de higiene personal y colectiva.
- Disponibilidad de nuevos medios técnicos para preparación, conservación y almacenamiento de alimentos en el hogar y las instituciones. El cambio en la producción tradicional de alimentos

ha intensificado el mercadeo minoritario y de vendedores ambulantes, factores que pueden agravar el problema.

- Cambios en la vida familiar urbana por las nuevas modalidades de trabajo y de descanso.

- Factores culturales (especialmente folk) que se manifiestan por el tipo de alimentos utilizados, modalidades de preparación y conservación, hábitos higiénicos personales y colectivos y que tienen repercusión en la contaminación de los alimentos.

Para tener un reconocimiento inicial del problema, concentrado solo en algunos países de América Latina, el grupo de trabajo analizó la situación, con base en la escasa información disponible:

A. Contaminación microbiana de los alimentos.

La gran cantidad de microorganismos que se multiplican en los alimentos por el uso de agua no potable, inadecuada disposición de excretas y residuos sólidos, alta temperatura ambiente, etc aumentan los riesgos de infección y pueden agravar el problema de la ETA. La tarea de estimar, con alguna precisión, la magnitud de las enfermedades causadas exclusivamente por infección en América Latina, es en los actuales momentos muy difícil, debido, principalmente, a los deficientes sistemas de VETA existentes.

En el cuadro anexo, se presenta una lista de registros de brotes de ETA en algunos países de América Latina, acaecidos en los años más recientes. Obviamente, los países que más brotes por ETA notificaron son aquellos que disponen de mejores sistemas de vigilancia. Al observar la tabla aludida, Cuba se destaca como el país con más brotes de ETA notificados y estudiados (2870 en el periodo 1977-88). Le siguen en orden de importancia Brasil (342 durante el periodo 1978-88) y Argentina (47 en 1988 y 35 en 1989 sólo en la Provincia de Buenos Aires). Los agentes etiológicos más frecuentemente incriminados fueron Staphylococcus aureus (22.6% en Cuba, 33.2 % en Brasil, 17% en Colombia y 88.9% en Venezuela). Le siguen en orden de frecuencia Clostridium perfringens (17.1% en Brasil, 5.0 % en Cuba, 16% en Colombia), Escherichia coli toxigénica (8.8% en Brasil, 8.5% en Colombia y 2.6% en Cuba) y la Salmonellosis aislandose principalmente en Argentina S.enteritidis y S.typhimurium.

Los alimentos más frecuentemente incriminados han sido pollo, carne y sus derivados, los pescados y los mariscos en Cuba; los vegetales, las masas, postres vegetales y los emparedados en Argentina; la carne bovina, la mayonesa y el queso en Brasil y los quesos y vegetales en Venezuela. Es interesante anotar que el número de personas afectadas por estos brotes obviamente cambia con la intensidad de la investigación: oscila entre 218373 personas

en Cuba con un promedio por brote de 76.1 personas, a 80 en Republica Dominicana. Los grupos institucionales mas afectados fueron en Venezuela, los comedores con un 58.3% y 33.3% entre escolares. Por el contrario en Brasil 42% de los brotes fueron en los domicilios, 25% en los comedores, 15% en los restaurantes y 17.2% no se pudo detectar el lugar. Otras características epidemiologico-clinicas muestran escasa mortalidad, solo 7.6% de los casos registrados en Brasil necesitaron hospitalización y algunos de estos brotes estan ligados a la industria del turismo. La mortalidad es practicamente insignificante (un muerto en Brasil).

Como se sabe las ETAs pueden tener una distribución estacional, incrementándose en la estación lluviosa, para luego acusar un descenso en la estación seca. En cuanto a su distribución por patologías, en 1988 por ejemplo Argentina notificó 288.928 diarreas infecciosas, 544 casos de Fiebre Tifoidea y paratifoidea, hidatidosis 481, hepatitis 20,242, "intoxicaciones por alimentos" 2058 y triquinosis 223. En Colombia el estudio de morbilidad, realizado a finales del 70 estimo que los niños menores de 5 años, que constituían aproximadamente el 20% de la muestra estudiada, tenían un promedio de 4 episodios de diarrea por año. La mortalidad por diarreas, que en 1973 era la primera causa de muerte, en 1981 cayó al séptimo lugar, con 5.3% de las muertes. La Republica Dominicana en 1987 reportó 126.060 casos de gastroenteritis, 2825 de disenterias, 2911 (1988) de hepatitis infecciosa y 1867 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea. En Venezuela, en el quinquenio 81-85 se notificó un promedio de medio millón de enfermedades entericas, en que pudieron estar involucrado los alimentos. Su distribución compromete todo el país, si bien la frecuencia fue mayor en algunos estados (Cojedes y Jaracuy).

Si bien, por ahora, es imposible considerar con certeza cuantas de estas denuncias son atribuibles a enfermedades agudas y crónicas transmitidas por alimentos, la morbilidad y la mortalidad por estas enfermedades constituye una pesada carga para los países y para su población. Venezuela, por ejemplo, estima que las "intoxicaciones alimentarias" representan el 1% (18.000 en 1987) del total de enfermedades de denuncia obligatoria y el 2% del total. Los grupos de edades mas afectados generalmente son los menores de 1 año y los preescolares, si bien los cambios en los hábitos alimenticios, especialmente en la población de las áreas urbanas, hacen que las personas adultas con recursos económicos limitados, constituyan un grupo importante de riesgo.

B. Contaminantes químicos y tóxicos en los alimentos.

Los plaguicidas, fungicidas y herbicidas continúan incorporándose intencional o inadvertidamente en los alimentos consumidos por la población de América Latina. Este peligro tiene

lugar especialmente durante las etapas de producción y elaboración, almacenamiento, distribución y consumo. Argentina tiene buena experiencia con la investigación de intoxicaciones por plaguicidas, bromato de K y bicarbamatos. Algunos Centros de toxicología de América Latina ejercen algunas acciones de control y estudio sobre aditivos alimenticios, tejidos comestibles de animales y plantas y en general de contaminación química y por toxinas de alimentos. Se procura comenzar tratando de vigilar el cumplimiento de los límites recomendados para los residuos de plaguicidas y herbicidas recomendados en el Codex alimentario.

En relación a las consecuencias sobre la salud derivadas de la ingestión de toxinas, se presentaron y discutieron las recientes epidemias de Guatemala con el brote de Intoxicación Paralizante por Moluscos en el puerto de Champerico, tres brotes de botulismo en las provincias de Buenos Aires y Mendoza, Argentina, y el reciente brote de Botulismo en el Perú. La República Dominicana está ganando experiencia mediante la organización de un sistema VETA para ciguatera; dentro de su sistema regular de investigación de brotes, Cuba presentó experiencias de investigación sobre ciguatera con algunas especies de pescado que tienen su habitat cerca a arrecifes y corales.0

SITUACION DE VETA EN AMERICA LATINA

La Atención Primaria de la Salud (APS) considera que un programa integrado de protección de alimentos es un elemento esencial de la estrategia de APS, pues contribuye de manera significativa a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud. Un programa integrado de protección de alimentos incluye entre otros, servicios de inspección de alimentos, servicios analíticos, establecimiento de políticas y procedimientos, actualización de leyes y reglamentos, adiestramiento y capacitación, participación genuina de la población y el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica (VETA).

Sin embargo hemos dicho que los sistemas VETA en América Latina son aun bastante deficientes. A pesar de los esfuerzos el conjunto de actividades indispensables para conocer las principales características epidemiológicas de ETA y detectar y prever sus posibles cambios, dista mucho de ser real. Los requisitos mínimos exigidos para el funcionamiento de estos sistemas (registros adecuados, existencia de una estructura técnico-administrativa funcional de acuerdo a niveles y de una red de laboratorios a nivel central, regional y local, personal institucional y no institucional familiarizado con las actividades de VETA, conocimiento y decisión de las autoridades de salud de que VETA es una actividad básica), deben cumplirse antes de comenzar un programa VETA exitoso. Muchos de la llamada vigilancia de alimentos son solo sistemas pasivos de notificación

de "intoxicaciones alimentarias, que tienen escasa repercusión sobre el control del problema. Pocas de estas notificaciones son investigadas y aun en la eventualidad de que lo sean, ocasionalmente avanzan hasta comprobar las hipótesis formuladas y tomar las acciones producto de las medidas de control recomendadas por ellas.

En Argentina como en otros países de América Latina, algunas de las enfermedades involucradas con ETA, están incluidas en la notificación obligatoria de enfermedades transmisibles (Colera, gastroenteritis, botulismo, fiebre tifoidea y paratifoidea, hidatidosis, triquinosis, brucelosis, disentería, "intoxicaciones alimentarias", hepatitis infecciosa e intoxicación por plaguicidas). Esta lista con pequeñas modificaciones, se repite en otros países como Brasil, Colombia, Cuba, Venezuela y México.

Pero el sistema VETA, entendido como un término genérico que se aplica a la investigación sistemática de ciertas afecciones que se adquieren por el consumo de alimentos o de aguas contaminadas y que afecta a una o varias personas de la comunidad, se realiza en pocos países de la Sub-región y generalmente esta concentrada a algunas áreas geográficas. En la mayoría de los países son las unidades, departamentos o divisiones de epidemiología los encargados de la organización del sistema de vigilancia y obviamente de intervenir ante la denuncia o presencia de un brote de ETA. En Cuba y Venezuela dentro de estas organizaciones centrales de Epidemiología, existen unidades de Higiene de los alimentos que son las encargadas de normar y dirigir de manera integrada, todas las acciones propias de VETA. Esta vigilancia está reglamentada y normada por leyes de cobertura nacional. Esta estructura se repite en cada una de las Provincias o Estados de Cuba y Venezuela respectivamente, si bien a nivel operativo fundamentalmente se genera y recolecta el dato, se tabula, se analiza e interpreta la información, se realiza vigilancia activa y pasiva de VETA, se investigan los brotes, se notifica a los niveles superiores, se toman las medidas inmediatas de prevención y control y se divulga la información.

En Brasil, dentro del programa de Higiene y Control de los Alimentos se ha desarrollado VETA, principalmente en los Estados de Rio Grande do Sul, Parana y Santa Catalina. Este trabajo tiene escasa participación de los niveles centrales y se viene realizando desde 1985.

En República Dominicana desde 1988 existe un programa de investigación de la ciguatera con sede en INDOTEC, y apoyado por la Secretaría de Salud y la OPS, el cual intenta: a) -Establecer una red de vigilancia para lo cual se ha normado el sistema de registro, se ha preparado información al público y se han normado actividades; b) -incluir un componente antropológico de investigación para conocer actitudes y prácticas de la comunidad

y c)- desarrollo de pruebas biológicas de laboratorio para las determinaciones de la toxina en los pescados.

Un sistema VETA incluye además de las entidades nosológicas señaladas antes, la shigellosis, la hepatitis viral, la amibiasis, las helmintiasis, las producidas por Yersinia enterocolitica, Vibrio parahaemolyticus, Campylobacter jejuni, los rotavirus y otros agentes etiológicos. Para llevar a cabo una eficaz y eficiente VETA es importante la existencia de una red de laboratorios, pero un buen trabajo de laboratorio requiere muestras bien recolectadas y calidad y veracidad de los diferentes análisis realizados. Algunos países de la sub-región han venido organizando, con diferente intensidad, redes de laboratorio de alimentos. En Argentina, Brasil, Colombia y Cuba existe una estructura que va desde los laboratorios de referencia del nivel central hasta los niveles intermedios y los laboratorios locales.

Una novedad fue la creación en Argentina en 1988, de la red de vigilancia, prevención y control de la ETA. La misma fue constituida voluntariamente por instituciones nacionales y municipales, privadas y públicas que prestan servicio en los sectores de salud, agricultura, ganadería, industria alimentaria y saneamiento ambiental.

La capacitación específica y el perfeccionamiento de personal del equipo de salud se debe efectuar con el propósito de permitir que todo el personal de los servicios realice, con diversos grados de complejidad, las actividades propias de VETA. Obviamente esta actividad depende de la estructura y características de cada país. En Argentina, por ejemplo, la capacitación la realiza el Instituto Nacional de Epidemiología de Mar del Plata, el laboratorio Central de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y las Universidades. En Brasil la capacitación se lleva a cabo, por ejemplo, por el servicio de alimentos de los tres estados mencionados atrás. Los cursos están dirigidos a veterinarios, epidemiólogos y personal de laboratorio y tienen una duración de 40 horas. Su contenido incluye el sistema VETA y la metodología de investigación de brotes. En Cuba para la capacitación del personal se realizan talleres teórico-prácticos, de carácter modular y con una duración de 80 horas. En Venezuela el mayor esfuerzo se ha concentrado en el diseño de módulos de auto-enseñanza sobre "Principios de epidemiología para la prevención de los ETAs", como un esfuerzo para disponer de instrumentos de trabajo que tengan un rápido efecto multiplicador.

Como resultado de los esfuerzos dirigidos a desarrollar los sistemas VETA en América Latina, se comienza a notar un incremento de las investigaciones en este campo. En Argentina, el campo seleccionado ha sido el botulismo, lo que ha permitido conocer por ejemplo el tipo de toxina más frecuente, el cuadro clínico y las principales características epidemiológicas de la enfermedad, los

factores culturales y antropologicos envueltos en la preparaci3n de las conservas caseras y los principales componentes culturales que pueden prevenir la enfermedad. En Venezuela el area de trabajo ha sido principalmente la investigacion operativa sobre analisis de riesgo y puntos criticos del control en la preparacion de biberones en dos comunidades urbanas. En Cuba la revisi3n de los brotes epidemicos de ETA, durante el periodo 1984-88 ha permitido conocer las principales caracteristicas epidemiologicas del problema en Cuba y replantear algunas acciones de control.

En resumen podemos afirmar que los sistemas VETA en America Latina, con contadas excepciones, existen en forma muy precaria y con muy escasa repercusi3n sobre el problema.

DISCUSION DE LA GUIA VETA PROPUESTA

El manual destinado a guiar el personal de los servicios de salud, en el dise1o del sistema VETA, fue analizado en detalle por el grupo de trabajo y despues de algunas correcciones sera publicado y difundido por la OPS. Ver el borrador respectivo numero 2 , disponible en la Oficina Central de la OPS.

PLAN DE TRABAJO

1. Sobre la base de las valiosas experiencias ganadas en los paises y discutidas en la reuni3n, el grupo acord3 constituir un foro permanente de intercambio de ideas sobre VETA y de nuevas formas de abordar su desarrollo en los diferentes paises.
2. Al mismo tiempo fue se1alado el importante rol que viene desempe1ando la OPS en la promoci3n de estos programas en America Latina. Con su apoyo se convino crear la red regional que contribuya a difundir e intercambiar experiencias, potencializando los logros alcanzados en cada uno de los paises de la red.
3. Se enfatizo que para la consolidaci3n del grupo, se reconoce como primera prioridad el desarrollo y/o implantaci3n o ampliacion del VETA en los diferentes paises de America Latina. En una primera etapa se sugiri3 seleccionar algunas areas de los paises con base a criterios comunes (situados en area urbana, existencia de estructura basica, decisi3n politica de las autoridades nacionales, disponibilidad de recursos humanos minimos, conocimiento aunque sea parcial de la situaci3n epidemiologica, existencia de algun liderazgo en este campo). Con base en los criterios anteriores se seleccionaron en Mexico, Ciudad Juarez, Monterrey y Merida. Favorece esta decisi3n la existencia de una ayuda para este programa especifico por parte de la OPS. Ciudad de Guatemala en R. de Guatemala , Medellin y/o Cali en Colombia, la Ciudad de Moca en la Republica Dominicana, y La Plata y Mar del Plata en la

Argentina.

4. Apoyo de la OPS a VETA.

A nivel mas operativo se sugirio intentar trabajar inicialmente con los posibles recursos de la Representaciones de la OPS en los paises.

La Oficina Central, a traves de su Programa Regional de Proteccion de Alimentos, apoyará las actividades siguientes:

- Reunion anual de evaluacion en 1990. Se sugirió Mar del Plata en noviembre de 1990. La responsabilidad de su organizacion estaria a cargo de la especialista de la Argentina, presente en esta reunión.

- Recoleccion de la informacion sobre ETA y brotes epidemicos generados y provenientes de America Latina, hasta el primer trimestre de 1990.

- Apoyo para la publicacion de un boletin anual de VETA. El primer numero estará a cargo de la delegacion de Cuba.

- Impresion y difusion del Informe Final de la reunion de Santo Domingo.

5. Programas de Capacitacion en America Latina.

- Del 22 al 26 de enero de 1990 se realizará en la Habana, Cuba un curso regional sobre enfermedades transmitidas por alimentos. El Curso seria en la sede del Instituto de los Alimentos y Nutricion del Ministerio de Salud Publica. Calle Infanta No 11-58, Centro Habana, Ciudad de la Habana.

- Talleres de Capacitacion en servicio podrian organizarse en Venezuela. En 1989 estan programados dos talleres sobre Principios de Epidemiologia en ETA y 5 talleres en 1990.

RED LATINOAMERICANA DE VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE LAS ETA (RELAVETA).

1. La creacion de RELAVETA, en sus capitulos nacional y latinoamericano, es una estrategia destinada a fomentar la acción nacional e internacional, de manera de fortalecer o comenzar el programa integrado de prevencion y control de alimentos. Su proposito es reducir drasticamente la morbilidad y la mortalidad producidas por ETA en la poblacion de America Latina.

Su orientacion general es que un grupo nacional interesado en el problema, establezca un capitulo nacional. Un rasgo comun de

la red nacional es la vinculacion o incorporacion voluntaria de las instituciones. Estos capitulos nacionales de la RELAVETA dan origen al capitulo Latinoamericano.

2. Proposito.

Propender al desarrollo y perfeccionamiento progresivo de una eficaz y eficiente prevencion, vigilancia y control de las ETA en todos los paises de la Sub-region, mediante la realizaci3n de programas adecuados de inocuidad de los alimentos.

3. Objetivos especificos.

Capitulo nacional:

- Fomento al desarrollo y progresivo perfeccionamiento de los sistemas VETA en el pais, como una forma de mantener actualizado el conocimiento sobre la situacion de las ETA y los grupos humanos en mayor riesgo.
- Identificaci3n e intercambio de problemas relacionados con ETA y VETA con el fin de establecer los lineamientos basicos para determinar las necesidades basicas en este campo y delinear las politicas principales sobre inocuidad de los alimentos.
- Impulso a los programas integrados de alimentos, mediante un enfoque coordinado que exige la contribucion de varias disciplinas y la participaci3n efectiva de las Instituciones participantes.
- Creacion de verdaderos centros de Referencia basados en los Laboratorios e Instituciones existentes que se destaquen por la calidad de su trabajo y por su espiritu de servicio. Esta red de referencia incluye areas como legislacion, microbiologia y laboratorio, vigilancia epidemiologica, toxicologia y otras pertinentes.
- Fomento a la capacitacion de recursos humanos y desarrollo de propuestas concretas de formacion en proteccion de alimentos, que sea coherente con las caracteristicas del programa nacional y sus experiencias operativas.
- Estimulo al desarrollo de politicas y lineas de investigacion sobre alimentos para definir problemas prioritarios.
- Promoci3n de los encuentros y de los intercambios entre los trabajadores del programa, de acuerdo a los diferentes niveles de complejidad de las disciplinas involucradas.
- Recoleccion y difusi3n rapida de informaci3n epidemiologica, clinica, microbiologica y toxicologica sobre ETA.

- Fomento de la educación a la población e información sobre inocuidad de los alimentos, que incluya programas educativos destinados a las comunidades, familias y niños en edad escolar.
- Estimulo a la capacitacion y elaboracion de material educativo para manipuladores de alimentos en hoteles, restaurantes y otros establecimientos similares.

Capitulo Latinoamericano:

Algunos de los objetivos planteados a nivel nacional se repiten a este nivel, pero con un caracter sub-regional. Se individualizan los siguientes:

- Creacion del sistema VETA a nivel latinoamericano con la divulgacion de la informacion pertinente y mediante un boletin periodico de RELAVETA. Este boletin se abastecerá de los sistemas VETA en los paises.
 - Recoleccion de los datos generados por los paises, analisis y difusion por lo menos con una periodicidad anual de la informacion interpretada.
 - Establecimiento de una coordinacion entre las instituciones o capitulos nacionales participantes, de tal manera que se establezca un intercambio agil y fluido entre los diversos participantes.
 - Fomentar la formulacion de criterios uniformes de evaluacion de VETA dirigidos a ayudar a definir politicas, determinar las necesidades prioritarias de los programas, estimar los beneficios en relacion con los costos y definir el valor economico y social de estos programas.
 - Propiciar el desarrollo de encuentros internacionales destinados a intercambiar experiencias, conocer adelantos en estas areas y promover una mayor participacion de sectores como agricultura, ganaderia y turismo en los desarrollos de VETA.
 - Fomento de las investigaciones conjuntas para problemas comunes de la Sub-region.
4. Funciones y responsabilidades de RELAVETA.
- Implantar y mantener un sistema de intercambio de informacion entre los capitulos nacionales.
 - Promover acuerdos bilaterales o multilaterales entre las Instituciones o Capitulos participantes para hacer efectiva la ejecucion de programas y proyectos de interes comun.

- Identificar, coordinar y desarrollar actividades conducentes a la armonización de metodologías.
- Formular planes de elaboración e intercambio de materiales de referencia.
- Promover y desarrollar cursos, seminarios y talleres sobre temas de interés común y trascendencia regional.
- Estimular o llevar a cabo trabajos de investigación colaborativos sobre todo de tipo aplicativo sobre áreas de interés.
- Generar ideas innovadoras que den solución a problemas comunes relacionados con ETA.
- Impulsar las actividades de supervisión y evaluación de los programas especialmente en cuanto al cumplimiento de sus objetivos, estimación de su progreso, determinación de su eficacia, apreciación de su eficiencia y estimación de su impacto.

5. Estructura y organización de RELAVETA.

5.1 Instituciones Participantes.

La red en su capítulo nacional estará constituida, voluntariamente, por instituciones de carácter nacional, provincial, estadual, departamental y municipal, ya sean públicas o privadas, pero que estén involucradas directa o indirectamente en el problema de alimentos. Estas instituciones pueden provenir, por ejemplo, del sector salud, de agricultura y ganadería, de la industria alimentaria o de saneamiento ambiental. La incorporación voluntaria y la aceptación en actividades específicas, compromete a las Instituciones en el cumplimiento de las actividades programadas y en el cronograma específico. Su continuidad en la red, depende del grado de cumplimiento operativo y técnico y de la aceptación de las recomendaciones colectivas que vayan surgiendo en cada capítulo.

5.2 Funciones del Coordinador general de la red.

- Identificar y promover la comunicación entre los distintos capítulos de la red.
- Publicar y distribuir un directorio de las instituciones participantes en los diferentes capítulos para facilitar su actualización permanente.
- Articular el trabajo de los diferentes coordinadores de los capítulos nacionales.

5.3 Acciones inmediatas para la estructuración del sistema.

- El grupo de Trabajo se constituye como el foro inicial para el funcionamiento futuro de la red. Su función principal es la creación de los capítulos nacionales de la red.
- La Doctora Silvia Gonzalez Ayala de Argentina, actuará como Coordinador General de RELAVETA.
- El Dr. Manuel Grillo de Cuba, será el editor responsable de la publicación del primer boletín VETA.
- El Dr. Fernando Quevedo de la Oficina Central de la OPS en Washington, será el secretario técnico de RELAVETA.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El grupo de Trabajo reconoció que la Guía de VETA presentada, constituye un elemento útil para la instrumentación de los sistemas VETA en América Latina. No obstante en su parte operativa, dicho manual debe sufrir modificaciones para que pueda adaptarse a las necesidades reales de cada país. Con el fin de facilitar su aplicación, se hicieron las siguientes recomendaciones:

1. El Sistema VETA debe ser parte integrante de la vigilancia obligatoria de las enfermedades y debe ser un elemento importante de la estrategia de atención primaria.
2. Es preciso perfeccionar y desarrollar los sistemas VETA, tanto a nivel local como a nivel regional, nacional e internacional.

Estos sistemas deben incluir actividades de generación activa de datos, recolección de la información, tabulación, análisis e interpretación sistemática de los datos de ETA y sobre los factores que contribuyen a su presencia. La OPS/OMS y RELAVETA podrían colaborar proporcionando cooperación técnica y orientación para su desarrollo.

3. La capacitación del personal debe incluir todo el equipo de salud y tender a desarrollar aptitudes que permitan desempeñar funciones importantes en la vigilancia, tales como metodología de la investigación de brotes e identificación de riesgos y puntos críticos de control, en un problema de alimentos.
4. Se deben establecer mecanismos inter-sectoriales de cooperación como el propuesto por RELAVETA, con el fin de garantizar el aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles y el éxito del sistema.

5. En vista del dinamismo que puede adquirir en el futuro, el sistema VETA en América Latina, la OPS debería promover a través de la Red, las evaluaciones periódicas del sistema y en forma crítica, sugerir los cambios y las reorientaciones de éstos sistemas en los países.

6. Una vez que se disponga de manuales de auto-enseñanza y otras metodologías educativas sobre VETA, se deben promover su uso en gran escala para colaborar en la rápida y efectiva puesta en función de los sistemas VETA en América Latina.

7. La importancia de las actividades educativas en los aspectos generales del programa y particulares de VETA, deben ir no solo al consumidor y su familia, sino también al industrial, los trabajadores de hoteles y restaurantes y a la población en general.

8. Es necesario que se estimule el desarrollo de la red de laboratorio a todos los niveles, para cooperar y asistir en las actividades de diagnóstico, prevención y tratamiento de las ETA. Resulta claro que dicha red dispondrá de laboratorios centrales, regionales y locales, además de servicios locales de salud sin laboratorio, para la recolección de muestras. Esta red de laboratorio deberá trabajar en estrecha coordinación con los servicios de vigilancia epidemiológica, para lo cual se buscarán mecanismos de comunicación permanente entre las dos.