

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669
Impreso en papel sin ácido

Vol. 12, No. 4
Diciembre de 1991

Estratificación epidemiológica de la malaria en la Región de las Américas

Durante la década de 1980, la malaria en América Latina y el Caribe presentó una marcada tendencia ascendente que se ha mantenido durante todo el decenio (Figura 1). En ese período la malaria emerge nuevamente como un grave problema de salud pública.

Este incremento sostenido de la malaria reviste particular importancia debido a que aparece paralelamente al deterioro socioeconómico ocurrido durante los años de 1980 en los países de la Región.

A partir de 1987, se notificaron anualmente más de un millón de nuevos casos de malaria. En 1990, la cifra alcanzó 1,04 millones de casos. Estas cifras reflejan la intensificación del proceso de transmisión de la malaria en este período.

El resurgimiento de la malaria en condiciones socioeconómicas críticas ha hecho necesaria la revisión y ajuste de las estrategias empleadas para su prevención y control. El propósito de este artículo es presentar brevemente algunos de los componentes más sobresalientes de la metodología epidemiológica incorporados en la estrategia de *estratificación epidemiológica de la malaria*. Así mismo, se documenta el avance de dicho proceso de estratificación en la Región. La metodología de estratificación epidemiológica

de la malaria y otras enfermedades transmisibles que se presenta en este artículo ha sido propuesta y desarrollada por el Dr. Carlos Castillo Salgado, del Programa de Enfermedades Transmisibles, OPS. Este artículo es parte de un trabajo más amplio del mismo autor, que aparecerá en otras revistas de epidemiología.

Conceptos básicos de estratificación epidemiológica

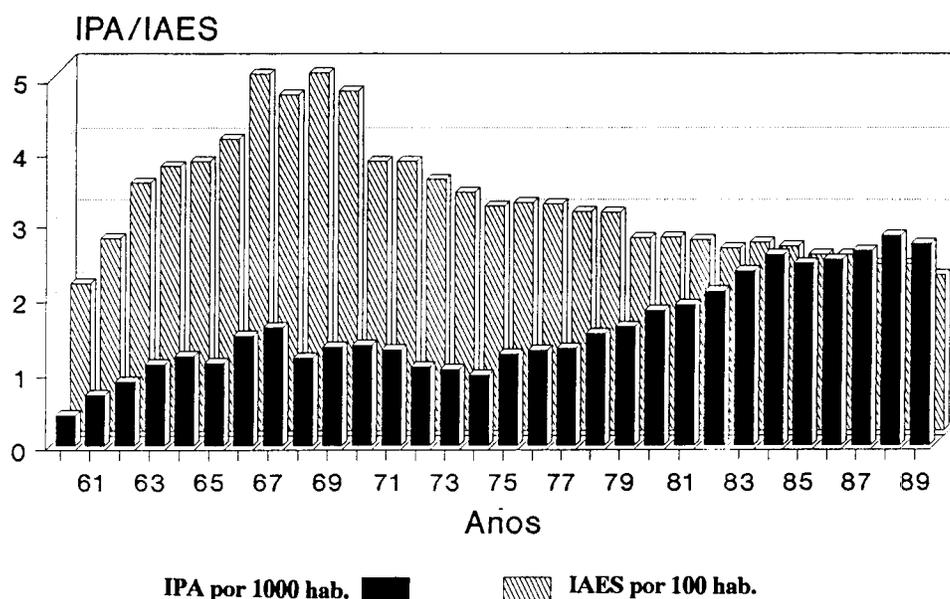
En América Latina la estratificación de la malaria emerge como enfoque estratégico a partir de 1979 (1). En 1985, se la reconoce como una estrategia útil para obtener un diagnóstico epidemiológico objetivo de acuerdo con el cual planificar las acciones de prevención y control de la malaria. En general, el concepto de *estratificación* y su uso para el estudio de la distribución de la malaria ha sido utilizado con diversos enfoques teóricos (2,3).

Recientemente se ha incorporado al esquema de estratificación el *enfoque epidemiológico de riesgo*, el cual sirve de base tanto para el diagnóstico situacional como de apoyo para la toma de decisiones de las estrategias de intervención. A continuación se enuncian algunos de los conceptos más importantes de este enfoque.

EN ESTE NUMERO . . .

- Estratificación epidemiológica de la malaria en la Región de las Américas
- Actividades de epidemiología en los países
- Teoría y práctica de la salud pública. Una propuesta para su desarrollo en los países de las Américas
- La situación del cólera en las Américas. Una actualización
- Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

Figura 1. Índices malariométricos de 21 países de la Región de las Américas, 1960-1990.



En la Región de las Américas, la *estratificación epidemiológica* en los programas de control de malaria se ha definido como un proceso dinámico y continuo de investigación, diagnóstico, análisis e interpretación de información que sirve de base para categorizar metodológicamente y de manera integral, áreas geo-ecológicas y grupos poblacionales de acuerdo a *factores de riesgo* de la malaria (4).

La característica principal de esta nueva estrategia es el estudio epidemiológico, en individuos y grupos sociales definidos, de los *factores de riesgo* que son responsables de la incidencia malarica a nivel local. El conocimiento del perfil de estos factores de riesgo, a nivel local, auxilia en gran medida al proceso de selección de las intervenciones de prevención y control de la malaria.

Los componentes del proceso integrado de diagnóstico-intervención-evaluación que constituyen la estratificación y que optimizan la toma de decisiones se resumen de la siguiente manera:

- Estudio de la incidencia parasitaria anual (IPA) y su tendencia en los últimos años, para la identificación de las *áreas prioritarias*.
- Identificación y medición de los *factores de riesgo de la malaria* en las áreas o localidades prioritarias, utilizando la metodología de la investigación epidemiológica de riesgo.
- Conformación de los *estratos epidemiológicos de riesgo* de acuerdo a la jerarquía de los factores de riesgo más importantes.

- Selección de las *intervenciones* para disminuir o eliminar los factores de riesgo más importantes en cada estrato.
- Adecuación de los *servicios de salud* para la ejecución de las acciones basadas en la estratificación epidemiológica de riesgo.
- Identificación de los *indicadores de estructura, proceso e impacto* para evaluar el efecto de cada intervención.
- Ejecución de las *intervenciones específicas* para disminuir o eliminar cada factor de riesgo.
- Evaluación y ajuste, que incluyan:
 - Medición de la *reducción del riesgo* de enfermar o morir de malaria, mediante las tasas específicas de incidencia y mortalidad, y de los cambios sufridos por los factores de riesgo medidos a través del *riesgo relativo y porcentaje de riesgo atribuible poblacional*.
 - *Evaluación* de cada intervención mediante los indicadores de estructura, proceso e impacto.
 - *Monitoreo y ajuste* del proceso en todas sus fases.

En base al estudio de la IPA y su tendencia secular, las áreas prioritarias se definen como aquellas en donde se observa un aumento de la incidencia y/o esta es de gran magnitud. Además, mediante el estudio de la IPA se pueden identificar aquellas áreas en donde las intervenciones antimaláricas no han sido exitosas.

La mayoría de los países con transmisión activa de malaria en la Región, mantienen un registro de la IPA y han identificado áreas de riesgo con base en este indicador.

Dentro del enfoque epidemiológico, se define como *factor de riesgo* para malaria a toda variable o conjunto de variables que tienen relación directa con la incidencia malaríca. En forma más amplia, se puede definir como cualquier característica, atributo, condición o circunstancia que aumenta la probabilidad de aparición o mortalidad por malaria en un momento determinado. El aumento del riesgo de enfermar de malaria implica un incremento en la probabilidad de enfermar por la presencia de uno o más factores de riesgo.

Los factores de riesgo para malaria se pueden clasificar de distintas maneras. Sin embargo, toda clasificación debe incluir tanto los factores ecológicos, geográficos, entomológicos, como los sociales, económicos, demográficos, y los relacionados con la organización de los servicios de salud.

El proceso de estratificación en los países de la Región

La experiencia actual del proceso de estratificación de la malaria en los países de la Región de las Américas no ha seguido un desarrollo continuo ni homogéneo. Las formas iniciales seguidas en la estratificación dependieron en gran medida de los diversos criterios usados por cada país y el tipo de información existente en el mismo.

Sin embargo, para finales de la década de 1980, la mayoría de los países con transmisión malaríca han completado esquemas iniciales de estratificación, utilizando el comportamiento y tendencia seguida por la IPA. Esta caracterización de la epidemiología de la malaria ha permitido, en dichos países, la subdivisión de sus áreas malarícas en *estratos*, o *áreas prioritarias*, usando como criterio básico las tasas observadas de incidencia o prevalencia de la malaria. Esta integración de áreas prioritarias ha representado un primer nivel de análisis y síntesis de la información malaríométrica disponible.

Los criterios usados para estratificar epidemiológicamente la situación local de la malaria deben partir del análisis y reconocimiento de los factores de riesgo que determinan la frecuencia y distribución de la malaria.

Para proseguir en el proceso de reducción de la complejidad del problema de la malaria, el proceso de estratificación debe incorporar la visión epidemiológica de análisis de los determinantes y de las características locales, reconocidas como factores de riesgo, que expliquen el incremento observado en las tasas de morbilidad de la malaria.

Según la información disponible durante 1990 el proceso de estratificación epidemiológica de la malaria ha tenido en la Región las siguientes características generales:

- Ha permitido iniciar el estudio de los distintos riesgos de enfermar y morir de malaria que las poblaciones de

los países de América Latina y el Caribe tienen debido a la presencia de determinados atributos o características en los individuos y grupos sociales, en el ambiente y en la organización de los servicios de salud.

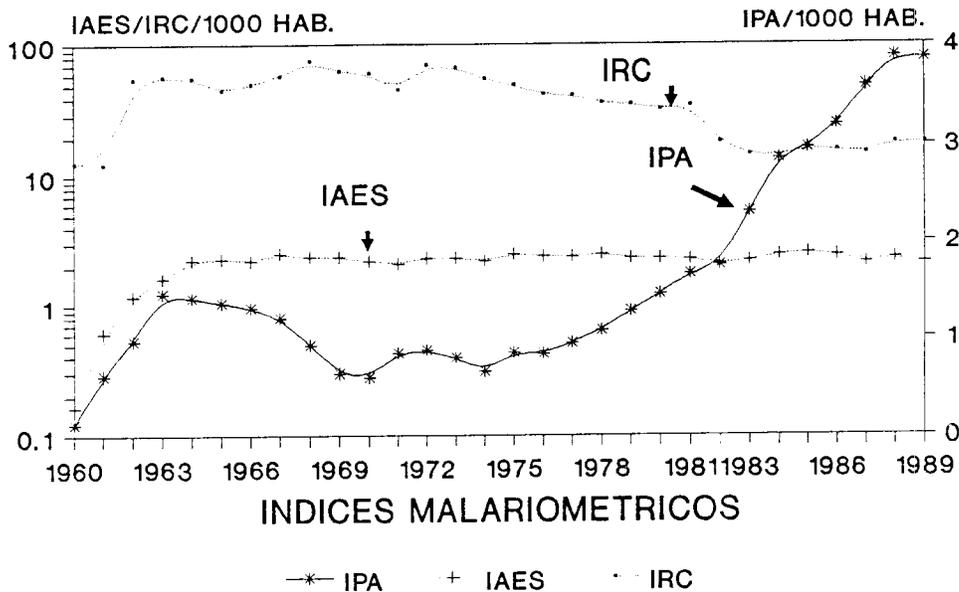
- La tendencia de la IPA en 21 países de la Región, muestra un incremento de desde 1,7 casos por 1.000 habitantes en 1980 a 2,5 en 1990 (Figura 1). Este aumento promedio de la IPA no refleja la verdadera intensificación de la transmisión que ha ocurrido en las áreas malarícas. Al analizar este indicador al interior de los países y excluir las áreas y poblaciones sin transmisión o riesgo de enfermar, se puede obtener una visión más realista del problema de la malaria. En 1990 la IPA reportada en algunas áreas de alto riesgo de los diversos países fue 250 veces mayor que la cifra regional. Así, por ejemplo, la IPA alcanzó niveles de hasta 694 y 553 exámenes positivos por cada 1.000 habitantes en algunos municipios de Brasil, y de 659 y 415 en localidades de la Guayana Francesa y Guyana, respectivamente.
- La malaria es una enfermedad de expresión local. En consecuencia, el estudio de su distribución y de los diversos mecanismos a ser seleccionados para su control deben incluir fundamentalmente el perfil epidemiológico local de sus determinantes. Las estrategias generalizantes y globales de control no son exitosas. Si bien en situaciones particulares pueden facilitar la reducción temporal de la transmisión, el hecho de mantener activos y sin alterar los factores de riesgo que la determinan, hacen que la transmisión local reaparezca, y se mantenga o incremente rápidamente.
- El mapeo epidemiológico de las áreas de alto riesgo de transmisión de malaria ha asistido a los países en el reconocimiento de aquellos grupos humanos y áreas geo-ecológicas prioritarios, en donde el proceso de estratificación epidemiológica de la malaria ha permitido el reconocimiento de los principales factores que determinan la morbi-mortalidad de la malaria y cuya remoción será objeto de trabajo de los programas de prevención y control de la malaria.

A continuación se presenta un breve resumen del estado actual del proceso de estratificación y su relación con la situación de la malaria hasta diciembre de 1990, en algunos países de la Región de las Américas. La descripción no es exhaustiva ni incluye la totalidad de los países con transmisión malaríca; sin embargo ejemplifica el papel que cumple la metodología epidemiológica en el proceso de estratificación de la malaria.

BRASIL

El proceso emergente de la estratificación epidemiológica de la malaria en Brasil ha hecho más visible la dimensión desigual que allí existe en la distribución y frecuencia de la malaria. Así mismo, ha permitido considerar la importancia que reviste para los programas de control el reconocimiento de los factores específicos de riesgo que determinan la

Figura 2. Índices malariométricos Brasil, 1960 - 1990.



intensidad y gravedad de la malaria en los distintos grupos humanos y áreas del país.

La tendencia de los índices malariométricos en Brasil de 1960 a 1990 se presenta en la figura 2. Se puede apreciar que a partir de 1975 la tendencia de la IPA en Brasil es ascendente y continua. A partir de 1983 la tendencia ascendente de este indicador se intensifica, no obstante que el índice anual de exámenes de sangre (IAES) se mantiene constante. El índice de rociamiento de casas (IRC) presenta una disminución durante los años de 1980.

En 1990, Brasil, con 560.396 casos de malaria y una población total de 154 millones de habitantes reportó una IPA de 3,7 por 1.000, valor que no refleja la intensificación que la malaria ha tenido en las áreas de transmisión. Existen grandes variaciones por regiones y municipios del país. Por ejemplo para 1989, la Región del Sureste con 4.152 casos y una IPA de 0,21 contrasta con las Regiones Norte y Centro-Oeste, las cuales tuvieron 455.632 (IPA 46,1) y 66.302 (IPA 13,2) respectivamente.

Si este indicador es observado con un mayor grado de desagregación, se puede observar que de los 27 estados del país, 8 reportaron IPA superior a 7 por 1.000, como sigue: Roraima con 146,5; Rondonia con 128,3; Amapá con 43,2; Acre con 38,5; Mato Grosso con 28,8; Pará con 22,6; Amazonas con 16,9 y Maranhão con 7,2.

La mayor transmisión de la malaria se encuentra localizada fundamentalmente en los estados de la Región Amazónica,

donde en 1990 se reportó 97% de los casos del país. En esta Región, tres estados son responsables de más de las tres cuartas partes de los casos: Rondonia con 45%, Pará con 21% y Mato Grosso con 11% del total de casos.

Al estudiar la intensidad de la transmisión a nivel local, se encuentran grandes diferencias con los promedios nacionales y regionales. Por ejemplo, en 1990, el Estado de Amazonas tuvo municipios con IPA de 120; en Acre, hubo municipios con IPA de 198,9; en Amapá de 125; Rondonia de 550; Pará de 583,8; y el Estado de Mato Grosso tenía municipios con IPAs de 3.924 por 1.000 habitantes.

En las áreas geográficas en donde se encuentran la mayoría de los casos de malaria, particularmente en la Región Amazónica, se reportan dos grandes procesos sociales que influyen como determinantes de riesgo de contraer malaria. El primero corresponde a un intenso y desordenado flujo migratorio hacia áreas mineras de difícil acceso, cuyas condiciones de vida y de trabajo son muy precarias y en donde se encuentran altos niveles de transmisión. El segundo proceso, también de naturaleza social, corresponde a la intensificación de los movimientos poblacionales hacia áreas de explotación agrícola de subsistencia, con la resultante creación de asentamientos cuyos problemas de inaccesibilidad, inadecuadas condiciones de vida y limitada protección a la salud han dado el sustrato fundamental para la mantención e incremento de la malaria en dichas áreas.

El reconocimiento de las fuerzas y factores que participan en la transmisión y de las acciones que pueden incidir sobre ellas, las que serían la base de los programas de control, constituye la siguiente etapa de este proceso de estratificación epidemiológica.

COLOMBIA

Durante los años recientes, el esfuerzo fundamental del proceso de estratificación de la malaria en Colombia consistió en la identificación y agrupación de áreas maláricas críticas, usando como criterio primordial de selección, el nivel de la IPA alcanzada en dichas áreas.

Consecuentemente, y de acuerdo a la IPA encontrada, las áreas de transmisión de malaria han sido divididas en tres niveles de riesgo.

La clasificación de riesgo correspondiente utiliza como unidad básica el *municipio*. De esta forma, los municipios que presentan IPA menor de 0,5 por 1.000 habitantes son considerados en el *nivel de bajo riesgo*. En este nivel de bajo riesgo se encuentran la mayor parte de los municipios en fase de consolidación. Los municipios con IPA entre 0,5 y 10,0 se consideran como *nivel medio de riesgo*. Finalmente, aquellos municipios con IPA mayor de 10,0 se clasifican como *áreas de alto riesgo*.

Los 100.286 casos de malaria ocurridos en Colombia durante 1989 estuvieron localizados en 2.103 de las 37.841 localidades en áreas maláricas del país. Asimismo, en seis regiones se concentraron 72.650 casos que representan 72% del total de los casos registrados en 1989. Estos 72.650 casos fueron detectados en 91 municipios. De estos 91 municipios, 32 fueron responsables de 57.414 casos, los cuales

representaron 79% de los casos reportados en estas regiones y 57,4% del total de casos del país.

El cuadro 1 muestra los factores universales de riesgo más importantes reportados por las autoridades de Colombia.

Debido a la complejidad de los factores sociales de riesgo que participan en la mantención de la transmisión de la malaria, los programas de control deberán considerar la necesidad de propiciar acciones intersectoriales, con los sectores económicos y otros sectores sociales, y requerirán de ajustes importantes en sus acciones de control.

VENEZUELA

En Venezuela, durante 1989 se reportaron 43.369 casos de malaria. La IPA del país fué de 2,2 por 1.000 habitantes, muy cercana a la IPA de 2,4 del año 1988. Venezuela tiene un mapa epidemiológico de riesgo donde se observan tres áreas geográficas con niveles elevados de transmisión de la malaria.

Estas áreas corresponden a la Región Sur, representada fundamentalmente por el Estado de Bolívar; la Región Occidental, que incluye los Estados de Zulia, Táchira, Apure y el Territorio Federal Amazonas, y la Región Oriente que rodea al Estado de Sucre.

Analizando los indicadores malarionómicos de acuerdo al enfoque epidemiológico de la estratificación de la malaria, se puede observar que la distribución de la morbilidad por malaria se concentra en el Estado de Bolívar del cual proviene 61% de la malaria del país.

Al igual que en el resto de los países de la Región de las Américas, la malaria en Venezuela tiene una marcada variabilidad entre las localidades.

Cuadro 1. Factores globales de riesgo que determinan la persistencia de la transmisión de la malaria, por área. Colombia, 1989.

Area	Casos de malaria	Factores de riesgo
Uraba Bajo Cauca	18.072	Factores asociados a conflictos sociales. Falta de recursos.
Amazonia	17.903	Factores asociados a conflictos sociales. Falta de recursos.
Litoral Pacífico	16.074	Problemas técnicos. Falta de recursos.
Sarare	4.608	Baja cobertura de rociado. Problemas de comportamiento del vector.
Magdalena Medio	2.821	Baja cobertura de rociado. Alteración del orden público.
Catatumbo	694	Problemas sociales. Vivienda precaria. Regiones de colonización. Bajas coberturas de rociado. Problemas de comportamiento del vector.

HAITI

Durante los últimos años, la información epidemiológica de la malaria en Haití es limitada. Para 1989, se registraron 23.231 casos de malaria, todos ellos de *P. falciparum*.

De las cuatro regiones de salud en las que se divide el país, la Región Sanitaria Transversal fue responsable de 10.139 casos que representaron 44% de los casos registrados en 1989. En la Región Oeste se registraron 6.458 casos, mientras que en la Región Norte se obtuvieron 3.737 casos y en la Región Sur 2.897 casos. Estas cifras no reflejan la verdadera morbilidad por malaria debido a que la fuente de información epidemiológica para los casos de malaria es muy limitada.

En 1980 se llevó a cabo un primer esquema de estratificación de la malaria, buscando reconocer las áreas de riesgo de malaria más importantes del país. Para la selección de dichas áreas, al igual que en otros países, se usó como criterio básico el comportamiento de la IPA.

Fueron consideradas áreas de alto riesgo aquellas localidades con IPA de 10 y más por 1.000 habitantes. Las áreas de mediano riesgo fueron aquellas localidades cuyas IPA se mantuvieron entre 5 y 9 por 1.000. Las áreas de bajo riesgo fueron aquellas con IPA de 0,1 a 4 por 1.000. Las localidades que se encontraron fuera de estos tres intervalos fueron consideradas como áreas negativas a malaria.

Según esta caracterización, 66% de las 24.470 localidades, con 39,5% de la población total del país, fueron declaradas negativas a malaria.

Se encontraron IPAs superiores a 10 en 3.401 localidades, que representan 21,6% de la población, constituyéndose en las áreas de mayor riesgo de malaria en este país; 6,3% de las localidades (1.535) con 10,7% de la población fueron consideradas de riesgo mediano, y 13,7% de las localidades (3.345) con 28,2% de la población fueron agrupadas como localidades de bajo riesgo para malaria.

Entre los factores de riesgo más importantes en la dinámica de transmisión de la malaria se encuentran las constantes migraciones internas y el deterioro socioeconómico.

Con respecto a factores relacionados con la organización de los servicios de salud, es importante señalar que a partir de 1968 las medidas de control empezaron a ser reducidas. A partir de marzo de 1988, en momentos de una importante crisis financiera, el gobierno cerró el Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, despidiendo a todos los trabajadores de campo y personal administrativo. Las dificultades financieras y la inestabilidad política han impedido la reorganización de medidas de control en forma sistemática.

BOLIVIA

Con 25.367 casos de malaria en 1989, el país reporta una IPA nacional de 3,6 por 1.000 habitantes. No obstante, en áreas maláricas la IPA es de 9,9 por 1.000 habitantes.

Al observar este indicador malariométrico por Departamento, se puede observar que la IPA de Tarija se

incrementa a 21; la correspondiente al Pando fue de 19,8, la de Chuquisaca de 11,8 y la del Beni de 10,5 por 1.000.

Entre los factores de riesgo que pueden explicar los mecanismos de la transmisión de la malaria se menciona el proceso migratorio laboral-minero y hacia zonas arroceras, cuya gran movilidad y precarias condiciones de vida obligan a la población a someterse a elevados riesgos de contraer malaria. Asimismo, se menciona que existe resistencia del parásito a los medicamentos en las áreas maláricas de los Departamentos de Beni y Pando. La baja cobertura de los servicios y problemas operativos de los programas de control son también factores importantes en la transmisión de malaria del país.

ECUADOR

En 1989 se reportaron 23.274 casos con una IPA de 2,2 por 1.000 habitantes, o sea, una IPA 2,4 veces menor que en 1988. Este fenómeno no necesariamente refleja una disminución real de la malaria ya que durante 1989, debido a problemas laborales, el programa de control de la malaria estuvo paralizado por varios meses, lográndose solamente una cobertura anual menor del 40%.

Tomando en consideración lo anterior, se puede afirmar que la IPA de 1989 subestima en gran medida la verdadera morbilidad por malaria del país. Al descomponer dicha IPA por Provincias, se puede observar que en Sucumbíos se alcanzó una IPA de 45,5; en Los Ríos de 17,0; en Napo y en Esmeraldas de 11,8; en Manabí de 4,2 y en Guayas de 1,4.

Entre los principales factores de riesgo de la transmisión destacan los relacionados con la crisis económica del país y aquellos vinculados con los problemas de la gestión administrativa del programa de malaria y la poca capacidad resolutoria de los servicios de salud.

PERU

El total de casos de malaria notificados en 1989 fue de 32.114 y la IPA global del país fue de 4,5 por 1.000 habitantes. Al interior del mismo se encontraron IPAs de hasta 12 veces la cifra nacional.

Así, por ejemplo, el Departamento de Junín, con 7.321 casos alcanzó una IPA de 53,9. El Departamento de Ayacucho tuvo una IPA de 26,9; el Departamento de Madre de Dios de 18,7; el Departamento de San Martín de 15,4 y el Departamento de Pasco de 14,8.

Entre los principales factores de riesgo referidos como determinantes de la transmisión malárica fueron mencionados aquellos relacionados con la situación sociopolítica crítica que vive el país y el grave deterioro económico que afecta una gran porción de la población.

Así mismo, han participado de manera importante los factores sociales relacionados con la violencia, el narcotráfico y los ocasionados por los desplazamientos poblacionales y la migración laboral interna que se realiza bajo condiciones de vida muy precarias.

El deterioro económico y los ajustes sociales que han ocurrido en la década de 1980 en la mayoría de los países de la Región de las Américas, han tenido un impacto importante en el perfil epidemiológico de salud y en la situación de la malaria.

La diversificación necesaria de las medidas de control requiere de un enfoque epidemiológico integral que incorpore los aportes de las ciencias sociales y la investigación de los servicios de salud con los avances logrados en la investigación básica, inmunología, entomología y clínica.

La estratificación de la malaria proporciona las bases racionales para la planificación de las actividades de control. La información epidemiológica y el perfil socioeconómico de las áreas de riesgo son considerados como elementos fundamentales para la selección de las medidas de control, las cuales se dirigen no solo a la reducción temporal de la transmisión de la malaria, sino fundamentalmente a la remoción de los factores de riesgo que la mantienen.

Referencias

(1) Organización Panamericana de la Salud. *Malaria en las Américas, Informe Final*. Tercera Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas. Oaxtepec, México. Publicación Científica 405, Washington, D.C., 1981.

(2) Orlov, V.S., Semashko I.N. *Malaria stratification as a tool in developing the strategy and tactics for modern long-term malaria control programmes*. WHO/MAL/86.1029, 1986.

(3) Kouznetsov, R.L., Molineau, L., Beales, P.F. *Stratification of malaria situations in tropical africa for the development of malaria control within the primary health care strategy*. WHO/MAL/86.1028, 1985.

(4) Castillo-Salgado, C., Bayona-Celis, M. Uso de la investigación epidemiológica en la conformación de estratos epidemiológicos de riesgo y de la selección de intervenciones de control. *Materiales sobre estratificación de la malaria*. Programa de Enfermedades Transmisibles. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.

(Fuente: Programa de Enfermedades Transmisibles, OPS.)

Cuarta Reunión Científica Anual de Epidemiología en Venezuela

Este evento organizado por la Sociedad Venezolana de Epidemiología se llevó a cabo entre el 24 y el 26 de octubre de 1991, en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, y es la primera vez que se realiza fuera de Caracas. La selección de dicho Estado fue motivada por el tema central de la reunión, *Salud de los trabajadores y epidemiología* y por el hecho de que este Estado es la sede de gran parte de las industrias básicas de Venezuela. Asistieron aproximadamente 80 epidemiólogos de todo el país.

Se dictaron 3 conferencias, se realizaron 2 talleres relacionados con el tópico central y fueron presentados 24 trabajos libres.

Durante el evento se realizó la renovación parcial de la Junta Directiva de la Asociación, quedando como presidente para el período 1991-1993 el Dr. Luis Echezuria. Para la próxima reunión anual el tema seleccionado es *Calidad de Vida* y se propuso realizarlo en la ciudad de Mérida, en el Estado del mismo nombre, durante la segunda quincena de octubre de 1992.

Segunda Reunión Científica Nacional de Epidemiología en República Dominicana

Bajo el lema central de *Epidemiología y Crisis: Impacto sobre la Situación de Salud*, y con cerca de trescientos participantes, se realizó del 19 al 22 de noviembre pasado la Segunda Reunión Científica Nacional de Epidemiología de República Dominicana.

El Dr. Mervin Susser, de la Universidad de Columbia en Nueva York, dictó la conferencia inaugural sobre el tema *La Salud y los Derechos Humanos*. Más de sesenta trabajos libres y demás conferencias, mesas redondas y seminarios, acompañados de varios talleres y cursos, conformaron una reunión de gran impacto nacional.

Al igual que la primera, esta reunión tuvo un carácter marcadamente multidisciplinario y participaron numerosas instituciones del sector gubernamental y no gubernamental, además de 16 invitados internacionales procedentes de Argentina, Brasil, Cuba, España, Estados Unidos, México, Nicaragua y Venezuela. Participaron también representantes de varios programas y centros de la OPS/OMS.

Esta reunión constituyó una valiosa oportunidad para el intercambio científico alrededor de las consecuencias de la crisis,

desde la óptica de diferentes disciplinas, tales como la economía, la antropología, la sociología, la psicología social, la administración y la epidemiología, entre otras.

Los debates no solo incorporaron aspectos fenoménicos de la crisis, sino también desarrollos conceptuales, metodológicos y técnicos, en el campo de la epidemiología y la salud pública, en relación con el estudio del impacto diferencial sobre las situaciones de salud de diferentes grupos sociales, según edad y por género, de la población dominicana.

En el marco de esta reunión, además de reconocerse el esfuerzo de los organizadores, fue manifestado reiteradamente el interés de los participantes por organizar una asociación dominicana de epidemiología, con carácter científico multidisciplinario y de afiliación voluntaria.

El relato general de la reunión estará disponible a comienzos de 1992. Mayor información puede ser solicitada al Comité Organizador o a la Representación de OPS en República Dominicana.

Teoría y práctica de la salud pública.

Una propuesta para su desarrollo en los países de las Américas

A fines de 1989, la Organización Panamericana de la Salud celebró un convenio con la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH) para realizar, conjuntamente con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES), un análisis preliminar sobre la situación y tendencias de la salud pública en la Región, cuya ejecución a la postre se convertiría en el inicio de una propuesta de cooperación de mayor envergadura. Este proyecto es el corolario de líneas de acción realizadas por un grupo de programas técnicos de la OPS y otras instituciones en el período 1987-1990, las que progresivamente señalaron la necesidad de un enfoque más global al campo de la salud.

Esta nueva iniciativa de la Organización viene a sumarse al incremento de la conciencia mundial sobre la crisis actual de la salud pública, entendida esta como la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger su salud en la medida que sus circunstancias históricas requieren. Se justifica en la comprobación del avance insuficiente de los países hacia la meta de Salud para Todos en el Año 2000 y en las nuevas exigencias que plantea el contexto socioeconómico de la Región, los cuales han agregado un énfasis adicional a la comprensión de la crisis antes mencionada y a la búsqueda de alternativas para su corrección.

En oportunidades anteriores se ha ubicado la raíz de los problemas en las escuelas o en los procesos educativos de salud pública, como sucedió en la década del setenta. Numerosas evidencias, sin embargo, ubican la problemática en una dimensión mucho más amplia cuando se juzga el comportamiento de las prácticas de salud habituales y de los varios indicadores de salud disponibles.

Así, una parte mayoritaria de la población latinoamericana, formada por los grupos socioeconómicos de menor nivel de vida, está expuesta a probabilidades de enfermar y de morir claramente excesivas en todos los grupos de edad para la mayoría de los problemas, y en especial para aquellos que ya deberían estar superados. En todos los países, incluyendo los más desarrollados, subsisten marcadas diferencias geográficas en cuanto a la mortalidad, la morbilidad y la accesibilidad a servicios básicos de salud, las que son aún más marcadas entre los diferentes grupos sociales.

Se ha estimado que más de 130 millones de personas no tienen acceso regular a servicios básicos de salud, y a esta cifra se agregarán 100 millones de nuevos habitantes por el crecimiento poblacional estimado entre 1990 y el año 2000. Por lo tanto, será necesario desarrollar la capacidad de servir a 230 millones de personas adicionales a aquellas que ahora tienen acceso a dichos servicios, y, junto a una mejor atención

médica, asegurar el énfasis necesario a las actividades de protección y promoción de la salud.

Por esta razón, se creyó necesario iniciar un proceso de ampliación de la conciencia política y científica sobre las áreas críticas y vacíos de la salud pública, centrado en la aproximación a los modos y razones que caracterizan su evolución en las Américas, con el propósito de favorecer la formulación de lineamientos o directrices para las decisiones necesarias en el mediano y largo plazo. En coherencia con los procesos actualmente en evolución a nivel global, el proyecto correspondiente gira alrededor de una concepción de la salud pública, no sólo como un campo de profesionalización, sino como un deber del estado, y sobre todo como un compromiso de la sociedad con sus ideales de salud.

Los *objetivos* que se persiguen son --por un lado-- describir y explicar la situación y tendencias principales del desarrollo de la salud pública en el continente, en el marco de los nuevos desafíos que plantea la situación social, en general, y la de salud, en particular, y --por otro-- identificar en el análisis anterior bases para vitalizar o reorientar el desarrollo conceptual, metodológico y operacional de la salud pública en los países de la Región, en particular en lo que concierne a la promoción del liderazgo sectorial, y a la investigación y a la formación avanzada en salud pública.

Elementos conceptuales y referenciales

Se concibe como salud pública al esfuerzo --organizado o no-- de la sociedad que traduce su compromiso con la búsqueda de satisfacción o logro de sus ideales de salud. Se acepta que la evolución en el bagaje de conocimientos, actitudes, tradiciones, creencias y prácticas de salud de cada sociedad está causalmente relacionada con variaciones en su contexto económico, político y social. En dicho contexto, los países de la Región están caracterizados en el momento actual por una profunda crisis económica, una onda creciente de democratización, y una participación social cada vez más acentuada.

En lo que concierne a la salud se percibe, en general, con marcadas diferencias entre subregiones, países, zonas de un mismo país y grupos de población, una reducción de las enfermedades transmisibles y un incremento de las enfermedades no transmisibles y de los daños o riesgos ambientales, lo que está asociado a la creciente industrialización, urbanización y al envejecimiento de la población. En lo que se refiere a los servicios de salud, persisten los problemas clásicos de: separación entre algunos programas verticales y la infraestructura que soporta la atención integral a la población y al ambiente; baja cobertura; énfasis en lo curativo y calidad cada vez más deficiente, y

accesibilidad progresivamente más baja de los servicios. Añade muchas interrogantes la reciente tendencia a la privatización de la salud la cual sin lugar a dudas, afectará aún más los servicios públicos. La educación en salud pública, por su parte, no ha acompañado los cambios y transformaciones que se están dando con rapidez en el contexto social, económico y político, los cuales plantean la exigencia de una teoría y una práctica diferentes y más complejas. A esto se agrega el acentuado cisma entre academia y práctica que se observa en la mayor parte de los países.

En este panorama aparece como promisorio el intento de reorientar los sistemas nacionales de salud con base en el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales, decisión política regional que constituye una táctica operativa de la estrategia de atención primaria de salud. Es estimulante también la mayor nitidez contemporánea de la estrategia de intervención *poblacional*, de la promoción de la salud en acción, del potencial multisectorial, del potencial del saber y poder populares, del papel de la familia, y de la capacidad movilizadora de los valores inherentes a conceptos como los de salud, participación, ciudadanía, control social y otros.

Principales características de la presente línea de acción

El objeto a ser colocado en el centro de los esfuerzos de análisis y de promoción y desarrollo incluye tanto la teoría como la práctica de la salud pública en sus diversas expresiones (servicio, docencia e investigación). Entre las opciones para la ejecución de la propuesta global, se preferirá progresar fundamentalmente de lo particular a lo general en lo científico y de país a región en lo geográfico.

El componente de análisis no se limitará a un abordaje transversal de la realidad, sino que intentará además una aproximación longitudinal retrospectiva y prospectiva a los desafíos, procesos y actores más relevantes al campo de la salud. Una vertiente mayor se referiría a los cambios políticos, científico-técnicos y operativos ocurridos y, la otra, a su repercusión en los procesos sociales de servicio, educación e investigación. Entre ambas debe examinarse --o anticiparse-- a lo largo del tiempo la interacción entre problemas o ideales específicos y las acciones o programas específicos.

Las fuentes de información serán múltiples (actores individuales e institucionales, estudios y publicaciones) en cada realidad, sea esta país, subregión o región. Las contrapartes para las diferentes piezas del presente proyecto pueden ser tanto nacionales (ministerio de salud, seguridad social, universidad, institutos de investigación) como internacionales (por ejemplo, Comisión Económica para América Latina, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Kellogg, Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos y otros). En ambas dimensiones anteriores, los puntos focales podrán ser personas, grupos o instituciones.

Productos y acciones previstas

Se espera que la descripción y explicación de la situación y tendencias del desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública obtenidas de la ejecución de la presente propuesta servirán de base, como fue mencionado anteriormente, para la promoción y deseablemente la generación de un movimiento orientado a la formulación y ejecución de lineamientos o directrices de política para el desarrollo de este campo de acción social en la Región de las Américas.

Como productos y acciones intermedias se destacan los siguientes:

1. Reflexión inicial (aportes individuales y colectivos). Se desencadenará la ejecución de la presente propuesta, por un lado, consolidando el trabajo previo de OPS en este campo y, por otro, solicitando contribuciones a expertos seleccionados, contribuciones que en conjunto representen las diversas perspectivas sobre la salud y sus prácticas que se dan en la Región. Sobre esta base se tratará de construir posteriormente una visión colectiva sobre el particular. Todos estos aportes serán difundidos profusamente con el fin de promover un amplio debate sobre el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región.

2. Ampliación de la conciencia crítica (reuniones nacionales y subregionales). Como parte esencial del proceso se promovería el debate y la reflexión grupal en países o subregiones seleccionadas con fines de motivación, promoción o mayor desarrollo específico. Los espacios para la acción identificados en esta fase constituirán un importante elemento de referencia para orientar la cooperación técnica de la OPS.

3. Descripción y análisis parciales del desarrollo de la salud pública (línea de investigación). En base a un documento o plan de desarrollo propuesto, que incluiría los objetivos, categorías de análisis, variables, ámbitos de estudio y los métodos correspondientes, se promoverían estudios nacionales o subregionales de acuerdo a las características socioculturales y al tamaño de las poblaciones, o a la disponibilidad de la información crítica.

4. Diseminación de elementos conceptuales, metodológicos y operativos (publicaciones). Incluiría los documentos vivenciales encargados a expertos, los testimonios institucionales y los informes de las reuniones y estudios elaborados o ejecutados durante el desarrollo de la propuesta.

5. Lineamientos regionales para la reorientación de la salud pública (reunión científica continental). Ponencias elaboradas por encargo ya sea por instituciones, grupos o expertos invitados serían discutidas y analizadas por un público mayor en una gran reunión científica cuyos documentos básicos, conclusiones y recomendaciones serían distribuidos profusamente, como estímulo para el desarrollo de acciones concretas a nivel de los países.

6. Creación del *momentum* político (conferencia de consenso). Un grupo de líderes en las áreas de docencia y servicio provenientes de la parte norte y sur del continente analizarían un documento sobre la situación del área de estudio y formularían un número de conclusiones sobre ella,

así como recomendaciones para su futuro desarrollo. Estas últimas, bajo la forma de una declaración o manifiesto serían difundidas extensamente.

7. Desarrollo teórico, metodológico y operativo (redes de desarrollo). Se promoverá la creación de núcleos de desarrollo en instituciones o consorcios institucionales en lugares donde existan las condiciones políticas, técnicas y operacionales para avanzar selectivamente en la revisión de las áreas de dificultad o en el desarrollo de los vacíos detectados durante el proceso. Con una concepción de red se estimulará el intercambio de los elementos teóricos, metodológicos e instrumentales generados, y se promoverá la aplicación de tales conocimientos o tecnologías a la realidad concreta institucional y social de los países.

Cronología tentativa

La ejecución de la propuesta está concebida en tres planos: conceptual y referencial, con énfasis en la explicitación; metodológico, con énfasis en el desarrollo, y operativo, con énfasis en la aplicación y desarrollo, dentro de los cuales se ubican las diferentes actividades en ejecución o previstas que a seguir se detallan.

En el último trimestre de 1990, se estimuló la elaboración de un conjunto de documentos de referencia que desde perspectivas diferentes hiciera explícita la vigencia de los valores y determinantes fundamentales de la teoría y práctica de la salud pública en la Región. Tales documentos* fueron circulados limitadamente para su revisión crítica y las observaciones o reacciones fueron de alguna manera consolidadas y desarrolladas en una reunión que se realizó en Nueva Orleans, Luisiana, Estados Unidos, entre el 21 y 24 de octubre de 1991. Este evento fue patrocinado por las Asociaciones de Escuelas de Salud Pública de América Latina y el Caribe y de los Estados Unidos, contando con el apoyo de OPS y la participación de los autores de las contribuciones antes mencionadas.

Concluyeron los participantes que la situación actual de la salud pública se puede considerar como de una profunda crisis que presenta, entre otras, las siguientes características:

-Incapacidad de atender las necesidades sociales. Fundamentalmente, la crisis radica en la polaridad teoría-práctica, es decir, en la imposibilidad de utilizar el conocimiento producido e impactar con él la realidad. Sin embargo, la crisis no se reduce a dicha polaridad, dado que también la teoría y práctica tienen que ser repensadas.

-Insuficiencia de los modelos explicativos utilizados. Las categorías centrales de la salud pública refieren al concepto de enfermedad. Superar esto implica redefinir categorías, redefinir el campo de conocimiento y repensar la teoría en base a disciplinas que proporcionan modelos explicativos basados en las ciencias sociales.

*La serie completa será publicada a mediados de 1992. Puede solicitarse al Editor, *Boletín Epidemiológico* de la OPS, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA.

-Práctica circunscrita a la atención de los enfermos y muy limitadamente a la prevención de la enfermedad. El sector salud se reduce a una red de servicios de atención médica y la salud pública a su administración. La salud pública no puede dar cuenta del espacio de reconstrucción que la sociedad civil se está dando a través de la emergencia de nuevas organizaciones que intentan encontrar soluciones a la enfermedad, ante la retracción del estado en la prestación de servicios básicos. Repensar la práctica en salud pública implica redefinir categorías básicas como sociedad, estado, sector, población y articular acciones para construir una amplia conciencia de control social ante la acción privatizadora en salud, propugnando por el fortalecimiento de una forma de estado basada en la democratización del poder, la participación popular y la consideración de los movimientos sociales.

A continuación se analizó en detalle las tendencias que se han observado en relación a la teoría y la práctica de la salud pública para luego hacer sugerencias sobre cambios deseables y estrategias a ser consideradas.

Así mismo el grupo discutió la continuidad de esta iniciativa habiendo destacado en relación al *análisis* la conveniencia de proyectos multicéntricos que profundicen el estudio de los determinantes de la crisis de la salud pública, y en cuanto a *promoción* la necesidad de influenciar las bases y ampliar el debate técnico, científico y político, así como las instancias o instituciones involucradas.

Los aportes individuales y colectivos antes mencionados constituirán un subsidio importante para el debate subregional y nacional. Sobre esta base se definirá el trabajo adicional en las áreas de servicio, investigación y docencia y se elaborará un documento-propuesta (plan de desarrollo) para los estudios. Se contará para estas actividades con recursos técnicos y financieros de la OPS. Las reuniones e investigaciones que se espera ocurran durante 1992-1993 requerirán la búsqueda de fondos especiales. Se anticipa un taller de promoción de proyectos de investigación en 1992, que podrá generar propuestas a ser consideradas por el Programa de Subvenciones de Investigación OPS/OMS.

La conferencia continental sobre el tema debe ser una actividad relativamente mediata estimándose como fecha probable fines de 1994; en ella se presentaría el avance alcanzado en las actividades anteriores así como en los estudios nacionales y subregionales. La conferencia de consenso político tendría lugar en 1995. La financiación de estas actividades requerirá de importantes recursos externos además de fondos especiales de la OPS.

Las actividades adicionales de desarrollo teórico y práctico orientadas al logro del propósito fundamental del proyecto serán programadas posteriormente, a medida que se detecten los vacíos teóricos, metodológicos y operativos y se identifiquen los potenciales centros de desarrollo.

La situación del cólera en las Américas. Una actualización

Desde la publicación del último número del *Boletín Epidemiológico*, se sumaron a la lista de áreas infectadas por el cólera cuatro países más: Panamá, Honduras, Nicaragua y Venezuela. Por lo tanto, diez meses después de haber sido notificado el primer caso en el Perú, 14 países de las Américas están afectados. Al 21 de diciembre de 1991, se ha notificado en la Región un número total de 366.017 casos, con 158.739 hospitalizaciones y 3.892 defunciones (Cuadro 1).

En Perú la epidemia ha llegado a todos los departamentos y se estima que ha afectado por lo menos a un 1,5% de la población peruana. Desde abril, el número de casos ha venido disminuyendo constantemente (Figura 1), pero la transmisión continúa en algunas localidades de la región selvática y en Callao; además se han notificado nuevos brotes en el área montañosa del sur. Recientemente, en una pequeña cantidad de las muestras aisladas de *V. cholerae* 01, biotipo El Tor se ha identificado el serotipo Ogawa; se supone que esto puede ser el resultado de una mutación de la cepa predominante Inaba lo cual carece de importancia para las intervenciones de salud pública. Es sumamente probable que en el Perú el cólera se haya establecido como una enfermedad endémica.

Mientras en el Ecuador los casos de cólera han disminuido desde mayo, la tasa de transmisión relativamente alta continuó durante agosto y septiembre y en octubre ocurrieron nuevos brotes principalmente en algunas de las provincias situadas en las sierras. El último brote se ha atribuido a las ceremonias religiosas efectuadas por las poblaciones autóctonas que viven en las provincias de Cotopaxi y Tungurahua. También se ha determinado que la preparación y el consumo de alimentos durante los funerales de víctimas

del cólera en estas comunidades, guarda relación con la aparición de nuevos casos.

En Colombia, la enfermedad aparentemente se ha difundido más lentamente que en Perú o en Ecuador; desde que fueron notificados los primeros casos en Tumaco transcurrieron siete meses para que la transmisión activa llegara a Barranquilla y a Riohacha (cerca de la frontera con Venezuela) en la costa occidental del Caribe.

Los casos en los Estados Unidos de América se han limitado a cuatro importaciones; 12 casos se originaron por comer cangrejos de mar infectados importados no comercialmente desde América del Sur; tres casos relacionados con la importación, desde Asia, de leche de coco contaminada; y dos casos aislados identificados en Hawaii cuyo origen sigue siendo desconocido.

En Chile no se ha notificados ningún caso desde el 23 de mayo; sin embargo, se sigue aislando el *Vibrio cholerae* 01 de aguas residuales y de hortalizas frescas en diversas localidades de ese país.

Si bien en Brasil la transmisión estuvo inicialmente limitada y circunscrita a la Amazonia en la frontera con Perú y Colombia, durante agosto, y una vez más en octubre, se observaron aumentos bruscos en el número de casos notificados (Figura 2) a medida que la epidemia se extendía hacia el este a lo largo del río Amazonas. Las ciudades grandes como Manaus y Belém así como los estados de Rondonia y Amapá están padeciendo la transmisión activa del cólera desde noviembre.

México notificó el cólera en una comunidad aislada en el estado de México a mediados de junio (Figura 3). A pesar de enérgicas medidas de control, no fue posible confinar la

Cuadro 1. Casos de cólera notificados entre el 16 de noviembre y el 7 de diciembre de 1991 y número acumulado de casos, hospitalizaciones y defunciones, por país, al 21 de diciembre de 1991.

País	Notificados entre 16 noviembre 7 diciembre	Acumulados		
		Casos	Hospitalizaciones	Defunciones
Perú	7.382	301.277	114.352	2.840
Ecuador	2.246	44.126	35.471	672
Colombia	1.063	11.218	5.136	202
EUA	0	24 ^(a)	11	0
Brasil	455	913	561	20
Chile	0	41	38	2
México	423	2.605	836	34
Guatemala	881	3.530	1.470	47
El Salvador	198	921	478	34
Bolivia	47	175	94	12
Panamá	351	1.152	272	28
Honduras	0	21	19	0
Nicaragua	1	1	1	0
Venezuela	1	13 ^(b)	0	1
Total		366.017	158.739	3.892

(a) 16 casos relacionados con viajes a América Latina, 6 con viajes a otras regiones y dos de origen no determinado, en investigación.

(b) Ocho casos importados desde Colombia.

Figura 1. Casos de cólera y hospitalizaciones por semana. Perú, hasta el 30 de noviembre 1991.

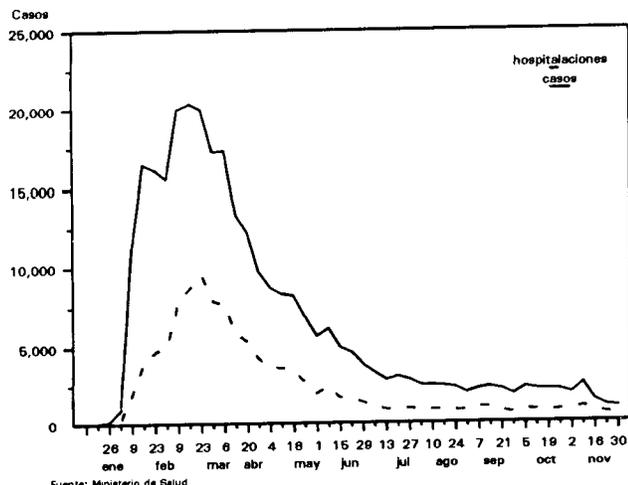
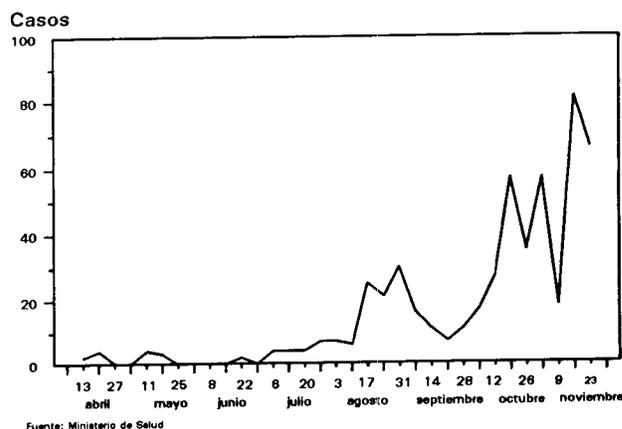


Figura 2. Casos de cólera por semana. Brasil, hasta el 23 de noviembre 1991.



enfermedad a esa comunidad; el cólera se ha propagado hasta el Distrito Federal y a otros 16 estados más a través de la cuenca del río Sultepec y del valle de Tula. Las áreas afectadas se han concentrado a lo largo de la costa del sur del Golfo y en la frontera con Guatemala.

A mediados de julio, **Guatemala** notificó los primeros casos de cólera (Figura 4). Inicialmente la enfermedad se presentó a lo largo de la costa de Pacífico Occidental, pero más recientemente se ha difundido a los departamentos orientales y alrededor de la capital. Guatemala, Retalhuleu, Suchitepequez y Escuintla han presentado tasas más elevadas de ataque de la epidemia que otros departamentos. Los trabajadores rurales migratorios y la población autóctona se consideran como los grupos más vulnerables.

Los primeros casos de **El Salvador** fueron notificados a mediados de agosto en la zona metropolitana de San Salvador. La enfermedad se ha extendido a los otros departamentos, incluyendo la Región Oriental.

Siete meses después de iniciada la epidemia en Perú, **Bolivia** notificó sus primeros casos en la región que rodea la ciudad de La Paz; la enfermedad ha permanecido confinada a esa área, a excepción de casos aislados registrados en Oruro y Cochabamba.

Panamá notificó su primer caso en septiembre en el Darién, la región de la selva tropical en la frontera con Colombia, donde se han observado 80% de los casos. Recientemente, nuevas áreas como la provincia de Panamá y la ciudad de Colón (en la costa atlántica) también se han visto afectadas.

Honduras detectó su primer caso a mediados de octubre cerca de su frontera con Guatemala y hasta la fecha ha notificado solo cuatro casos más.

Nicaragua aisló *V. cholerae* 01 de un lactante de 45 días de nacido con diarrea, pero no ha encontrado otros casos ni el origen de esa infección.

Venezuela notificó su primer caso durante la primera semana de diciembre. El paciente, un ciudadano colombiano,

vive en Barranquilla y solicitó atención médica en Maracaibo, Estado Zulia donde se obtuvieron muestras y se confirmó el diagnóstico mediante el aislamiento de *V. cholerae* 01.

El cólera casi siempre se introduce en nuevas áreas por medio de viajeros infectados. Sin embargo, dentro de las áreas infectadas, la enfermedad se transmite de persona a persona por los alimentos y el agua contaminada. Los estudios de casos y controles efectuados para proporcionar información sobre modalidades específicas de la transmisión del cólera en Perú y Ecuador identificaron los siguientes factores de riesgo de contraer la infección: (a) beber agua no hervida proveniente de sistemas municipales y de pozos; (b) consumir alimentos y bebidas suministrados por los vendedores ambulantes, especialmente las bebidas que contienen hielo; (c) comer alimentos que hayan permanecido más de tres horas a temperatura ambiente sin recalentar; (d) comer pescado crudo o moluscos y crustáceos crudos; y (e) beber agua de un envase manipulado por otras personas que pueden estar infectadas.

En todos los países infectados de las Américas, el cólera ha sido predominantemente una enfermedad de los adultos y, salvo en el Perú, donde la enfermedad ha afectado las principales ciudades aparentemente las áreas rurales han sido las más golpeadas.

Ecuador y Panamá han identificado la aparición de *V. cholerae* resistente a múltiples medicamentos, incluyendo la tetraciclina.

La letalidad global debida al cólera en América Latina sigue hallándose en torno al 1%, y esta cifra se debe en su mayor parte a los casos registrados en el Perú, pero ha llegado hasta el 7,5% en Bolivia, que tuvo 9 defunciones de 120 casos de la enfermedad. La experiencia en las Américas ha sido similar a la de Asia, donde la letalidad es de 1,1%, y es muy inferior a la de 10% registrada en Africa.

Las 3.600 defunciones por cólera en los primeros 11 meses de 1991 representan una pequeña contribución a la

Figura 3. Casos de cólera por semana. México, hasta el 30 de noviembre 1991.

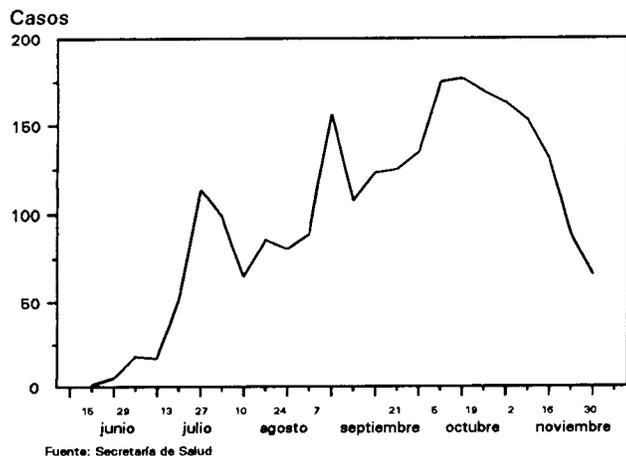
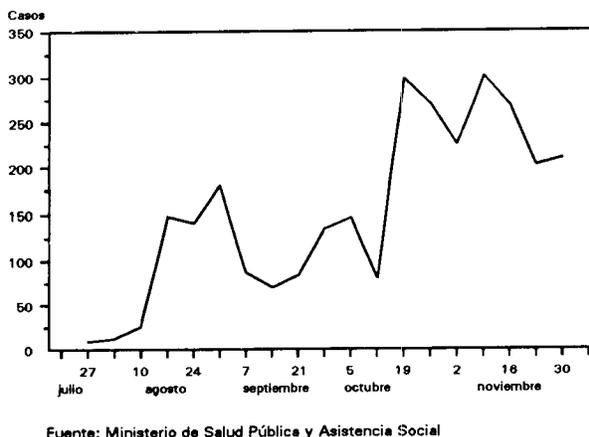


Figura 4. Casos de cólera por semana. Guatemala, hasta el 30 de noviembre 1991.



mortalidad, aún entre los adultos. En base a los datos disponibles de mortalidad para los años comprendidos entre 1965 y 1990, se ha estimado que en dicho período han ocurrido un poco más de 6 millones de defunciones en América Latina por enfermedades infecciosas, representando el 9% de toda la mortalidad. Un 20% de estas defunciones han ocurrido en adultos, aún habiendo disminuído en dicho período de tiempo la mortalidad por diarreas, la estimación para 1985-1990 es de alrededor de 130.000 defunciones anuales en niños de menos de 5 años de edad.

En general, las tasas de mortalidad debidas al cólera han descendido a medida que el personal médico ha adquirido mayores conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos más adecuados, especialmente debido a que la terapia de rehidratación oral, aunque bien establecida en América Latina para tratar las enfermedades diarreicas en los niños, no siempre es conocida o aceptada por los médicos generales. El factor más importante en relación con las muertes causadas por el cólera ha sido el acceso y el uso de los servicios de salud. En Perú, la letalidad varía de menos de 0,5% en los grandes municipios urbanos a más de 4% en los departamentos remotos con población predominantemente autóctona. En varios países también ocurren defunciones entre los que no llegan o lo hacen muy tarde para recibir tratamiento apropiado de los servicios de salud.

Diez meses después de la aparición del cólera epidémico en este Hemisferio, la enfermedad se ha difundido casi inexorablemente al norte y al este de América del Sur. Parece inevitable que se extenderá más al este en Brasil y llegará a los países situados más al norte. La enfermedad saltó a México, se propagó al sureste y entró al istmo centroamericano. Parece seguro que continúe su propagación en Centroamérica. Con el cólera presente en ambos lados de la Cuenca del Caribe, quizás sea solo una cuestión de tiempo la propagación de la enfermedad a las islas de esa subregión.

Es indudable que los esfuerzos para limitar el grado y la repercusión de la epidemia de cólera han surtido efecto. Esto puede comprobarse en la disminución de los casos de cólera en los países más infectados y en la reducción de la tasa de mortalidad, que se ha mantenido durante los últimos 10 meses. En realidad, los informes indican que, como resultado de los esfuerzos de control, ha habido una disminución de otras enfermedades diarreicas en muchos países. Sin embargo, el cólera es una enfermedad que afecta a quienes viven en condiciones de mayor pobreza, y carecen de servicios de agua no contaminada, del saneamiento adecuado, de medios apropiados para preparar y almacenar los alimentos y del acceso a la atención básica de la salud. La presencia del cólera en las Américas en 1991 demuestra claramente la crisis económica del último decenio, con el consiguiente deterioro de los servicios de agua, de saneamiento y de salud. Para controlar la propagación del cólera y limitar sus efectos durante los próximos años, es necesario consolidar la detección y notificación de casos, apoyar los servicios básicos de diagnóstico y de laboratorio, asegurar el tratamiento inmediato y eficaz de la diarrea en todos los grupos de edad, aplicar medidas de emergencia para proporcionar agua no contaminada y un manejo seguro de los alimentos y para tratar las aguas residuales en las localidades de alto riesgo.

Aún con estos compromisos para efectuar intervenciones de emergencia, puede preverse que el cólera se difundirá a gran parte de América Latina y del Caribe. La eliminación del cólera de la Región, que debe ser la meta máxima, solo puede ser lograda por medio de inversiones significativas para mejorar el agua, el saneamiento y los servicios de salud y extenderlos hasta esa proporción significativa de la población que hasta ahora no ha sido alcanzada.

(Fuente: Datos de informes de país, consolidados en el Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud

El Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS), compuesto por investigadores distinguidos de diversos campos relacionados con la salud de la Región, tiene a su cargo la revisión permanente de la política de investigación de la Organización Panamericana de la Salud. A su vez, la Oficina de Coordinación de Investigación de esta institución asesora a su Director en materias sobre política de investigación y tiene la responsabilidad de los aspectos administrativos del Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS/OMS, uno de los instrumentos principales de cooperación en el campo de la investigación.

La XXVIII Reunión del CAIS se llevó a cabo en Montevideo, Uruguay, del 20 al 23 de agosto de 1991. Participaron en esta reunión el Presidente del CAIS Global, OMS, representantes de los Consejos Nacionales de Ciencia y Tecnología (CONICYT), de la Red de Intercambio de Investigadores para el Desarrollo de América Latina y el Caribe (RIDALC), de la Oficina Regional para Ciencia y Tecnología (ORCYT) de la UNESCO y otros invitados.

A continuación se presenta un resumen de los principales temas discutidos y las respectivas recomendaciones.

Análisis de la situación de la investigación en salud en cinco países de la Región

Se discutieron los resultados de cinco estudios financiados por el Programa de Subvenciones de la OPS/OMS sobre la situación de la investigación en salud en Argentina, Brasil, Cuba, México y Venezuela. Estos estudios se insertan en una línea de cooperación técnica de la OPS/OMS que busca contribuir al perfeccionamiento de los procesos de definición de políticas de investigación en los países de la Región. Esta línea de cooperación cobra gran importancia en la actual coyuntura, dadas las dificultades enfrentadas por la mayoría de los países para mantener la infraestructura científico-técnica creada en años anteriores y los desafíos que enfrentan para definir políticas de investigación coherentes con las transformaciones observadas a nivel mundial y con los nuevos modelos de desarrollo en implantación en la Región.

Los resultados discutidos en esta oportunidad se refieren al análisis de los proyectos de investigación en curso en el período 1987-89, y de la producción científica expresada en artículos publicados entre 1972 y 1988. Entre los rasgos comunes observados, se destaca el predominio del enfoque individual de la problemática de salud sobre el poblacional (a este último corresponde apenas cerca de 5% de los proyectos); la poca expresión de la investigación volcada a la innovación tecnológica; la ausencia del enfoque multidisciplinario, con predominio absoluto de las ciencias médicas y biológicas y de los profesionales de esas áreas; el predominio de investigadores aislados en el desarrollo de los

proyectos, y el aumento de la participación femenina en el trabajo científico. Los datos para proyectos en curso provinieron de bancos de información científico-técnica existentes en los países lo que generó algunas dificultades, tanto por ausencia de información como por la forma como está organizada, dificultando la construcción de indicadores que permitan un análisis en mayor profundidad de las características de los procesos de investigación en la Región.

El Comité recomendó la amplia divulgación de los resultados de este estudio, dada su importancia para la toma de decisiones sobre políticas de investigación en salud. Consideró la necesidad de seguir promoviendo estudios de este tipo con carácter más analítico y cualitativo y recomendó a la OPS instar a los países miembros y cooperar con ellos en el sentido de fortalecer los sistemas de información científica. En relación a las dificultades encontradas para el desarrollo de la investigación en salud, el Comité destacó la inexistencia de estímulos materiales y de reconocimiento profesional para mantener los cuadros existentes y atraer a científicos jóvenes, considerando que el origen del problema no reside solamente en la falta de recursos, sino también en la ausencia de decisión política a nivel nacional. El Comité recomendó que la OPS estimule a los países miembros a la búsqueda de solución a este agobiante problema.

La cooperación técnica de la OPS en el campo de la investigación en salud

Se analizaron las actividades de cooperación técnica de la OPS en este campo, tanto en sus aspectos generales, como en lo que respecta a iniciativas específicas como el Programa de Subvenciones de Investigación, el Desarrollo de un Sistema Regional de Vacunas (SIREVA) y la Promoción de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS).

En relación a las actividades de cooperación relacionadas a investigación desarrolladas por las distintas instancias de la Organización, se ha observado que corresponden en promedio a 10% de los recursos programados para 1988-90. Este porcentaje varía según los niveles de actuación, alcanzando 9,5% en los Programas Técnicos, 26,3% en los Centros y 7,6% en las Representaciones de países.

Frente a la importancia de las actividades relacionadas a investigación en el conjunto de la cooperación de la OPS y por constituir el eje principal de la misión primordial de la Organización que es la administración del conocimiento, el Comité reconoció la necesidad del establecimiento de una política explícita de la OPS en ese campo, que orientara las actividades de la propia institución y las de los países miembros y recomendó la creación de un subcomité ad hoc para trabajar en ese sentido. Por la magnitud e importancia de la investigación realizada por los centros panamericanos, el Comité consideró pertinente que se hiciera una evaluación

cualitativa de esas actividades por revisores externos. Enfatizó, asimismo, la necesidad de ajustar el método de programación de la OPS para permitir la identificación rápida y descripción clara de las actividades y recursos destinados al desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, así como de estudios evaluativos de su impacto.

En relación al Programa de Subvenciones, se ha hecho un análisis del desempeño en términos de proyectos sometidos y aprobados desde el año 85, por países y áreas temáticas. Se observó que el índice de aprobación de las propuestas ha venido decayendo a lo largo de los años, situándose actualmente alrededor de 30%. Varias áreas prioritarias están poco representadas por la dificultad de obtención de buenos proyectos. Se discutieron las experiencias en curso para mayor divulgación y apoyo a la elaboración de proyectos como los acuerdos hechos con ese objetivo con seis CONICYT de la Región. Se analizaron los resultados de once proyectos de biotecnología, una de las áreas prioritarias del Programa. Llamó la atención del Comité la importancia de los logros observados en estos once proyectos, donde se destacan el aislamiento de HIV en sueros de pacientes de cuatro países, la construcción de dos paneles de sueros de referencia para HIV, el desarrollo de una prueba diagnóstica para HIV con antígenos recombinantes, desarrollo y pruebas de monoclonales para diagnóstico de hepatitis-B y malaria. Todo lo anterior fue logrado con muy pocos recursos (alrededor de EUAS\$200.000) y en solo dos años de trabajo, lo que puede considerarse una experiencia ejemplar.

En relación a la situación general del Programa de Subvenciones, el Comité mencionó la necesidad de mantener criterios estrictos de exigencia de rigor científico a las propuestas sometidas, recomendando que se incrementen los esfuerzos de asesoría para el mejoramiento de la calidad de los proyectos en áreas menos desarrolladas. Recomendó también que se revisara el techo de EUAS\$20.000 para cada proyecto, así como la norma que prohíbe el mejoramiento salarial de los investigadores principales. Consideró que deben estimularse los proyectos colaborativos inter-países que combinen el trabajo de instituciones de alto nivel de excelencia con grupos emergentes.

El Comité hizo hincapié en la necesidad de una mejor coordinación entre el Programa de Subvenciones y las demás actividades de apoyo a la investigación de la OPS, de manera que los fondos señalados para el apoyo a la formación de recursos humanos y fortalecimiento institucional se relacionen con las subvenciones a proyectos en áreas prioritarias, potencializando esfuerzos que hoy están poco articulados. Reconociendo la importancia estratégica de la formación de recursos humanos, recomienda dedicar un número determinado de becas largas para formar investigadores en centros de excelencia a nivel de doctorado y posdoctorado en ciencias biomédicas y sociales, en epidemiología y en investigación en sistemas y servicios de salud.

En lo que se refiere a la iniciativa para el desarrollo de SIREVA, el Comité analizó inicialmente las perspectivas para el desarrollo de vacunas en América Latina, destacando las dificultades para la puesta en marcha de un programa de este tipo, tales como la falta de articulación entre programas de desarrollo de ciencia y tecnología y los programas de desarrollo económico y social, el predominio de la investigación basada en intereses individuales y no en metas comunes, la falta de recursos financieros y humanos, y la ausencia de sólidos antecedentes de cooperación entre países. No obstante las dificultades mencionadas, se identificaron elementos favorables a una iniciativa de este tipo, tales como el avance de los conocimientos científicos que vienen posibilitando el desarrollo de nuevas vacunas, más eficaces y de bajo costo; el éxito de los programas masivos de vacunación; la expresión de voluntades políticas para fortalecer la capacidad científico-técnica de la Región en esa área en foros nacionales e internacionales; la relativa falta de interés comercial de las grandes compañías por desarrollar vacunas para enfermedades prevalentes en la Región, además de otros aspectos.

Tras una discusión de los objetivos y estrategias de SIREVA, así como de las actividades ya en curso para su implantación, el Comité manifestó su pleno apoyo a la iniciativa, reconociendo su oportunidad e importancia, tanto para el desarrollo científico-técnico, como para la atención a necesidades básicas de salud pública. Recomendó que, en la medida de lo posible, se vaya ampliando el espectro de vacunas candidatas, buscando un mayor balance entre bacterianas, virales y parasitarias, no solamente por la importancia de estas enfermedades, sino también por la necesidad de desarrollo de conocimientos y tecnologías en los tres campos. Otras recomendaciones se refieren a reforzar y revalorizar el interés y compromiso político de los países de la Región por participar en esta iniciativa; estimular, concomitantemente al desarrollo de vacunas, el desarrollo de métodos diagnósticos para estudios epidemiológicos y pruebas de campo; fortalecer el estrechamiento de relaciones entre universidades, empresas, agencias financiadoras y otras instituciones. Finalmente, el Comité reconoció que los principios que orientan al SIREVA deben orientar el comportamiento para vacunas en general y no solamente para las que hayan sido seleccionadas. La experimentación con vacunas candidatas contra el cólera sería un ejemplo en ese sentido.

En lo que se refiere a otra iniciativa de la OPS en un área seleccionada por su interés estratégico, el Comité analizó la ISSS y se discutió, en particular, la contribución de las ciencias sociales en la ISSS, tanto en lo que se refiere a nuevos núcleos temáticos, como a nuevos enfoques y metodologías. Se reconoció que, junto con el agotamiento de "viejos paradigmas" y superación de falsos dilemas como análisis estructurales versus microanálisis, va cobrando fuerza entre los científicos sociales un enfoque ecléctico que busca integrar varias perspectivas, enriqueciendo las posibilidades

futuras. La iniciativa de la OPS en esa área busca aprovechar estas posibilidades, eligiendo el proceso de implantación de los SILOS como eje temático, los cuales deberán ser entendidos como espacios relacionales de encuentro de diversas racionalidades, fundamentalmente aquellas que provienen de instituciones de salud y las que son construidas por los diversos conjuntos sociales. Esta perspectiva permitirá tomar como objeto de análisis privilegiado las transacciones que se dan entre esas racionalidades, lo que a su vez deberá orientar la organización de SILOS --que minimicen las diferencias entre ambas-- creando condiciones para una síntesis superadora.

El Comité manifestó su interés por este enfoque, reforzando el compromiso transformador inherente a la ISSS y recomendando que la promoción de la misma debe basarse en una estrategia de articulación entre grupos académicos y los servicios de salud. Concedió que, si bien SILOS debe seguir constituyéndose en objeto central, otros temas deben ser incluídos, como los que se refieren al impacto de las medidas de ajuste, proceso de privatización de los servicios de salud, etc. Finalmente, el Comité mencionó la importancia de buscar los puentes entre las iniciativas de la OPS vinculadas al área biológica, como SIREVA, con las de

promoción de ISSS. La articulación entre ambos permitiría mayor integración de enfoques biológicos y sociales, potencializándolos mutuamente.

Otros temas

Durante la reunión, se revisaron otros temas como las actividades que viene desarrollando la RIDALC, la cual ha sido reconocida como un importante mecanismo de intercambio para la formación de investigadores, el que debería ser mejor aprovechado por los países y por la propia OPS. Se discutieron también algunas de las actividades de la Oficina Regional para Ciencia y Tecnología de UNESCO; las actividades del Comité Asesor Global de Investigaciones en Salud de la OMS, particularmente las que viene desarrollando para implementar la resolución sobre investigación en salud que fuera aprobada en la última Asamblea Mundial de Salud (WHA 43.19) y las actividades del Grupo de Estudio sobre Investigación en Salud para el Desarrollo, creado para implementar las recomendaciones de la Comisión Internacional para Investigación en Salud.

(Fuente: Oficina de Coordinación de Investigación, OPS.)

Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

Durante el año 1991 **Bolivia** notificó un total de 83 casos y 52 defunciones de fiebre amarilla, en los Departamentos de Cochabamba (3 casos y 2 defunciones), La Paz (15 casos y 15 defunciones) y Santa Cruz (65 casos y 35 defunciones). **Brasil** notificó un total de 2 casos y dos defunciones de fiebre amarilla en el Estado de Pará. **Ecuador** notificó un total de 19 casos y 10 defunciones de fiebre amarilla, en las Provincias de Morona Santiago (2 casos y 2 defunciones), Napo (9 casos y 5 defunciones), Pastaza (4 casos y 3 defunciones) y Zamora Chinchipe (4 casos sin defunciones). En los **Estados Unidos de América** se notificaron 6 casos de peste, en el Estado de Arizona (un caso), de Colorado (dos casos), de Nuevo México (un caso) y de Utah (dos casos). Para la notificación de casos y defunciones de cólera, véase el artículo sobre la situación del cólera en este *Boletín*.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.