

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 13, No. 4

Diciembre 1992

Malaria en las Américas

Introducción

En 1990, más de 40% de la población mundial seguía expuesta a distintos grados de riesgo de contraer la malaria¹. Es difícil obtener información exacta sobre la incidencia mundial de la malaria porque la notificación es incompleta particularmente en las regiones con endemidad elevada. Se estima que esta incidencia es de aproximadamente 120 millones de casos clínicos al año y que cerca de 300 millones de personas son portadoras del parásito. Se calcula que en los países del África tropical se encuentran más de 80% de todos los casos clínicos y más de 90% de todos los portadores del parásito.

En los últimos años, la notificación de los casos de malaria ha aumentado en la Región del África, aún cuando sigue fragmentaria e irregular. En las otras Regiones de la OMS, el número total de casos no se modificó mayormente en los últimos años.

Ante la diversidad y complejidad de los factores técnicos, políticos, socioculturales y económicos que afectan la transmisión de la malaria, se ha hecho necesario modificar las estrategias basadas en la aplicación de un solo tipo de medida de control en todas las zonas maláricas, sin considerar la

¹Basado en el XL Informe Anual sobre la situación de la malaria en las Américas correspondiente a 1991. El informe también presenta un resumen sobre la situación mundial en 1990. Este documento puede solicitarse del Programa de Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS.

variedad de factores de riesgo relacionados con los diferentes grados de endemidad más o menos elevados. La diversidad de situaciones epidemiológicas exige que la atención sea organizada con base en objetivos realistas, e incluya la aplicación de medidas diversificadas y complementarias en función de estos factores, los recursos disponibles y los niveles de desarrollo locales. Entre las principales dificultades encontradas para el control de la malaria y su prevención en las zonas de transmisión elevada se pueden mencionar: a) higiene insuficiente y condiciones de vida precarias; b) carencia de recursos económicos; c) falta de conocimiento sobre la biología y ecología de los vectores, así como de las medidas antivectoriales; d) expansión de los programas de agricultura y de la explotación minera y forestal a nuevas áreas, con las consiguientes migraciones; e) una infraestructura sanitaria insuficiente o inexistente en estas nuevas colonizaciones.

Situación de la malaria en las Américas

Durante 1991, la población de la Región de las Américas se estimó en 721 millones de habitantes de los cuales 38,9% vivía en áreas con situación ecológica propicia para la transmisión de malaria.

Considerando la notificación de 1.230.671 casos de malaria confirmados parasitoscópicamente, se registró un incremento en la morbilidad: de 375,4 casos por 100.000

EN ESTE NUMERO ...

- Malaria en las Américas
- Modelo social de prácticas de salud
- Tabaco o salud: Situación en las Américas
- Cólera en Guyana
- Desarrollo de la epidemiología en Centro América
- Calendario de cursos y reuniones
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

habitantes expuestos a la malaria en 1990, a 437,8 casos por 100.000 habitantes en 1991.

Desde 1974 ha habido un deterioro creciente en la situación epidemiológica de la malaria ya que en ese año se registró en la Región una prevalencia anual de 134,0 casos/100.000 habitantes.

En países o territorios sin evidencia de transmisión, en donde viven 440 millones de habitantes, se notificaron 1.144 casos de malaria. La mayoría fueron casos importados.

En los 21 países con evidencia de transmisión malárica, hay una población de 281 millones de habitantes (potencialmente expuestos) que viven en áreas originalmente maláricas. Aún cuando la información no está completa para todo el año, se han registrado 1.229.527 casos de malaria, cifra que indica un índice parasitario anual (IPA) de 6,8 por 1.000 habitantes expuestos en 1991. Esto significó un incremento en comparación con 1990, en que el IPA fue de 5,1 por 1.000 habitantes de áreas maláricas.

La relativa estabilidad de la cifra máxima registrada anualmente, de alrededor de un millón de casos, presenta algunas interrogantes que los programas de prevención y control de la malaria están considerando dentro del análisis y revisión de la estructura y estrategia para la integración del programa a los servicios locales de salud. El hecho de que el número de casos registrados ha alcanzado un nivel estable, sugiere o que el número de susceptibles expuestos a la transmisión se ha estabilizado o que la capacidad de los programas de control de la malaria ha alcanzado su límite operativo para hacer el diagnóstico parasitoscópico, el cual no consigue sobrepasar las condiciones actuales de infraestructura (recursos humanos y materiales) y no alcanza la cobertura completa de las áreas con transmisión.

Un argumento en apoyo a la primera posibilidad es que la proporción de infecciones por *P. falciparum* diagnosticados por los servicios, fue de 33,0 por 1.000 habitantes en 1990 y 34,0 por 1.000 en 1991. Esto significaría que las medidas para el control de la transmisión no están logrando su objetivo, ya sea por la apertura de nuevas áreas de transmisión primaria, o bien, porque no se reducen las áreas de transmisión existentes. Por otra parte, el hecho de que en 17 países (excepto Haití, Guayana Francesa, Guyana y Paraguay) con evidencia de transmisión, se ha consumido una cantidad suficiente de drogas para el tratamiento completo (1.500 mg de 4-aminoquinoleínas) de 5.600.575 casos de infección malárica, podría ser un indicio de que los casos parasitoscópicamente diagnosticados representan solamente 21,9% de los casos tratados. Esto significaría que los programas de prevención y control de la malaria de estos países, utilizaron como mínimo de 4 a 6 veces más cantidad de 4-aminoquinoleínas que el número de casos confirmados.

Considerando que el exceso de 4-aminoquinoleínas utilizada hubiera sido consumida en parte para "tratamientos presuntivos", administrando 600 mg por cada lámina tomada

Cuadro 1. Medicamentos antimaláricos de primera línea utilizados por los programas de control de malaria en 17 países informantes en 1991 (en miles de tabletas).

Países (por subregiones)	4-aminoquinoleínas 150 mg base
Belice	65,0
Costa Rica	1.542,1
El Salvador	1.902,5
Guatemala	2.307,3
Honduras	2.235,0
México	8.856,2
Nicaragua	8.000,0
Panamá	427,0
República Dominicana	1.378,5
Brasil	15.000,0
Suriname	86,0
Bolivia	1.060,0
Colombia	3.300,0
Ecuador	3.716,7
Perú	1.743,5
Venezuela	4.369,6
Argentina	12,7
Total	56.002,1

(8.502.259), todavía existiría un exceso en la administración de esta droga, suficiente para el tratamiento completo de 969.000 casos de malaria, en los 17 países informantes (cuadro 1).

Tomando en cuenta que en estas cifras no se contabilizan otros antimaláricos utilizados en los programas (fansidar, mefloquina, halofantrina, tratamientos combinados, etc.), ni se contabilizan antimaláricos utilizados en otras unidades del sector salud ni en otros sectores, incluyendo el sector privado y militar de los cuales la OPS/OMS no recibe información que permita realizar una estimación más certera, se podría estimar que los 1.230.671 casos registrados, son sólo una pequeña fracción de lo que podría ser desde 2,2 hasta 5,6 millones (de 1,8 hasta 4,5 veces más) de casos como mínimo para la Región en 1991.

Otro ejemplo del límite operativo de los programas nacionales de control, es el caso de Colombia que en 1991 notificó 184.156 casos, lo que representa un incremento de 85,1% en comparación con 1990 (99.489 casos). Sin embargo, previamente a 1991, la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos llevada a cabo en el Departamento de Antioquia por el Servicio Seccional de Salud, no eran registrados por la antigua Dirección de Campañas Directas la cual no reconocía estos diagnósticos como casos notificables

de malaria. Por tanto, el registro de casi el doble del número de casos en el período de un año, no indica un deterioro en la situación de la malaria en el país, sino la modernización del programa, alcanzada a través de la descentralización requerida por la nueva constitución del país (ahora se aceptan los casos notificados por el Servicio Seccional de Salud de las Provincias).

En resumen, la información contenida en este informe no necesariamente refleja la situación de la distribución de la malaria en la Región, sino más bien expresa la notificación oficial de los casos de malaria que han sido considerados como tales por los programas especializados de cada país.

Programas de prevención y control de la malaria

Del total de casos de malaria diagnosticados y notificados durante 1991 en distintas áreas de las Américas, la mayor proporción está en Brasil, 49,9%, seguida del Área Andina, 27,62% y Centro América, Panamá y Belice con 14,0%. Sin embargo, la estimación de riesgo de enfermarse de malaria, o sea el IPA, tiene un orden diferente, ya que el más elevado pertenece a las Guayanas, con IPA de 41,0 por 1.000 habitantes del área malarica; seguidos por el Brasil, 9,8; Centro América, Panamá y Belice, 8,9; y el Área Andina, 6,3 por 1.000 habitantes expuestos.

Asimismo, el riesgo de morir de malaria es mayor en el área del Caribe, (esencialmente Haití), seguido de las Guayanas y Brasil, que son los países con mayor porcentaje de infección por *P. falciparum*.

La proporción de infecciones por *P. falciparum* ha disminuido en seis de los 21 países (Brasil, Ecuador, Guyana, Paraguay, Suriname y Venezuela). Haití y la República Dominicana continúan con 100 y 97,3% de infecciones por *P. falciparum*. Les sigue Suriname con 94,1%, Guayana con 55,4% y Guayana Francesa con 48,8% de infecciones por este parásito. Del total de infecciones por *P. falciparum* registradas en las Américas (417,864), 63,6% se notificaron en el Brasil.

Situación por Subregiones

México, Centro América, Belice y Panamá

En esta subregión en la cual se incluye Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá, habitan 60.347.000 de personas en áreas consideradas malaricas, o sea 21,5% del total de la población del área malarica de la Región de las Américas.

De los 199.037 casos registrados, 5.338 (2,8%) fueron diagnosticados como *P. falciparum*, los demás han sido causados por *P. vivax*, la especie predominante en la subregión. Por otra parte, en Belice se diagnosticaron 5 infecciones por *P. malariae*.

En relación al IPA se observa una gran variabilidad entre los países. Panamá, presenta un IPA de 0,5 casos/1.000 habitantes mientras que México, El Salvador, Costa Rica y

Nicaragua, presentan IPA de hasta 6,82/1.000. Guatemala, Belice y Honduras, presentan IPAs más elevados de la subregión, 16,8, 17,6 y 20,6/1.000, respectivamente.

El deterioro más importante se ha registrado en Costa Rica y Honduras en donde el IPA aumentó de 1,4/1.000 y 11,5/1.000 en 1990 a 3,8/1.000 y 20,6/1.000 en 1991, respectivamente.

La situación de Costa Rica está asociada al difícil acceso y comunicación con la provincia de El Limón, a raíz del terremoto ocurrido el 22 de abril de 1991, así como a las lluvias persistentes. A esto se sumó el relajamiento en el cumplimiento de las leyes de protección social, para el reclutamiento de obreros temporales en áreas de cultivo del banano en esta misma región, lo que disminuyó la posibilidad de cobertura del programa antimalárico. Por otra parte, durante el proceso de integración de los Servicios de Malaria a los Servicios Locales de Salud, se perdió movilidad de campo, con la consiguiente disminución de la cobertura que caracterizaba al programa antimalárico original.

En Honduras, de las ocho regiones administrativas en que se divide el país, solamente una presentó una mejoría substancial en el IPA, variando de 21,7/1.000 en 1990 a 7,6/1.000 en 1991. Entre las otras siete regiones, tres presentaron los mismos IPA y en las otras cuatro regiones (que incluye la metropolitana) hubo un deterioro substancial.

El Caribe

Esta subregión está compuesta por 23 países o territorios². En 1991 había una población total de 36.814.000 o sea 5,1% de la población total del hemisferio.

La mayoría de la población habita en áreas libres de transmisión malarica, pero la mayor preocupación es la introducción de casos importados de otros países. Se diagnosticaron 26.089 casos entre las 934.928 muestras de sangre examinadas. Guadalupe notificó 24 casos, Trinidad y Tabago 15, Cuba y Puerto Rico están consideradas como áreas libres de transmisión, pero en Cuba se examinaron 509.674 muestras de sangre, detectándose 201 positivas, (191 casos importados y 10 casos introducidos).

En Haití y la República Dominicana continúa la transmisión malarica siendo *P. falciparum* el parásito predominante. La población total de Hispaniola representa 1,9% del total del Hemisferio, mientras que las infecciones por *P. falciparum* representan 7,1% de las registradas en las Américas.

Subregión Andina

Esta subregión incluye Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela donde habitan 91.353.000 personas, de las

²Anguila, Antigua, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Turcos y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago.

cuales 53.441.000 viven en áreas potencialmente maláricas. En 1991, la subregión registró en conjunto 339.118 casos de malaria, de los cuales 94.208 (28%) se diagnosticaron como *P. falciparum*. Correspondieron a Colombia 38,5%, 23,3% a Ecuador y 19,1% a Venezuela respectivamente.

La transmisión en el Area Andina se caracteriza tradicionalmente por la concentración de infecciones de *P. falciparum* en el área de la selva tropical húmeda. Sin embargo, se viene presentando un cambio de esta forma grave de infección hacia la costa pacífica con alta frecuencia de circulación de esta especie entre la población negra en las costas de Colombia y Ecuador. En Bolivia, la transmisión continúa en la región selvática de la frontera con Brasil, en la frontera con Perú y Argentina. En la región de la llanura entre Colombia y Venezuela, la transmisión persiste debido al incremento de la comunicación entre los pobladores de los dos países.

Subregión Amazónica

Esta subregión está compuesta por el área de transmisión selvática de Brasil, Guayana Francesa, Guyana y Suriname. En ella habitan 17.090.211 personas correspondiendo 99,9% a la Amazonia Legal en el Brasil. La transmisión en esta subregión está influenciada por la apertura de nuevas fronteras, el desarrollo económico desordenado, y principalmente por la minería de oro de aluvión. Los IPAs más altos de todo el Hemisferio se encuentran en la Guayana Francesa con 32/1.000 habitantes, 49% de las infecciones causadas por *P. falciparum*; en Guyana con IPA de 57/1.000 habitantes, 55,5% de las infecciones por *P. falciparum*; y en Suriname con IPA de 4,9/1.000 habitantes y 94,1% de las infecciones por *P. falciparum*. En la Amazonia Legal de Brasil se registró IPA de 30,7/1.000 habitantes, siendo 41% de las infecciones causadas por *P. falciparum*.

Subregión del Cono Sur

Esta subregión compuesta por el norte de Argentina, Paraguay y los estados fronterizos de Brasil (Sao Paulo, Paraná, Sta. Catarina, Río Grande do Sul, y Mato Grosso do Sul), registró IPA de 4,8/1.000 habitantes, lo que representa 98.569 casos en una población que vive en áreas endémicas de 20.719.935 de personas. En la Argentina y Paraguay se confirmaron al finalizar el año 803 y 2.983 casos respectivamente (IPA de 0,2 y 0,8 por 1.000 habitantes).

Descentralización e integración de los servicios

La situación política en algunos de los países ha estimulado la necesidad de regionalización incluso la municipalización del poder político, administrativo y en algunos casos financiero. Los Programas de Prevención y Control de la Malaria han participado con mayor o menor impulso en este proceso de transformación y de reorganización político-administrativa de los países de la Región.

Los programas de salud especializados fortalecieron sus unidades regionales para que paulatinamente asumieran la toma de decisión operativa y así poder cumplir plenamente sus funciones en el momento de la descentralización administrativa. Esto dió por resultado la necesidad de perfeccionar los métodos e instrumentos de análisis para apoyar un sistema de información oportuno y capaz de sustentar la toma de decisiones operativas a nivel local. Por esta razón, reconociendo la naturaleza focal de la transmisión malárica, se ha tratado de perfeccionar el proceso de estratificación epidemiológica (véase artículo en *Boletín Epidemiológico* Vol. 12 No. 4, 1991) que servirá a los programas de prevención y control de la malaria, para descentralizar las operaciones a nivel local con base en las características epidemiológicas de cada estrato.

Sin embargo, los cambios de estas características locales, dinámicas por naturaleza, no permitieron que el análisis y las recomendaciones para la toma de decisiones a nivel local fueran realizados con oportunidad. Esto se debió a que el seguimiento y procesamiento epidemiológico se mantenían verticalizados, dada la magnitud de los estratos inicialmente seleccionados. La evolución natural ha sido de caracterizar gradualmente cada estrato en base a una jerarquización local de los factores condicionantes de enfermar o morir por malaria, permitiendo que las intervenciones para reducir o eliminar estos factores de riesgo entre los grupos de población expuestos, puedan ser definidas a nivel local y modificadas de acuerdo con los recursos disponibles en cada localidad.

En este proceso de descentralización, la integración de servicios representa la forma práctica de difundir el conocimiento especializado y su aplicación de manera tal que refuerce la capacidad resolutive a nivel local. En este contexto, los servicios especializados de algunos países representan una gran *oportunidad perdida* para los servicios generales de salud.

Los informes de 22 países indicaron (cuadro 2) que la búsqueda activa de casos se realizó en 5.524.515 individuos febriles que tuvieron contacto con los servicios especializados. Esto resultó en el diagnóstico de 541.651 casos de malaria, lo que significó que 9,8% de la demanda fuese atendida con un tratamiento antimalárico. Por otro lado, 90,2% ó 4.982.864 febriles que resultaron negativos para malaria, tuvieron contacto con el servicio especializado, pero quedó su *demanda insatisfecha* ya que no existió diagnóstico, ni tratamiento y ni seguimiento médico.

Considerando la baja demanda sobre la capacidad resolutive de los servicios generales de salud para el diagnóstico y tratamiento de la malaria (búsqueda pasiva de casos), se verifica que a pesar de la cobertura limitada se llevaron a cabo 2.406.202 tamizajes a cuadros febriles, de las que 24,3% fueron confirmadas parasitoscópicamente, diagnosticándose así, 584.509 casos de malaria. Sin embargo, los 1.821.693 febriles sin malaria, fueron atendidos en su

Cuadro 2. Resultados comparativos entre la búsqueda activa y pasiva de casos de malaria en las Américas, 1991.

Países (por sub-regiones geográficas)	BUSQUEDA PASIVA DE CASOS Servicios Generales de Salud y Hospitales				BUSQUEDA ACTIVA DE CASOS Colaboradores voluntarios, Evaluadores, Investigaciones y seguimiento de casos				TOTAL		
	Número Puestos Inform.		Muestras de sangre Examinadas Posi- tivas %		Número Puestos Inform.		Muestras de sangre Examinadas Posi- tivas %		Muestras Examinadas	Posi- tivas	Porcen- taje
Cuba	-	-	-	-	-	201	0.04	509,674	201	0.04	
Chile	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	904	904	-	
Grenada	-	-	-	-	-	-	-	...	...	...
Guadalupe	-	-	-	-	-	-	-	...	...	...
Jamaica	-	231	0	0.00	-	0	0.00	281	0	0.00	
Martinica	-	-	-	-	-	...	...	...	...	...
Santa Lucía	-	-	-	-	-	4	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	-	18,382	10	0.05	-	5	0.08	24,847	15	0.06	
México	13,174	...	...	...	55,032	...	...	1,596,427	26,565	1.66
Belize	41	3,792	133	3.51	...	21,489	14.82	25,281	3,317	13.12	
Costa Rica	37	737	876	118.86	177	87,587	2.74	88,324	3,273	3.71	
El Salvador	242	13,720	295	2.15	2,663	176,820	3.19	190,540	5,933	3.11	
Guatemala	116	54,261	8,674	15.99	2,027	307,482	15.99	361,743	57,829	15.99	
Honduras	...	23,440	3,668	15.65	5,924	445,371	15.65	468,811	73,352	15.65	
Nicaragua	156	122,905	8,717	7.09	2,628	241,881	7.83	364,786	27,653	7.58	
Panamá	182	149,620	370	0.25	280	186,949	0.40	336,569	1,115	0.33	
Haití b)	...	...	...	...	...	...	...	81,763	25,511	31.20
Repúb. Domin	457	13,175	49	0.37	2,909	330,316	0.10	343,491	377	0.11	
Guay. Francesa	...	30,012	3,071	10.23	...	25,230	1.99	55,242	3,573	6.47	
Guyana	73	114,492	...	...	98	26,554	...	141,046	42,204	29.92
Suriname	108	13,334	1,100	8.25	45	5,065	7.70	18,399	1,490	8.10	
Brasil	3,673	1,076,668	355,419	33.01	15,144	2,206,348	11.74	3,283,016	614,431	18.72	
Bolivia	265	25,225	8,542	33.86	3,915	100,284	10.46	125,509	19,031	15.16	
Colombia	1,443	411,826	105,304	25.57	1,461	329,112	78.832	740,938	184,156	24.85	
Ecuador	662	166,131	37,445	22.54	2,202	180,334	21.955	346,465	59,400	17.14	
Peru c)	...	56,822	24,109	42.43	5,180	52,832	18.16	109,654	33,705	30.74	
Venezuela d)	381	102,682	25,843	25.17	761	148,768	7.676	375,473	42,826	11.41	
Argentina	20	4,742	390	8.22	73	12,102	4.13	16,844	803	4.77	
Paraguay	88	4,005	494	12.33	1,996	123,802	2.01	127,807	2,983	2.33	
Total	21,118	2,406,202	584,509	24.29	101,915	5,524,515	541,651	9,732,930	1,230,671	12.64	

... No se dispone de datos

a) La información de Haití es provisional e incompleta. b) La información del Perú es hasta noviembre.

c) El total de muestras y positivas de Venezuela se refieren a todo el año; la distribución de activa y pasiva hasta agosto.

demanda de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del estado febril que los condujo al servicio.

Combinando estos conceptos básicos en organización de servicios de atención: *oportunidad perdida y demanda insatisfecha*, la integración de los servicios especializados a los servicios generales de salud tiene como objetivo el integrar la acción, y ampliar la cobertura de la acción pasiva (reacción a la demanda) de dichos servicios generales mediante una mayor articulación.

Esto se pudiera visualizar prácticamente a través de un sistema de referencia médica con los recursos de los programas de malaria, el cual normatizaría las características discriminatorias de la malaria de manera que cada vez que el

examen parasitológico sea negativo para malaria o en caso de no mejoría con el uso de medicamentos antimaláricos (resistencia al medicamento de primera línea o falla del diagnóstico clínico), automáticamente se refiera el enfermo al segundo nivel de atención. Así se aseguraría la ampliación de cobertura en áreas donde los servicios generales de salud no cuentan con infraestructura formal, en base al sistema de penetración activa de los servicios especializados de malaria, mejorando la demanda a los servicios generales de salud.

(Fuente: Programa Enfermedades Transmisibles, OPS.)

Cólera en Guyana

Guyana es el veintavo país en la Región de las Américas que reporta casos de cólera desde que comenzó la epidemia en Perú en enero de 1991.

Hasta el 3 de diciembre, el Ministerio de Salud de Guyana reportó 288 casos de cólera con 5 defunciones. Menos de 25% de los casos reportados fueron hospitalizados, esta enfermedad ha afectado predominantemente a adultos.

El laboratorio del Hospital Público en Georgetown aisló *V. cholera 01*, El Tor Inaba, de deposiciones de 6 pacientes. Estos resultados fueron confirmados por el Centro Epidemiológico del Caribe (CAREC).

El primer caso de cólera fue registrado el 5 de noviembre. Todos los casos se trataban de personas que residen en la frontera oeste con Venezuela. Las siguientes áreas registraron la enfermedad como parte del brote inicial: Mabaruma, Wauna, Coomaka, Brooms Hill, Koraibo, Imbotero, Kamwatta, Bartima Hill y Cabbage Factory localizada en la parte superior del río Barima. Estas comunidades están localizadas a lo largo del río Barima, el cual fluye a la cuenca del río Orinoco en Venezuela, donde un brote de cólera ocurrió el pasado agosto. Esta región tiene una población de

aproximadamente 15.000 habitantes. La ciudad capital es Mabaruma con 5.000 habitantes.

Posteriormente, la enfermedad se dispersó a lo largo de los ríos y más recientemente, se han reportado casos en Suddie y las islas aledañas localizadas a menos de una hora de Georgetown.

En la región de Mabaruma se llevó a cabo un estudio de casos y controles para identificar el modo de transmisión. Los resultados de este estudio no estaban disponibles al cierre de esta publicación.

Medidas para controlar el brote han sido implementadas por un equipo de sanidad que fue movilizó por el Ministerio de Salud.

Los primeros casos fueron tratados en el Hospital Mabaruma (30 camas). Se ha puesto en marcha un sistema de vigilancia y de educación comunitaria y se están tomando provisiones para mejorar el agua y saneamiento en las aldeas y pueblos. Un epidemiólogo de CAREC ayudó a las autoridades nacionales en las áreas afectadas.

(Fuente: Ministerio de Salud de Guyana, CAREC y Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

Modelo social de prácticas de salud

En el contexto de la *promoción de liderazgo y de la formación avanzada en salud pública*, y tomando como base las prioridades cuatrienales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el período 1987-1990, se identificaron y fueron motivo de análisis durante los años 1987 y 1988 seis áreas críticas para el desarrollo de la infraestructura de salud (políticas públicas, sistemas de información y epidemiología, economía y financiamiento, recursos humanos, desarrollo tecnológico, y sistemas de servicios). En 1989 se amplió la perspectiva de análisis para incluir aspectos funcionales del sistema de salud, no sólo los que son parte de su modelo administrativo, sino sobre todo aquellos que configuran la oferta de servicios a la población/ambiente, en respuesta a los problemas, necesidades o ideales de salud en las diferentes realidades particulares. Con otras palabras, esta nueva dimensión de la perspectiva de análisis tomó como objeto central al Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS).

El proceso antes esbozado ha coincidido con la renovación de esfuerzos para reorientar los sistemas nacionales de salud a través del fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales. Los resultados hasta aquí obtenidos en ambos procesos señalan áreas temáticas relevantes para el desarrollo del *liderazgo sectorial en salud*.

El análisis del MPSS auspiciado por OPS, conjuntamente con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES) y la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos (ASPH), utilizó como puertas de entrada las grandes estrategias de acción en salud: recuperación (Lima, noviembre 20 al 24 de 1989), prevención (Sao Paulo, abril 30 a mayo 4 de 1990), y promoción (Santiago, agosto 6 al 10 de 1990).

Este esfuerzo tuvo cuatro características distintivas:

- Su objeto de observación. En los últimos años ha habido una preocupación cada vez mayor por la infraestructura y las funciones generales del sistema de salud, en desmedro de su fin esencial. En el presente caso, en cambio, el servicio a la población y al ambiente ha sido mirado de manera integral, teniendo en cuenta los nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos sobre la acción en salud.
- Su perspectiva. El analizar los sistemas de salud desde las prestaciones, representó un intento de mirar el sistema desde abajo, desde su interfase con la población, es decir desde una perspectiva próxima a las personas.
- Su forma de mirar. La dinámica seguida está *orientada a problemas* de la prestación de servicios. Es decir, se ha intentado inductivamente llegar a la inferencia de implicaciones a partir de la identificación de vacíos y áreas de dificultad del modelo vigente.
- Sus gestores. La selección de los participantes intentó equilibrar su procedencia tanto profesional (servicios

frente a docencia-investigación), como geográfica dada la situación de salud diferencial de los países (en desarrollo, en transición y relativamente más desarrollados).

A lo largo del proceso fueron apareciendo conceptos, afirmaciones, metodologías, propuestas, que enriquecidas por la dinámica grupal y a partir de los documentos básicos de análisis permitieron rescatar ciertos elementos innovadores para el desarrollo del *liderazgo sectorial y la formación avanzada en salud pública* que también pueden considerarse como insumos de valor para el *desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública*.

Es así que al definir como objeto de análisis al MPSS (entendiendo por tal el conjunto de acciones concretas, claramente definidas, que el sistema de servicios de salud brinda a las personas y al ambiente) y determinar como nivel de observación a la interfase entre el sistema de servicios y la población en busca de jerarquizar lo funcional del sistema y la prestación como un momento central en la aplicación del modelo, apareció una dimensión que excedía los límites del componente formal del sector salud. Se pone así en evidencia la existencia en la sociedad de un conjunto de prácticas, hábitos y conductas que tienen una influencia decisiva en la salud de la población y los individuos y que conforman una nueva realidad más compleja y menos lineal en su concepción, definida como el Modelo Social de Prácticas de Salud.

A partir de esta evidencia se plantea la necesidad de reformular y ampliar la perspectiva de observación hacia un enfoque más abarcador, *desde la perspectiva de la gente*, para reafirmar su sentido y ubicación.

En el camino a tal perspectiva, en el proceso aquí referido comienzan a plantearse y perfilarse con una importancia y dimensión propia para la comprensión y operación de este Modelo, elementos que es conveniente destacar y analizar. Una primera aproximación permite visualizar la desconexión entre el componente formal del Modelo que determina las necesidades de salud y la percepción que la población tiene de las mismas. Aparecen así conflictos entre los comportamientos y normas recomendados por los expertos sectoriales y los patrones de conducta que la población ejercita y valora, con el consiguiente déficit en los resultados en relación con los recursos comprometidos por el sector.

Existen múltiples dificultades de vinculación del sector salud con la comunidad, es así que puede detectarse una barrera, de distinta magnitud y solidez, constituida por una trama de prejuicios, rutinas, fallas de formación, carencia de recursos, intereses, etc. que perturban la transferencia de tecnologías y procedimientos hacia el conocimiento popular y comunitario y su posible utilización.

Las aspiraciones, conocimientos y opiniones comunitarias no influyen significativamente en el MPSS. Ya sea por una deficiente capacidad organizativa, por una actitud pasiva ante sectores con mayor poder formal y mayores recursos, o por falta de canalización política y organizacional, no logran superar las barreras existentes para hacer oír su opinión e intervenir en el diseño, desarrollo y evaluación de programas o prestaciones de salud. De esta forma, no se llega a conformar un espacio adecuado para la concertación entre los componentes formales e informales.

No siempre existe una adecuada actitud crítica para la aceptación de normas y prestaciones. La comunidad no ha desarrollado eficazmente formas de defensa y reacción frente a ofertas indiscriminadas de prestaciones, vinculadas más a intereses particulares que a necesidades prioritarias para la salud poblacional y ambiental.

Esta situación pone en evidencia la desvalorización del saber de la población, su cultura, sus modelos de organización social, sus formas de solidaridad y ayuda. Por otra parte aparece como confusa la determinación de responsabilidades por parte de la población en términos de asumir deberes y ejercitar derechos.

Se definen así dos conceptos centrales y relevantes que son: Ideales de salud y ciudadanía. Se entiende por **ideales de salud** al conjunto de valores, aspiraciones, representaciones, creencias y actitudes de la sociedad que expresan su imagen deseable de la salud y de sus prácticas. Esta concepción de ideales de salud plantea la discusión y el reconocimiento de: la distancia existente entre el sistema formal e informal de salud, y la deficiencia de la formación en salud pública en cuanto a la escasa incorporación de herramientas de las ciencias sociales y políticas. Todo lo cual pone en evidencia cómo las distintas racionalidades (técnicas, administrativas, políticas) generan un conflicto en que el poder del aparato formal, impone su racionalidad desplazando otras formas legítimas de visualizar las situaciones-problema y sus soluciones por parte de la población.

Se definió así la necesidad de rescatar las costumbres y prácticas sociales para la protección de la salud y su promoción a partir de la identificación y el reconocimiento de elementos valiosos del componente informal. Supone identificar los *ideales de salud* y la ratificación de observar el MPSS genuinamente desde *la perspectiva de la gente*.

Esta decisión requiere de una transferencia de conocimientos y poder desde el componente formal del MPSS a la población para que ésta pueda participar activamente de la recuperación, protección y promoción de su salud y de la del ambiente. Esto implica también la transferencia en sentido inverso de los ideales de salud, valores, aspiraciones y de las formas de relación social que la población quiera tener con el componente formal. A este valorar y potenciar de aquellos elementos informales del

modelo formal y a la interacción en un plano de apertura entre los componentes formales e informales del mismo se le denominó **democratización del conocimiento**.

En lo que hace a **ciudadanía** es equívoca la simple extrapolación de realidades vigentes en países de mayor nivel de ingreso, en donde el reclamo de servicios y prestaciones tiene su correlato habitual en el pago de los mismos en forma directa, por vía impositiva o de seguros y en donde la transgresión a la solidaridad es sancionada objetiva y sistemáticamente en relación con responsabilidades definidas. En países en desarrollo con niveles de subsistencia precarios y con creciente dificultad el aporte de la población se expresa en términos de enfermedad y muerte y en niveles de vida deficitarios.

Aparece allí con más evidencia, la necesidad de afirmar derechos básicos de accesibilidad a bienes y servicios cuya ausencia supone una agresión, no solo a la salud, sino a la misma dignidad personal y social.

La responsabilidad personal se vincula así al ejercicio de su derecho a asociarse y a peticionar de manera de poder acceder a los niveles de realización personal y de reconocimiento social y asegurarse contextos favorables para este tránsito.

Las conductas transgresoras suelen ser calificadas como tales desde realidades culturales distintas y las formas de solidaridad pueden asimismo ser mecanismos elementales de defensa, ante situaciones de extrema carencia o injusticia.

No parecen claramente definidas estas dos vertientes de conceptos de ciudadanía (ejercicio de derechos y deberes) ni sus estadios intermedios, restando al sector posibilidades de promover conductas que generen espacios para el crecimiento personal y comunitario como expresión concreta de promoción, protección o recuperación de la salud.

Las respuestas y propuestas extremas simplifican las alternativas forzando modalidades de solidaridad y de ejercicio del derecho y del deber vinculadas con el modelo de países desarrollados, o circunscribiéndolo a acciones reivindicativas.

No se establece con claridad la relación existente entre ambas instancias y la conductas personales e institucionales. En síntesis, ciudadanía supone la participación activa de los ciudadanos en el control de los actos y programas de gobierno, sustentada en la contribución impositiva en los países desarrollados y en la búsqueda de justicia social, defensa de los derechos humanos y de niveles aceptables de calidad de vida en los países en desarrollo.

A lo largo del proceso, se fueron identificando puntualmente las áreas críticas y las necesarias intervenciones en el sistema de servicios, en la docencia y en la investigación que permitiera alcanzar la idoneidad del modelo.

La incorporación del ambiente como sujeto de análisis y con idéntica jerarquía que la población y los servicios,

demandó un enfoque novedoso que insinúa un todavía largo camino de conceptualización y análisis que permita operar sobre el binomio población/ambiente desde la docencia y los servicios.

Debe actualizarse el concepto utilizado hasta el presente de que el ambiente se circunscribe al medio físico, químico y biológico en que viven las personas, para que además incorpore la dimensión social y humana que no puede ser separada.

La búsqueda de operacionalización del concepto de salud y el reconocimiento de su transformación a partir de las nuevas concepciones de prevención y promoción llevó a rescatar a la misma no como un algo absoluto e indivisible sino como algo relativo a espacio, población e historia, inherente a la vida y con posibilidades de promoción y protección de sus componentes hasta el momento de la muerte. Esto supone el reconocimiento de una *salud positiva* que desde los nuevos conceptos de promoción, prevención primordial y enfoque de riesgo, se oriente a crear contextos y condiciones favorables para el desarrollo de individuos, familias y comunidades o para la preservación y mejora del ambiente en una tarea que necesariamente debe ser multidisciplinaria e intersectorial.

Elementos tales como el reconocimiento de los problemas de funcionalidad y daño residual de las patologías crónicas, así como las nuevas modalidades de atención en donde adquieren un papel relevante los grupos de autoayuda y los recursos comunitarios vinculados a determinados problemas de salud, definen espacios de transformación para el ordenamiento de los recursos sectoriales.

Un elemento central emergente del análisis es la deficiente valoración y desarrollo de la *articulación del sector salud con los demás sectores*.

Aparece como un área de preocupación crítica, y cuya solución supone resultados en el corto y mediano plazo, la deficiente articulación con instituciones, actores y protagonistas extrasectoriales que comparten el escenario de acción y cuyas posibilidades no son tomadas en cuenta ni utilizadas y aún compiten por la población a cubrir y por el espacio social a ocupar.

Las instituciones definen su propio campo de responsabilidad y acción creando una relación parcial con la realidad concreta (personas, comunidad, ambiente) que puede desconocer, aún en la programación y evaluación, la presencia de otros actores con sus propias racionalidades, intereses y acciones. Esta situación plantea, en la relación con los sujetos de la acción, una superposición y competencia de acciones y recursos que hace que no se utilicen potenciales disponibilidades para objetivos comunes en el campo de la salud.

Aparece como un área de conflicto a definir y superar, la *desarticulación familiar y social en el plano geográfico y*

poblacional de acciones y programas (geocentrados y población centrados).

Allí surge una de las carencias más relevantes para el ejercicio del liderazgo sectorial, en la medida que no puede detectar ni influir eficazmente en decisiones extrasectoriales que afectan a la salud ni potenciar los aportes que desde allí pueden surgir para mejorar la situación de salud de la población/ambiente.

El sector salud ha retrocedido en su capacidad de ejercer influencia en las decisiones sociales (de organismos internacionales, países y grupos sociales) para la formulación y aplicación de políticas y para la generación de comportamientos personales y comunitarios saludables.

Habitualmente aparece en una doble situación. Por una parte proclama normativamente el *debe ser* para lograr una sociedad saludable y, por otra, atiende sin la cobertura ni eficacia deseadas las consecuencias de políticas y acciones de otros sectores y grupos de presión (tabaquismo, contaminación y deterioro ambiental, desnutrición, violencia.)

Aún en el ámbito intrasectorial la asignación real de recursos sociales no se corresponde a las recomendaciones sectoriales ni sigue una lógica interna en relación a los conocimientos disponibles en materia de costo-beneficio.

Para aumentar la proyección del sector hacia la sociedad se requiere desarrollar su capacidad de abogacía. Es decir, sobre la base de los esfuerzos de individuos y grupos organizados buscar la influencia de gobiernos, corporaciones y burocracias para que sean más reactivos a las necesidades de votantes, inversionistas, consumidores, así como a las de los grupos postergados social y económicamente. Las estrategias usadas por la abogacía se concentran sobre las insuficiencias burocráticas o institucionales y son inherentemente políticas. Tales estrategias incluyen acción social, abogacía de casos, abogacía legislativa y abogacía administrativa.

Se definieron operativamente objetivos y acciones que permitieran desarrollar aptitudes y actitudes para el desempeño en escenarios cambiantes e interrelacionados con intereses encontrados, que generan tensiones y decisiones no siempre acordes con los intereses de la salud y sus manifestaciones en la población/ambiente.

El análisis del sistema de servicios y de su transformación permitió valorar la eficacia de las *intervenciones poblacionales* sustentadas en la influencia que la epidemiología tiene en el diseño y aplicación de políticas de salud. El desarrollo de los SILOS planteó un espacio de convergencia en donde aplicar con cierta urgencia la metodología de análisis propuesta, y generar contenidos docentes orientados a la formación de recursos humanos y la participación comunitaria.

En suma, la problematización--desde un lugar próximo al de la perspectiva de la gente--del Modelo de Prestación de

Servicios de Salud promovió una visualización innovadora que propuso al análisis numerosas cuestiones entre las que no fueron menores: la concepción del modelo social de prácticas de salud; el reconocimiento de los ideales de salud de la población; el rescate del concepto de ciudadanía y control social; la propuesta de la democratización del conocimiento; la valorización intersectorial; la intervención poblacional en los problemas de salud; el cuestionamiento y la definición operativa del concepto de Salud; la detección de las carencias instrumentales del sector, tales como lo referido a las ciencias sociales y a las ciencias de la comunicación, y la revisión de la concepción misma de la salud pública.

En este último punto quedó explícita la superación de la misma como un conjunto de principios y métodos que permiten una profesionalización en el campo de la salud o su visualización como una actividad de gobierno para ser rescatada como el esfuerzo organizado de la sociedad hacia el logro de sus ideales de salud.

Si bien la gestación misma de este proceso y su desarrollo, dificultan su presentación como un elemento doctrinario plenamente acabado, ofrece un avance conceptual para el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública y un insumo novedoso para la formación de los recursos humanos, la investigación y los servicios.

Las estrategias y líneas de acción, definidas en este proceso, aparecen como un marco de referencia idóneo para señalar desde los campos de acción identificados y los objetivos propuestos el desarrollo de los contenidos teóricos, habilidades/destrezas y actitudes que deberán conformar-junto con otros elementos--el currículo para la formación avanzada en salud pública.

Esta propuesta permite complementar la decisión de asociar liderazgo y conducción sectorial a la necesidad de formación avanzada en salud pública, no de orientación estrictamente académica sino que en estrecha vinculación con la situación concreta con que se enfrenta el sector salud.

La aplicación de esta metodología de análisis a las realidades locales le permitirá manifestar todo su valor como herramienta de transformación, como aporte para el liderazgo sectorial y la formación avanzada en salud pública y proponer así cursos de acción contributivos para el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública.

Referencias

Organización Panamericana de la Salud. La prestación de servicios de salud. *Educ Med Salud*. 26(3): 295-425, 1991.

Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica No. 540), 1992.

Comentario editorial

La evaluación del impacto en salud de los servicios y otras acciones sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida, y la evaluación de tecnología en función de su seguridad e impacto, es uno de los cuatro grandes grupos de actividades en los que se ha redefinido el campo de la práctica epidemiológica (Reunión sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Buenos Aires, noviembre de 1983). Sin embargo, escaso avance ha sido visto en los últimos años en relación a este aspecto --lo mismo que a la investigación causal-- a pesar de los cambios observados en los determinantes sociales de la salud y de sus prácticas, la subsecuente modificación de los perfiles de salud, y el desarrollo y revitalización contemporáneos de las estrategias mayores de acción.

El análisis del modelo de prestación de servicios de salud en discusión, fue concebido y ejecutado como una aproximación hacia la perspectiva de la población, de la gente, de la sociedad. Tal aproximación, esencialmente epidemiológica, constituye un intento de escudriñar críticamente la idoneidad y la especificidad del *qué* y el *cómo* de la acción en salud y no solamente su *cantidad* y *calidad*.

Lo que antecede reafirma y define mejor algunas particularidades del desafío que conlleva describir y explicar la salud y sus prácticas, cuando es imperioso aportar relevantemente a los actuales procesos de decisión y acción en el campo social correspondiente. Entre ellas merecen mención, en lo que atañe al papel del enfoque epidemiológico, la necesidad de:

- progresión continua de *casos* y *muertes* hacia necesidades sociales, necesidades humanas, bienestar y calidad de vida,
- pasaje de problemas y necesidades *normativas* de salud cada vez más a necesidades *sentidas*, representaciones e ideales de salud,
- viraje de su énfasis en el objeto enfermedad/riesgo a las relaciones salud/desarrollo global y estado/sociedad civil,
- ampliación del ámbito de observación "modelo de atención" a modelo de prestación de servicios de salud y modelo social de prácticas de salud, y
- mayor acercamiento a la planificación/administración, por un lado, y a las ciencias políticas, antropología, y ética (sobre todo macro), por el otro.

En fin, el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública que requiere la Región de las Américas frente a la crisis que actualmente confronta, exige un desarrollo paralelo del enfoque epidemiológico más agresivo que en el pasado, si es que éste debe constituirse en piedra angular de la promoción del liderazgo sectorial en salud o mejor aún de la revalorización social de la salud en el continente. Tales desafíos hacen pensar en la epidemiología no como la *disciplina-síntesis* de los años de 1980, sino como la *transdisciplina* de los años de 1990.

(Fuente: Programa Desarrollo de Recursos Humanos, OPS.)

Tabaco o salud: Situación en las Américas

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud publicó recientemente *Tabaco o salud: Situación en las Américas*¹. El documento consta de varios informes particulares sobre el tabaquismo y la salud en las naciones, territorios y otras entidades políticas de la Región de las Américas. Se preparó con la finalidad de recopilar la información disponible sobre el uso del tabaco, las enfermedades causadas por dicho producto y las actividades de prevención y control del uso del mismo en cada una de esas entidades políticas hasta fines de 1990.

La Región de las Américas es heterogénea con respecto al uso del tabaco, su economía, el efecto de las enfermedades que causa y las medidas de control pertinentes. Sin embargo, surgen varios temas comunes de los informes de cada país. Aunque dichos temas se tratan con mayores detalles en el *Informe de la Cirujana General sobre Tabaquismo y Salud en las Américas, 1992 (1)*, algunos se resumen a continuación.

Cambios sociodemográficos

En todos los países, especialmente en los más desarrollados, se observan varios cambios sociodemográficos importantes, tales como reducción de las tasas de mortalidad por todas las causas, mortalidad infantil y fecundidad y aumentos de la esperanza de vida al nacer y del envejecimiento de la población. Estos cambios son el resultado de una mejora general de las condiciones de salud, el control de las enfermedades infecciosas y los adelantos en la lucha contra los problemas de salud materno-infantil. Dichos cambios facilitan la manifestación de las enfermedades crónicas como causa predominante de enfermedad, discapacidad y defunción en la mayoría de los países de las Américas. Además, la urbanización, el mayor índice de alfabetismo y la entrada de las mujeres a formar parte de la población económicamente activa han facilitado la adopción de patrones de consumo más semejantes a los de los países desarrollados; estos patrones incluyen, entre otros, un mayor uso del tabaco. Sin embargo, casi todos los países, especialmente los de América Central y del Sur, experimentaron graves crisis económicas a fines de los años de 1980, que podrían estar relacionadas con la disminución del consumo per cápita de cigarrillos manufacturados. Obviamente, para los fumadores de la América del Sur y del

Caribe se observa una potente elasticidad negativa de la demanda con respecto al precio. De hecho, como política de salud en el Tercer Mundo (2) se han citado los efectos de los precios altos en el menor consumo como base para aumentar los impuestos al tabaco.

La industria tabacalera

Es evidente que las compañías tabacaleras multinacionales dominan el mercado en la mayoría de los países de las Américas y los recientes cambios sociodemográficos en esos países han facilitado la expansión de los mercados de cigarrillos manufacturados. Antes de la generalizada difusión y adopción del uso de cigarrillos de tabaco rubio (por ejemplo, mezcla de variedades de Virginia, tabaco brillante y tabaco rubio), el consumo de tabaco negro predominaba en las Américas. En la mayoría de los países, particularmente en los de América del Sur, se ha reducido el consumo de tabaco negro y ha aumentado el de tabaco rubio. Los cigarrillos que contienen tabaco rubio predominan ahora en la mayoría de los mercados de las Américas y su comercialización y propaganda proliferaron en los años de 1970 y 1980.

Hoy en día, las compañías tabacaleras multinacionales saturan el medio ambiente de todo el Hemisferio con sus anuncios de productos de tabaco. Además, dichas compañías emplean actividades culturales y deportivas y aun la atención de salud para fomentar su prestigio y la identificación de los productos. En fecha reciente, algunas naciones optaron por limitar la propaganda de productos del tabaco. El Canadá ha prohibido toda clase de publicidad, pero dicha prohibición se ha recusado en los tribunales. Venezuela prohibió la propaganda de productos del tabaco por la televisión, pero se vio obligada a cerrar las estaciones de televisión cuando los países tabacaleros emplearon propaganda indirecta (presentación de logotipos sin mencionar el tabaco) para anular el efecto previsto de esta regulación.

El efecto económico de la industria tabacalera en varios países oscila entre negativo, debido a una balanza comercial desfavorable para los productos del tabaco y los artículos empleados en su producción y manufactura, y sustancial en países como el Brasil con importantes industrias manufactureras y exportadoras de tabaco. Casi todos los países informan que un porcentaje mínimo de la fuerza laboral agrícola e industrial se dedica a la producción y manufactura de tabaco. Es imposible realizar análisis de costo-beneficio del uso del tabaco en los países de las Américas porque no se han examinado a cabalidad los costos por concepto de atención de salud por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, discapacidad, mortalidad prematura, pérdida de productividad y desvío de gastos correspondientes a otros productos.

¹*Tabaco o salud: situación en las Américas. Un informe de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS, 1992.-430 p. (Publicación Científica; 536) ISBN 92 75 31536 1. Publicada también en inglés (1992) con el título Tobacco or Health: Status in the Americas. A report of the Pan American Health Organization. Washington, DC:PAHO Scientific Publication No. 536, ISBN 92 75 11536 2.*

Uso del tabaco

Aunque la OPS patrocinó una encuesta normalizada del uso del tabaco y de sus factores determinantes en ocho ciudades de América Latina en 1971 (3), se han notificado pocas encuestas de esa naturaleza sobre el uso del producto por parte de adultos y adolescentes en las Américas, con excepción del Canadá y de los Estados Unidos. Las encuestas cubren, en su mayoría, determinadas ciudades, poblaciones urbanas o subgrupos específicos, como los empleados del departamento de salud. Por tanto, pocos de los datos notificados son representativos de la situación nacional o son comparables. Sin embargo, se pueden hacer varias afirmaciones generales sobre el tabaquismo en países distintos de los Estados Unidos y del Canadá. El tabaquismo predomina más en las zonas urbanas que en las rurales, es más común en los grupos de alto nivel socioeconómico que en los de menor grado de escolaridad y bajas condiciones económicas y comienza a disminuir algo en los hombres pero ha registrado un aumento sustancial en las mujeres. Por lo general, los fumadores de América Latina y del Caribe consumen un menor número diario de cigarrillos que los de los Estados Unidos y el Canadá. Los datos sobre el consumo de cigarrillos notificados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (4) y otras fuentes quizá representan una gran subestimación del consumo verdadero debida a ventas no declaradas, comercio ilícito de cigarrillos y un gran volumen de ventas libres de impuestos (particularmente en el Caribe).

Pocos países notifican datos nacionales representativos del uso de tabaco por parte de adolescentes y casi todas las encuestas se han realizado únicamente en poblaciones escolares. El uso de tabaco por parte de adolescentes se incluye en varias encuestas sobre el uso de drogas hechas por los países de América latina y del Caribe. Por lo general, los adolescentes notifican un bajo porcentaje de consumo diario de cigarrillos. Sin embargo, la iniciación del hábito de fumar y el consumo de cigarrillos a manera de ensayo parecen ser más comunes a mediados y en los últimos años de la adolescencia, como sucede en los Estados Unidos y el Canadá.

En términos generales, en las pocas encuestas sobre actitudes, creencias y conocimientos relativos al tabaco y sus efectos para la salud en los países de las Américas distintos del Canadá y de los Estados Unidos se indicó que se conocen bien los efectos del tabaquismo para la salud. Sin embargo, también fue evidente que había tolerancia del tabaquismo y falta de preocupación por el riesgo personal. En la mayoría de los países de las Américas, el tabaquismo parece ser todavía socialmente aceptable.

Tabaquismo y salud

Debido a limitaciones relativas a la calidad de los datos de mortalidad existentes en muchos países de la América Latina

y el Caribe, los análisis de tendencias, los análisis de mortalidad proporcional y los cálculos de la mortalidad atribuible al tabaquismo son difíciles de interpretar. Cuando los datos de mortalidad fueron adecuados (como sucedió en el Canadá y en el Uruguay), se determinó que las estimaciones de la mortalidad atribuible al tabaquismo, es decir, la proporción de defunciones prevenibles cuando la población no fuma, eran similares a las de los Estados Unidos (donde 20% de todas las defunciones se atribuyen al tabaquismo). Al emplear los datos de los registros de cáncer, algunos países o regiones pudieron demostrar, con el paso del tiempo, un aumento de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y otras clases de cáncer relacionadas con el tabaquismo. Estos patrones son típicos de las poblaciones muy expuestas al tabaco durante los 20 a 30 años precedentes.

Varios países notificaron tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres y hombres de 45 a 54 y de 55 a 64 años. En esos grupos de edad, es poco probable que haya habido alguna causa de defunción por cáncer de pulmón distinta del tabaquismo. De esa forma, estos datos pueden ayudar a demostrar el efecto del tabaquismo en las poblaciones de países donde la notificación de la mortalidad es incompleta o inexacta. Casi todos los países que notifican esos datos muestran crecientes tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres, pero no en las mujeres.

La enfermedad cardiovascular parece ser una de las causas de defunción más comunes en los países de las Américas. Gran parte de esa mortalidad se debe a factores relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, pero es imposible separar los efectos de los diversos factores de riesgo y mejoras en el tratamiento médico sin estudios longitudinales en poblaciones definidas. Sin embargo, los aumentos pasados del consumo de cigarrillos en las Américas contribuyeron a la manifestación de esas enfermedades en los años de 1980, pero en menor proporción que a la de cáncer de pulmón y de otras clases de cáncer. Las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular están comenzando a disminuir en algunos países latinoamericanos y caribeños, al igual que en los Estados Unidos y el Canadá. La reducción de la mortalidad por enfermedad cardiovascular en los Estados Unidos y el Canadá se ha atribuido a la disminución del tabaquismo, a cambios de otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y a la mejora del tratamiento médico (5).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

En la mayoría de los países de las Américas, no se ha asignado al uso del tabaco la misma clasificación como problema de salud pública que al control de las enfermedades infecciosas o los problemas de la salud materno-infantil. Algunos países han establecido estructuras gubernamentales para el control del uso del tabaco pero, por lo general, ha sido escasa la dotación de fondos y de personal para esas

actividades. A veces, se han empleado las rentas provenientes de los impuestos a los cigarrillos para sufragar el costo de investigaciones sobre el tabaquismo o intervenciones para combatirlo. En muchos países, las ONG como asociaciones médicas, sociedades de lucha contra el cáncer e iglesias han ido a la vanguardia en materia de política, educación escolar e información al público sobre problemas relacionados con el tabaquismo. Han sido raras las evaluaciones específicas de los efectos de estos programas, debido en parte a la falta de datos sobre el uso del tabaco en las poblaciones seleccionadas.

Por lo general, casi todos los países tienen una estructura básica capaz de enfocar la prevención u el control del tabaquismo como materia de salud pública. Muchos han promulgado leyes destinadas a limitar el consumo de tabaco en lugares públicos, la propaganda de productos del tabaco y el acceso a este por parte de los jóvenes. Sin embargo, por lo general, no se ha podido comprobar el cumplimiento con esas leyes. La propia existencia de estas actividades de control del uso del tabaco, ya sean de naturaleza educativa o legislativa, indica que existe un medio favorable para cambiar las actuales normas sociales que apoyan el tabaquismo. Es indispensable tener recursos financieros y humanos complementarios y mejorar el sistema de acopio de datos para fortalecer esos esfuerzos.

Resumen y recomendaciones

Para el presente informe sobre la situación regional del control del tabaquismo en las Américas se acopió información de centenares de individuos y publicaciones que nunca habían aparecido antes en un solo documento. El proceso de acopio de datos y de colaboración por parte de tantas entidades, gobiernos y personas diferentes, en sí, ha servido para percatarse más de que el tabaquismo es uno de los problemas de salud pública más graves de las Américas en los años de 1990. En decenios recientes, la comunidad internacional de salud pública ha concentrado la mayor parte de su atención en enfermedades transmisibles e infantiles, pero es obvio, por lo expuesto en este informe, que las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular las causadas por el tabaquismo, deberán ser abordadas de una manera más dinámica por los gobiernos y las organizaciones internacionales de salud.

El informe servirá de fuente de datos básicos particularmente para las naciones de América Latina y el Caribe cuando aborden los complejos asuntos relativos a la prevención y al control del uso del tabaco. Obviamente, la epidemia de cáncer de pulmón y de otras enfermedades causadas por el uso del tabaco, que ha tenido dolorosas manifestaciones en los Estados Unidos y el Canadá, no necesita repetirse en el Hemisferio antes de poner en práctica las actividades de prevención primaria. Los países de las Américas pueden aprender unos de otros y unirse para

combatir una industria que prospera en la complacencia y la dependencia económica.

En los últimos años ha sido impresionante el adelanto logrado en la lucha contra los problemas de salud pública causados por enfermedades infecciosas y por los de la salud materno-infantil en las Américas. Sin embargo, estos problemas nunca fueron una fuente de utilidades para las empresas multinacionales ni los gobiernos ni se fomentaron con cuantiosos gastos en propaganda y promoción de actividades sociales, como programas deportivos y culturales. Fue relativamente fácil determinar que eran nocivos para el progreso nacional, el bienestar personal y la productividad. Resulta más difícil puntualizar el uso del tabaco como problema de salud pública cuando en los anuncios hechos por televisión y radio y en carteleras, avisos colocados en la calle y kioscos de todo el Hemisferio se proyecta comúnmente una imagen favorable del tabaquismo. Muchos gobiernos, agricultores y comerciantes minoristas dependen de los impuestos y las utilidades del tabaco.

En varios países, las personas con un mayor grado de escolaridad e ingresos más elevados (incluso los médicos), que son presuntamente los agentes de cambio para introducir un estilo de vida sano, fuman en mayor proporción que los de una clase socioeconómica más baja. Las consecuencias del tabaquismo para la salud tal vez no se manifiesten claramente en América Latina y el Caribe porque faltan datos para demostrar los efectos que tiene el tabaquismo para la salud de la población. Tampoco hay datos suficientes para demostrar los cambios de conducta y actitud necesarios para reducir el uso del tabaco. Por último, no se asignan con la debida frecuencia recursos ni personal para abordar el asunto del tabaquismo y la salud, aun cuando los indicadores de salud muestren con frecuencia cada vez mayor el potencial de graves efectos morbosos en el futuro.

La Región de las Américas puede emplear los datos de este informe sobre la situación regional y los del de la Cirujana General de los Estados Unidos, 1992, para formar una coalición internacional contra lo que puede ser el problema de salud pública más grave de los años de 1990. Basándose en los datos del informe, se pueden formular varias recomendaciones sobre medidas pertinentes:

1. Conviene mejorar y normalizar el acopio de datos sobre patrones de conducta, actitudes, conocimientos y creencias relativos al tabaco. Estos datos se habrán de publicar regularmente y emplear para fomentar cambios de opinión pública y acción política para prevenir el uso del tabaco.
2. Es preciso mejorar, recolectar y analizar sistemáticamente los datos sobre mortalidad y morbilidad en las naciones de las Américas para poder entender y comunicar a cabalidad la carga actual y futura de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Sin esos datos, el público y las autoridades encargadas de

formular política no comprenderán la carga que para la salud pública representa el uso del tabaco.

3. Hay que fortalecer y hacer cumplir las políticas y la legislación que prohíben fumar en lugares públicos, la propaganda y promoción de productos del tabaco y el acceso a este por parte de los jóvenes. Estas medidas sirven para reducir la aceptabilidad social del tabaquismo y son indispensables para cambiar la conducta individual.

5. Es preciso incrementar bastante y en forma periódica los impuestos ad valorem a los cigarrillos como medio de reducir el consumo.

6. Las organizaciones de salud pública deberán incrementar los recursos monetarios y humanos destinados a la prevención y al control del uso del tabaco. Es indispensable ampliar la importancia de las actividades de control del tabaquismo para cambiar la conducta individual y prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con el uso del tabaco.

Referencias

(1) U.S. Department of Health and Human Services. *Smoking and Health in the Americas -- A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Publicación DHHS (CDC) 92-8420, 1992.

(2) Warner, KE. Tobacco taxation as health policy in the third world. *American Journal of Public Health* 80(5):529-530, 1990.

(3) Joly, DJ. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación Científica No. 337, 1977.

(4) U.S. Department of Agriculture (Datos inéditos). Washington, DC: Tobacco, Cotton, and Seeds Division, Foreign Agricultural Service, U.S. Department of Agriculture, abril de 1990.

(5) Rothenberg, RB y Koplan, JP. Chronic disease in the 1990s. *Annual Review of Public Health* 11:267-296, 1990.

(Fuente: Resumen preparado por el Programa Promoción de la Salud, OPS.)

Calendario de cursos y reuniones

Curso internacional sobre vigilancia y epidemiología aplicada para VIH y SIDA

Los Centros para el Control de Enfermedades, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América auspician este curso que tendrá lugar del 13 de septiembre al primero de octubre de 1993 en Atlanta, Georgia.

El propósito de este curso es desarrollar destrezas básicas en epidemiología, vigilancia y elaboración de estrategias de prevención del VIH y el SIDA. El curso ha sido diseñado para oficiales médicos y de salud pública de los países en desarrollo que tienen por responsabilidad la vigilancia y el análisis epidemiológico del VIH y el SIDA.

Los participantes se adiestrarán en el conocimiento epidemiológico del VIH y el SIDA, y en aplicar conocimientos básicos de epidemiología para organizar y presentar datos científicos; efectuar vigilancia del SIDA, incluso el desarrollo y uso de las definiciones de caso, establecimiento de un sistema de notificación de casos de SIDA y el análisis e interpretación de datos de vigilancia; realizar vigilancia de infección por VIH, incluso el establecimiento de un sistema de vigilancia centinela del VIH y el análisis e interpretación de los datos de vigilancia; llevar a cabo estudios epidemiológicos básicos, como la identificación de factores de riesgo y la investigación de episodios poco frecuentes de infección y enfermedad, y el monitoreo y evaluación de programas de vigilancia e intervención; aplicación de datos de vigilancia de VIH y

SIDA en el desarrollo de estrategias de prevención. Se requiere conocimiento del inglés para matricularse en el curso.

Todas las solicitudes de información y formularios de postulación deben dirigirse a: Yvonne Chrimes, Conference Planner, Pace Enterprises, 17 Executive Park Drive, Suite 200, Atlanta, Georgia 30329, EUA. Teléfono 404-633-8610, fax 404-633-8745.

Décimotercera reunión científica de la Asociación Internacional de Epidemiología

La reunión décimotercera de la Asociación Internacional de Epidemiología se llevará a cabo del 26 al 29 de septiembre de 1993 en Sydney, Australia.

El programa fue diseñado para actualizar a los participantes sobre los aspectos internacionales más importantes del desarrollo de la epidemiología. Consiste de sesiones plenarias sobre temas de relevancia e interés, conducidas por oradores expertos en su campo. También se conocerán trabajos a ser seleccionados por un Comité de Programa de entre los estudios presentados. El idioma oficial de la conferencia es el inglés. Todas las sesiones serán en inglés sin traducción.

Para mayor información solicitarla de: IEA Conference Secretariat, P.O. Box 746, Turramurra NSW, 2074 Australia. Teléfono 612-449-1525, fax 612-488-7496.

Desarrollo de la epidemiología en Centro América

En virtud de la Resolución XIV de la VIII Reunión del Sector Salud de Centro América que trata del desarrollo de la epidemiología (véase *Boletín Epidemiológico* de la OPS, Vol. 13, No. 3, 1992), en Tegucigalpa, Honduras se conformó un grupo técnico de trabajo que reunió del 8 al 14 de noviembre de 1992 a representantes de los países centroamericanos para elaborar un programa detallado que indicara las actividades que se deberían realizar en el corto plazo en cada país y en la subregión.

En función de los objetivos acordados, se plantearon las actividades siguientes a ser desarrolladas:

- Realizar análisis permanente de la situación de salud de los diferentes niveles de los servicios de salud.

Establecer criterios homogéneos en la presentación de la información del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

Elaborar base de datos de acceso a todos los países.

Difundir los ASIS realizados.

Organizar un Congreso Centroamericano de Epidemiología para presentación de los resultados de investigaciones epidemiológicas.

- Promover investigaciones epidemiológicas.

Realizar un inventario de instituciones que hacen investigación y de trabajos publicados por país.

Promover el intercambio de publicaciones y cooperación técnica.

Elaborar proyectos de investigación colaborativos en la Subregión que respondan a las necesidades nacionales.

- Revisar y adecuar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Definir criterios e indicadores cualicuantitativos para la evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica.

Divulgar boletines, informes, normas y otros documentos técnicos según necesidad.

Establecer mecanismos de divulgación oportuna de la información epidemiológica, mediante tecnología apropiada.

Incorporar tecnologías electrónicas disponibles a los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Capacitar personal en el uso y mantenimiento de sistemas de procesamiento electrónico de datos.

Mejorar la red de comunicación de la información epidemiológica intra e interpaís.

Organizar talleres subregionales de epidemiología para el desarrollo de bases de datos, la estandarización y actualización de sistemas y organizar mecanismos de difusión e intercambio.

Reunión con responsables de programas de control y autoridades sanitarias fronterizas, para incorporar la vigilancia en reuniones técnicas fronterizas.

- Poner en ejecución un plan de desarrollo de la red de laboratorios para salud pública en apoyo al proceso de vigilancia epidemiológica.

Realizar el diagnóstico de la situación actual de la red de laboratorios de apoyo a salud pública con el asesoramiento técnico necesario.

Establecer la red de laboratorios de referencia, tomando en cuenta accesibilidad y oportunidad de respuesta.

- Lograr la educación permanente del recurso humano para dar apoyo al proceso de desarrollo de la epidemiología.

Intercambiar y fomentar el análisis y experiencias en desarrollo de recursos humanos en epidemiología.

Como paso inicial para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, se acordó realizar en el primer cuatrimestre de 1993, una evaluación formal de los sistemas vigentes de vigilancia en cada país, con esa finalidad se armonizarán criterios a nivel sub-regional sobre la metodología y los indicadores que se utilizará, para luego constituir grupos nacionales que llevarán a cabo la evaluación a todo nivel.

Hubo consenso en priorizar la incorporación del análisis de la situación de salud como práctica epidemiológica en los servicios de salud, en especial en los niveles locales del sistema de servicios. Así mismo que la mejor manera de perfeccionar esa práctica es mediante su ejecución, uso y revisión constantes.

El programa propuesto se constituye como un proceso que se prolongará por varios años y puntualiza la necesidad de organizar núcleos nacionales de trabajo con participación de la Seguridad Social, Universidades, Centros de Investigación y otras instituciones apropiadas.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

Casos y defunciones por fiebre amarilla y peste, notificados en la Región de las Américas, hasta el 31 de diciembre de 1992.

País y división administrativa principal	Fiebre amarilla		Peste
	Casos	Defunciones	Casos
BOLIVIA	14	8 ^a	-
Cochabamba	1	1	-
La Paz	8	7	-
Santa Cruz	5	-	-
BRASIL	10	6	8
Bahía	-	-	8
Mato Grosso	2	2	-
Mato Grosso do Sul	8	4	-
ECUADOR	11	9	-
Napo	3	3	-
Pastaza	4	3	-
Sucumbios	4	3	-
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	-	-	13
Arizona	-	-	4
California	-	-	1
Idaho	-	-	1
Nevada	-	-	1
Nuevo México	-	-	4
Utah	-	-	1
Wyoming	-	-	1

^aConocidos a la fecha.

El *Boletín Epidemiológico* de la OPS se publica en forma trimestral en inglés y español.

Forma parte de la colección de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

Impreso en papel sin ácido.

ISSN 0255-6669



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