

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 18, No. 4

Diciembre 1997

Tercera evaluación de la aplicación de las estrategias de Salud Para Todos en el Año 2000 - Región de las Américas

En 1977, los Estados Miembros de la OMS adoptaron unánimemente la Estrategia Global de Salud Para Todos en el Año 2000 (Resolución WHA30.43) y, subsecuentemente, el Plan de Acción para su aplicación. La Asamblea Mundial de la Salud también acordó que los informes deberían ser analizados cada dos años por los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud y que, cada seis años, se realizaría una evaluación para determinar la eficacia y el impacto de la estrategia nacional, regional y mundial. El proceso se inició en 1983 con el primer informe de monitoreo.

Para facilitar el monitoreo del progreso y la implementación de las estrategias nacionales de salud para todos y la preparación de los informes nacionales, fue desarrollado por la OMS, en 1982, un Marco de Trabajo Común, el cual ha sido modificado con base en comentarios y sugerencias de los Estados Miembros y las Oficinas Regionales, siendo ésta la tercera versión (CFE3).

El propósito de la tercera evaluación—la última antes del año 2000—fue permitir a los Estados Miembros evaluar el progreso en función de las metas de Salud Para Todos y la aplicación de la estrategia de atención primaria, para la identificación de las áreas que requieran acciones prioritarias y de los elementos que obstaculizan y facilitan este progreso. El informe fue preparado basándose en los resultados de 37

informes nacionales recibidos en la Oficina Central y fue necesario utilizar otras fuentes para complementarlo. Los países informantes representaban más del 90% de la población de la Región de las Américas.

La preparación del resumen regional presentó varias dificultades. Aunque la mayoría de los informes llegaron a la sede de la OPS en el plazo establecido, varios se retrasaron considerablemente y otros no llegaron. Aunque los 37 países de los cuales se recibieron informes representaban más del 90% de la población de la Región de las Américas, como los informes diferían considerablemente en cuanto a su alcance y profundidad resultó difícil sacar conclusiones válidas para toda la Región sobre la marcha hacia la meta de salud para todos en el Año 2000.

Como cada informe fue preparado principalmente con miras a resolver las necesidades del país, había diferencias en las fechas de la información presentada y en otros rubros. Una evaluación regional sería más útil si los datos fuesen comparables entre países y con el tiempo. Por consiguiente, además de los informes recibidos de estos 37 países, se usó información del Sistema de Información Técnica de la OPS y de otras fuentes (CEPAL, BID, Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas, PNUD, UNESCO, UNICEF, Banco Mundial) a fin de complementar los datos contenidos en los informes

EN ESTE NUMERO...

- Tercera evaluación de la aplicación de las estrategias de Salud Para Todos en el Año 2000 - Región de las Américas
- Brasil: desarrollo de una Red Integrada de Información para la salud
- Filariasis linfática en las Américas
- Indicadores de la Tercera Evaluación de las Estrategias de Salud Para Todos en el Año 2000 - Región de las Américas, 1997
- La oncocercosis: informe de la Conferencia Interamericana sobre la Oncocercosis - Oaxaca, México
- Publicaciones
- Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades de la Región de las Américas. Un estudio multicéntrico
- Cursos de verano de epidemiología en 1998

nacionales. En la mayoría de los casos en que un dato del informe nacional difería de la información procedente de otras fuentes se usó la información del informe nacional.

Se reconoció que este resumen regional no podía constituir una suma de la información presentada en los informes nacionales, sino que reflejaba la mejor información disponible, que en algunos casos era la información de la cual disponían los programas correspondientes en la Oficina Regional.

Las principales conclusiones establecidas a partir de los 37 informes de país recibidos en la Oficina Central de la OPS, y complementadas con otras fuentes de información, han sido las siguientes:

En lo relacionado a las **tendencias en el desarrollo de políticas**, hacia mediados de la década, casi todos los países de la Región habían evolucionado hacia modelos democráticos y participativos, pero persistiendo serios problemas de gobernabilidad. Este movimiento produjo la necesidad de redefinir las relaciones entre los poderes públicos y la sociedad civil mediante la adopción acelerada de reformas políticas y organizativas, denominadas reforma del Estado. A pesar de los esfuerzos de los países para mejorar la contribución de la formulación de políticas nacionales relacionadas a salud aún hay serias limitaciones para alcanzar mejores logros.

Las principales tendencias que han afectado este período han sido los procesos de globalización económica que se están llevando a cabo a nivel mundial, así como el fortalecimiento de los grupos de mercado subregionales, a nivel de la Región de las Américas.

Las **tendencias económicas** indican que, en la actualidad se observan más pobres en la subregión de América Latina y el Caribe que al inicio de la década de los ochenta, presentándose una mayor concentración en las zonas urbanas. En términos absolutos, el número de personas que se encontraba por debajo de la línea de pobreza en América Latina pasó de 197 millones en 1990 a 209 millones en 1994; de ellos, 65% se concentró en la zona urbana, aún cuando la proporción de los pobres en el total de población rural continúa siendo mayor que la de las ciudades.

Las **tendencias demográficas** observadas en la región no alteraron su curso y el descenso de la fecundidad, el envejecimiento y la urbanización de la población han continuado e incluso, se han acentuado, lo mismo que las

inequidades y desigualdades al interior de los países, tanto en lo socioeconómico como en lo demográfico. A mitad de la presente década, la población del continente americano alcanzó los 774 millones (en 1950 era de 331 millones), representando cerca del 13% de la población mundial actual; se estima que para el año 2025 alcanzará 1.062 millones. La importancia relativa de América Latina en el continente ha aumentado a lo largo del tiempo: en 1950 fue de 48,7%, en 1995 de 61,3% y en 2025 se estima en 65,1% de la población regional; mientras que América del Norte desciende desde 50,1% en 1950 a 37,7% en 1995, y se estima en 33,9% para 2025.

Desde la Segunda Evaluación de la Estrategia de SPT2000 (1991) y de acuerdo a la tipología elaborada por el CELADE que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países, se agrupan de la forma siguiente:

Grupo I, transición incipiente (alta natalidad; alta mortalidad; crecimiento natural moderado, del orden de 2,5%): continúan Bolivia y Haití.

Grupo II, transición moderada (alta natalidad; mortalidad moderada; crecimiento natural elevado, cercano al 3,0%): Dejó este grupo Perú; continúan El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

Grupo III, transición plena (natalidad moderada; mortalidad moderada o baja; crecimiento natural moderado, cercano al 2,0%): Dejó este grupo Chile; se incorporó el Perú; continúan Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, México, Panamá, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tobago y Venezuela.

Grupo IV, transición avanzada (natalidad y mortalidad moderada o baja; crecimiento natural bajo, del orden del 1,0%): Se incorpora Chile; continúan Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Cuba, Estados Unidos de Norteamérica, Guadalupe, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

Salud y medio ambiente. A pesar de los avances en la ampliación de coberturas, existen serios problemas en la calidad y el abastecimiento del agua y en la disposición de desechos sólidos. En 1995, el 73% del total de la población tenía acceso a sistemas de abastecimiento de agua por medio de conexiones domiciliarias u otros medios aceptables. En el campo del saneamiento, en 1995 la cobertura de las instalaciones de eliminación de aguas residuales y excretas se elevaba al 69%.

Los servicios urbanos permanecieron constantes, en el 80%, pero se extendieron los servicios rurales al 40% de la población, aproximadamente. Uno de los problemas de saneamiento más críticos de América Latina sigue siendo la falta de tratamiento de aguas servidas, revelándose que en 1995 las aguas servidas que se recogen y se depuran superan apenas el 10%. Como resultado de la epidemia de cólera, los países han aumentado sus inversiones en abastecimiento de agua y saneamiento.

Hay interés por direccionar un desarrollo sostenible y esta preocupación es compartida por la población, gobiernos y organizaciones no-gubernamentales.

La situación sobre los **recursos para la salud**, indica que las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la última década, han evidenciado cada vez más las serias limitaciones de las instituciones para la gestión de sus recursos, situación que se ha agudizado debido a la tendencia al incremento de los costos en los servicios. En 1994 los países de América Latina y el Caribe gastaron en salud alrededor de US\$ 118.000 millones, alrededor de US\$ 250 *per capita*. El gasto nacional en salud en el mismo año el 7,5% del Producto Interno Bruto (PIB).

En comparación con los setenta, en los últimos 15 años la política de desarrollo de infraestructura ha sufrido un estancamiento y en la actualidad es uno de los componentes con mayor necesidad de respaldo de políticas de Estado, así como el de mejorar los mecanismos para el abastecimiento de medicamentos esenciales y otros suministros.

El **desarrollo del sistema de salud** desde la segunda evaluación, ha experimentado cambios importantes en la formulación e implementación de las políticas nacionales y del sector salud. La descentralización, la participación social y la coordinación inter e intrasectorial son parte de las estrategias que han sido impulsadas y que en algunos lugares han producido resultados favorables.

La falta de un sistema de información adecuado impacta adversamente en la oportunidad y confiabilidad de la información, habiéndose registrado que algunos sistemas de información sobre producción de servicios no han sido revisados en más de 20 años. Este problema contribuye a limitar la definición de una política de salud sustentada en la identificación de los problemas y necesidades prioritarias para el sector.

Entre los aspectos más relevantes de los **servicios de**

salud, se observó que un buen número de países han dado pasos importantes para crear o fortalecer las unidades de promoción y educación en salud dentro de los Ministerios de Salud.

Los países han asignado una alta prioridad al cuidado de la mujer y de los niños menores de 5 años de edad. Los avances han sido dirigidos a mejorar las coberturas, pero continúan las necesidades de acceso a la población debido a limitaciones de diversa índole. Hay una tendencia al incremento de proveer servicios de salud integrales a grupos de población prioritarios.

Las tasas de inmunización en la Región son altas. El último caso de poliomiélitis ocurrió en 1991. Otros importantes logros han sido dirigidos a la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal.

Las necesidades de financiamiento y de otros recursos han sido vistos como una limitante para expandir y mantener los programas de salud. Muchos países tienen la expectativa en que la descentralización y un mayor involucramiento de la comunidad a niveles locales podrían contribuir a la sostenibilidad de las actividades.

Se han alcanzado importantes logros en el aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, ligado a la disminución de la mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles. Hay un aumento en la importancia de las enfermedades crónicas y las discapacidades. Enfermedades como la tuberculosis, el dengue o la malaria, siguen manteniendo o incrementando su peso en la Región. Aunque algunos indicadores han mejorado, todavía persisten grandes brechas entre los países y entre comunidades o grupos sociales y dentro de cada uno de ellos, lo que debe considerarse a la hora de establecer políticas que permitan acercarse o alcanzar los objetivos de la meta.

La visión de SPT representa un estado futuro deseado y al cual nos acercaremos mediante la renovación del compromiso con la meta, la aplicación de estrategias adecuadas y la ejecución de acciones concretas. Esta visión, podría resumirse como un entendimiento compartido de salud donde las energías de la Región responden éticamente a los desafíos que representa el logro de un desarrollo humano sostenible con dignidad y equidad en el futuro de las Américas. Esta visión se apoya en un sistema de valores cuyos ejes orientadores son la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad.

Estrategias propuestas

Las orientaciones estratégicas y programáticas para la OPS para el período 1995-1998 se refieren a: promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades, promoción y protección del medio ambiente, salud en el desarrollo humano y desarrollo de sistemas y servicios de salud. Las mismas representan un punto de partida en los procesos dirigidos a redimensionar o identificar nuevas estrategias de acción dirigidas a la renovación de la meta SPT en las Américas.

Al aproximarse al nuevo milenio los Gobiernos

Miembros deben renovar su compromiso con la meta de SPT y sus estrategias de salud en el contexto de las tendencias sociales, económicas, políticas, ambientales y tecnológicas que están afectando a la salud de las poblaciones, al ambiente y a los servicios de salud, dándole prioridad a la adopción de políticas para resolver sus problemas de salud de manera sostenida, con miras a mejorar constantemente la calidad de vida de su población.

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

Simposio Internacional sobre Ingeniería Ambiental y Ciencias de la Salud: Un esfuerzo conjunto para el Siglo XXI.

Universidad de las Américas - Puebla
Cholula, Puebla, México
Octubre 26 al 30, 1998

El Simposio Internacional sobre Ingeniería Ambiental y Ciencias de la Salud, será un foro para el intercambio interdisciplinario de puntos de vista, experiencias y necesidades de investigación y la educación en esta área de salud del medioambiente.

El Simposio estará estructurado como un evento de cinco días, con temas específicos a desarrollarse diariamente durante cuatro días. El quinto día habrá una ceremonia de cierre, precedida por grupos de trabajo.

Los tópicos siguientes han sido sugeridos por el Comité Organizador: Epidemiología; toxicología; salud ocupacional; pesticidas; políticas de salud ambiental; desechos peligrosos; metales pesados; educación, entre otros.

Para mayor información contactar a:
ISEEHS/98
Dept. De Ingeniería Civil Universidad de las Américas Puebla,
72820 Cholula, Puebla, México
Fax; (52-22) 29-20-31 o 29-22-58
E-mail: jraynal@mail.pue.udlap.mx

Brasil: desarrollo de una Red Integrada de Información para la salud

En nota anterior publicada en el *Boletín Epidemiológico de la OPS* (1), se anunció una actividad conjunta entre el Ministerio de Salud y la Representación de la OPS en Brasil, con el objetivo de organizar una red con las instituciones que estén orientadas a la producción de datos y análisis de la información sobre la situación de salud en el país. Esa iniciativa fue consolidada por el Ministerio de Salud, en junio de 1997, al crearse la Red Integrada de Información Para la Salud – RIPSA (2), la que se implementó con base a un acuerdo específico de cooperación firmado con la OPS.

Los objetivos de la RIPSA fueron definidos de la siguiente manera:

- a. establecer bases de datos nacionales consistentes, actualizados, y de fácil acceso;
- b. articular las instituciones que pueden contribuir al fortalecimiento y la crítica de los datos y la información y para realizar análisis de tendencias;
- c. implementar mecanismos de apoyo al perfeccionamiento permanente de la producción de los datos y la información;
- d. promover el intercambio con otros sub-sistemas especializados en la información de la administración pública; y,
- e. contribuir a la profundización de los aspectos todavía poco explorados o de aquellos identificados como de especial relevancia para la comprensión del cuadro sanitario brasileño.

La RIPSA está integrada, aproximadamente, por 40 órganos y entidades gubernamentales y no-gubernamentales, involucrados directamente en la producción, análisis y disseminación de información de interés para la salud. Fueron establecidos como mecanismos de articulación y de coordinación de la Red: a) la Oficina de Trabajo Interagencial, instancia colegiada responsable por la conducción técnica y la planificación estratégica; b) los Comités Temáticos Interdisciplinarios, de carácter transitorio, responsables de analizar y de proponer soluciones a los aspectos metodológicos y operacionales específicos, relacionados con las bases de datos y sus productos; y c) la Secretaria Técnica, encargada de la operacionalización de las acciones y del apoyo a las estructuras colegiadas de la Red.

Durante los días 4 y 5 de noviembre de este año, se realizó una tercera Oficina de Trabajo Interagencial, con el objetivo de decidir sobre las propuestas originadas de los trabajos de tres Comités Temáticos y determinar la programación de la Red para 1998. Las propuestas analizadas se referían a la elaboración y la impresión de indicadores básicos de 1997 y la compatibilización consensual de las bases de datos sobre mortalidad, natalidad, notificación de daños, morbilidad ambulatoria y hospitalaria. Como estrategia básica para la compatibilización de los sistemas existentes se propusieron modelos comunes para la identificación de individuos, instituciones y eventos relacionados a la salud.

De la Oficina de Trabajo resultaron deliberaciones sobre todos los asuntos referidos, habiéndose acordado la elaboración y publicación periódica, a partir de 1998, de los indicadores y datos básicos de Brasil, y de informes nacionales sobre la situación de salud y sus tendencias. Los trabajos orientados al perfeccionamiento de los sistemas de información serán ampliados para la revisión de las bases de datos de morbilidad, salud ocupacional y salud ambiental. Además, se decidió iniciar las articulaciones para el desarrollo de los sistemas de información geo-referenciada en salud, y mejorar la integración y disseminación de información en medio electrónico, a través del *Web-site* del Ministerio de Salud. También se buscará la compatibilización de las bases de información de la RIPSA con los sistemas de información regionales de la OPS, como una manera de propiciar el intercambio entre los países.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, Vol. 17, No. 2, Julio 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial No. 820, 25 de junio de 1997.

Fuente: Secretaria de Políticas de Salud y de Validación, del Ministerio de Salud y la Representación de la OPS en Brasil.

Filariasis linfática en las Américas

La filariasis linfática (FL) en las Américas es una enfermedad causada por *Wuchereria bancrofti* la cual es transmitida por el mosquito *Culex quinquefasciatus*. En general, su ocurrencia esta restringida a áreas de poco saneamiento básico y donde hay grandes estancamientos de agua, la que contiene grandes cantidades de material orgánico, lugares apropiados para el desarrollo del vector. En todos los países donde hay FL, esta se encuentra localizada en focos de distribución discontinua. Estas características especiales, que se presentan en lugares específicos en el Nuevo Mundo, le dan a la FL una epidemiología especial, por lo que se encuentra en focos bien limitados en los países donde es endémica. En la mayoría de las áreas, conforme el saneamiento básico va mejorando, la incidencia de la enfermedad va declinando y, en algunos casos, ha desaparecido. Debido a estas condiciones particulares, la FL es relativamente escasa en la Región ocurriendo principalmente en Brasil, Costa Rica, La República Dominicana, Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago.

Se estima que hay 6,5 millones de personas viviendo en áreas endémicas, y que más de 300.000 son microfilaria-positiva o tienen la enfermedad. La baja incidencia de la enfermedad, así como la escasez de recursos para combatirla, clasifican esta enfermedad como de baja prioridad entre los principales problemas de salud pública. Avances recientes en el área de las actividades de control, así como en el manejo de casos crónicos (elefantiasis, hidrocele, etc.) ha permitido que los programas de control y/o eliminación sean más accesibles.

Brasil. Encuestas hemoscópicas iniciales, llevadas a cabo en los años 1950, mostraron la presencia de filariasis linfática en por lo menos seis estados de Brasil (Alagoas, Amapá, Bahía, Maranhão, Pará y Pernambuco). La Fundación Nacional de Salud del Ministerio de Salud (FNS) sólo considera tres focos activos, con transmisión: Belém, (Estado de Pará), Maceió (Estado de Alagoas) y Recife (Estado de Pernambuco). De estos, el foco de Recife es el transmisión re-emergente más importante y es debido, principalmente, a la alta incidencia en varios barrios, la expansión de la enfermedad a otros municipios dentro del área metropolitana, así como un gran número de manifestaciones crónicas en buena parte de la población afectada (elefantiasis, hidrocele, etc.). Aunque Belém tuvo una alta tasa de incidencia en años pasados, ha

estado registrando una reducción gradual de casos en los últimos años. Esto puede ser por la eliminación gradual de la enfermedad, o posiblemente por el deterioro del programa de vigilancia y control. El foco de Maceió es más reciente y está limitado a ciertos barrios de la ciudad.

Merece mención el trabajo de la Dra. Geresa Dreyer, del Instituto Ageu Magalhães en Recife, Brasil, quien ha sido pionera en los estudios de tratamiento de la elefantiasis así como estudios sobre el gusano adulto. Sus estudios han demostrado que con un manejo adecuado la elefantiasis, el hidrocele, así como otras infecciones, pueden ser tratadas con éxito y se puede observar una mejoría notable en los pacientes. También han sido revelados por este mismo grupo, los mecanismos patogénicos de estas lesiones crónicas, junto con métodos para el monitoreo cercano en la recuperación de los pacientes.

En la actualidad, el Programa en Brasil es un programa vertical, donde la mayoría de las actividades se realizan bajo la responsabilidad de la FNS. Las actividades son casi únicamente dirigidas a la búsqueda activa y pasiva de casos, muestras de sangre para exámenes hemoscópicos y tratamiento selectivo de pacientes microfilarémicos. La salida reciente de funcionarios por parte de la FNS, debido a jubilación y transferencia de individuos para otros programas de control, han limitado el desarrollo del PCFL para lograr sus metas y por tanto, la cobertura deseada.

En Recife, el programa esta siendo desempeñado por la Secretaría Municipal de Salud, con recursos financieros transferidos a través de la FNS, por medio de un convenio.

Desde que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud consideran la filariasis linfática una enfermedad que puede ser eliminada y potencialmente erradicada, con base en algunos avances recientes en el tratamiento, la FNS ha preparado el Plan Nacional para la Eliminación de la Filariasis Linfática. Este plan, que tiene por base la municipalización de las actividades de control, donde todas las Secretarías Municipales de Salud preparan sus propios planes de acción individuales, propone las siguientes actividades:

- re-evaluar los focos activos de la enfermedad;
- modificación del esquema de tratamiento, pasando

del tratamiento selectivo para el tratamiento en masa;

- uso de medidas complementarias para el control vectorial, cuando sea necesario.

Los datos que han sido obtenidos para los últimos 10 años, para los estados de Pará y Pernambuco, se pueden observar en el Cuadro 1.

en 6,4% en la ciudad de Georgetown.

Haití. Haití es el único país en las Américas donde la FL parece estar presente en casi todo el país. Existen focos hiperendémicos en algunas áreas y bajas tasas de infección en el resto. En uno de los focos que está bien estudiado en la actualidad, el 30% de las personas tienen microfilaremia, 50% tienen antigenemia, aproximadamente 25% de los hombres

CUADRO 1.
Número de casos de microfilaremia registrados de los estados de Pará y Pernambuco, 1987-1996.

Año	Pará			Pernambuco		
	# examinados	# infectados	ILP*	# examinados	# infectados	ILP*
1987	301.342	113	0,04	144.989	1.743	1,20
1988	250.690	89	0,04	153.248	2.103	1,37
1989	241.306	71	0,03	173.832	3.174	1,83
1990	225.405	67	0,03	89.536	3.251	3,63
1991	322.721	51	0,02	134.289	4.337	3,23
1992	205.494	32	0,02	111.674	5.449	4,88
1993	301.160	21	0,01	221.121	3.586	1,62
1994	268.701	10	0,00	91.748	1.526	1,66
1995	252.390	6	0,00	103.048	2.151	2,09
1996**	52.755	0	0,00	174.124	4.119	2,37

* ILP =Índice de Láminas Positivas (por 100).

** =datos preliminares, sujetos a modificación.

Fuente: FNS/GTEF

Costa Rica. En Costa Rica, el foco de FL ha estado restringido a cuatro barrios en la ciudad costera de Puerto Limón, en la Costa Atlántica. En la década de los ochenta, microfilaremia fue encontrada en todos los grupos de edad y la incidencia de la enfermedad fue registrada de 1,8% a 3,3%. No se han hecho encuestas recientes, pero algunos reportes indican que la transmisión ha sido interrumpida. Una encuesta para confirmar esto es fuertemente recomendada.

República Dominicana. El foco endémico en la República Dominicana se restringe a varios focos en Santo Domingo y otras localidades al sur. La microfilaremia en los años 80, fue registrada en 7% a 26%. No se han hecho encuestas en años recientes.

Guyana. La información disponible sugiere que todos los grupos de edad están positivos al sur de la ciudad de Georgetown, cerca de la ciudad de New Amsterdam. Estos datos son representativos de la situación microscópicamente positivo en todo el país donde la enfermedad es endémica, principalmente en la región de la costa. La incidencia de la tasa microfilarémica en la década de los noventa fue registrada

tienen hidrocele y 3% de las mujeres presentan linfedema de la pierna. La tasa de infección en los mosquitos es de 2%. En otras partes del país, investigaciones muestran que la transmisión es muy focal, y que las condiciones no son buenas para considerarlos para la toma de muestras, pero si para actividades de control. Las actividades que se están llevando a cabo al momento incluyen el mapeo del país para que las actividades de control puedan ser dirigidas a las áreas de alto riesgo.

Suriname, Trinidad & Tabago. La situación en Suriname y en Trinidad & Tabago es muy semejante a lo que ocurre en Guyana, pero con bajos niveles de transmisión. Los focos, si son activos, se encuentran en la región de la costa de estos países, y la incidencia es baja. No han sido realizadas encuestas recientes.

Fuente: Fundación Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Brasil (FNS), y la División de Prevención y Control de Enfermedades, Programa de Enfermedades Transmisibles, HCP/HCT, OPS.

Metas de la Tercera Evaluación de las Estrategias de Salud Para Todos en el Año 2000 - Región de las Américas, 1997

En 1977, la 30a. Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS durante los decenios siguientes debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta se conoce comúnmente como *Salud Para Todos en el Año 2000* (SPT/2000). Los indicadores con los valores a alcanzar fueron los siguientes:

Nivel de salud

- expectativa de vida al nacer de 70 años o más (hombres y mujeres).
- tasa de mortalidad infantil 30 por 1,000 nacidos vivos.
- 10% o menos de los niños con un peso al nacer menor de 2.500 gramos.
- 90% o más de los niños con una relación peso/edad de acuerdo a las tablas de referencia.
- reducción de la tasa de mortalidad materna en por lo menos un 50% de la presentada en el año de referencia.

Programas Básicos de la Atención

Primaria en Salud (APS)

- 100% de embarazadas con atención prenatal por personal capacitado.
- 100% de los partos atendidos por personal capacitado.
- 100% de las púérperas atendidas por personal

capacitado.

- 100% de los niños con cuidado de crecimiento y desarrollo.
- 100% de las mujeres en edad fértil utilizando métodos de planificación familiar.
- 100% de los niños con los esquemas completos de vacunación (DPT, antipoliomielitis, antisarampionosa, TBC) y 100% de las mujeres embarazadas vacunadas con el toxoide tetánico.
- 100% de la población con acceso a agua potable y disposición de excretas.
- 100% de la población con las necesidades alimenticias mínimas satisfechas.
- 100% de la población cubierta con los servicios básicos para el tratamiento de las enfermedades comunes, las emergencias, las drogas y medicamentos esenciales y el control de las enfermedades endémicas.

Otros indicadores/metás

- Porcentaje de medicamentos esenciales disponibles en una muestra de establecimientos lejanos.
- El Producto Nacional Bruto (PNB) per capita excede los US\$ 500.
- Cantidad de ayuda internacional recibida para la salud, como % del gasto en salud público total.
- Probabilidad de morir antes de los 5 años para hombres y mujeres.
- Tasa de alfabetización de adultos para hombres y mujeres, por encima de 70%.
- Al menos 5% del Producto Nacional Bruto se invierte en salud.

La oncocercosis: informe de la Conferencia Interamericana sobre la Oncocercosis - Oaxaca, México

Los resultados alentadores observados como resultado del tratamiento comunitario con ivermectina (Mectizan®), un microfilaricida proporcionado gratuitamente por su fabricante, prestan nueva credibilidad a los esfuerzos por erradicar la oncocercosis como problema de salud pública en las Américas para el año 2007. La estrategia de erradicación consiste en la administración ininterrumpida anual o semestral de ivermectina a las personas calificadas expuestas a la oncocercosis (personas que pueden tomar ivermectina y que viven en zonas de transmisión y endemidad conocidas). La estrategia se elaboró en la Primera Conferencia Interamericana sobre la Oncocercosis, celebrada en 1991, ratificada ese mismo año por Resolución XIV de la Trigésimoquinta Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que tuvo lugar en Washington, D.C. Como resultado se creó una coalición regional que aglutina a varios países e instituciones, conocida como Programa de Erradicación de la Oncocercosis en las Américas (en inglés, OEPA). La iniciativa abarca los programas nacionales de los seis países de las Américas en los cuales la oncocercosis es endémica (Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela), el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de Donación de Mectizan, la OPS, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y otros aliados. OEPA (administrado por Global 2000 del Centro Carter), coordina la asistencia técnica y financiera para alcanzar el objetivo de la iniciativa regional.

Bajo el patrocinio de la OPS, los seis países en que la oncocercosis es endémica se reúnen anualmente desde 1991 en la Conferencia Interamericana sobre la Oncocercosis (IACO, por sus iniciales en inglés). Las últimas tres reuniones de IACO contaron con el patrocinio conjunto de OEPA. La sexta reunión (IACO '96) se celebró en Oaxaca, México, del 19 al 21 de noviembre de 1996. Oaxaca se ofreció como anfitriona de la reunión porque existe evidencia que sugiere que la distribución de ivermectina ha interrumpido la mayor parte, si no la totalidad, de la transmisión del foco endémico en ese lugar.

Un resumen de dicha evidencia, junto con las conclusiones principales y las recomendaciones a que se llegó en IACO '96, se describe a continuación.

En la Región de las Américas en su totalidad, en 1992 se trató a 197.571 personas con ivermectina. Esta cifra representa a aproximadamente el 60% del objetivo terapéutico, fijado en 328.576 personas para el año. Los diferentes programas nacionales han alcanzado sus objetivos anuales de forma diferente, los cuales oscilan entre el 32% en Guatemala y el 97% en Ecuador. La morbilidad ocasionada por la oncocercosis es más probable en zonas donde la filariasis cutánea tiene una prevalencia de por lo menos el 60% (comunidades llamadas de alto riesgo o hiperendémicas). Cabe señalar que de las 353 comunidades calificadas como de alto riesgo al inicio de las actividades con ivermectina, 345 (el 98 por ciento) recibieron como mínimo un tratamiento con ivermectina en 1996.

En Brasil se trató a 14 comunidades Yanomami que rodean a la zona de Xictei en 1995. En septiembre de 1996 los tratamientos con ivermectina se ampliaron para incluir a 34 comunidades (todas consideradas de alto riesgo) en las zonas de Toototobi y Balawau, un aumento de 2,5 veces con respecto a 1995. De un objetivo terapéutico total de 971 personas, en 1996 se trató a 897 (92 %).

En Colombia la primera ronda de tratamiento correspondiente al programa tuvo lugar en septiembre de 1996, cuando se trató a 230 personas de las 335 (69 por ciento) que reunían los requisitos en la única comunidad endémica conocida en el país. Dicha comunidad no está clasificada como de alto riesgo.

El programa nacional de Ecuador comenzó en 1990 con tratamientos de ivermectina en las comunidades ubicadas a lo largo de los ríos Santiago y Viché. Las últimas de las 120 comunidades endémicas conocidas, ubicadas en los alrededores de Santo Domingo, se incluyeron en el plan de tratamiento de 1996, cuando en Ecuador se trató a 17.392 personas (97%) de un objetivo fijado en 17.910 para 1996. Desde hace varios años las 43 comunidades de alto riesgo

reciben tratamiento dos veces por año. En un artículo reciente de WER (Weekly Epidemiological Report) se resume la evidencia de la interrupción de la transmisión.

En Guatemala, el tratamiento se reinició en julio de 1996, tras la interrupción del tratamiento con ivermectina entre octubre de 1994 y junio de 1996 causada por la descentralización de las actividades de salud pública. Las autoridades del programa nacional administraron tratamiento a 51.265 personas (32 %) del ambicioso objetivo de 162.088 fijado para 1996.

México comenzó el tratamiento con ivermectina en 1989, y desde entonces continúa con tratamientos cada seis meses sin interrupción. El programa en México trató a 126.446 personas, de las 144.672 seleccionadas para 1996 (87% del objetivo fijado). Las 947 comunidades conocidas con oncocercosis endémica fueron tratadas, incluidas las 242 que se definieron como de alto riesgo cuando se introdujo la ivermectina. (En el programa mexicano toda comunidad con una prevalencia del 50% o más de oncocercosis se define como de alto riesgo.) En el estado de Oaxaca, la prevalencia de nódulos descendió de 10 por cada 1.000 habitantes en 1981 a 0,5 por 1.000 habitantes en 1996. Asimismo, se produjeron 10 veces menos casos nuevos en las comunidades endémicas, de 3,9 por mil habitantes en 1981 a 0,4 por mil en 1995. El aumento de la tasa de reducción a principios de los años noventa se debe a que la campaña de distribución se vio acompañada de una mayor vigilancia. Las autoridades mexicanas realizan estudios adicionales (incluidos estudios entomológicos) para determinar si en Oaxaca se ha producido la interrupción completa de la transmisión del parásito.

El programa nacional de Venezuela se inició en el estado de Sucre (uno de dos focos en el norte de Venezuela) en mayo de 1995, seguido de una segunda ronda de tratamiento en septiembre de 1996. Las autoridades venezolanas comunican haber administrado tratamiento a 1.341 personas (52%) de un objetivo identificado de 2.600 para 1996. Sin embargo, un desafío grave para las autoridades venezolanas consistirá en evaluar nuevamente a unas 3.000 comunidades que según los registros del Ministerio de Salud mostraban oncocercosis endémica en 1986. A partir de entonces no se cuenta con datos epidemiológicos para la gran mayoría de estas comunidades. Se sospecha que en muchas de ellas la

oncocercosis ha dejado de ser endémica, si bien evaluaciones recientes por el Ministerio de Salud en los estados de Miranda y Sucre muestran que algunas comunidades todavía lo son (por cierto, hiperendémicas).

Nota del editor: La morbilidad por oncocercosis es más frecuente en comunidades cuya población muestra una prevalencia de microfilarias cutáneas de por lo menos el 60% (las llamadas «comunidades hiperendémicas»). Por lo tanto, si se ha de eliminar toda morbilidad por oncocercosis y se han de alcanzar los objetivos regionales, es necesario que OEPA y los programas nacionales identifiquen y lleguen a dichas comunidades.

En este sentido, es digno de observar que el 98% de las comunidades clasificadas como hiperendémicas al comienzo de la campaña en las Américas recibieron como mínimo una ronda de tratamiento con ivermectina en 1996. Más aún, la importante reducción en la incidencia de casos nuevos y de prevalencia de nódulos en Oaxaca sugieren que es posible que la transmisión de la infección se haya interrumpido en dicha zona gracias al programa mexicano. También es posible que Ecuador se esté acercando a la interrupción de la transmisión en la mayoría de las comunidades endémicas como resultado de seis años de tratamiento ininterrumpido, y el único sitio donde existe la oncocercosis en Colombia podría eliminarse en el corto plazo. Dada esta alentadora situación en tres de los seis países endémicos, IACO '96 llegó a la conclusión de que pronto se necesitarán normas internacionales que certifiquen la eliminación de la morbilidad y la interrupción de la transmisión de la oncocercosis. OEPA preparará estos criterios y los someterá a la consideración de la OPS/OMS.

No obstante el progreso mencionado, antes de que sea posible la cobertura total del tratamiento con ivermectina se necesitan aun más actividades de evaluación epidemiológica. Venezuela en particular enfrenta la difícil tarea de determinar si se deben incluir en el programa de tratamiento con ivermectina unas 3.000 comunidades «sospechadas», que hace 11 años fueron clasificadas como zonas de oncocercosis endémica.

Fuente: División de Prevención y control de Enfermedades, Programa de Enfermedades Transmisibles, HCP/HCT, OPS.

PUBLICACIONES

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

Las revistas de salud pública *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* y *Bulletin of the Pan American Health Organization* se fusionaron en una publicación trilingüe que se titula: *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, la cual está respaldada por años de experiencia en la disseminación de *investigaciones*. La *Revista* contiene información sobre la situación de la salud pública en la Región de las Américas.

Esta nueva revista ofrece informes de investigaciones originales, perfiles de salud actualizados, tendencias emergentes, noticias y reportajes de la Región, así como secciones especiales sobre recursos humanos y medicamentos esenciales.

El costo de la suscripción anual es de US\$ 38.00 en México y América Latina, US\$ 68.00 en los Estados Unidos de América y el Canadá, y US\$ 85.00 en Europa y regiones fuera de las Américas. A los suscriptores del *Boletín Epidemiológico* se les otorgará un descuento de 10% de la tarifa regular. Para obtener el descuento mencione la promoción número BE01.

Para más información o para suscribirse, comuníquese con:

Programa de Publicaciones
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037-2895
Tel.: (202) 337-7542; Fax: (202) 338-0869;
E-mail: sanchezv@paho.org

Health Conditions in the Caribbean 1997, 326 pp., ISBN 92 75 11561 3 Código de pedido(sólo en inglés): SP 561

Los países y los territorios del Caribe ostentan una extensa tradición de acción colectiva. Esta tradición tomó cuerpo cuando se formó la Comunidad del Caribe (CARICOM) a principios de los años setenta, y posteriormente se fortaleció con la iniciativa conocida como «Cooperación para la Salud en el Caribe» (en inglés, CCH).

En *Health Condition in the Caribbean*, la Organización Panamericana de la Salud presenta un resumen de los retos y las condiciones que enfrentan los sistemas de salud en los países miembros de CARICOM (el Caribe de habla inglesa y Suriname).

La primera sección del libro destaca la situación sanitaria en general y el contexto social, económico y político de las poblaciones del Caribe, mientras que la segunda sección describe los acontecimientos en ocho áreas específicas del programa de salud. Cinco de estas áreas corresponden a las prioridades identificadas en el CCH: salud maternoinfantil, alimentación y nutrición, control de las enfermedades no transmisibles y lesiones, prevención y control del SIDA y protección del medio ambiente.

El precio de lista de una copia de esta publicación es US\$ 36.00, US\$ 26.00 en los países en desarrollo. Para recibir un descuento del 10%, fotocopie este anuncio, incluya información para el envío y adjunte cheque o giro, más US\$7.00 por gastos de envío a:

Programa de Publicaciones de la OPS
Attn: Promoción EB02
525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037
Para mayor información comunicarse con:
Centro de Distribución y Ventas de la OPS
Tel: (301) 617-7806; Telefax: (301) 206-9789;
Correo electrónico: paho@pmds.com

PUBLICACIONES

Manual para el control de las enfermedades transmisibles, 16a. Edición

Publicado por la Organización Panamericana de la Salud con autorización de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Editor: Abram S. Benenson, MD

Versión en español: 1997, 569 pp., ISBN 92 75 31564 7, Código de orden: PC 564

La nueva edición del *Manual* incluye información breve, completa y actualizada sobre más de 200 enfermedades transmisibles, desde las más conocidas hasta las más exóticas de las que se tiene noticia hoy día. Cada enfermedad se identifica por los números asignados por la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión*, publicada en español por la OPS.

El *Manual* contiene todo lo que es necesario saber acerca de las enfermedades infecciosas: los síntomas típicos, las etapas de transmisión y los métodos más seguros de contención y tratamiento. Todo ello en unas pocas páginas muy bien organizadas que incluyen también un glosario de términos. El *Manual* es una referencia sumamente útil, si no indispensable, para todos los profesionales de la salud, en especial para quienes necesitan una obra práctica

de consulta rápida para el desempeño de sus funciones.

Para los suscriptores del *Boletín Epidemiológico* en América Latina, el precio especial es de US\$ 21.40* (el precio incluye \$7.00 para los gastos de envío). Si desea adquirir ejemplares del *Manual*, envíenos copia de este anuncio con su nombre, dirección, ocupación y cantidad deseada, junto con su cheque o giro postal en dólares girado contra un banco de los EUA, a la siguiente dirección:

Programa de Publicaciones de la OPS
Attn: Promoción 564BE3
PO Box 27
Annapolis Junction, MD 20701-0027 EUA

Por favor incluir el código de promoción 564BE3.

*Este descuento se dará sólo a pedidos originados en América Latina y hechos a través del Programa de Publicaciones de la OPS. Dentro de los EUA, las versiones en inglés y en español deben adquirirse a través de la Asociación Estadounidense de Salud Pública: Tel. (301) 893-1894; Fax. (301) 843-0159.

Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades de la Región de las Américas. Un estudio multicéntrico

La violencia se ha reconocido como una de las amenazas más urgentes para la salud pública y la seguridad ciudadana en las Américas. Sin embargo, la falta de información y de estudios comparativos entre diferentes ciudades, culturas y países de la Región, se ha constituido en una limitante para entender los factores socioeconómicos, psicosociales y culturales asociados al problema.

El Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales sobre la Violencia en Ciudades Seleccionadas de la Región de las Américas (Proyecto Activa 96), fue una iniciativa de carácter regional que coordinó la Organización Panamericana de la Salud y donde participaron, un total de 15 ciudades de varios países de la Región.

La Organización Panamericana de la Salud brindó la cooperación técnica y financiera para la fase preparatoria del estudio y para el análisis y disseminación de los resultados, mientras que los propios países fueron los responsables de garantizar el financiamiento para el levantamiento y análisis de los resultados en cada ciudad. Ha sido por tanto, un esfuerzo continental con la cooperación técnica de la Oficina y Centros de Investigación de excelencia de la Región y el financiamiento combinado de ambas instancias.

Se trató de un estudio transversal que utilizó un cuestionario común, el cual fue aplicado a una muestra de 1.200 individuos de 18 a 70 años, residentes en los hogares de las áreas metropolitanas de las ciudades. Se estudiaron a través de escalas psicométricas y otras variables sociales y económicas, las conductas violentas y no violentas de la población y las actitudes, normas culturales sobre la violencia que prevalecen en las ciudades bajo estudio.

El estudio persiguió como principal objetivo el analizar y comparar entre ciudades, el papel de los procesos de aprendizaje social en las formas diferenciales que asumen las intenciones y reacciones de violencia física en el ámbito familiar, comunitario y social; e identificó los factores ambientales y socioeconómicos asociados con dichas intenciones y reacciones violentas.

Los resultados del estudio evidenciarían los diferenciales según ciudades, de los comportamientos y aprendizajes sociales violentos o no violentos. Los mismos serían medidos

a través de escalas psicométricas de comportamientos, actitudes, y normas culturales frente a la violencia física y de escalas de aptitudes para la resolución de conflictos en los ámbitos familiar, comunitario y social. Se procuró verificar las asociaciones entre dichas escalas y las características de la población, tales como, su inserción socioeconómica atributos sociodemográficos, familiares, étnicos y religiosos.

El conocimiento generado servirá para fundamentar que el problema de la violencia, es susceptible de abordarse no sólo con medidas de seguridad ciudadana sino también con programas de salud pública. En consecuencia, brindará una información de gran utilidad para formular y evaluar programas de intervención nivel de cada país y contribuir a promover actitudes y comportamientos saludables en la población.

Con base a las consideraciones previas, el estudio se propuso alcanzar como objetivo general el análisis y comparación entre ciudades, sobre el papel de los procesos de aprendizaje social en las formas diferenciales que asumen las intenciones y reacciones de violencia física en diferentes ámbitos, identificando aquellos factores ambientales, socioeconómicos y familiares asociados con dichas intenciones y reacciones violentas (Para los efectos del estudio se considera agresión o violencia física "el uso de la fuerza física -o amenaza creíble de tal fuerza- con la intención de hacer daño físico a uno mismo, a otra persona o grupo, o al patrimonio personal y social).

Los resultados de la investigación tienen una orientación aplicada y servirán de base para:

- La formulación y evaluación de políticas y programas de prevención de la violencia en las ciudades y brindar criterios para la toma de decisiones.
- Diseñar programas e intervenciones con un enfoque de salud pública, orientados a desarrollar actitudes, habilidades y prácticas ciudadanas alternativas para la resolución de los conflictos y prevención de la violencia en diferentes ámbitos.
- Servir como línea de base para evaluar políticas y programas de prevención.

La Coordinación de Investigaciones, con la colaboración del Programa de Salud Mental y Estilos de Vida de la Oficina

Sanitaria Panamericana ha sido la instancia encargada de dirigir y coordinar el trabajo técnico-metodológico y de garantizar la cooperación técnica de todo el estudio, desde la formulación del protocolo y las pruebas piloto del instrumento único de recolección de información, hasta el análisis y publicación de los resultados. Para la formulación del protocolo maestro y la primera versión del cuestionario, se contó con el apoyo técnico del Centro Colaborador de la OMS, el Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Texas. Para el procesamiento y análisis de los datos de las pruebas piloto y elaboración de cuestionario y manuales para el trabajo de campo del estudio definitivo, se contó

con la colaboración del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. En la formulación del protocolo y el diseño definitivo del cuestionario único que se aplicó en las ciudades, participaron ampliamente todos los centros e investigadores involucrados en el proyecto.

Actualmente el estudio se encuentra en su etapa de análisis de resultados y su publicación estará disponible en 1998.

Fuente: Documento presentado en la Reunión del *XXXI Comité Asesor de Investigaciones en Salud* de la OPS realizada del 15-17 de Julio de 1996, Washington, D.C. (OPS/CAIS/96.08).

NUEVA PUBLICACION

Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 1997 (OPS/HDP/HDA/97.02)

Esta publicación brinda información actualizada hasta 1997 sobre el perfil de salud de los países de las Américas, que puede utilizarse en la formulación de políticas, así como en la selección de las prioridades y la planificación en salud. Las versiones anteriores han sido recibidas con gran entusiasmo en estos países y se han constituido en referencia importante en materia de indicadores de salud para los ministerios de salud, universidades, centros de investigación, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos internacionales.

La publicación incluye 56 indicadores, los cuales se presentan por países y territorios agrupados en cuatro categorías de datos: a) demográficos; b) socioeconómicos; c) mortalidad y morbilidad; y d) recursos, acceso y cobertura.

La elaboración de este material estuvo a cargo del Programa Análisis de Situación de Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano. Su distribución es gratuita.

Para mayor información contactar a: Programa Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano; 525 23rd. Street N.W. Washington D.C. 20037.

Cursos de verano de epidemiología en 1998

La Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins patrocina el décimosexto Programa Anual de Verano de Epidemiología de Posgrado, a realizarse del 15 de junio al 3 de julio de 1998. El programa incluye: principios de epidemiología; introducción a la bioestadística; métodos epidemiológicos-A; bioestadística intermedia; aplicaciones del método de casos y controles; métodos epidemiológicos para la planificación y evaluación de servicios de salud; bases epidemiológicas para el control de la tuberculosis; diseño y conducción de ensayos clínicos; epidemiología molecular; epidemiología de las enfermedades emergentes; tópicos *avanzados en programación con SAS*; actualización en el análisis de datos longitudinales; estudios de cohorte; métodos de evaluación de riesgos para la salud; epidemiología de las enfermedades infecciosas; epidemiología de la nutrición; resultados y efectividad de las investigaciones; epidemiología del SIDA; uso de microcomputadoras en epidemiología; meta-análisis; nuevos paradigmas/nuevas propuestas para el manejo de estudios epidemiológicos. Se requiere dominio del idioma inglés.

Para mayor información: Ms. Helen Walters, Program Coordinator, Graduate Summer Program in Epidemiology, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205. Tel. (410) 955-7158; Fax (410) 955-0863; correo electrónico: HWALTERS@JHSPH.EDU

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan anuncia la trigésimo tercera Sesión Internacional de Verano sobre Epidemiología de Posgrado, que se celebrará del 5 al 24 de julio de 1998. Se ofrecerán cursos de una y tres semanas. Los cursos de tres semanas incluyen: epidemiología aplicada para personal de salud; fundamentos de epidemiología y fundamentos de bioestadística. Los cursos de una semana comprenden: conceptos básicos de epidemiología clínica; diseño y ejecución de ensayos clínicos; métodos analíticos en ensayos clínicos; introducción al modelo logístico; análisis de datos de supervivencia y seguimiento; introducción a la epidemiología del cáncer; conceptos avanzados y métodos en la epidemiología del cáncer; prevención del cáncer; epidemiología del medio ambiente y evaluación del medio

ambiente; epidemiología de los traumatismos; métodos epidemiológicos y control de los traumatismos; actualización en enfermedades infecciosas; infecciones emergentes; enfermedades de transmisión sexual y VIH; epidemiología de la nutrición; temas epidemiológicos en la salud de la mujer; controversias y desafíos; farmacoepidemiología; escritos científicos; aplicaciones avanzadas de microcomputadoras en epidemiología; modificación de la conducta; epidemiología y políticas en salud; introducción a la genética en salud pública; epidemiología y las leyes; epidemiología cardiovascular; introducción para la revisión sistemática y meta-análisis; epidemiología social; epidemiología del envejecimiento; epidemiología del abusos de sustancias; introducción para SAS; análisis de medidas epidemiológicas; utilización de SUDAAN para análisis de NHANES-III. Es necesario el dominio del inglés.

Para mayor información: Dr. David Schottenfeld or Jody Gray, Administrative Coordinator, Graduate Summer Session in Epidemiology, The University of Michigan, School of Public Health, 109 S. Observatory Street, Ann Arbor, MI 48109-2029. Tel. (313) 764-5454; Fax (313) 764-3192; correo electrónico: umichgss@sph.umich.edu; Web Site: www.sph.umich.edu/group/epid/GSS

El Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad McGill celebrará su décimo tercero Programa Anual de Verano en Epidemiología/Bioestadística del 4 de mayo al 26 de junio de 1998. Los temas generales que se incluirán comprenden: epidemiología, estadística inferencial; epidemiología clínica; análisis multivariado; aspectos prácticos de la confección de protocolos. Otros cursos a ofrecerse se relacionan con los siguientes temas: cáncer; epidemiología pediátrica y enfermedad pulmonar ocupacional.

Para mayor información por favor contactar: Program Coordinator, Joint Departments of Epidemiology and Biostatistics and Occupational Health, McGill University, 1020 Pine Avenue West, Room 38B, Montreal, Quebec, Canadá, H3A 1A2. Tel. (514) 398-3973; Fax (514) 398-4503; correo electrónico: Summer@epid.lan.mcgill.ca

Continúa en la página siguiente

Cursos de verano de epidemiología en 1998

Bajo la coordinación de la *Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México*, se realizará el *XVI Curso Internacional de Epidemiología Aplicada*, con reconocimiento de Diplomado por la Universidad Nacional Autónoma de México, en México, D.F., del 6 al 31 de julio de 1998. El curso ha sido organizado en 12 unidades académicas para que cada alumno participante seleccione un plan académico adecuado a sus necesidades, o bien, cada institución diseñe aquellos cursos en los que prefiere capacitar a su personal. Algunos temas del programa son entre otros: epidemiología básica e intermedia; bioestadística básica e intermedia; diseño de protocolos de investigación; introducción al paquete Epi-Info 6.0 en el análisis epidemiológico; análisis multivariado en epidemiología; gerencia de servicios de salud; medición de la mortalidad; epidemiología de la nutrición y epidemiología de las lesiones por causa externa. Se han incorporado, además, los siguientes temas de cursos monográficos: atención de urgencias ambientales y ocupacionales; sociología, antropología y su uso en epidemiología; métodos de investigación de enfermedades gastrointestinales; epidemiología clínica; métodos epidemiológicos de las enfermedades crónico-degenerativas y epidemiología de las enfermedades infecciosas.

Para mayor información dirigirse a:
Dirección General de Epidemiología
Francisco de P. Miranda No. 177, Col. Unidad Lomas de Plateros, Delegación Alvaro Obregón; C.P. 01480, México, D.F.
Tel/Fax: (01-525) 593-36-61 y 651-62-86
Correo electrónico: ealvar@epi.org.mx;
Internet: www.epi.org.mx

La VIII Sesión de Verano en Epidemiología Intermedia que auspicia el Programa Análisis de Situación de Salud de la *Organización Panamericana de la Salud* se realizará en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Sur de Florida, en Tampa, Florida, del 6 al 24 de julio de 1998. Los cursos que se ofrecen son los siguientes: métodos intermedios en epidemiología; estadística aplicada a la epidemiología y uso de paquetes de computación, y uso de la epidemiología en la programación y evaluación de servicios de salud. Se requiere haber aprobado un curso introductorio de epidemiología. Los cursos se dictarán en español pero los participantes deben ser capaces de leer en inglés.

Para mayor información contactar a: Dr. Carlos Castillo-Salgado HDP/HDA, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC, 20037. Tel. (202) 974-3327; Fax (202) 974-3674.

El Boletín Epidemiológico de la OPS se publica en forma trimestral en inglés y español.
Forma parte de la colección de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
Impreso en papel sin ácido.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, DC 20037