



Boletín Epidemiológico

Organización Panamericana de la Salud:
Celebrando 100 Años de Salud

Vol. 23, No. 2

Junio 2002

Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia

Introducción

El último reporte sobre estructura de mortalidad general en Bolivia fue emitido en 1990. Las tres principales causas de muerte fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (23,9%), las del aparato circulatorio (19,5%) y del aparato respiratorio (14,0%), seguidas por accidentes y violencia (9,8%), enfermedades del aparato digestivo (8,6%), afecciones originadas en el período perinatal (7,4%) y tumores (4,0%).¹

A la ausencia de un sistema de información de estadísticas vitales se suma un lento proceso de automatización y modernización del registro civil, dependiente de la Corte Nacional Electoral. Recientemente, un esfuerzo de coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), la Dirección Nacional de Registro Civil y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) ha sido establecido con el fin de resolver esta problemática. Desde 2002 se ha puesto en vigencia un sistema de captación de defunciones certificadas por médico en todos los hospitales del sistema nacional de salud, con uso de un certificado de defunción único.

Como parte del proceso de cooperación técnica entre OPS y MSPS para el fortalecimiento integrado del sistema de información, vigilancia epidemiológica y análisis de situación de salud, se estableció un plan de estudio de la mortalidad general en los años 2000 y 2001. Este estudio se desarrolló a partir de los registros de defunción certificada por médico en cementerios de las 9 capitales departamentales, que acogen aproximadamente al 43% de la población boliviana.

Situación actual

Según estimaciones del INE y del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) para el período 2000-2005, en Bolivia la tasa bruta de mortalidad es 8,2 muertes por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer es 63,6 años. El

cuadro 1 describe la tasa bruta de mortalidad y la esperanza de vida al nacer en Latinoamérica, Bolivia y los 9 departamentos del país para los períodos 1990-1995 y 2000-2005.²

La última encuesta de demografía y salud (1998) estimó en 67 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil y en 92 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 5 años, para el período 1993-1997.³ Para el año 2002, el MSPS y OPS estiman estas tasas en 50 y 72 por mil nacidos vivos, respectivamente.⁴ La figura 1 presenta la distribución proporcional de la mortalidad en menores de 5 años según causas registradas por el MSPS entre 1994 y 1997.⁴

En 1999 el subregistro de mortalidad se estimó en 63%, variando entre 47% en Beni y 89% en Pando. El cuadro 2 presenta la estimación del subregistro de mortalidad por departamento para ese año, a partir de datos estimados de población, tasa bruta de mortalidad, defunciones esperadas y registradas (datos proporcionados por la Dirección Nacional

Cuadro 1: Tasa bruta de mortalidad y esperanza de vida al nacer para América Latina y Bolivia y sus departamentos, 1990-1995 y 2000-2005

Ambito	Tasa bruta de mortalidad (ambos sexos)		Esperanza de vida al nacer (ambos sexos)	
	1990-1995	2000-2005	1990-1995	2000-2005
Latinoamerica	8,3	7,7	65,4	68,1
Bolivia	10,2	8,2	59,3	63,6
La Paz	9,8	8,6	60,5	61,7
Santa Cruz	7,2	5,9	63,7	67,7
Cochabamba	10,5	8,3	59,1	63,2
Tarija	8,1	6,6	63,1	67,3
Potosi	14,7	11,1	53,0	58,9
Beni	10,5	8,0	57,4	61,9
Pando	9,7	7,8	58,0	62,6
Chuquisaca	11,8	8,9	57,8	62,2
Oruro	13,3	10,8	53,7	59,3

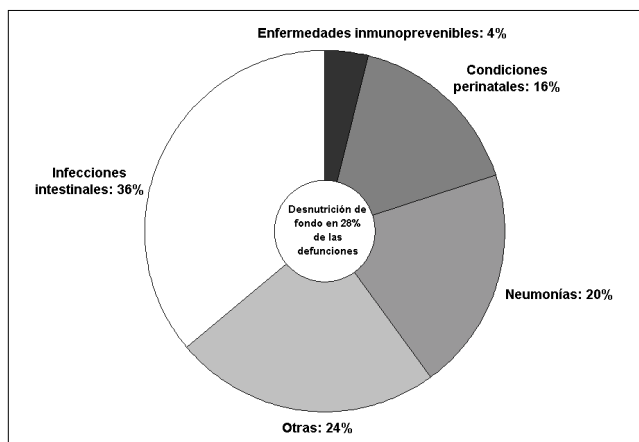
Fuente: INE/CELADE

EN ESTE NÚMERO...

- *Análisis de Situación de Salud:*
 - Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia
 - Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas

- Glosario de Epidemiología Social (Parte II)
- *Normas y Estándares en Epidemiología:*
 - Definiciones de Caso: hepatitis vírica aguda; lepra

Figura 1: Distribución proporcional de la mortalidad en menores de cinco años por grandes causas de muerte, Bolivia, 1994-1997



de Registro Civil). Para el departamento de La Paz la información se presenta también discriminada en ciudad capital, denominada «Sala Murillo» y resto del departamento.

Además del subregistro, otro problema en los datos de mortalidad es el referido a la calidad de la certificación de la defunción. Un estudio de verificación de la calidad del registro en el cementerio general de la ciudad de La Paz (S. Murillo), identificó que en 57% de los certificados de defunción se consignaba “paro cardiopulmonar” como causa básica de muerte, lo que en la práctica solo significa que el individuo ha muerto, no informando de qué causa.⁵

Las limitaciones en el registro de la mortalidad, tanto en su cobertura (subregistro) como en la calidad de los datos, se extiende al registro de la natalidad. En 1999 el subregistro de nacimientos se estimó en 34%, variando de 0% en Tarija y Pando a 63% en Santa Cruz (Cuadro 3). El 0% de subregistro en los departamentos de Tarija y Pando puede deberse al uso de estimadores demográficos que no toman en cuenta los

intensos movimientos migratorios recientes a esos departamentos, como lo registran otros informes demográficos.⁶ Para reducir el subregistro de natalidad se ha propuesto recientemente la anulación del cobro directo por inscripción del recién nacido en las oficinas de registro civil.

Estudio de mortalidad 2000

El estudio incluyó 10,744 registros de defunción certificada por médico en 21 cementerios de las 9 capitales departamentales (1 por ciudad, excepto en Santa Cruz, donde fueron 13). Los cementerios fueron seleccionados por su ubicación geográfica, pertenencia al sistema público o municipal y disponibilidad de registros de mortalidad y datos correspondientes al año 2000.⁷

Se recolectó información de certificados de defunción otorgados por el registro civil en la gestión 2000. Cuando la certificación de defunción por médico era emitida en una hoja que no correspondía al propio formulario del certificado oficial de defunción, se recolectó la información a través de un instrumento diseñado y validado. Se siguió este proceso en menos de 5% de los registros. Fueron excluidos certificados de defunción duplicados, certificados de personas fallecidas fuera del país y certificados incompletos (sin la edad, el sexo o el diagnóstico). Esta exclusión representó 2.4% de los registros. Para la codificación se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, Décima Revisión (CIE-10). Para la consolidación de la información se utilizó la lista 6/67 (6 grupos, 67 subgrupos) de la OPS/OMS.⁸

A partir de las defunciones recolectadas en el estudio se obtuvo el número de defunciones estimadas en cada ciudad capital, aplicando los procedimientos de corrección del subregistro y redistribución de defunciones con causa mal definida establecidos por la OPS.⁹ El cuadro 4 presenta el número de defunciones recolectadas en cada ciudad capital, el número de defunciones estimadas y la población de referen-

Cuadro 2: Estimación del subregistro de mortalidad en el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, con base en el registro civil, Bolivia y sus departamentos, 1999

Departamento	Población ¹	Tasa bruta de mortalidad (p. 1.000) ²	Defunciones esperadas	Defunciones registradas ³	% registradas	Sub-registro (%)
La Paz	2.359.724	9,3	21.899	9.901	45	55
Sala Murillo	786.812	9,3	7.302	6.807	93	7
Resto del depto.	1.572.912	9,3	14.597	3.094	21	79
Santa Cruz	1.757.409	6,5	11.458	2.789	24	76
Cochabamba	1.484.867	9,4	13.913	6.056	44	56
Tarija	391.225	7,3	2.844	1.441	51	49
Potosí	765.254	12,5	9.566	3.040	32	68
Beni	355.983	9,0	3.186	1.700	53	47
Pando	55.885	8,6	479	54	11	89
Chuquisaca	576.287	10,1	5.838	811	14	86
Oruro	390.478	11,9	4.627	1.724	37	63
Total	8.137.112	9,1	73.966	27.516	37	63

¹ Proyección INE, 1999, ² Estimación INE, PRODEM 2.0, CELADE, INE, 1996, ³ Dirección Nacional de Registro Civil, Corte Nacional Electoral, 1999

Cuadro 3: Estimación del subregistro de natalidad en el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, con base en el registro civil, Bolivia y sus Departamentos, 1999

Departamento	Población ¹	Tasa bruta de natalidad (p. 1.000) ²	Nacimientos esperados	Nacimientos registrados ³	% registrados	Sub-registro (%)
La Paz	2.359.724	31,4	74.095	51.626	70	30
Sala Murillo	786.812	31,4	24.706	22.124	90	10
Resto del depto.	1.572.912	31,4	49.389	29.502	60	40
Santa Cruz	1.757.409	33,7	59.277	21.830	37	63
Cochabamba	1.484.867	34,3	50.886	44.340	87	13
Tarija	391.225	33,3	13.016	13.006	100	0
Potosí	765.254	33,6	25.713	23.143	90	10
Beni	355.983	36,7	13.061	7.250	56	44
Pando	55.885	32,4	1.808	1.802	100	0
Chuquisaca	576.287	36,2	20.844	9.355	45	55
Oruro	390.478	30,4	11.851	7.462	63	37
Total	8.137.112	33,2	270.478	179.814	66	34

¹ Proyección INE 1999, ² Estimación INE, PRODEM 2.0, CELADE, INE, 1996, ³ Dirección Nacional de Registro Civil, Corte Nacional Electoral, 1999

cia. La población de referencia fue definida como la fracción de la población departamental proporcional a la “cobertura de recolección” del estudio, definida como la proporción de defunciones recolectadas en cada cementerio con respecto al total de defunciones registradas por el Registro Civil para cada departamento en 1999.

En el cuadro 5 se presenta la distribución proporcional de la mortalidad por grandes grupos de causas. De acuerdo a esta información, 4 de cada 10 muertes registradas en las ciudades capitales del país se atribuyen a causas del sistema circulatorio, siendo esta proporción ligeramente mayor en mujeres. La alta proporción de defunciones por esta causa puede verse sesgada por el frecuente uso del término “paro cardiorrespiratorio” como causa básica de muerte. Por otra parte, se destaca la mayor proporción de causas externas entre las defunciones masculinas y de causas neoplásicas entre las femeninas.

Las tasas estimadas de mortalidad general muestran claras diferencias entre las ciudades capitales de los departa-

Cuadro 4: Defunciones recolectadas, defunciones estimadas y población de referencia utilizadas en el estudio, Bolivia, 2000

Cementerio general	Defunciones		Población referencia
	recolectadas	estimadas	
La Paz (S. Murillo)	3.563	3.871	411.842
Santa Cruz	1.499	6.280	944.552
Cochabamba	2.047	4.791	501.903
Tarija	564	1.110	153.123
Potosí	687	2.188	172.937
Trinidad ¹	343	652	71.825
Cobija ²	78	726	55.885
Sucre ³	882	6.326	576.287
Oruro	1.081	2.938	244.841
TOTAL	10.744	28.882	3.133.196

Departamentos de ¹ Beni, ² Pando, ³ Chuquisaca

mentos, siendo consistentemente más altas en hombres (cuadro 6). Según este estudio, el riesgo absoluto de morir más alto se observa en Cobija y Potosí y el más bajo en Santa Cruz. A nivel de país, la mortalidad general estimada alcanzó 9,2 por mil habitantes, consistente con la estimación del INE/CELADE.

El cuadro 7 presenta las tasas estimadas de mortalidad específicas por grandes grupos de causa de muerte, expresa-

Cuadro 5: Mortalidad proporcional calculada a partir de los datos recolectados en el estudio, Bolivia, 2000

Causas	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
transmisibles	13,3	13,4	13,2
neoplasias	8,0	5,8	10,4
circulatorias	40,1	36,4	44,5
perinatales	5,4	5,9	4,8
externas	11,9	16,5	6,7
demás causas	21,3	22,0	20,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Cuadro 6: Tasas estimadas de mortalidad general (por 1.000 habitantes) calculadas a partir de los datos recolectados en el estudio, Bolivia, 2000

Departamento	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Bolivia	9,2	9,8	8,6
La Paz	9,4	9,5	9,3
Santa Cruz	6,6	7,4	5,9
Cochabamba	9,5	10,3	8,8
Tarija	7,3	7,8	6,7
Potosí	12,6	12,9	12,3
Trinidad ¹	9,1	10,1	8,1
Cobija ²	13,0	15,7	10,7
Sucre ³	11,0	11,5	10,5
Oruro	12,0	12,6	11,4

Departamentos de ¹ Beni, ² Pando, ³ Chuquisaca

das por 100.000 habitantes, para las 9 ciudades capitales estudiadas y para ambos sexos. En las ciudades capitales predomina la mortalidad por enfermedades circulatorias, especialmente entre mujeres, excepto en Trinidad y Cobija donde los hombres presentan tasas más altas. Los hombres, en general, están expuestos a riesgos de muerte más altos por enfermedades transmisibles que las mujeres, excepto en Tarija. El riesgo de muerte por neoplasia es tres veces mayor en las ciudades altiplánicas de La Paz y Oruro que en el valle de

Tarija y es sistemáticamente más alto en mujeres, excepto en Sucre. Por el contrario, la tasa de mortalidad por causas externas es mayor en hombres. La ciudad de Cobija, con una importante población agroindustrial (explotación de castaña, goma, oro) y las ciudades de La Paz, Oruro y Potosí, con intensa actividad industrial y minera, presentan las tasas más altas de mortalidad por causas externas.

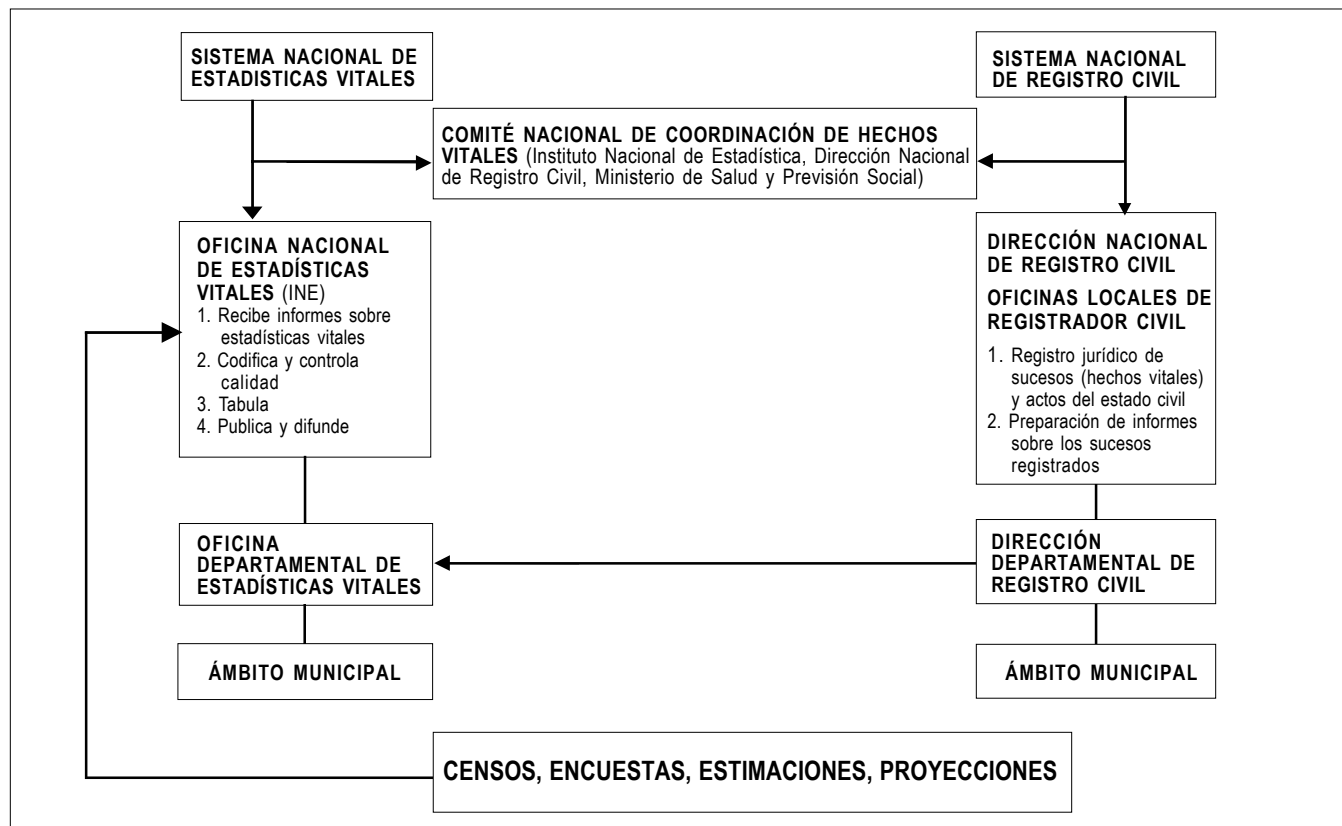
El estudio de mortalidad 2000 presentado pretende describir un perfil actualizado de la mortalidad en Bolivia, como

Cuadro 7: Tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, neoplasias malignas, enfermedades del aparato circulatorio y causas externas, según ciudades capitales, por sexo (por 100.000 habitantes), calculadas a partir de los datos del estudio de mortalidad, Bolivia, 2000

	Transmisibles			Neoplasias			Circulatorias			Externas		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
BOLIVIA	122,6	132,0	113,3	73,5	57,4	89,7	370,3	358,2	382,6	109,7	161,8	58,1
La Paz	115,3	118,4	111,9	122,9	84,1	162,7	235,6	205,3	266,7	136,1	180,4	90,2
Santa Cruz	129,8	147,3	112,3	65,4	58,4	72,4	218,8	225,2	212,5	74,2	115,8	32,5
Cochabamba	108,1	124,2	92,5	75,6	57,8	92,5	399,2	376,4	420,2	112,3	158,7	67,9
Tarija	59,2	56,1	62,3	32,3	24,1	40,6	433,2	422,3	444,4	61,9	101,6	21,7
Potosí	197,6	199,4	194,6	70,9	36,6	108,6	455,3	398,8	515,8	148,2	227,9	58,8
Trinidad ¹	176,3	196,3	156,3	47,8	23,8	72,1	487,0	571,0	402,7	59,8	59,5	60,1
Cobija ²	241,2	247,8	235,1	111,3	41,3	167,9	556,5	660,7	470,2	241,2	495,5	33,6
Sucre ³	87,8	91,2	84,6	46,5	49,5	43,6	607,0	573,0	640,5	113,7	169,3	58,9
Oruro	163,1	162,0	164,1	108,0	75,3	141,0	388,2	385,6	390,7	175,7	241,9	108,7

Departamentos de: ¹ Beni, ² Pando, ³ Chuquisaca

Figura 2: Sistema de Estadísticas Vitales basado en el sistema de Registro Civil



insumo al proceso de desarrollo y puesta en práctica del sistema nacional de información de estadísticas vitales. Estas deben tener características de continuidad, permanencia, obligatoriedad y cobertura total. En el marco de la organización de las instituciones del Estado, el dato relacionado con los hechos vitales (nacimiento o defunción) se origina y registra en única y primera instancia y de manera oficial, en el Sistema Nacional de Registro Civil. Como se menciona en el Decreto Supremo N° 24247 del Comité Nacional de Coordinación para la Información de Hechos Vitales Sujetos a Registro, "el Registro Civil consiste en la inscripción legal y compulsiva, con carácter continuo y permanente de los hechos vitales. El registro civil tiene por tanto, finalidades legales y también estadísticas o de recopilación de información".¹⁰ Además, sirve para el estudio de desigualdades en mortalidad y análisis epidemiológicos en salud pública. En este sentido, el diagrama presentado en la figura 2 resume la organización ideal de un sistema nacional de estadísticas vitales basado en el sistema de registro civil que se espera poner en práctica en Bolivia en el futuro cercano.

Referencias

- (1) OPS/OMS, Las Condiciones de Salud en las Américas, Edición 1990, Volumen II, Publicación Científica N°524, citado en: Calvo Alfredo, El Registro de la Mortalidad en Bolivia, Minis-

- terio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Epidemiología, Anuario Epidemiológico 2000. La Paz Bolivia, 2001.
- (2) INE/CELADE 1996, LC/DEM/R.260 Serie OI, Nro. 113.
- (3) INE, DHS, Macro International Inc., Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998, Bolivia.
- (4) Ministerio de Salud y Previsión Social, Información Urgente, Situación de Salud de la Niñez Boliviana frente al Nuevo Milenio, Bolivia 2000.
- (5) Ministerio de Salud y Previsión Social, INIS, Pando R. Diagnóstico del registro y notificación de la mortalidad y morbilidad. La Paz, 2000.
- (6) Calvo Alfredo, Análisis de la Situación Demográfica, OPS/OMS Serie de Documentos Técnicos N° 2, 2001.
- (7) Mejía Martha, Calvo Alfredo, Gonzales Oscar, Estudio Sobre Causas de Mortalidad Hospitalaria en Menores de 5 años 1998 - 2000 y Estudio Sobre Causas de Mortalidad General, 2000, OPS/OMS, AIEPI, SHA, La Paz, Bolivia, septiembre de 2001.
- (8) OPS/OMS, Nueva lista OPS 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE 10, *Boletín Epidemiológico* 1999; 20(3).
- (9) OPS. Estadísticas de Salud de las Américas. Edición de 1992. Publicación Científica N° 542. Washington DC, 1992.
- (10) Decreto Supremo N° 24247, citado en, MSPS, INE, OPS, Propuesta técnica para la conformación del Comité Nacional de Coordinación para la Información de Hechos Vitales Sujetos a Registro, Mimeografiado, La Paz, 30 de octubre de 2000.

Fuente: Preparado por el Dr. Alfredo Calvo Ayaviri del Programa Especial de Análisis de Salud (SHA) de la Representación OPS/OMS en Bolivia.

La Organización Panamericana de la Salud tiene el agrado de anunciar la Edición Centenaria (2002) de *Salud en las Américas*

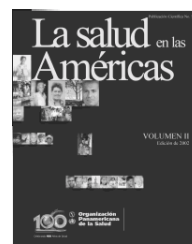
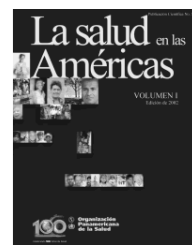


Salud en las Américas es la publicación abanderada de la OPS en situación y tendencias de salud en la Región. Su edición 2002, la más reciente en una serie de reportes sobre las condiciones de salud en las Américas publicados desde 1954, destaca la documentación de las desigualdades en salud en la Región.

El **Volumen I**, compuesto por ocho capítulos, integra una visión OPS regional que describe la situación actual en promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, salud ambiental, disponibilidad de recursos y tecnología en salud y tendencias actuales de la cooperación externa en salud, en el contexto de la globalización del comercio, las reformas del sector salud y otros procesos macro-políticos. Este Volumen desarrolla también un análisis comprensivo de situación y tendencias a partir de indicadores básicos de salud y determinantes de salud, desde los patrones de la mortalidad y su impacto en la esperanza de vida hasta el efecto de las desigualdades en la distribución y el nivel de ingreso sobre la salud de las poblaciones, mostrando que es posible alcanzar mejoras significativas en la salud no solamente promoviendo el crecimiento económico sino también reduciendo las brechas de ingreso existentes en un país.

El **Volumen II** presenta análisis de situación de salud actualizados para cada país y territorio de las Américas. Ello incluye el análisis del estado general de salud, los problemas específicos de salud y la respuesta del sistema y los servicios de salud. Este Volumen representa un esfuerzo analítico de alcance panamericano, bajo un marco común que enfatiza el uso de datos básicos de salud desagregados disponibles al interior de los países, la documentación de las desigualdades en salud y el enfoque de género.

Esta publicación proporciona una evaluación actualizada de las condiciones generales de salud en las Américas y contribuye a una mejor comprensión de sus determinantes. Se invita a las autoridades sanitarias nacionales, gerentes y tomadores de decisión, investigadores, académicos, trabajadores de salud, público general y toda persona comprometida con la mejoría de la salud pública en las Américas a sacar provecho de este valioso recurso.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

2002 · ISBN 95 75 11587 7 · Volumen I 400 pp. (est.) Volumen II 600 pp. (est.) Código: SP 587 · Precio US\$ 68.00 / \$46.00 en América Latina y el Caribe

Para ordenar: <http://publications.paho.org>; email: paho@pmds.com; Fax: (301) 209-9789; Tel. en los EE.UU.: (301) 617-7806; (1-800) 472-3046

Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas

Introducción

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud (EMTJ) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante su iniciativa "Liberarse del Tabaco", en colaboración con la Oficina sobre Tabaco y Salud (OSH) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. En los países latinoamericanos y del Caribe de habla inglesa se ha aplicado con la asistencia de OPS.

Los objetivos de esta encuesta son la medición de la prevalencia del consumo de tabaco, la exposición al humo ambiental de tabaco, el conocimiento y las actitudes y los factores que hacen que la juventud sea susceptible al consumo de tabaco. Durante los años 1999, 2000 y 2001 se obtuvo información de 23 países de la región de las Américas: 12 del Caribe, 10 de América Latina y los Estados Unidos. De algunos de estos países se dispone de datos de diferentes demarcaciones geográficas, por lo que el siguiente análisis se basa en los resultados obtenidos de 33 zonas.

La metodología con la que se llevó a cabo la encuesta se encuentra descrita en http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS_intro.htm y *Boletín Epidemiológico* de OPS 2001; 22 (2): 12-14 ("Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Estado de su ejecución en América Latina y el Caribe"). Una descripción del estado de ejecución actual se puede consultar en la página web: http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS_factsheets.htm.

En algunos países, el 40% de los adolescentes fuma

En Chile, cerca de 40% de los jóvenes encuestados fuma habitualmente, que se constituye en el país con más alta prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes de 13 a 15 años de edad. En 19 de las 33 zonas encuestadas, más del 20% de estos adolescentes fuma actualmente, una cifra demasiado alta para una edad (13-15 años) en la que se inicia el consumo. Después del Cono Sur, el Área Andina presenta la prevalencia de tabaquismo actual más alta, seguido de los Estados Unidos, Costa Rica, México, el Caribe Latino y el Caribe angloparlante (Cuadro 1).

A las cifras de adolescentes que fuman hay que añadir las de aquellos que, aunque no fuman actualmente, dicen que probablemente iniciarán el consumo en breve. En algunas zonas del Área Andina y del Cono Sur al menos la cuarta parte de los jóvenes no fumadores piensa comenzar pronto mientras que en el Caribe algo más de la décima parte de los jóvenes piensan seguir los pasos de sus homólogos latinoamericanos. En la mayoría de las zonas encuestadas (20 de 31 con información) al menos 1 de cada 6 adolescentes que to-

davía no fuman actualmente piensan hacerlo durante el próximo año. Podría pensarse que, tanto los fumadores actuales como los que tienen intención de comenzar pronto, son fumadores experimentales que dejarán de fumar una vez pasada la adolescencia. Sin embargo los datos sobre los que intentan dejar de fumar no son muy alentadores.

Más de la mitad ha intentado dejar de fumar sin éxito

En 27 de las 30 zonas con datos disponibles, más de la mitad de los jóvenes fumadores quiere dejar de fumar. Sólo en algunas zonas del Cono Sur, algo menos de la mitad desea dejarlo. Por el contrario, en algunas zonas del Área Andina y en el Caribe en general, alrededor de 3 de cada 4 fumadores quieren dejar de fumar (Cuadro 2).

En todos los países y zonas encuestadas más de la mitad de los adolescentes fumadores han intentado dejar el tabaco en el último año y han fracasado, una prueba más de la capacidad adictiva del tabaco incluso recién iniciado el hábito. No obstante, la proporción de fumadores que han intentado dejar de fumar varía por subregiones. En algunas zonas del Perú y del Caribe alrededor de tres cuartas partes lo ha intentado, mientras que esta proporción se reduce a menos del 60% en los Estados Unidos, México y gran parte del Cono Sur.

Las razones por las que un joven fuma o deja de hacerlo son complejas. Entre el 10 y el 35% de los jóvenes encuestados manifiestan que los fumadores tienen más amigos (esta cifra se reduce un poco en el caso de las jóvenes). Además, la literatura científica ha demostrado que un factor poderoso en el inicio del hábito tabáquico es la influencia de la propaganda, tanto directa como indirecta, de los productos del tabaco.

Los adolescentes están sometidos a la publicidad tabáquica de forma masiva

No por casualidad, es en los países con mayor prevalencia de jóvenes fumadores donde los adolescentes están más expuestos a la influencia de la publicidad directa tanto en vallas como en publicaciones escritas. Alrededor de 9 de cada 10 jóvenes del Cono Sur están expuestos a la publicidad tabáquica en vallas publicitarias y 8 de cada 10 a publicidad en medios escritos. Una situación similar ocurre en Bolivia, Costa Rica y México. También sucede en los Estados Unidos, aunque los datos sólo están disponibles con respecto a la publicidad en medios escritos. La situación de los jóvenes en el resto de los países de las Américas no es mucho mejor. En todos estos países, al menos la mitad de los jóvenes de 13 a 15 años de edad está expuesta a la publicidad directa de las compañías tabacaleras.

Cuadro 1: Prevalencia (%) de tabaquismo, accesibilidad y exposición al humo ambiental en los jóvenes de 13 a 15 años de las Américas

	Fuman actualmente	Se iniciará en el próximo año	Compran tabaco en una tienda	Son rechazados en tiendas por su edad	Expuestos al humo en casa	Lo prohibirían en sitios públicos	Año de realización de la encuesta
Área Andina							
Bolivia, Cochabamba	27,3	25,8	58,9	82,7	43,3	79,3	2000
Bolivia, La Paz	31,3	28,0	60,6	81,5	40,3	79,4	2000
Bolivia, Santacruz	29,7	24,1	46,1	83,9	56,3	80,3	2000
Perú, Huancayo	20,9	31,4	55,8	85,4	22,8	89,3	2000
Perú, Lima	23,4	24,4	65,7	74,2	31,1	88,1	2000
Perú, Trujillo	21,4	25,9	64,0	87,0	28,1	90,3	2000
Perú, Tarapoto	18,7	20,1	52,8	75,2	34,2	89,2	2000
Venezuela	14,2	11,6	45,3	88,7	42,4	86,2	1999
Cono Sur							
Argentina, Buenos Aires	32,8	25,1	63,6	93,0	69,6	67,5	2000
Chile, Coquimbo	39,5	27,5	61,0	91,1	53,6	74,6	2000
Chile, Santiago	38,7	28,4	60,2	88,1	61,3	70,7	2000
Chile, Valparaíso	36,8	21,9	55,1	84,5	57,3	76,4	2000
Uruguay, Maldonado	24,6	18,9	55,8	80,8	62,4	76,9	2001
Uruguay, Montevideo	28,1	23,0	67,7	77,7	64,6	74,2	2001
Uruguay, Rivera	23,6	16,8	56,4	91,4	65,3	81,6	2001
Uruguay, Colonia	19,1	19,4	62,8	90,3	57,9	79,5	2001
América Central							
Costa Rica	22,6	18,8	35,1	73,7	33,5	83,7	1999
México							
México, Monterrey	21,9	25,0	58,1	65,2	46,3	77,8	2000
Caribe Latino							
Cuba	17,6	11,9	41,8	88,0	67,6	80,5	2001
Haití	18,5	22,3	28,1	70,2	32,8	70,6	2001
Caribe							
Antigua y Barbuda	13,5	8,6	13,5	*	18,6	73,2	2000
Bahamas	18,6	15,8	21,6	*	28,9	63,9	2000
Barbados	17,6	17,1	19,9	*	22,9	78,5	1999
Dominica	20,5	*	25,2	82,4	28,1	73,1	2000
Grenada	16,4	11,3	18,2	79,5	29,8	72,1	2000
Guyana	16,9	14,2	28,2	*	34,3	75,1	2000
Jamaica	19,0	14,8	34,6	76,3	30,8	70,8	2001
Montserrat	13,9	12,8	*	*	20,1	88,5	2000
San Vicente	24,2	12,8	13,8	49,0	32,5	71,0	2001
Santa Lucía	14,3	13,0	14,1	*	27,4	79,5	2000
Suriname	20,5	18,8	42,5	90,4	57,2	85,9	2000
Trinidad y Tobago	16,3	12,4	31,9	81,5	38,0	83,9	2000
América del Norte							
Estados Unidos	23,1	*	9,6	61,2	42,1	*	2000

* Datos no disponibles

Estos datos muestran que los adolescentes están sometidos a la publicidad y promoción de la industria tabacalera de una forma masiva. Aun en el supuesto de que dicha industria no buscase intencionadamente esta exposición, los datos indican la dificultad de excluir a los jóvenes de las audiencias a las que va dirigida la publicidad y, por lo tanto, la ineficacia de las medidas que permiten la publicidad teóricamente dirigida sólo a los adultos. Sin embargo, los datos que aporta esta encuesta ilustran algunas técnicas utilizadas por la industria tabacalera para seducir a los adolescentes. A pesar de sus propias normas en contra de este tipo de prácticas comerciales, entre el 10 y el 20% de los menores de 16 años han recibido ofertas de cigarrillos gratis por parte de un representante de la industria en la gran mayoría de los países

de las Américas. Hay que destacar que el 22% de los jóvenes de Montevideo han sido objetivo de esta agresiva práctica comercial, que también son los que más están expuestos a la publicidad en vallas. Como resultado de prácticas comerciales agresivas, al menos 1 de cada 7 jóvenes de la mayoría de los países posee objetos publicitarios con el nombre o el logo de una marca de tabaco. La mayor parte de estos objetos sólo puede obtenerse directamente de las propias compañías.

Se incumple la legislación sobre el acceso de los menores al tabaco en todos los países

Las pocas restricciones legales que existen en los países para proteger a los adolescentes de las presiones de la industria no se cumplen en muchos casos. Baste como ejemplo el

Cuadro 2: Prevalencia (%) de conocimientos, actitudes, deshabituación y exposición a la publicidad en los jóvenes de 13 a 15 años de las Américas

	Creen que los fumadores tienen más amigos	Quieren dejar de fumar	Lo intentaron en el último año	Vieron publicidad en vallas	Vieron publicidad en periódicos o revistas	Tienen objeto con logotipo	Le ofrecieron tabaco gratis
Área Andina							
Bolivia, Cochabamba	18,1	56,3	59,8	87,6	80,0	17,9	11,6
Bolivia, La Paz	18,2	64,7	66,9	88,2	82,0	19,3	13,9
Bolivia, Santacruz	16,9	69,8	63,7	89,4	81,1	20,2	11,9
Perú, Huancayo	13,4	75,1	68,0	69,1	75,8	12,0	11,7
Perú, Lima	13,4	67,7	63,4	78,3	84,0	13,3	9,3
Perú, Trujillo	14,3	78,3	76,5	71,8	78,1	11,3	10,0
Perú, Tarapoto	15,1	86,3	80,3	75,5	81,3	8,0	9,3
Venezuela	11,7	69,6	69,4	79,6	78,8	14,8	10,4
Cono Sur							
Argentina, Buenos Aires	8,6	47,4	51,6	89,8	89,5	18,3	10,4
Chile, Coquimbo	18,1	51,7	61,2	83,6	79,3	11,3	9,9
Chile, Santiago	17,4	44,3	59,7	88,2	80,7	12,2	8,9
Chile, Valparaíso	20,7	50,8	61,3	86,2	77,2	11,2	10,3
Uruguay, Maldonado	12,9	58,7	63,6	94,4	87,3	16,9	21,8
Uruguay, Montevideo	11,4	52,1	58,2	91,7	84,9	18,7	19,8
Uruguay, Rivera	12,8	65,5	60,6	90,4	82,6	24,0	19,8
Uruguay, Colonia	10,2	46,0	50,4	89,7	81,6	16,3	17,4
América Central							
Costa Rica	18,0	61,9	65,8	91,9	85,5	13,4	7,8
México							
México, Monterrey	14,1	54,4	58,5	92,4	86,7	25,7	12,1
Caribe Latino							
Cuba	10,4	58,8	65,6	67,4	63,6	13,5	7,5
Haití	16,9	83,1	81,4	64,1	61,7	20,5	11,2
Caribe							
Antigua y Barbuda	27,2	*	*	73,5	57,2	15,0	11,5
Bahamas	35,8	75,2	77,3	63,2	62,8	15,3	10,8
Barbados	25,6	50,2	64,6	70,0	69,6	14,8	8,3
Dominica	33,4	54,8	52,4	*	57,4	21,0	12,2
Grenada	27,0	72,1	69,8	60,2	55,6	15,9	12,9
Guyana	27,4	*	*	80,3	79,4	17,5	12,6
Jamaica	31,9	73,3	68,1	65,9	61,2	13,7	8,6
Montserrat	27,8	*	*	51,5	38,9	15,3	13,4
San Vicente	29,8	77,8	83,9	65,9	60,5	16,7	9,8
Santa Lucía	34,4	75,7	*	65,7	56,4	18,0	12,6
Suriname	29,2	75,0	68,3	77,3	74,4	22,6	13,8
Trinidad y Tobago	32,2	69,4	76,5	83,6	80,3	19,4	11,1
América del Norte							
Estados Unidos	*	55,8	58,2	*	88,0	21,7	*

* Datos no disponibles

incumplimiento de la prohibición de vender tabaco a menores de edad. Mientras que en los Estados Unidos menos del 10% de los adolescentes obtienen sus cigarrillos de tiendas, en el Cono Sur, México y el Área Andina esta cifra supera el 50%. En el caso de Montevideo, casi el 70% de los menores de 16 años obtienen el tabaco de las tiendas. La encuesta también muestra que, salvo en el estado caribeño de San Vicente, más del 60% de los jóvenes no son rechazados por su edad cuando intentan comprar tabaco. El Cono Sur se sitúa en cabeza de la permisividad (Buenos Aires alcanza el 93%), seguido del Área Andina, y en último lugar de los Estados Unidos con un 61%. Esta cifra supera el 70% en 24 zonas de las 27 que disponen de este dato. Los resultados de esta encuesta sugieren un grado muy alto de tolerancia hacia

el tabaquismo en los adolescentes, además de un incumplimiento sistemático de la legislación sobre venta a menores.

La mayoría de los jóvenes respira involuntariamente el humo de los demás

Las personas que respiran el aire contaminado por el humo de tabaco de los fumadores sufren las mismas enfermedades que los propios fumadores. Los niños y jóvenes expuestos al humo ambiental tienen mayor probabilidad de padecer, entre otras, bronquitis, otitis medias y asma que constituyen el primer motivo de consulta pediátrica en muchos países. Por esta razón es preocupante que la gran mayoría de los jóvenes respire involuntariamente el humo de los demás, tanto en casa como en lugares públicos. En 25 zonas de las

33 encuestadas, más del 50% de los jóvenes respira el humo contaminado con humo en lugares públicos. En Buenos Aires, esta cifra llega a los 90% y en Montevideo, 80%. Le siguen en importancia, los Estados Unidos y el área Andina. La exposición en casa al humo de los familiares es especialmente preocupante por las grandes dosis de productos tóxicos que respiran.

Las subregiones de las Américas con mayor proporción de jóvenes expuestos al humo de tabaco en casa son el Cono Sur (70% en Buenos Aires), seguido del Caribe Latino, y en último lugar la Región del Caribe. La exposición en este medio es doblemente perjudicial, por un lado por la propia al humo de segunda mano y además por el papel que ejerce el medio familiar como modelo para el adolescente.

En el Área Andina existe la mayor proporción de jóvenes (90% en Trujillo, Perú) que prohibirían el consumo de tabaco en lugares públicos, seguido de Costa Rica. Destaca que salvo en 2, en las 30 regiones restantes con datos disponibles más del 70% de los jóvenes encuestados prohibiría fumar en lugares públicos. El consenso parece amplio a favor de la prohibición de fumar en lugares públicos entre los adolescentes, tanto si son fumadores como incluso entre los no fumadores.

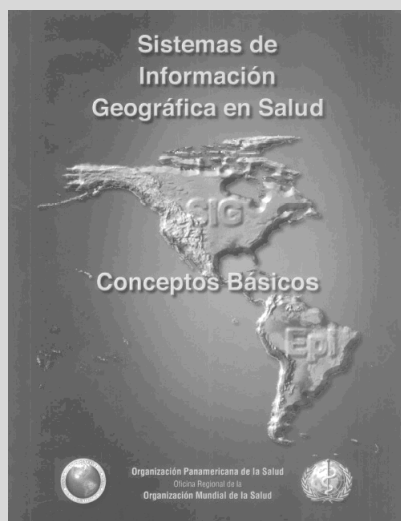
Conclusiones

Los resultados de la EMTJ en las Américas muestran un panorama preocupante. La prevalencia de consumo habitual de tabaco es alta en muchos países y la mayoría de los que no

fuman están expuestos al humo de los fumadores. Además la mayoría de los jóvenes están sometidos a presiones constantes de la promoción de los productos tabáquicos para que empiecen a fumar o para que no lo dejen. Ante esta situación el Consejo Directivo de la OPS de Septiembre de 2001 hizo un llamado a los países de las Américas para que, teniendo en cuenta la vulnerabilidad especial de los niños y adolescentes, prevengan el inicio del consumo de tabaco y promuevan su cesación mediante la aplicación y el cumplimiento de medidas eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco, entre ellas la fijación de impuestos al tabaco a niveles que disminuyan el consumo y la supresión progresiva de la promoción de los productos de tabaco, en conformidad con las constituciones nacionales. Por otra parte, el Consejo Directivo también instó a los Estados Miembros a que protejan a todos los no fumadores, en particular los niños y las mujeres embarazadas, de la exposición al humo de tabaco en el ambiente mediante la prohibición inmediata del acto de fumar en los edificios del gobierno, establecimientos de asistencia sanitaria e instituciones educativas y mediante la creación, lo antes posible, de entornos libres de humo de tabaco en los centros de trabajo y lugares públicos, reconociendo que los entornos sin humo de tabaco también promueven la cesación del consumo de tabaco y previenen su inicio.

Fuente: Preparado por los Dres. Jaime Pérez Martín y Armando Peruga del Programa de Salud Mental (HPM) de la División de Promoción y Protección de la Salud (HPP) de la OPS.

Sistemas de Información Geográfica en Salud: Conceptos Básicos



El libro "*Sistemas de Información Geográfica en Salud: Conceptos Básicos*", fue elaborado por el Programa Especial de Análisis de Salud de la OPS conjuntamente con los grupos Colaboradores de SIG-Epi en Chile, Cuba y México. El objetivo de este libro es de proveer a los usuarios (epidemiólogos, gerentes de servicios de salud, tomadores de decisiones, investigadores y otros trabajadores de salud pública) con conceptos básicos de tres disciplinas relacionadas, la Epidemiología, la Geografía y la Informática, que se consideran esenciales para el uso apropiado de los Sistemas de Información Geográfica en Salud. El libro incluye también ejemplos reales de aplicación en diversas áreas: del análisis de situación de salud a la vigilancia de salud pública, de la evaluación de necesidades de salud insatisfechas, determinación de prioridades, análisis de riesgo a la planificación, programación de servicios de salud y evaluación de intervenciones de salud pública.

El primer capítulo (*Sistemas de Información Geográfica Aplicados a la Epidemiología*) presenta los métodos y usos de la epidemiología según se relacionan con el desarrollo y la aplicación de los SIG en la salud pública.

El capítulo Dos (*Cartografía, Sistemas de Información Geográfica y Análisis Espacial*) trata sobre los conceptos geográficos básicos, la cartografía y la fotografía aérea, con relación a los conceptos de SIG y al análisis de la situación de salud.

El tercer capítulo (*Bases de Datos Relacionales en los SIG*) introduce los conceptos básicos de sistemas de base de datos relacional y el lenguaje estructurado de consulta (SQL), incluyendo algunas de sus aplicaciones en epidemiología.

La versión en español está disponible a través del Programa PALTEX (http://www.paho.org/Spanish/PAHEF/PALTEX/paltex_home.htm) a un precio de 16.00 dólares americanos. También existen versiones en inglés y portugués. Para más información, contactar al Programa Especial de Análisis de Salud (sha@paho.org).

Glosario de Epidemiología Social

Nancy Krieger, PhD

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard
Boston, Massachusetts, Estados Unidos

PARTE II

Raza/etnicidad y racismo

La *raza/etnicidad* es una categoría social, no biológica, referida a grupos sociales, a menudo con ascendencia y herencia cultural compartidas, que se forman como consecuencia de sistemas opresores de las relaciones entre las razas, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio que ejerce sobre otros grupos, y se define a sí mismo y a los otros a través de esa dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias (e.g., el color de la piel).^{6, 13} Por racismo se entienden las prácticas institucionales e individuales que crean y refuerzan los sistemas opresivos de relaciones de raza (véase “Discriminación”).^{6, 15, 41} La *etnicidad* es un concepto que inicialmente pretendió diferenciar los grupos “innatamente” diferentes que supuestamente pertenecían a la misma “raza” general;^{42, 43} actualmente, algunos lo emplean para referirse a grupos que supuestamente pueden distinguirse sobre la base de la “cultura”,⁴⁴ sin embargo, en la práctica es difícil separar claramente la “etnicidad” de la “raza” en las sociedades que tienen relaciones de raza inequitativas, por lo cual se ha optado por unirlos en el concepto de “raza/grupo étnico”.^{6, 42}

Dos conceptos diametralmente opuestos son así pertinentes para entender la investigación y explicar las disparidades raciales/étnicas en salud.^{6, 45} El primero es el de las *expresiones racializadas* [“racialized” en la versión en inglés, N. Trad.] *de la biología*, según el cual las diferencias biológicas promedio cuantificadas entre miembros de diversos grupos raciales/étnicos reflejan supuestamente diferencias innatas, determinadas por la genética (que, para empezar, parten de una premisa basada en características fenotípicas arbitrarias que se emplean para definir, de manera tautológica, categorías raciales). El segundo concepto es el de las *expresiones biológicas del racismo* (véase “Expresiones biológicas de las desigualdades sociales”). Por ejemplo, a consecuencia de las ideas dominantes que consideraban la “raza” como una característica biológica innata, la investigación epidemiológica estuvo plagada de estudios que intentaban explicar las disparidades raciales/étnicas en materia de salud relacionándolas con supuestas diferencias genéticas, sin tener en cuenta los efectos del racismo sobre la salud.^{6, 45-47} Por otra parte, considerando como reales las experiencias de racismo vividas y el concepto biológico de “raza” como algo espurio, la epidemiología social investiga las consecuencias sanitarias de las expresiones económicas y de otra índole que acarrea la discriminación racial.^{6, 13, 45-48}

Sexualidades y heterosexismo

El término *sexualidad* se refiere a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que suponen expresiones del deseo sexual, el poder y diversas emociones, mediadas por el género y otros aspectos de la posición social (por ejemplo, clase, raza/grupo étnico, etc.).⁴⁹ Los distintos componentes de la sexualidad son la identidad sexual, el comportamiento sexual y el deseo sexual. Las actuales categorías “occidentales” mediante las cuales las personas se identifican a sí mismas o son identificadas por los demás son:

heterosexual, homosexual, lesbiana, gay, bisexual, “loca” [“queer” en inglés, N. Trad], transgénero, transexual y asexual. El *heterosexismo*, la discriminación vinculada con la sexualidad, constituye una forma de conculcación de los derechos sexuales⁵⁰ y se refiere a las prácticas institucionales e interpersonales por las cuales los heterosexuales acumulan privilegios (e.g., el derecho legal a casarse y tener compañeros sexuales del “otro” sexo) y discriminar contra las personas que tienen o desean a compañeros sexuales del mismo sexo, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad, diferencia o desviación innatas. En consecuencia, las experiencias vividas de la sexualidad pueden afectar a la salud por vías que incluyen no solo el contacto sexual (por ej., la propagación de enfermedades de transmisión sexual) sino también la discriminación y las condiciones materiales de la vida familiar y en el hogar.^{49, 50}

Sociedad, social, societal y cultura

El término *sociedad*, que originalmente significaba “compañía o fraternidad”, en la actualidad es “el término más general que tenemos para designar el cuerpo de instituciones y relaciones en cuyo seno vive un grupo relativamente grande de personas; además, es el término más abstracto para referirse a las condiciones en que se forman dichas instituciones y relaciones”.⁵¹ Por su parte, el adjetivo *social* tiene también significados complejos: “es un término descriptivo para referirse a la sociedad en el sentido que predomina en la actualidad de sistema de vida en común”; asimismo, es un “término enfático y distintivo que contrasta explícitamente con el adjetivo *individual* y, especialmente, con las teorías *individualistas* de la sociedad” [las cursivas figuran en el original].⁵¹ A su vez, el adjetivo *societal* sirve para “referirse de una manera más neutra a las formaciones e instituciones sociales en general”.⁵¹ De manera análoga, la *epidemiología social* y sus teorías sobre la distribución de las enfermedades contrastan con la *epidemiología individualista*, que se apoya en teorías individualistas de la causa de las enfermedades (véase “Teorías de la distribución de enfermedades”).

Cultura, originalmente un sustantivo de proceso referido al “cuidado de algo, básicamente cosechas o animales”,⁵¹ en la actualidad tiene tres significados distintos: “i) sustantivo abstracto e independiente que describe un proceso general de desarrollo intelectual, espiritual y estético...; ii) sustantivo independiente que, usado en sentido general o específico, indica un modo particular de vida, ya sea de un pueblo, un período, un grupo o la humanidad en general; y... iii) sustantivo abstracto e independiente que describe el trabajo y las prácticas de la actividad intelectual, especialmente la artística”.⁵¹ En la epidemiología social predomina el significado descrito en b, y la “cultura” generalmente se relaciona, teórica y prácticamente, con las creencias y costumbres relacionadas con la salud, especialmente las prácticas alimentarias. En consonancia con ello, la “aculturación” (o, quizás más exactamente, la “desculturación”⁵²) designa la adopción, por una “cultura”, de las creencias y prácticas de otra “cultura” (por lo general, dominante).^{52, 53} En la bibliografía epidemiológica

gica abundan ejemplos^{44, 53} en los que el concepto de “cultura” se combina con el de “grupo étnico” (y “raza”) y esta combinación se invoca indebidamente para explicar características socioeconómicas y sanitarias de diversos grupos de población sobre la base de cualidades “innatas” y no como consecuencia de relaciones sociales inequitativas entre grupos.⁵²

Clase social y posición socioeconómica

El término *clase social* se refiere a los grupos sociales que se forman por las relaciones económicas recíprocas establecidas entre personas.^{51, 54-56} Estas relaciones están determinadas por las formas de propiedad y trabajo de una sociedad, y sus relaciones por medio de la producción, distribución y consumo de bienes, servicios e información. De este modo, el concepto de clase social se apoya en la premisa de la ubicación estructural de las personas dentro de la economía - como patronos, empleados, trabajadores por cuenta propia y desempleados (tanto en el sector formal como en el informal), y como propietarios o no de capital, tierras y otras formas de inversión socioeconómica. Para decirlo en pocas palabras, las clases —como la clase obrera, los empresarios y sus administradores— sólo existen en relación mutua y se definen por referencia recíproca. Por ejemplo, no se puede ser empleado si no se tiene un patrono, y esta distinción entre empleado y patrono no indica que uno tenga más o menos de cierto atributo, sino que tiene que ver con la relación de un individuo con el trabajo y con otros individuos por conducto de la estructura económica de una sociedad.

En tal virtud, la clase no es una propiedad *a priori* de cada ser humano, sino una relación social creada por las sociedades. De este modo, la clase social precede lógicamente y materialmente a su manifestación en la distribución de las ocupaciones, el ingreso, la riqueza, la educación y la situación social. Otro componente esencial de las relaciones de clase entraña una asimetría de la explotación económica, según la cual los dueños de los recursos (por ej., capital) obtienen ganancias económicas del trabajo o de los esfuerzos de los que trabajan para ellos.

La *posición socioeconómica*, a su vez, es un concepto combinado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, vinculadas con la posición de clase social en la niñez y en la adultez.⁵⁴⁻⁵⁶ Las medidas basadas en los recursos se refieren a los recursos y bienes materiales y sociales, incluidos ingreso, riqueza y credenciales educativos; los términos que se emplean para designar la insuficiencia o carencia de recursos son “pobreza” y “privación” (véase “pobreza”). Las medidas que se basan en el prestigio se refieren al nivel o condición (status) de un individuo dentro de una jerarquía social, que generalmente se evalúa con relación al acceso y consumo de bienes, servicios y conocimientos, a su vez vinculados con el prestigio ocupacional, el ingreso y el nivel de instrucción. Habida cuenta de las distinciones entre los aspectos relativos a los recursos y lo que tienen que ver con el prestigio, así como las diversas vías por las cuales influyen en la salud, los estudios epidemiológicos deberían enunciar claramente cómo se conceptualizan las medidas de posición socioeconómica. Hay que evitar el término “situación socioeconómica” porque de manera arbitraria (cuando no intencional) destaca la “situación (status)” con respecto a los recursos materiales como el factor determinante fundamental de la posición socioeconómica.⁵⁴

Determinantes sociales de la salud

Este término se refiere tanto a las características específicas como a las vías por las cuales las condiciones societales influyen en la salud, y que pueden modificarse mediante la actuación fundamentada.^{4, 24, 57} En su calidad de determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como “factores esenciales” que “fijan ciertos límites o ejercen presiones”, sin que forzosamente sean “deterministas” en el sentido del “determinismo fatalista”.⁵¹

Los factores sociales determinantes de la salud dependen de la historia y se pueden definir en un sentido amplio como sigue:

(a) los sistemas económico, político y jurídico, pasados y presentes, de una sociedad; sus recursos materiales y tecnológicos; y su adherencia a normas y prácticas compatibles con las normas y patrones internacionales sobre derechos humanos; y

(b) sus relaciones políticas y económicas con otros países, puestas en práctica mediante interacciones entre gobiernos, organizaciones internacionales de carácter político y económico (por ej., las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional), y organizaciones no gubernamentales.

Un término que aparece en la bibliografía sobre epidemiología social para resumir los factores sociales determinantes de la salud es “ambiente social”.^{4, 7, 57} Con esta metáfora se hace referencia a ideas de “ambiente”, término que literalmente se refiere a “lo que nos rodea” y que en un principio se usó para designar el ambiente físico, incluidas la parte “natural” y la “edificada”. Tanto la expresión “ambiente social” como la metáfora afin “ecología social” plantean problemas porque pueden ocultar el papel de la intervención humana en la creación de las condiciones sociales que constituyen factores sociales determinantes de la salud.¹

Desigualdad o inequidad sociales en salud y equidad social en salud

La expresión *desigualdades (o inequidades) en materia de salud* se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado y entre países que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen.^{21, 58, 59} De este modo, las desigualdades (o inequidades) sociales en materia de salud no son sinónimo de las “desigualdades sanitarias”, término que puede referirse a cualquier diferencia y no específicamente a las desigualdades injustas.^{58, 59} Por ejemplo, las medidas recientemente propuestas de “desigualdades sanitarias” cuantifican deliberadamente las distribuciones de salud en las poblaciones sin hacer referencia a grupos sociales ni a desigualdades sociales en materia de salud.⁵⁹⁻⁶²

La expresión equidad social en materia de salud, por su parte, se refiere a la ausencia de disparidades sanitarias injustas entre los grupos sociales, tanto dentro de un país como entre distintos países.⁵⁸ Promover la equidad y disminuir la inequidad exige no sólo un “proceso de igualación constante” sino también un “proceso de abolición o disminución de privilegios”.⁵¹ De manera, pues, que la búsqueda de la igualdad social en el ámbito de la salud entraña la reducción de la carga excesiva que la mala salud impone a los grupos más

dañados por las inequidades sociales en materia de salud, con lo cual se reducen al mínimo las desigualdades sociales en materia de salud y se mejoran los niveles promedio de la salud en general.²¹

Producción social de la enfermedad y economía política de la salud

Estos términos se refieren a marcos teóricos afines (si no es que idénticos) que abordan explícitamente determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de las enfermedades en una sociedad en particular y entre distintas sociedades, con inclusión de las barreras estructurales que impiden que la gente lleve una vida sana.^{1,63-66} En consecuencia, estas teorías se concentran en las instituciones y las decisiones económicas y políticas que crean, imponen y perpetúan los privilegios económicos y sociales y las desigualdades, que conceptualizan como las causas básicas (o “fundamentales”⁶⁷) de las desigualdades sociales en materia de salud. Aunque son compatibles con la teoría ecosocial de la distribución de las enfermedades, difieren en el sentido de que no buscan integrar sistemáticamente los conceptos biológicos en las explicaciones de las modalidades sociales de la salud.^{1,2}

Producción social del conocimiento científico

Se refiere a las formas en que las instituciones y las creencias sociales influyen en la captación, formación, ejercicio profesional y financiamiento de los hombres y mujeres de ciencia, con lo cual se configuran las preguntas que nosotros, como científicos, formulamos o dejamos de formular, los estudios que hacemos o dejamos de hacer, y las formas en que analizamos e interpretamos los datos, consideramos sus probables deficiencias y difundimos los resultados.⁶⁸⁻⁷¹

Está bien comprobado que las ideas de los científicos son moldeadas, en parte, por las creencias sociales prevalecientes en su época.^{3,72-74} Con relación a la epidemiología social, hay un acervo considerable de bibliografía que demuestra el modo en que el conocimiento científico y, lo que es más importante aún, las propias personas han sido dañados por el racismo científico, el sexismo y otras ideologías semejantes, entre ellas la eugenesia, que justifica la discriminación y niega la importancia de entender y mejorar las desigualdades sociales en materia de salud.⁶ Es muy revelador que, hasta el año 2000, de los aproximadamente 34.000 artículos indizados en Medline por la palabra clave “raza”, sólo 0,05% habían investigado explícitamente la discriminación racial como factor determinante de la salud de la población.⁶

Estrés

Es este un término que se usa ampliamente en las ciencias biológicas, físicas y sociales; corresponde a un concepto cuyo significado en la investigación sanitaria se define de diversas maneras en relación con “acontecimientos estresantes, respuestas y valoraciones individuales de situaciones”.⁷⁵ Es común a estas definiciones “un interés en el proceso por el cual *las demandas ambientales abruma a un organismo o sobrepasan su capacidad de adaptación, lo que da por resultado cambios psicológicos o biológicos que pueden poner a la persona en riesgo de contraer enfermedades*” [las cursivas figuran en el original].⁷⁵ La “perspectiva del estrés ambiental” se centra en “las demandas, los factores o los acontecimientos del ambiente estresantes”;⁷⁵ la “perspectiva del estrés psicológico”, en “la *percepción y evaluación por parte de un organismo* del daño potencial

que plantean las exposiciones ambientales objetivas”;⁷⁵ y la “perspectiva del estrés biológico”, en “la activación de los sistemas fisiológicos que reaccionan en particular a las demandas físicas y psicológicas”.⁷⁵ El hecho de que en la investigación de epidemiología social el estrés se conceptualice en relación con parámetros estructurales interpersonales, cognitivos o biológicos, y de que se utilice “ambiente” como un término o una metáfora que revela u oculta el papel de la intervención y la responsabilización humanas en la determinación de las distribuciones del “estrés”, depende de las teorías subyacentes acerca sobre distribución de enfermedades que guían la investigación (véase “Teorías de la distribución de las enfermedades” y “Determinantes sociales de la salud”).

Teorías de la distribución de las enfermedades

Estas teorías pretenden explicar las modalidades actuales y en transición de las enfermedades en la población a lo largo del tiempo y el espacio y, en el caso de la epidemiología social, entre los grupos sociales (en un país determinado o entre distintos países a lo largo del tiempo).¹ Valiéndose, como cualquier teoría,^{51,71} de conjuntos de ideas afines cuya verosimilitud se puede poner a prueba mediante el pensamiento y la acción humanos, las teorías de la distribución de las enfermedades presumen que hay teorías de la causa de las enfermedades orientadas por mecanismos, aunque no pueden reducirse a dichas teorías.¹ La atención explícita a la teoría etiológica es esencial porque las observaciones comunes de desigualdades sociales en materia de salud no se traducen necesariamente en una comprensión idéntica de las causas.¹ Por ejemplo, el exceso de riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA de las mujeres negras se atribuye a la inequidad social según las teorías ecosocial y de la producción social de las enfermedades, pero las teorías biomédicas del modo de vida lo atribuyen a “comportamientos malos”.^{1,7}

Referencias

- (1) Krieger N. Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* (in press).
- (2) Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994;39:887-903.
- (3) Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev* 2000;11:155-63.
- (4) Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- (5) Yankauer A. The relationship of fetal and infant mortality to residential segregation: an inquiry into social epidemiology. *Am Sociol Review* 1950;15:644-8.
- (6) Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:36-75.
- (7) Sydenstricker E. *Health and environment*. New York: McGraw-Hill, 1933.
- (8) Morris JN. *Uses of epidemiology*. Edinburgh: Livingston, 1957.
- (9) Jary D, Jary J, eds. *Collins dictionary of sociology*. 2nd ed. Glasgow, UK: Harper Collins Publishers, 1995.
- (10) Marshall G, ed. *The concise Oxford dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- (11) Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996;86:674-7.
- (12) McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 1999;149:887-97.
- (13) Krieger N, Rowley DL, Herman AA, et al. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am J Prev Med* 1993;9 (suppl):82-122.
- (14) Fausto-Sterling A. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000.
- (15) Essed P. *Diversity: gender, color, and culture*. Amherst, MA: University of Massachusetts, 1996.
- (16) Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine.

- J Epidemiol Community Health* 1997;51:106-9.
- (17) Kravdal O. Is the relationship between childbearing and cancer incidence due to biology or lifestyle? Examples of the importance of using data on men. *Int J Epidemiol* 1995; 4:477-84.
 - (18) United Nations. *Universal declaration of human rights*. GA Res 217A(III), UN GAOR, Res 71, UN Doc A/810, 1948.
 - (19) Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al, eds. *The Oxford textbook of public health*. 4th ed. New York: Oxford University Press (in press).
 - (20) Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, et al, eds. *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999.
 - (21) UNDP 2000: United Nations Development Programme (UNDP). *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York: Oxford University Press, 2000.
 - (22) Boucher D, Kelly P, ed. *Social justice: from Hume to Walzer*. London: Routledge, 1998.
 - (23) Krieger N, Birn A-E. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the Spirit of 1848. *Am J Public Health* 1998;88:1603-6.
 - (24) People's Health Assembly 2000. *People's charter for health*. Gonoshasthaya Kendra, Savar, Bangladesh December 4-8, 2000. At: <http://www.pha2000.org> [last accessed: 11 Feb 2001].
 - (25) Kuh D, Ben Shlomo Y, eds. *A lifecourse approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
 - (26) Davey Smith G, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:88-124.
 - (27) Barker DJP. *Mothers, babies, and health in later life*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
 - (28) Blalock HM Jr. Contextual-effects models: theoretic and methodologic issues. *Annu Review Sociol* 1984;10:353-72.
 - (29) Bryk AS, Raudenbush SW. *Hierarchical linear models: applications and data analysis methods*. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
 - (30) Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998;88:216-22.
 - (31) Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:332-48.
 - (32) Spicker P. Definitions of poverty: eleven clusters of meaning. In: Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books, 1999:150-62.
 - (33) Gordon D, Spicker P, eds. *The international glossary on poverty*. London: Zed Books, 1999.
 - (34) Townsend P. *The international analysis of poverty*. New York: Harvester/Wheatsheaf, 1993.
 - (35) Shaw M, Dorling D, Davey Smith G. Poverty, social exclusion, and minorities. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999:211-39.
 - (36) Elstad JI. The psycho-social perspective on social inequalities in health. In: Bartley M, Blane D, Davey Smith G, eds. *The sociology of health inequalities*. Oxford: Blackwell, 1998: 39-58.
 - (37) Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:174-90.
 - (38) Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
 - (39) Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual incomes, psychological environment, or material conditions. *BM J* 2000;320:1200-4.
 - (40) Kunitz SJ. Accounts of social capital: the mixed health effects of personal communities and voluntary groups. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:159-74.
 - (41) Essed P. *Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory*. London: Sage, 1992.
 - (42) Statistics Canada and US Bureau of the Census. *Challenges of measuring in an ethnic world: Science, politics, and reality*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993.
 - (43) Hobsbawm EJ. *Nations and nationalism since 1780: programme, myth, reality*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
 - (44) Haynes MA, Smedley BD, eds. *The unequal burden of cancer: an assessment of NIH research and programs for ethnic minorities and the medically underserved*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
 - (45) Krieger N. Refiguring "race": epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Services* 2000;30:211-16.
 - (46) Williams DR. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:173-88.
 - (47) Lillie-Blanton M, LaVeist T. Race/ethnicity, the social environment, and health. *Soc Sci Med* 1996;43:83-92.
 - (48) Davey Smith G. Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *Am J Public Health* 2000;90:1694-8.
 - (49) Parker RG, Gagnon JH, eds. *Conceiving sexuality: approaches to sex research in a post-modern world*. New York: Routledge, 1995.
 - (50) Miller AM. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights* 2000;4:68-109.
 - (51) Williams R. *Keywords: a vocabulary of culture and society*. Revised ed. New York: Oxford University Press, 1983.
 - (52) Kunitz SJ. *Disease and social diversity: the European impact on the health of non-Europeans*. New York: Oxford University Press, 1994.
 - (53) Lin SS, Kelsey JL. Use of race and ethnicity in epidemiologic research: concepts, methodologic issues, and suggestions for research. *Epidemiol Rev* 2000;22:187-202.
 - (54) Krieger N, Williams D, Moss N. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997;18:341-78.
 - (55) Wright EO. *Class counts: comparative studies in class analysis*. New York: Cambridge University Press, 1997.
 - (56) Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000:13-35.
 - (57) Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
 - (58) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services* 1992;22:429-45.
 - (59) Leon DA, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ* 2001;332:591-4.
 - (60) Murray C, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull WHO* 1999;77:537-43.
 - (61) Murray CJL, Frenk J, Gadikou EE. Measuring health inequality: challenges and new directions. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001:194-216.
 - (62) Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bull WHO* 2000;78:232-4.
 - (63) Doal L. *The political economy of health*. London: Pluto Press, 1979 (1935).
 - (64) Breilh J. *Epidemiologia, economia, medicina y politica*. 4th ed. Mexico City, Mexico: Distribuciones Fontamara, 1988.
 - (65) Conrad P, Kern R, eds. *The sociology of health and illness: critical perspectives*. New York: St Martin's Press, 1981.
 - (66) Navarro V. *Crisis, health, and medicine: a social critique*. New York: Tavistock, 1986.
 - (67) Link BG, Phelan JC. Editorial: understanding sociodemographic differences in health—the role of fundamental social causes. *Am J Public Health* 1996;86:471-3.
 - (68) Fleck L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago University Press, 1979.
 - (69) Rose H, Rose S, eds. *Ideology of/in the natural sciences*. Cambridge, MA: Schenkman, 1979.
 - (70) Haraway D. *Primate visions: gender, race, and nature in the world of modern science*. New York: Routledge, 1989.
 - (71) Ziman JM. *Real science: what it is, and what it means*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
 - (72) Fee E. *Disease and discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1936*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.
 - (73) Rosenberg CD, Golden J, eds. *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1992.
 - (74) Porter D. *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge, 1999.
 - (75) Cohen S, Kessler RC, Underwood L. *Measuring stress: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press, 1995.
 - (76) Fee E, Krieger N. Understanding AIDS: historical interpretations and the limits of biomedical individualism. *Am J Public Health* 1993;83:1477-86.

Fuente: Este artículo fue publicado inicialmente en el Journal of Epidemiology and Community Health (*J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700).

Se tradujo y reprodujo con permiso del British Medical Journal Publishing Group. La primera parte fue publicada en el *Boletín Epidemiológico* 2002; 23(1):7-11

Definición de Caso

Hepatitis Vírica Aguda

Justificación de la vigilancia

Los estimados sugieren que hay 385 millones de portadores del virus de la hepatitis B y 170 millones de portadores del virus de la hepatitis C en el mundo. Cada año, más de 1 millón de defunciones se atribuyen a la hepatitis B. La transmisión es principalmente oral-fecal para las hepatitis A y E, percutánea para las hepatitis B, C y D y sexual para la hepatitis B. La enfermedad puede ser de curso fulminante (e.g., hepatitis E durante el embarazo) y pueden ocurrir infección crónica y secuelas severas (en las hepatitis B, C y D). Las medidas de prevención incluyen seguridad en la transfusión sanguínea, uso seguro y apropiado de inyectables, promoción de prácticas sexuales seguras y, para las hepatitis A y B, inmunización. La OMS ha establecido la meta de reducir la incidencia y prevalencia de la hepatitis B, por medio de programas de vacunación a menores de 1 año.

Definición de caso recomendada

Descripción clínica

Enfermedad aguda que se presenta típicamente con ictericia aguda, orina oscura, anorexia, malestar general, fatiga extrema y sensibilidad del cuadrante superior derecho del abdomen. Los signos biológicos incluyen incremento de la concentración de alanina-aminotransferasa sérica a más de 2.5 veces el nivel límite y aumento de urobilinógeno en orina.

N.B. La mayoría de las infecciones ocurre de modo asintomático en la primera infancia. Una proporción variable de las infecciones entre los adultos son asintomáticas.

Criterios de laboratorio para el diagnóstico etiológico

- Hepatitis A: Positivo para anti-VHA IgM
- Hepatitis B: Positivo para anti-HBc IgM con la presencia o no de HBsAg
- No-A, No-B: Negativo para anti-VHA IgM y anti-HBc IgM

Nota 1: La prueba anti-HBc IgM, específica para infección aguda, no está disponible en la mayoría de los países. El antígeno de superficie, HBsAg, a menudo disponible, no puede distinguir entre infección nueva y exacerbación de hepatitis B crónica, aunque una seropositividad continua a HBsAg (más de 6 meses) es un indicador de infección crónica.

Nota 2: En pacientes negativos a hepatitis A o B se recomienda realizar pruebas diagnósticas de hepatitis aguda C, D y/o E:

- Hepatitis C: positivo para anti-VHC con datos clínicos-epidemiológicos compatibles
- Hepatitis D: positivo para HBsAg o positivo para anti-HBc IgM más positivo para anti-VHD (sólo como coinfección o sobreinfección de hepatitis B)
- Hepatitis E: Positivo para anti-VHE IgM

Clasificación de casos

Sospechoso: Caso compatible con la descripción clínica

Probable: No corresponde

Confirmado: Caso sospechoso que es confirmado en labora-

torio o, solo para hepatitis A: caso compatible con la descripción clínica en una persona con nexo epidemiológico con otra persona que tenga hepatitis A confirmada en laboratorio (es decir, contacto familiar con una persona infectada durante los 15 a 50 días precedentes a la aparición de los síntomas.)

Tipos recomendados de vigilancia

- Notificación mensual rutinaria de datos agregados de los casos sospechosos y si está disponible, número de casos confirmados de cada tipo de hepatitis, desde el nivel periférico al nivel intermedio y central.
- Notificación negativa requerida en todos los niveles.
- Cuando no se puede realizar vigilancia al nivel nacional, la vigilancia en áreas o hospitales centinelas puede proveer información útil sobre fuentes potenciales de infección.

Todos los brotes deben investigarse de inmediato y confirmarse serológicamente.

Datos mínimos recomendados

Datos agregados

- Número de terceras dosis de vacunas contra hepatitis B (HepB3) administrada en menores de 1 año
- Número de inyecciones recibidas entre las 6 semanas y los 6 meses antes de los síntomas de hepatitis aguda (cualquiera sea la etiología)
- Número de casos sospechosos
- Cuando está disponible, número de casos confirmados para cada tipo de hepatitis

Análisis y presentación de los datos e informes recomendados (de fuentes múltiples de datos, además de los datos de vigilancia)

- Cobertura anual de HepB3 en menores de 1 año, por zona geográfica
- Incidencia de hepatitis vírica aguda por año, mes, zona geográfica y (si se dispone de datos) por grupo de edad y tipo de virus
- Proporción de casos de enfermedad hepática crónica, cirrosis y cáncer hepático primario positivos a HBsAg o presentan anti-VHC (véanse los aspectos especiales)
- La comparación de la proporción de pacientes que recibieron una inyección entre las seis semanas y los seis meses previos al inicio de los síntomas entre los casos de hepatitis A y B puede ayudar en estimar la proporción de infecciones por el virus de la hepatitis B atribuible a la exposición a inyectables

Principales usos de los datos para la toma de decisiones

- Monitoreo de la cobertura de inmunización con HepB3 por zona geográfica para reconocer las zonas con bajo desempeño y tomar medidas correctivas.
- Investigación de todos los brotes sospechados o notificados
- Determinación de la causa específica de los casos agudos

- de hepatitis vírica (notificados de forma rutinaria o durante brotes) para que puedan tomarse medidas correctivas
- Evaluar la efectividad de los programas de seguridad de inyectables
 - Medir la proporción de casos de hepatitis vírica aguda, enfermedad hepática crónica, cirrosis y cáncer hepático primario que corresponde a portadores del virus de la hepatitis B o C para:
 - Determinar la carga de enfermedad en la población
 - Darle prioridad entre otras enfermedades de importancia en salud pública
 - Elegir estrategias adecuadas para su control

Aspectos especiales

El diagnóstico diferencial preciso del tipo de hepatitis vírica requiere pruebas serológicas - no disponibles en muchos países en desarrollo. En estos países, donde la mayoría de las infecciones son asintomáticas, una incidencia baja de casos notificados de hepatitis vírica aguda no debe interpretarse como una incidencia baja de infección hepática vírica.

El conocimiento de la epidemiología y el impacto de la hepatitis viral requiere una vigilancia reforzada y la comprensión de las secuelas de la infección por los virus de las hepatitis B, C y D, tales como la infección crónica asintomática, la hepatitis crónica, la cirrosis y el cáncer hepático primario. Esto re-

quiere también la recolección de datos a partir de fuentes no rutinarias, incluyendo los datos de vigilancia hospitalaria, los egresos hospitalarios, los registros de mortalidad (hepatitis crónica, cirrosis, cáncer hepático) y los registros de cáncer. Pueden ser necesarias encuestas especiales para medir la seroprevalencia de la infección por virus de hepatitis B y C en la población general, en grupos especiales (trabajadores de atención de salud, donantes de sangre, mujeres embarazadas, militares, pacientes con enfermedad hepática, pacientes en diálisis, hemofílicos) y en subpoblaciones étnicas.

La evaluación de la cobertura de la vacuna contra la hepatitis B es similar a la de otras vacunas. La vacuna contra la hepatitis se administra en menores de 1 año (y a los adolescentes en algunos países industrializados), y grupos especiales como los trabajadores de salud, para prevenir el desarrollo de enfermedades hepáticas crónicas y cáncer hepático. Generalmente no se necesita de pruebas serológicas para documentar la seroconversión en niños; diversos estudios han mostrado que la vacuna es efectiva entre 85% y 100% en prevenir la infección crónica.

Fuente: Adaptado de "WHO Recommended Surveillance Standards, Second edition, October 1999", WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Lepra (Hanseniasis)

Justificación de la vigilancia

La lepra sigue afectando a un gran número de personas. En 1997 había unos 1,5 millones de casos en el mundo. El control de la enfermedad mejoró recientemente con la introducción del tratamiento multimedicamentoso. La OMS adoptó como meta la **eliminación** de esta enfermedad (<1 caso/ 10.000 habitantes) en el año 2000 mediante un enfoque flexible y concentrado. Esto incluye poner el tratamiento multimedicamentoso al alcance de todas las comunidades y áreas, el diagnóstico y tratamiento apropiados y de buena calidad, con evaluación basada en la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de programas.

Definición de caso recomendada

Descripción clínica

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad varían ampliamente entre las dos formas polares: lepra lepromatosa y tuberculoide.

- En la lepra lepromatosa (multibacilar), los nódulos, las pápulas, las máculas y las infiltraciones difusas son bilaterales y simétricos, y generalmente numerosos y extensos; el compromiso de la mucosa nasal puede conducir a la formación de costras, dificultad para respirar y epistaxis; el compromiso ocular conduce a la iritis y la queratitis.
- En la lepra tuberculoide (paucibacilar), las lesiones cutáneas son únicas o pocas, muy demarcadas, anestésicas o hipoestésicas, y el compromiso bilateral asimétrico de los nervios periféricos suele ser grave.
- La lepra limítrofe tiene características de ambas formas polares y es más lábil.

- La lepra indeterminada se manifiesta por medio de una mácula hipopigmentada con bordes mal definidos. Si no se administra tratamiento, puede progresar a la enfermedad tuberculoide, limítrofe o lepromatosa.

Criterios de laboratorio para la confirmación

Bacilos acidorresistentes en frotis cutáneos (con el método de raspado e incisión)

En la forma paucibacilar los bacilos pueden ser tan pocos que tal vez no se detecten. Dada la prevalencia creciente del VIH y de la hepatitis B en muchos países donde la lepra sigue endémica, el número de sitios de frotis cutáneos y la frecuencia de recolección deben limitarse al mínimo necesario.

Clasificación de casos

Definición operativa de la OMS

Persona con una o más de las siguientes características y que no ha completado un curso entero del tratamiento:

- lesiones cutáneas hipopigmentadas o eritematosas (rojas) con pérdida clara de la sensación
- compromiso de los nervios periféricos, demostrado por engrosamiento claro con pérdida de sensación
- frotis cutáneo positivo para bacilos ácido alcohol resistentes

Clasificación (microbiológica)

Paucibacilar (PB). Incluye todos los casos con baciloscopia negativa

Multibacilar (MB): Incluye todos los casos con baciloscopia positiva

Clasificación (clínica):

Paucibacilar con lesión única: 1 lesión cutánea

Paucibacilar: 2 a 5 parches o lesiones cutáneas
Multibacilar: más de 5 parches o lesiones cutáneas

Tipos recomendados de vigilancia

Registros individuales de pacientes a nivel periférico para la investigación y el manejo de casos.

Notificación mensual corriente de los datos agregados de todos los casos de la periferia al nivel intermedio y del nivel intermedio al nivel central.

Internacional: Notificación trimestral y anual de los datos agregados del nivel central a la OMS.

Datos mínimos recomendados

Registros individuales de pacientes

Identificador único, nombre, sexo, edad, información geográfica, grado de discapacidad, examen de laboratorio, clasificación de la enfermedad (MB o PB; véase la definición de caso), fecha de inicio del tratamiento, resultado del tratamiento (discapacidad, curación, deserción), contactos

Datos agregados que deben notificarse - indicadores esenciales (países donde la lepra es endémica):

- número de casos registrados para tratamiento en un momento dado (usualmente final del año)
- número de nuevos casos detectados por tipo de lepra
- número de casos tratados con tratamiento multimedicamentoso
- número de nuevos casos con discapacidad grado 2 (OMS)*
- Número de pacientes curados con tratamiento multimedicamentoso
- Cobertura de tratamiento
- Número de recaídas

* Véanse: *WHO technical Reports Series* No. 874, Ginebra: OMS, 1988: 31-32

Indicadores del tratamiento multimedicamentoso (véanse los aspectos especiales)

Indicadores de provisión de tratamiento medicamentoso:

Para casos MB en adultos y niños y casos de PB en adultos y niños:

- Número de pacientes bajo tratamiento
- Utilización de envases alveolados (%)

Análisis y presentación de los datos e informes recomendados

Prevalencia de punto, detección anual, cobertura de tratamiento, número de pacientes dados de alta de los registros, número de casos registrados para quimioterapia a fines del año dividido por la población en que se han producido los casos

Gráficos: Prevalencia por año, incidencia por año, número de pacientes que reciben tratamiento multimedicamentoso por año, número de pacientes curados por año con tratamiento multimedicamentoso

Mapas: Número de casos registrados, número de casos nuevos, tipo de tratamiento, cobertura con tratamiento multimedicamentoso, todo por zona geográfica

Cuadros: Prevalencia, detección de casos nuevos, porcentaje de niños, porcentaje de discapacitados, porcentaje multibacilar, número de pacientes curados con tratamiento multimedicamentoso

Principales usos de los datos para la toma de decisiones

- Determinación de la magnitud del problema
- Identificación de las variaciones en la detección de casos
- Evaluación de la política de eliminación de la lepra
- Planificación de la distribución de medicamentos
- Identificación de las dificultades técnicas y operativas del programa
- Identificación de las zonas de alto riesgo a fin de orientar mejor las intervenciones
- Evaluación de los efectos de la intervención

Aspectos especiales

- Existe una tendencia a subnotificar lepra. Sin embargo, no existe ningún método eficaz en función de los costos que permitan estimar con precisión la prevalencia real de la lepra.
- En países donde la lepra es endémica, los indicadores esenciales deben ser validados a través de mecanismos independientes para evaluar el desempeño de los servicios de tratamiento multimedicamentoso y el progreso hacia la eliminación de la enfermedad en el nivel local.

Fuente: "WHO Recommended Surveillance Standards, Second edition, October 1999", WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Editor en Jefe: Dr. Carlos Castillo-Salgado
Editor Senior : Dr. Enrique Loyola
Editora: MSP Anne Roca

Comité Editorial:

Dra. Saskia Estupiñán Dr. Hugo Prado
Dr. Luiz Galvão Dr. Rodolfo Rodríguez
Dr. César Gattini Dra. Mirta Roses
Dra. Elsa Gómez Dra. Gina Tambini
Dr. Armando Peruga

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.

Internet: <http://www.paho.org/spanish/sha/bsindex.htm>



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