

# Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 13, No. 2

Julio 1992

## La mortalidad por enfermedades transmisibles: Se ve y no se ve

Los informes de los países en desarrollo afirman con frecuencia que el perfil de su situación de salud es similar al de los países desarrollados, por cuanto su mortalidad está dominada por las enfermedades del corazón, los tumores y los accidentes, mientras las enfermedades infecciosas transmisibles ya no se perciben como un problema importante. (En este artículo, la designación *país* se emplea tanto para los países como para los territorios.)

En aparente apoyo a lo que antecede, el cuadro 1 muestra que de 21 países de las Américas que notifican más de 2.000 defunciones y para los que las defunciones por causas definidas representan por lo menos 70% de la mortalidad total estimada, todos salvo tres países incluyeron entre sus cinco principales causas de muerte los tumores malignos (CIE-9: 140-208), las enfermedades del corazón (390-429), la enfermedad cerebrovascular (430-438) y los accidentes (E800-E949, E980-E989). (Las defunciones por causas "definidas" son las codificadas en todas las categorías con la excepción de la categoría signos, síntomas, y estados morbosos mal definidos [CIE-9: 780-799]. Las causas "definidas" no están necesariamente "bien definidas", ya que están sujetas a errores de diagnóstico, certificación y/o codificación.)

En estos países, las otras categorías incluidas entre las cinco causas principales (aunque no necesariamente clasificadas en quinto lugar) fueron: la influenza y la

neumonía (480-487), en seis países (Canadá, Chile, Cuba, Puerto Rico, los Estados Unidos de América y Uruguay); ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779), también en seis países (Argentina, Brasil, Costa Rica, Panamá, Suriname y Venezuela); la diabetes mellitus (250), en tres países (Barbados, Martinica y Trinidad y Tabago); y las deficiencias de la nutrición (260-269), los trastornos mentales (290-319) y las infecciones intestinales no especificadas (007-009), en un país cada una (Guyana, Guadalupe y Paraguay, respectivamente).

Jamaica y México incluyeron entre sus cinco principales causas de muerte solo tres de las categorías de la mortalidad típicas de un país desarrollado, ambos incluyeron: los tumores malignos y las enfermedades del corazón; Jamaica incluyó la enfermedad cerebrovascular, y México los accidentes. Guatemala solo incluyó dos de las categorías: las enfermedades del corazón y los accidentes (1).

Si bien es cierto que en la mayoría de los países ha habido un considerable aumento de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y tumores, y que se han logrado progresos sustanciales en la prevención de la mortalidad por enfermedades infecciosas, la supuesta falta de importancia de esta última en muchos países en desarrollo de las Américas no concuerda con otros tipos de información y no resiste a un escrutinio más minucioso. Más bien, se trata de un artefacto derivado de las características de la lista de

### EN ESTE NUMERO ...

- La mortalidad por enfermedades transmisibles:  
Se ve y no se ve
- Promoción de la salud en OPS
- Actividades de epidemiología en los países
- Situación del cólera en las Américas
- Vigilancia del SIDA en las Américas
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional
- Publicaciones

**Cuadro 1. Total de defunciones, defunciones por causas definidas, y mortalidad proporcional conjunta por tumores malignos (CIE-9: 140-208), enfermedades del corazón (390-429), enfermedad cerebrovascular (430-438) y accidentes (E800-E949, E980-E989). Países seleccionados de las Américas, alrededor de 1986.**

País <sup>a</sup> , año	Total defunciones registradas	Causas mal definidas <sup>b</sup> (%)	Defunciones por causas definidas	Mortalidad en 4 categorías <sup>c</sup> (%)
Argentina, 1986	241.004	2,3	235.549	66,3
Barbados, 1988	2.174	3,8	2.092	61,0
Brasil, 1986	811.623	20,4	646.071	54,2
Canadá, 1988	190.011	1,6	186.889	71,1
Chile, 1987	70.559	8,1	64.826	59,2
Costa Rica, 1988	10.944	2,3	10.693	59,2
Cuba, 1988	67.944	1,5	67.793	70,4
Estados Unidos, 1988	2.167.999	1,4	2.137.048	70,6
Guadalupe, 1981	2.091	9,7	1.888	61,7
Guatemala, 1984	66.260	10,4	59.352	17,2
Guyana, 1984	4.781	10,8	4.266	48,5
Jamaica, 1984	13.706	12,7	11.961	60,1
Martinica, 1985	2.140	11,1	1.903	68,1
México, 1986	400.079	4,4	382.613	39,0
Panamá, 1987	9.105	8,2	8.354	54,7
Paraguay, 1987	12.695	17,3	10.502	50,3
Puerto Rico, 1987	23.950	0,7	23.773	57,1
Suriname, 1988	2.275	16,2	1.906	48,0
Trinidad y Tabago, 1986	7.699	2,5	7.508	58,8
Uruguay, 1987	29.882	6,2	28.016	68,3
Venezuela, 1987	80.991	13,2	70.286	53,1

<sup>a</sup>Incluye países con más de 2.000 defunciones notificadas, en donde las muertes por causas definidas representan al menos un 70% del total estimado de defunciones.

<sup>b</sup>Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799).

<sup>c</sup>Porcentaje sobre las muertes por causas definidas. Las cuatro categorías del título representan cuatro de las cinco causas principales de muerte en todos los países, excepto Guatemala, Jamaica y México.

Fuente: Sistema de Información Técnica, OPS.

categorías empleada para la determinación de las causas principales. El parecido artificial entre los perfiles de mortalidad de los países proporcionó una de las razones para explorar adicionalmente este tema.

Cualquier secuencia de causas principales está fuertemente influenciada por los criterios según los cuales se definen los grupos de causas comprendidos en la lista de candidatos para selección (o lista "corta"). La jerarquización de una categoría dada de causa de muerte depende no solo de la frecuencia relativa de defunciones en esa categoría, sino también de la definición de todas las categorías causales que son candidatas para la jerarquización. Una categoría amplia tiene mejores perspectivas de calificarse como causa principal que una enfermedad individual específica.

Un problema adicional proviene de la práctica de seguir utilizando una lista corta dada después de que ha habido un cambio sustancial en el perfil de mortalidad, y otras dificultades derivan de la definición y el empleo de una sola lista para propósitos diferentes, no necesariamente compatibles, tales como el análisis de las principales causas de muerte y la vigilancia de la mortalidad por enfermedades

infecciosas. En las listas de jerarquización empleadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Nacional para las Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América (NCHS), muchas enfermedades infecciosas se especifican individualmente, mientras que todas las categorías de enfermedades del corazón y neoplasmas malignos se combinan en un grupo cada una (2, 3). La mayoría de los países de las Américas emplean listas similares a estas para sus análisis, con la consiguiente falta de visibilidad de la mortalidad por enfermedades transmisibles.

No existe una lista única "óptima" para la determinación de las principales causas de defunción. Las características de la situación de salud prevalente y las necesidades de las instituciones que realizan el análisis al nivel nacional o subnacional conllevan a que diferentes países puedan requerir diferentes listas de grupos de causas, y que en cada país pueda necesitarse más de un criterio de agrupación.

Los criterios para definir los grupos de causas deben responder al uso que se dará al resultado del análisis. La investigación biomédica requiere generalmente categorías de enfermedades muy estrechamente definidas. Los criterios de

agrupación más apropiados para servir de apoyo a la organización de los servicios de atención de los enfermos serán diferentes de los que son útiles para la prevención y el control de los problemas de salud más importantes. Atención especial debe ser prestada a la mortalidad considerada como prevenible a la luz del conocimiento actual y la tecnología disponible, y a la detección precoz de los problemas de mortalidad que recién aparecen. Para la formulación de políticas de salud será beneficiosa una lista corta de grupos de causas amplias que proporcione una visión general de la situación en su conjunto y ayude a visualizar los problemas y tendencias de mortalidad predominantes y emergentes. Además, y para ser útiles a nivel internacional, las listas cortas deben facilitar las comparaciones entre los países.

Independientemente de los méritos o inconvenientes de la lista corta empleada, el análisis según causas principales tiene otra desventaja, y es que una categoría causal dada puede calificarse como causa principal de muerte en algunos países o grupos de edad pero no en otros: puede aparecer, desaparecer y reaparecer nuevamente en años sucesivos, sin dar indicios de su magnitud relativa cuando no figura entre las causas principales.

Para eludir estas dificultades, se propone que la mortalidad específica según causa se analice por medio de un enfoque estructural progresivo que abarque las defunciones por todas las causas, antes de (o en vez de) limitar el análisis a un número dado de causas principales. En consecuencia, en la OPS se preparó una nueva lista corta para la CIE-9 y se ha ajustado la lista para la identificación de causas principales con la debida consideración a las recomendaciones formuladas en una Reunión Regional sobre Normas y Procedimientos para el Análisis de la Mortalidad convocada por la OPS en febrero de 1988. Ellas incluyen (pero no se limitan a) los seis principios sugeridos por el Centro Colaborador de la OMS para la Clasificación de las Enfermedades para América del Norte, es decir, jerarquía, comparabilidad, posibilidad de expansión, consistencia, idoneidad para la identificación de las principales causas de muerte y sensibilidad a las necesidades de salud pública. Los participantes en la reunión recalcaron la particular importancia de este último principio, y la necesidad de poner de relieve los criterios epidemiológicos (4, 5).

La nueva lista corta aspira a facilitar las evaluaciones regionales de salud pública y consta de 61 categorías exhaustivas, contenidas en seis grandes grupos de causas. Los seis grandes grupos intentan facilitar una visión inicial de los principales componentes epidemiológicos del perfil de mortalidad. Como medida de calidad de datos se incluye una categoría adicional: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (SSM). Estos grupos abarcan todas las causas y se definen del siguiente modo (6):

- 0.00 Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)
- 1.00 Enfermedades transmisibles, las que comprenden todas las enfermedades infecciosas y parasitarias

(001-139), las meningitis (320-322), las infecciones respiratorias agudas (460-466), la neumonía (480-486) y la influenza (487)

- 2.00 Neoplasmas (140-239)
- 3.00 Enfermedades del aparato circulatorio (390-459)
- 4.00 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)
- 5.00 Causas externas de traumatismos y envenenamientos (E800-E999)
- 6.00 Todas las demás enfermedades (resto de 001-779).

Antes de emprender cualquier análisis adicional debe evaluarse la confiabilidad de los datos --su integridad y calidad. Si bien la evaluación de la integridad de los datos requiere información adicional, una primera aproximación al juicio sobre la calidad de los datos puede lograrse por medio de la categoría SSM. Esta categoría comprende las defunciones para las que no pudo identificarse una causa definida: representa las defunciones por "causa desconocida" y es equivalente a una categoría de "sin respuesta". Las defunciones codificadas como SSM deben excluirse del denominador al computar la mortalidad proporcional, que debe basarse en las defunciones por causas definidas solamente. A medida que aumenta la frecuencia de SSM, los análisis según causas específicas deben mantenerse progresivamente más simples; a partir de algún punto, la computación de tasas se tomará no aconsejable y solo estarán justificadas las apreciaciones muy generales. No solo debe declararse siempre explícitamente la proporción de SSM; ella también debe ayudar a determinar el nivel de detalle del análisis que los datos permiten.

El uso de la estructura causal de seis grupos ha resultado útil para documentar los perfiles epidemiológicos de la mortalidad que prevalecen en los países de las Américas y para identificar las diferencias entre ellos. El cuadro 2 ilustra algunos de estos perfiles con datos de Guatemala, Chile y los Estados Unidos de América (EUA). Guatemala proporciona un ejemplo de la situación en los países en desarrollo donde la esperanza de vida al nacer sigue siendo bastante baja (62,0 años), y donde cerca de la mitad de las muertes continúan debiéndose a enfermedades transmisibles. En el otro extremo del espectro, los EUA representan países con una esperanza de vida al nacer elevada (75,4 años), donde la mortalidad por enfermedades transmisibles ya no constituye un problema importante (excluidas las infecciones por VIH), mientras que las enfermedades no transmisibles han llegado a ser responsables de más de dos tercios del total de las defunciones. Chile es un ejemplo de los países en una etapa intermedia, donde la esperanza de vida al nacer ha estado aumentando (70,6 años), pero donde por lo menos parte de la mortalidad por enfermedades transmisibles queda todavía por evitar, mientras que las enfermedades crónicas no transmisibles ya representan la mitad del total de las defunciones, reflejando el envejecimiento de la población. Por cuanto este documento aspira a destacar algunas

**Cuadro 2. Estructura de la mortalidad por 6 grandes grupos de causas, todas las edades, Guatemala (1984), Chile (1987) y Estados Unidos de América (1988).**

Grupos de causas (CIE-9) Ambos sexos		Guatemala		Chile		Estados Unidos	
		No.	%	No.	%	No.	%
Total defunciones, todas las causas (001-799, E800-E999)		66.260	100,0	70.559	100,0	2.167.999	100,0
0.00	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	6.908	10,4	5.733	8,1	30.951	1,4
Total defunciones, causas definidas (001-779, E800-E999)		59.352	100,0	64.826	100,0	2.137.048	100,0
1.00	Enfermedades transmisibles (001-139, 320-322, 460-466, 480-487)	26.512	44,7	7.927	12,2	111.258	5,2
2.00	Tumores (140-239)	2.464	4,2	13.496	20,8	491.783	23,0
3.00	Enfermedades del aparato circulatorio (390-459)	4.428	7,5	19.358	29,9	973.969	45,6
4.00	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	9.684	16,3	1.779	2,7	18.220	0,9
5.00	Causas externas de traumatismos y envenenamientos (E800-E999)	4.028	6,8	8.404	13,0	152.572	7,1
6.00	Todas las demás enfermedades (resto de 001-779)	12.236	20,6	13.862	21,4	389.246	18,2

Fuente: Sistema de Información Técnica, OPS.

características de la lista y no a analizar los perfiles de mortalidad en sí, se emplea solamente la mortalidad proporcional para ilustrar el valor informativo de la lista.

La mortalidad de los niños menores de 5 años de edad representa 49% de todas las defunciones en Guatemala, 9% en Chile y 2% en EUA, y, como puede verse en el cuadro 3, el poder discriminatorio de la categoría para la mortalidad por enfermedades transmisibles es aún más pronunciado en este grupo de edad que para la mortalidad en todas las edades. En Guatemala, las enfermedades transmisibles son responsables de 53% de todas las defunciones en los niños que aún no tienen 5 años de edad, y 60% de toda la mortalidad por enfermedades transmisibles ocurre en este grupo de edad. Por lo tanto, las defunciones por enfermedades transmisibles en niños menores de 5 años de edad representan 26,6% de las defunciones por todas las causas en todas las edades, equivalente a una razón de más de 1 muerte de cada 4. En Chile la razón análoga es de 1 en 40, comparada con 1 en 1.000 en EUA.

Aunque útil para lograr una primera visión general de los diferentes perfiles de mortalidad que prevalecen en los países de las Américas, la lista de seis grupos puede requerir algunos ajustes, tales como la inclusión de las infecciones por el VIH en el grupo de enfermedades transmisibles.

Si bien la propia brevedad de esta lista de seis grupos es una ventaja para la comparación de los perfiles de mortalidad entre los países y a lo largo del tiempo, ella necesita complementarse con una lista más detallada, para permitir análisis más específicos de la estructura de mortalidad y para

identificar las categorías causales que pueden explicar la magnitud de cualquiera de los seis grupos amplios. Para este fin y para atender las necesidades de las unidades técnicas individuales de la OPS, se definieron 61 categorías; ellas incluyen todas las defunciones por causas definidas y pueden englobarse dentro de los seis grupos iniciales. La lista de 61 grupos no se tratará aquí.

Las listas propuestas no están concebidas para emplearlas para identificar las causas principales de muerte. Para ese fin, la lista de jerarquización para la CIE-9 de la OPS se está modificando mediante la introducción de una categoría para las enfermedades transmisibles, definidas como en el grupo de causas 1 de la lista de seis grupos, es decir, que comprende todas las enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139); las meningitis (320-322); y las infecciones respiratorias agudas (460-466, 480-487). Las categorías de la lista de jerarquización vieja incluidas en este nuevo grupo de causas se eliminaron; las otras 22 categorías siguen sin alteración. El efecto de esta modificación sobre la visibilidad de la mortalidad por enfermedades transmisibles se muestra en el cuadro 4, donde puede verse que, cuando estas enfermedades se combinan en un solo grupo, ellas figuran entre las cinco causas principales de muerte en todos los 21 países analizados. El cuadro 4 también indica que la mortalidad proporcional de este grupo de causas en niños de menos de 5 años de edad tiende a ser aún mayor que para todas las edades.

Necesariamente, la nueva categoría se clasifica al menos en quinto lugar en todos los países que según la lista de jerarquización vieja, incluyen la influenza y neumonía entre

**Cuadro 3. Estructura de la mortalidad por 6 grandes grupos de causas, 0-4 años de edad, Guatemala (1984), Chile (1987) y Estados Unidos de América (1988).**

Grupos de causas (CIE-9) Ambos sexos	Guatemala		Chile		Estados Unidos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total defunciones, todas las causas (001-799, E800-E999)	32.404	100,0	6.088	100,0	46.339	100,0
0.00 Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)	2.592	8,0	278	4,6	6.784	14,6
Total defunciones, causas definidas (001-779, E800-E999)	29.812	100,0	5.810	100,0	39.555	100,0
1.00 Enfermedades transmisibles (001-139, 320-322, 460-466, 480-487)	15.784	52,9	1.508	26,0	2.266	5,7
2.00 Tumores (140-239)	36	0,1	79	1,4	760	1,9
3.00 Enfermedades del aparato circulatorio (390-459)	-	-	33	0,6	1.485	3,8
4.00 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	9.684	32,5	1.779	30,6	18.165	45,9
5.00 Causas externas de traumatismos y envenenamientos (E800-E999)	212	0,7	1.015	17,5	4.587	11,6
6.00 Todas las demás enfermedades (resto de 001-779)	4.096	13,7	1.396	24,0	12.292	31,1

Fuente: Sistema de Información Técnica, OPS.

**Cuadro 4. Mortalidad por enfermedades transmisibles: número, mortalidad proporcional y rango; todas las edades y 0-4 años. Países seleccionados de las Américas, alrededor de 1986.**

País, año	Todas las edades			0-4 años		
	No.	% <sup>a</sup>	Rango <sup>b</sup>	No.	% <sup>a</sup>	Rango <sup>b</sup>
Guatemala, 1984	26.512	44,7	1	15.784	52,9	1
Paraguay, 1986	2.152	20,5	1	1.319	53,3	1
México, 1986	68.262	17,8	1	35.943	47,8	1
Brasil, 1986	91.289	14,1	2	45.315	38,5	2
Venezuela, 1987	9.505	13,5	3	4.426	31,6	2
Suriname, 1985	235	12,3	2	99	27,6	2
Chile, 1987	7.927	12,2	3	1.508	26,0	2
Panamá, 1987	960	11,5	3	362	26,1	2
Jamaica, 1984	1.174	9,8	4	530	42,1	1
Guyana, 1984	341	8,0	3	97	13,7	2
Puerto Rico, 1987	1.772	7,5	3	105	10,4	3
Costa Rica, 1988	741	6,9	5	276	19,5	3
Cuba, 1988	4.441	6,6	5	611	22,3	3
Argentina, 1986	13.580	5,8	4	3.214	16,1	2
Trinidad y Tabago, 1986	432	5,8	5	70	16,1	2
Guadalupe, 1981	104	5,5	5	22	17,3	3
Barbados, 1988	110	5,3	5	5	6,3	...
Estados Unidos, 1988	111.258	5,2	5	2.266	5,7	4
Uruguay, 1987	1.358	4,8	5	197	14,6	3
Martinica, 1985	89	4,7	5	3	5,0	...
Canadá, 1988	8.000	4,3	5	118	4,2	4

<sup>a</sup>Porcentaje sobre defunciones por causas definidas.

<sup>b</sup>De acuerdo con la lista modificada de rangos de la OPS.

Fuente: Sistema de Información Técnica OPS.

sus cinco causas principales, tales como Canadá, Cuba, los EUA y Uruguay, donde la nueva categoría se clasifica en quinto lugar, y Chile y Puerto Rico, donde ocupa el tercer lugar. Al mismo tiempo, el cuadro documenta la importancia persistente de las enfermedades infecciosas, aun en países que, como Cuba y Costa Rica, ya han logrado una baja mortalidad infantil y una elevada esperanza de vida al nacer. En esos dos países la mortalidad por enfermedades transmisibles para todas las edades es apenas 7%, pero representa alrededor de una de cada cinco defunciones en los niños menores de 5 años de edad. En cinco países donde la mortalidad por enfermedades transmisibles para todas las edades varía entre 10 y 15% (Panamá, Chile, Suriname, Venezuela y Brasil), ella representa entre 25 y 40% de todas las defunciones de niños menores de 5 años. Finalmente, puede verse que el problema retiene dimensiones verdaderamente dramáticas en Guatemala, Paraguay y México, donde todavía prevalecen condiciones de vida adversas para grandes segmentos de la población, y donde cerca de la mitad del total de defunciones de niños menores de 5 años se debe a las enfermedades transmisibles.

Obviamente, los criterios de definición y las características de una lista corta influirán en el peso relativo de todos los componentes estructurales y por lo tanto también en la secuencia de la jerarquización. Sin embargo, en un enfoque estructural global toda la agrupación es explícita y puede visualizarse fácilmente, en contraposición con el enfoque de causas principales, donde la estructura está truncada y las definiciones y frecuencias para las causas no principales generalmente no se publican. Se concluyó que el análisis de la estructura total de la mortalidad según causas específicas es mucho más informativo y más fácil de interpretar que el basado en las causas principales de muerte.

Para ser más útiles, los análisis de la mortalidad necesitan hacerse más intencionados (7). La opción propuesta aquí intenta satisfacer algunos de los criterios requeridos para evaluaciones más orientadas a la salud pública y más explicativas, a fin de que contribuyan a la evaluación del estado de salud de la población y --es de esperar-- para que puedan servir de insumo a las decisiones relativas a la definición de prioridades y la asignación de recursos.

### Referencias

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*. Publicación Científica No. 524, Vol. I, pp. 421-481, 1990.
- (2) Ibid. p. 502.
- (3) National Center for Health Statistics. *Vital Statistics: ICD-9 Underlying Cause-of-Death Lists for Tabulating Mortality Statistics*. NCHS Instructional Manual. Parte 9. Hyattsville, MD. Servicio de Salud Pública, 1979.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Investigación sobre perfiles de salud. Antecedentes de los proyectos sobre análisis de mortalidad. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, 9(2):1-3, 1988.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. Reunión Regional sobre Guías y Procedimientos para el Análisis de la Mortalidad. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, 9(2):3-6, 1988.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud de las Américas. Edición de 1990*. Publicación Científica No. 524, Vol. I, pp. 35-44, 1990.
- (7) Illsley, R. Comparative review of sources, methodology and knowledge. *Social Science & Medicine*, 31(3):229-236, 1990.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS. Publicado inicialmente bajo el título de "Communicable Disease Mortality: Now You See It, Now You Don't", en el *Journal of Public Health Policy*, Vol 12, No. 4, 464-474, 1991. Reimpreso con permiso del *Journal*.)

---

## Publicaciones

*Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 1991. La mortalidad desde 1960*, es el primero de una serie de anuarios de la Organización Panamericana de la Salud, que proporcionarán los datos básicos y complementarán la publicación cuatrienal *Las condiciones de salud en las Américas*, informe iniciado en 1954 y que fuera publicado por décima vez en 1990.

Este primer ejemplar entrega un panorama de la mortalidad en los países de la Región desde 1960, documentado con datos del Sistema de Información Técnica de la OPS. Los futuros anuarios incluirán información actualizada, más detalles sobre problemas de mortalidad específicos y otros indicadores de salud y enfermedad. En forma progresiva se pretende incorporar datos que permitan relacionar la situación de salud con las condiciones de vida de la población y los patrones de utilización de los servicios de salud disponibles.

Organización Panamericana de la Salud, 1991. 474 pp. Publicación Científica No. 537, ISBN 92 75 31537 X. Publicado

en inglés con el título: *Health Statistics from the Americas, 1991 edition. Mortality since 1960*. 474 pp. 1991, PAHO Scientific Publication No. 537 ISBN 92 75 11537 0. Sírvese ordenar esta publicación a: OPS, 525 23rd. St. NW, Att. Distribución y Ventas, Washington, DC 20037, EUA.

*The Health of Adults in the Developing World* publicación de Oxford University Press para el Banco Mundial, llama la atención sobre las causas y consecuencias de la enfermedad y mala salud entre la población adulta de los países en desarrollo. Incluye información de utilidad sobre mortalidad y morbilidad entre adultos en cuanto al impacto de ellas en el ambiente familiar y en la sociedad en general.

*The Health of Adults in the Developing World*. Feachem, Richard G.A.; Kjellstrom, Tord; Murray, Christopher J.L.; Over, Mead, y Phillips, Margaret A., editores. 1992. The World Bank y Oxford University Press, Inc., ISBN 0 19 520879 X.

# Promoción de la salud en OPS

*La promoción de la salud, fué adoptada en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, en 1990, como una de las Orientaciones Estratégicas para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el cuatrienio 1991-1994 (1). La orientación es muy clara al señalar que la promoción de la salud es "concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva." En 1991, el Programa, hasta ese entonces llamado Salud del Adulto, pasó a ser el Programa Regional de Promoción de la Salud, introduciendo algunos cambios estructurales y funcionales, a través del fortalecimiento de componentes de comunicación social y manejo de información.*

La Organización Mundial de la Salud al organizar junto con el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en noviembre de 1986, dió el paso definitivo para consagrar, tal como lo hiciera con la Atención Primaria en Salud y con Salud para Todos en el año 2000, la doctrina de la estrategia de la Promoción de la Salud en la Carta de Ottawa (2). Este producto de dicha Conferencia resume en forma breve los principios de salud pública para el desarrollo de *salud*, en oposición a las intervenciones médicas limitadas a la enfermedad.

De acuerdo con la definición contenida en dicho documento, *la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.*

La renovación de estos conceptos, a partir de 1986, marcan un hito en la historia de la salud pública moderna, al declarar como requisitos fundamentales para la salud, *la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social, y la equidad.*

Lo más importante de destacar del planteamiento es el reconocimiento de que la promoción de la salud no es sólo responsabilidad del sector. Por el contrario, sólo con la acción intersectorial se logra alcanzar niveles aceptables de salud en la población.

El concepto de promoción de la salud abarca diversos, aunque complementarios, campos y enfoques que incluyen, educación, información, comunicación social, legislación, formulación de política, organización y participación de la comunidad, así como los esfuerzos para reorientar los servicios de salud.

Estos principios y enfoques no son, en realidad, nuevos al trabajo de salud pública. La historia de la medicina y de la salud pública ofrece una gran riqueza en los aportes de muchos científicos sobre las causas sociales de la enfermedad ó, mejor aún, de la pérdida parcial o total del bienestar individual y comunitario. Cabanis, en el período de la postrevolución francesa, planteó su célebre aforismo: *Les maladies dépendent des erreurs de la société* (Las enfermedades dependen de los errores de la sociedad) (3). Cuando se leen las recomendaciones de Virchow (4) para

acabar con las epidemias de tifo, en el siglo pasado, salta la similitud con los planteamientos actuales de la promoción de la salud: *el remedio es la completa e ilimitada democracia o educación, libertad y prosperidad.* Podríamos seguir citando innumerables autores que reconocen a los determinantes de la salud, en los diversos sectores sociales y que critican las soluciones emanadas de los diferentes actores políticos.

El desafío ha estado siempre en el paso a la *acción* y, más aún en la preparación del sector salud para dicha acción. Es ahí donde es nuevamente útil la Carta de Ottawa al definir cinco áreas operacionales para la instrumentación de la estrategia:

- Construir una política pública
- Crear ambientes de soporte social
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar las habilidades del personal
- Reorientar los servicios de salud

Mediante mecanismos y líneas de acción para el trabajo en estas áreas, se facilitará la reorientación de la salud pública hacia alcanzar metas y objetivos más cercanos a mejorar las condiciones de vida y obviamente de salud de la población. Estas áreas son la base para desarrollar modos de trabajo en salud que puedan contribuir a mejorar *las circunstancias y los estilos de vida que influyen a la salud* (2).

De esta manera resulta claro que la promoción de la salud, en último término, se refiere a la *salud en el desarrollo* y que es una estrategia que permite buscar un mayor compromiso de todos para el mejoramiento de la calidad de vida y del ambiente en que vivimos.

La promoción de la salud pasa así a ser parte del campo político de los diferentes sectores y niveles, lo cual constituye uno de los aciertos mayores y un importante avance para lograr la acción que se quiere impulsar. De igual modo, desde la perspectiva positiva, se incorpora el concepto de trabajo por la salud en el día a día de cada uno y de la comunidad en su conjunto. Además se le da a la salud el carácter de *recurso* para el desarrollo de los pueblos, valorando al capital humano.

La responsabilidad de los trabajadores de salud deberá ir hasta la búsqueda del bienestar general, más allá de los cambios de los estilos de vida pero incluyendo también esta

área importante de modificaciones positivas, para evitar los riesgos asociados a ellos.

### **Mecanismos de implementación**

Varios mecanismos se identifican en los programas y actividades de promoción de la salud, cuyo objetivo es el de fortalecer la participación de la gente en las diversas intervenciones sobre salud, ya sea a nivel individual ó colectivo.

Así, por ejemplo, la educación, como arma de transformación del ser humano, juega un papel trascendental en la transformación de las condiciones de vida y los cambios de conductas no saludables. Sin embargo, la educación para la salud es un problema para el sector salud por cuanto el éxito de ella depende también del compromiso y efectividad del sector educativo. Salud y educación, conjuntamente, deben aplicar las metodologías para informar, educar a los adultos y crear en las nuevas generaciones actitudes y formas de vida menos riesgosas.

Teniendo en cuenta la importancia de la educación e información en salud, la OPS también definió como orientación estratégica complementaria y potenciadora de la promoción de la salud, a *la utilización de la comunicación social (1)*.

La importancia de que la población tenga la información y el conocimiento de salud, así como el facilitar los debates comunitarios sobre las necesidades y alternativas a aplicar para buscar el bienestar común, recrea los principios de la educación para la salud y de la democratización del conocimiento científico.

El propósito de esta orientación está dirigido a captar el interés tanto de los trabajadores específicos del sector como de los sectores sociales y políticos, buscando su apoyo para las transformaciones que ayuden a que la población alcance un nivel de salud mayor.

Uno de los grandes desafíos para el sector salud hoy día, es el de diseñar programas y materiales de información que lleguen a toda la población, a la educada formalmente y a la que no ha tenido el privilegio de la educación formal. Los métodos y técnicas de la comunicación social, desarrollados para ser aplicados con otros propósitos diferentes, ofrecen un potencial muy grande en su aplicación a salud.

Vale la pena mencionar brevemente algunas de las intervenciones que, en países industrializados, han tenido algún éxito en los cambios de comportamientos, o estilos de vida ligados a problemas importantes de salud de la era actual, como son las enfermedades no trasmisibles, los accidentes y traumatismos, las adicciones a sustancias dañinas para la salud, entre otros.

Entre estas intervenciones están las de educación escolar que buscan, no sólo entregar conocimiento sobre salud al niño y al adolescente, sino condicionar sus comportamientos para que resistan presiones externas de sus compañeros para llevarlos a consumos y conductas de riesgo.

Otra de las intervenciones exitosas la constituyen las actividades específicas de comunicación social, como el uso

de medios masivos, seguidos con reforzamientos de comunicación interpersonal y de *modelos de conducta*, seleccionados dentro de la comunidad para exponer su conducta saludable.

La organización comunitaria es decisiva y conlleva un proceso de fortalecimiento de los mecanismos de participación natural de las comunidades a través de procesos de análisis conjuntos de las problemáticas de salud y búsqueda de soluciones entre los representantes del sector y los representantes de los diferentes grupos formales e informales. En el medio anglosajón se utiliza mucho también el enfoque de *abogar por* (advocacy) que busca en último término, crear un clima de conciencia social sobre un problema, lo cual facilita la decisión política y sobre todo sustenta la implementación de dicha política. El ejemplo más claro se encuentra en la lucha contra el tabaco, en la cual, al crear una conciencia colectiva sobre su efecto en la salud, se facilita la acción regulativa de proteger a los no fumadores y de hacer cumplir con las legislaciones contra la propaganda.

Las intervenciones a nivel poblacional deberán apoyarse en políticas públicas, tanto del nivel nacional como local.

Las políticas regulatorias, aumento de impuestos, regulación de la industria de alimentos, protección del ambiente, entre muchas otras, son indispensables en la promoción de la salud. Esto no puede dejarse de lado y es muy importante que se incorpore en el sector salud y en la acción de los trabajadores de la salud. Todo ello forma parte de la necesaria coordinación de esfuerzos de múltiples sectores.

### **Desarrollo de la estrategia**

El desarrollo de la estrategia de promoción de la salud exige el fortalecimiento de la infraestructura de salud. Las nuevas tareas que se agregan al trabajo de salud pública en el campo de prevención de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, así como las actividades intersectoriales que hay que implementar para mejorar el nivel de salud, demandan recursos de personal y financieros. Esto debe tenerse en cuenta aún más en países en desarrollo, donde la crisis económica ha dejado muy poco espacio para colocar recursos en actividades preventivas y donde los gastos de servicios curativos, también necesarios, son cada día más onerosos.

La reorientación en la formación de los recursos humanos se hace urgente ante los enfoques de salud pública compatibles con la promoción de la salud.

De otro lado, las políticas de salud también requieren de transformaciones importantes, sobre todo en el sentido de que respondan verdaderamente a los problemas más relevantes. Es muy ilustrativo el hecho de que en países donde, claramente, uno de los mayores problemas de salud son las enfermedades cardiovasculares, no se formula ninguna política que tienda a reducirlos. Por esta razón, se resalta la necesidad de orientar mucho más la planificación de salud de acuerdo con el análisis epidemiológico.

Los recursos y enfoques de los programas de salud deberán reorientarse para utilizar mucho más a la epidemiología, no



sólo para efectos de los planes del sector salud sino de otros sectores que tienen que ver con los determinantes de las condiciones de salud y por ende, del desarrollo. De nuevo, salta a la vista la necesidad de la acción intersectorial en todos los niveles de acción.

### Programa de Promoción de la Salud de OPS

El mandato del Programa abarca la aplicación de la estrategia de promoción de la salud en varios campos técnicos de su competencia, así como la colaboración con otras unidades y programas en la asimilación de los conceptos, principios y mecanismos de operación, para implementar la estrategia en los Países Miembros. En lo específico del Programa, la promoción de la salud es un eje articulador para el abordaje de problemas diversos de gran prevalencia en la mayor parte de los países de la Región, como son las enfermedades no transmisibles --cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, respiratorias crónicas-- trastornos mentales, farmacodependencias, traumatismos y accidentes. En segundo lugar, tiene responsabilidad técnica para ayudar a mejorar la calidad de vida y bienestar de grupos especiales como los ancianos y promover el desarrollo humano a través de una mejor salud mental.

En general, en los campos técnicos mencionados, los estilos de vida no saludables están muy ligados a los problemas de enfermedad y riesgos y, por lo tanto, su modificación adquiere gran relevancia en este Programa.

Para efectos de cumplir con las nuevas orientaciones del Programa, se han definido líneas de acción que apoyan en los países la puesta en marcha de programas demostrativos de intervenciones poblacionales, que pretenden reducir la morbilidad y mortalidad de los problemas arriba mencionados y aquellos que faciliten la formulación de políticas, planes y programas tendientes a mejorar la calidad de vida de la población. Se está dando gran prioridad a la comunicación social y a la diseminación de información, para la movilización de la población en favor de la búsqueda de opciones de conductas saludables.

En otros Programas de la OPS, y en las actividades de carácter interprogramático, también se pueden identificar los enfoques y mecanismos de la promoción de la salud,

enfaticando el rol de salud en el trabajo intersectorial para el desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida de la población. El cólera es un buen ejemplo de este tipo de trabajo. En especial, la catastrófica situación que puso a la vista de todos la epidemia del cólera, enmarcada dentro del contexto de la interrelación de salud con el desarrollo (5), definitivamente ha servido para que la OPS pueda analizar más claramente el papel fundamental e histórico que debe jugar en la implementación de los principios de la promoción de la salud en los países.

El movimiento de Municipios Saludables que se está gestando en los países con el acompañamiento de la OPS, es otro ejemplo claro de espacios de trabajo en promoción de la salud que conducen a nuevas formas de concebir y desarrollar acciones de salud pública.

Promover la salud, junto con la prevención de enfermedades y la recuperación del bienestar son los retos que tenemos y para los cuales hay que dar prioridades racionales y organizar los recursos con eficiencia y efectividad.

### Referencias

(1) Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991-1994*. Resolución XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. OPS-CSP 23/14, 1990.

(2) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la salud pública*. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ontario, Canadá, noviembre 1986.

(3) Citado en: Ackerknecht, E. H. *Rudolf Virchow. Doctor. Statesman. Anthropologist*. The University of Wisconsin Press, 1953.

(4) *Ibid* (3).

(5) Confronting Cholera. The Development of a Hemispheric Response to the Epidemic. Informe de: *Una respuesta global al cólera*, conferencia auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud y el North-South Center, Universidad de Miami. 8-9 julio 1991.

(Fuente: Programa de Promoción de la Salud, OPS.)

---

## Primer Congreso Iberoamericano de Epidemiología

La Sociedad Española de Epidemiología y la Escuela Andaluza de Salud Pública auspician el Primer Congreso Iberoamericano de Epidemiología, que tendrá lugar en Granada, España, del 19 al 21 de octubre de 1992. Se tratarán el desarrollo histórico y la práctica de la epidemiología, así como también la cooperación sanitaria iberoamericana por medio de conferencias y mesas de discusión.

Las áreas temáticas incluirán las desigualdades en salud, la administración de servicios, el medio ambiente, las condiciones de trabajo, los problemas relacionados con la edad y grandes problemas de salud y metodologías de trabajo. El día 22 de

octubre, la Escuela Andaluza de Salud Pública celebrará sus Séptimas Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria sobre el tema de medio ambiente y salud.

Se reciben trabajos hasta el 10 de julio e inscripciones en septiembre. Se usarán los idiomas español y portugués. Las solicitudes de información deben ser dirigidas a la Secretaría del Primer Congreso Iberoamericano de Epidemiología, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Apdo. 2070, C.P. 18080, Granada, España.

---

# Actividades de epidemiología en los países

## Reuniones del Consejo y del Comité Asesor Científico del Centro de Epidemiología del Caribe

La reunión de 1992 del Comité Asesor Científico (SAC) del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) tuvo lugar del 18 al 20 de marzo en su sede en Puerto España, Trinidad y Tabago. En respuesta a una recomendación formulada por el SAC en 1991, el personal preparó y distribuyó el informe anual con bastante antelación a la reunión, lo que permitió al SAC efectuar una revisión concisa de los programas y avances logrados desde 1991. El SAC consideró que el informe era de alta calidad y reflejaba el progreso continuo que el Centro está alcanzando, tanto desde el punto de vista científico como administrativo. Se hizo notar en particular el hecho de que CAREC ha empezado a aplicar la planificación estratégica, lo cual debería permitir formular los objetivos y analizar los logros con mayor precisión.

Junto con el personal de CAREC, los miembros del SAC llevaron a cabo una serie de discusiones en grupos de trabajo y de reuniones plenarias dirigidas a los siguientes temas claves: vigilancia de enfermedades, enfermedades diarreicas, evaluación de las repercusiones sociales y económicas, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA, enfermedades prevenibles por medio de vacunas, control de vectores y los resultados de reuniones celebradas en 1991 por epidemiólogos y directores de laboratorios nacionales. Luego de estas reuniones, el SAC formuló recomendaciones destinadas a orientar y apoyar el programa científico del CAREC. A continuación se presentan algunas recomendaciones importantes que pueden ser de interés general para los lectores:

- *El CAREC debe trabajar con las autoridades nacionales para fortalecer la vigilancia en los sistemas locales de salud.*
- *El programa EpiInfo debe ser adoptado como el software más adecuado para la vigilancia epidemiológica.*
- *Deben fomentarse las vinculaciones con centros epidemiológicos y laboratorios tanto del Caribe como de otros lugares.*
- *Los informes anuales de los funcionarios médicos jefes deben convertirse en documentos importantes para las evaluaciones anuales en curso sobre la situación de salud de las poblaciones.*
- *Debe promoverse la investigación detallada por caso de las defunciones por diarrea y los estudios de caso-control de enfermedades diarreicas.*
- *Los Ministros de Salud deben estar concientes de la necesidad de emitir leyes relativas a la certificación de todos los laboratorios, tanto públicos como privados y de la necesidad de contar con una política sobre inmunización de los trabajadores de laboratorio contra el virus de la hepatitis B.*

- *Todos los laboratorios nacionales deben formular políticas sobre seguridad en el laboratorio, recibiendo orientación y adiestramiento de CAREC.*
- *El Programa Especial sobre ETS/SIDA debe dar importancia a la información, la educación y la comunicación, al desarrollo de la vigilancia del VIH y al uso de los datos obtenidos por encuestas de conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas.*
- *El CAREC debe promover una mayor toma de conciencia en cuanto a los temas legales, éticos y de derechos humanos en relación con el VIH y el SIDA.*
- *Es necesario llevar a cabo los estudios y las intervenciones adecuados con adolescentes y jóvenes para detener la propagación del SIDA entre los jóvenes.*
- *En conjunto con la vigilancia para la eliminación del sarampión, la vigilancia de la rubéola y el dengue puede ser fortalecida con la finalidad de mejorar el control de estas enfermedades. El Programa Ampliado de Inmunización debe considerar una iniciativa conjunta de inmunización contra sarampión, rubéola y hepatitis B en el Caribe.*
- *El CAREC debe asignar prioridad a una campaña pertinente y sostenible de control de vectores para la malaria, el dengue y enfermedades transmitidas por artrópodos.*

En su reunión del 23 y el 24 de marzo, el Consejo aceptó las recomendaciones del SAC. En tanto que principal Cuerpo Directivo del Centro, creado bajo los términos del convenio multilateral para el funcionamiento del CAREC firmado por todos sus Países Miembros, el Consejo expresó su inquietud por la disminución en la recaudación de las cuotas y por la acumulación de atrasos en los pagos, lo que ha tenido una repercusión significativa en las operaciones del Centro. El Consejo también expresó su apoyo decidido a la reconstrucción del CAREC, compatible con la salud financiera del Centro.

## Simposio internacional sobre vigilancia en salud pública

Del 22 al 24 de abril de 1992, fue realizado en el Carter Center de Atlanta, Georgia, Estados Unidos un *Simposio internacional sobre vigilancia en salud pública: Soluciones orientadoras para mejorar la salud y la calidad de la vida*. El Simposio fue patrocinado por los Centros para el Control de Enfermedades del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, el Carter Center de Emory University, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Escuela de Salud Pública de Emory University.

Los objetivos del Simposio fueron: (1) alcanzar una mayor comprensión en la definición, función e importancia de la vigilancia para reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas y no infecciosas y por lesiones, mejorar la calidad de la vida y establecer políticas eficaces de

salud y (2) identificar aspectos críticos en la vigilancia de salud pública que así se beneficiarían de discusiones más detalladas y centradas en próximas reuniones. Los expertos que participaron en el Simposio representaban a países en diferentes etapas de desarrollo económico y abordaron temas tales como la justificación de la vigilancia en salud pública y la función de la vigilancia en las políticas y en la práctica de la salud pública en los últimos 25 años. (En mayo de 1968, uno de los aspectos principales de la XXIª Asamblea Mundial de la Salud fue *Vigilancia mundial y nacional de las enfermedades transmisibles*. Desde entonces, pocas reuniones internacionales han tratado el tema de la vigilancia.)

El Simposio reconoció que la viabilidad y la aplicabilidad de diferentes métodos de vigilancia variarán entre los países, dependiendo de sus características económicas, demográficas y epidemiológicas. No obstante, se percibió que los profesionales de salud pública se beneficiarían al compartir las lecciones aprendidas en el campo de la vigilancia que tuvieron alguna repercusión sobre el establecimiento de políticas y prioridades programáticas en salud, en la asignación de recursos o en la orientación, el seguimiento y la evaluación de los programas de salud.

Los principales temas abordados durante el simposio fueron (1) lecciones aprendidas por los planificadores de diferentes niveles del sistema de salud acerca del uso de datos sobre vigilancia en salud pública; (2) problemas en cuanto a fijación de prioridades con recursos limitados, informática y uso de los datos de vigilancia para fijar los objetivos de salud; (3) comunicación de datos de vigilancia a los planificadores; (4) vigilancia de las enfermedades no transmisibles; y (5) incluir la vigilancia en el programa de salud pública. La organización de presentaciones formales y de discusiones abiertas brindó la oportunidad de que los expertos invitados participaran en forma muy productiva. Las actas del Simposio van a ser publicadas próximamente. Se prevé que se celebrarán otras reuniones, antes de la Reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre el Fortalecimiento de la Epidemiología para la Acción en Salud Pública, programada para finales de 1993. El *Boletín* mantendrá informados a sus lectores acerca de las publicaciones y las actividades relacionadas con la vigilancia en salud pública.

### **Segundo taller nacional de epidemiología en los servicios de salud y el médico de familia en Cuba**

Durante los días 22 y 23 de marzo de 1992 se efectuó en la Ciudad de La Habana el Segundo Taller Nacional de Epidemiología en los Servicios de Salud y el Médico de Familia, que contó con la participación de 160 profesionales del área de servicios, investigación y docencia, y la colaboración de asesores internacionales.

El Vice Ministro de Higiene y Epidemiología, al inaugurar el taller enmarcó el desarrollo de la epidemiología cubana en las últimas décadas:

- Entre 1962 y 1975 las acciones han consistido fundamentalmente en enfrentar los principales problemas relacionados con las enfermedades infecto-contagiosas, en que se logró borrar un grupo de entidades del cuadro de salud del país. Sin embargo, no se redefinieron políticas con el consiguiente estancamiento de la epidemiología en el período de 1975 a 1980.
- El efecto devastador de la epidemia de dengue hemorrágico obligó al Sistema Nacional de Salud a crear las bases necesarias para fortalecer el trabajo de la epidemiología en el país. Se constituyeron aceleradamente los Centros y Unidades Municipales de Higiene y Epidemiología en todo el territorio nacional, así como las unidades de control de vectores. Se obtuvieron evidentes resultados en otro grupo de enfermedades infecto-contagiosas, la situación de salud continuó cambiando con una tendencia hacia el predominio de las enfermedades no transmisibles.
- Por ello, en mayo de 1988 se convocó al Primer Taller Nacional de Epidemiología en los Servicios de Salud y el Médico de la Familia. Este logró precisar las orientaciones fundamentales para el perfeccionamiento del trabajo en epidemiología, teniendo en cuenta la inclusión en el sistema de salud del médico de familia (véase *Boletín Epidemiológico de la OPS*, Vol. 9, No. 3, pags. 11-15, 1988).
- La convocatoria al Segundo Taller Nacional de Epidemiología en los Servicios de Salud y el Médico de Familia, se basó en la necesidad de vislumbrar las nuevas posibilidades de trabajo con el médico de familia en el contexto de los *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000*, publicados en febrero de 1992, que se caracteriza por el énfasis en las metas epidemiológicas de impacto, la descentralización y la respuesta multisectorial.

Se procedió a evaluar el cumplimiento de los acuerdos del primer taller y se definieron las acciones a tomar para perfeccionar el trabajo. Hubo consenso por parte de los participantes en que un gran número de orientaciones concernientes al primer taller mantienen vigencia y es necesario continuar desarrollándolas.

A continuación se indican las recomendaciones más importantes:

#### *Epidemiología y organización de los servicios de salud*

- Mejorar la calidad de los estudios de situación de salud, profundizando el análisis epidemiológico necesario para la toma de decisiones, sistematizando este proceder a nivel de área de salud, municipio, provincia y nacional.
- Basar las acciones de salud en análisis de situación. Estas deben ser evaluadas sistemáticamente con participación activa de la comunidad.
- Incluir y desarrollar el pensamiento epidemiológico en todos los niveles de atención. En relación con el nivel primario se pusieron de manifiesto los enfoques de

ubicación del epidemiólogo en el área de salud y adiestramiento epidemiológico al equipo de salud.

-Incrementar las relaciones inter e intrasectoriales como estrategia de trabajo, teniendo en cuenta:

a) Las actuales políticas de gobierno como respuesta no solo al período especial, sino a la acción permanente en función del perfil cubano de salud-enfermedad.

b) Las iniciativas locales que con el esfuerzo multisectorial den respuesta satisfactoria a los problemas de salud y que representen soluciones a extender.

c) Necesidad de aunar esfuerzos y voluntades dentro del sector salud con el objetivo de lograr la integración necesaria para alcanzar los propósitos en la estrategia de salud para el 2000.

- Extender y sistematizar la evaluación de servicios y programas, como forma de conocer y mejorar la calidad de la atención en todas las instancias.

- La especialidad de Medicina General Integral (MGI), desempeñará el papel más relevante y estratégico en el cumplimiento de los propósitos de salud cubana, el resto de las especialidades deben integrarse a la estrategia de salud.

- Incrementar la interrelación entre el nivel primario y secundario, reforzando el criterio de territorialidad. Debe considerarse el Proyecto de Desarrollo de la Epidemiología en los Hospitales como una vía para lograr este objetivo.

- Reforzar el papel de los servicios de salud en la vigilancia epidemiológica, para la consolidación de la misma en las enfermedades transmisibles y desarrollo de la vigilancia en las enfermedades no transmisibles.

- Cambiar el estilo de dirección en el cual el análisis territorial conjunto de los problemas y la búsqueda de soluciones constituyan un elemento integrador.

#### *Capacitación en epidemiología*

- Continuar perfeccionando el programa docente de la asignatura de higiene y epidemiología de pregrado, teniendo en cuenta su vinculación al Centro Municipal de Higiene y Epidemiología y al Área de Salud.

- Continuar ajustando el programa de la residencia de higiene y epidemiología, teniendo en cuenta su actualización periódica acorde a los avances en este campo.

- Incrementar la disseminación y profundidad del conocimiento epidemiológico en MGI. Igualmente deberá actualizarse de forma acelerada al personal especializado en higiene y epidemiología de los servicios.

Para ello se plantea:

. La capacitación en epidemiología debe partir de la identificación de los problemas de salud, en especial para el personal en área de salud.

. Realizar la preparación epidemiológica a partir de necesidades de aprendizaje.

. Trabajar en la modificación del enfoque biomédico de los profesores y profesionales de salud, como elemento básico en la formación del médico general mediante cambios conceptuales de la curación hacia la salud.

. Debe considerarse la importancia de la capacitación a la comunidad a través de los medios masivos de comunicación como forma importante para incidir en la educación sanitaria.

. Preparar y perfeccionar los cuadros de dirección en el uso de la epidemiología para interpretar y dar soluciones científicas a los problemas de salud, actividad en la que la Facultad de Salud Pública deberá jugar un papel rector.

. Se requiere adquirir información científica especializada y actualizada en los diferentes campos de acción de la epidemiología.

#### *Investigación en epidemiología*

- La investigación debe estar orientada a la búsqueda del conocimiento necesario para la acción con base científica.

- La divulgación de los resultados de las investigaciones debe ser jerarquizada, priorizando la publicación de acuerdo a su importancia en las revistas nacionales, entre ellas la de MGI. Debe mejorarse el uso de esta información, buscando formas novedosas que favorezcan su extensión, el estudio y el análisis de la misma.

- Incrementar la divulgación de los resultados de las investigaciones en revistas internacionales.

- Impulsar el desarrollo de investigaciones en epidemiología de las enfermedades no transmisibles, haciendo énfasis en estudios de intervención, en los cuales deben participar los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, en estrecho vínculo con los restantes servicios de salud.

- Dar más participación al médico de familia y su equipo tanto en el diseño y ejecución de las investigaciones, como en la elaboración de los resultados.

- Incrementar la incorporación de ciencias y conocimientos de áreas afines que contribuyan a crear un pensamiento epidemiológico integral, de mayor potencia analítica y capacidad transformadora, como aspecto básico para el desarrollo de la Escuela Cubana de Epidemiología.

## Situación del cólera en las Américas

Desde que se publicara el número anterior del *Boletín Epidemiológico* la evolución de la ocurrencia del cólera en las Américas ha seguido un patrón de intensa transmisión. A pesar de que no se han notificado nuevos países afectados, se han registrado los siguientes hechos: **México** ha reportado durante el mes de mayo un número de casos dos veces mayor que el promedio de los meses anteriores de 1992 y los estados de Jalisco, San Luis Potosí y Sinaloa registraron casos por primera vez. En Centroamérica todos los países a excepción de Costa Rica han visto un incremento en el número de casos notificados durante el período de finales de abril a mayo en comparación con los dos meses anteriores. En **Honduras** y **Nicaragua** se expandió el área infectada. En **Costa Rica**, se identificó un caso autóctono como parte de un brote circunscrito en el cual otros nueve individuos asintomáticos se encontraron infectados con *V. cholerae* 01 El Tor Inaba. En el área andina repitiendo la tendencia observada el año pasado, **Ecuador** y **Perú** han visto disminuir la notificación de casos durante el mes de mayo. En el **Brasil** siguió expandiéndose el área infectada, hasta mayo de 1992 eran más de 300 los municipios que notificaron casos en 14 estados, concentrándose 73% de ellos en el nordeste del país. Los **Estados Unidos de América** informaron el número final de 75 casos asociados a la investigación de cólera entre pasajeros del vuelo de Aerolíneas Argentinas entre Buenos Aires y Los Angeles, California. No se ha proporcionado información sobre la fuente de infección más probable. La tendencia en la ocurrencia del cólera según notificación recibida de los países, indica la continua transmisión de la enfermedad en el hemisferio y una distribución estacional de la incidencia (Figura 1). Los países que notificaron casos de cólera en 1992, hasta el 6 de junio fueron: Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guayana Francesa, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Suriname y Venezuela.

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

La Organización Mundial de la Salud publicó recientemente el documento *Lineamientos de la OMS para la formulación de política nacional sobre el control del cólera* (WHO/CDD/SER/92.16, original en inglés) en el cual se expresa la posición de la Organización en relación a varios aspectos importantes sobre el control del cólera.

En cuanto a la vigilancia y notificación de casos, se recomiendan las siguientes definiciones de caso: *Caso sospechoso-* a) un paciente de 5 años de edad o más que desarrolla deshidratación grave o muere por diarrea líquida aguda en una zona donde la enfermedad no se ha notificado

como presente; b) un paciente de 5 años de edad o más que desarrolla diarrea líquida aguda, con o sin vómitos, en una zona donde está ocurriendo una epidemia. *Caso confirmado-* todo paciente con diarrea al que se aísla *Vibrio cholerae* 01.

Para la notificación a nivel nacional se recomienda recolectar un número mínimo de datos. La información sobre fuentes y modos de transmisión se puede obtener a través de investigaciones epidemiológicas. Sobre la notificación internacional se destaca que las autoridades de los países en los que la presencia del cólera haya sido confirmada deben notificar semanalmente a la OPS/OMS, lo que incluirá por lo menos el número de casos nuevos y las defunciones desde el último informe y los totales acumulados para el año, según región u otra división geográfica pertinente. No es necesaria la distinción entre los casos confirmados y sospechosos: *todos los casos deben notificarse como cólera.*

En lo que respecta al uso del laboratorio se hace hincapié en que *se debe examinar un número suficiente de muestras de heces de casos sospechosos de cólera para identificar el organismo responsable y probar su sensibilidad a los antibióticos. Una vez que se confirma la presencia del cólera en una zona, no es necesario examinar muestras de todos o muchos casos o contactos en esta zona; en efecto, es mejor no promover esta práctica ya que ocasiona una sobrecarga innecesaria al laboratorio. La evolución de una epidemia en una zona debe ser seguida con pruebas bacteriológicas de muestras de un número reducido de pacientes.*

Se reitera que *la OMS no reconoce situación alguna en que se debiera utilizar la vacuna tradicional contra el cólera.*

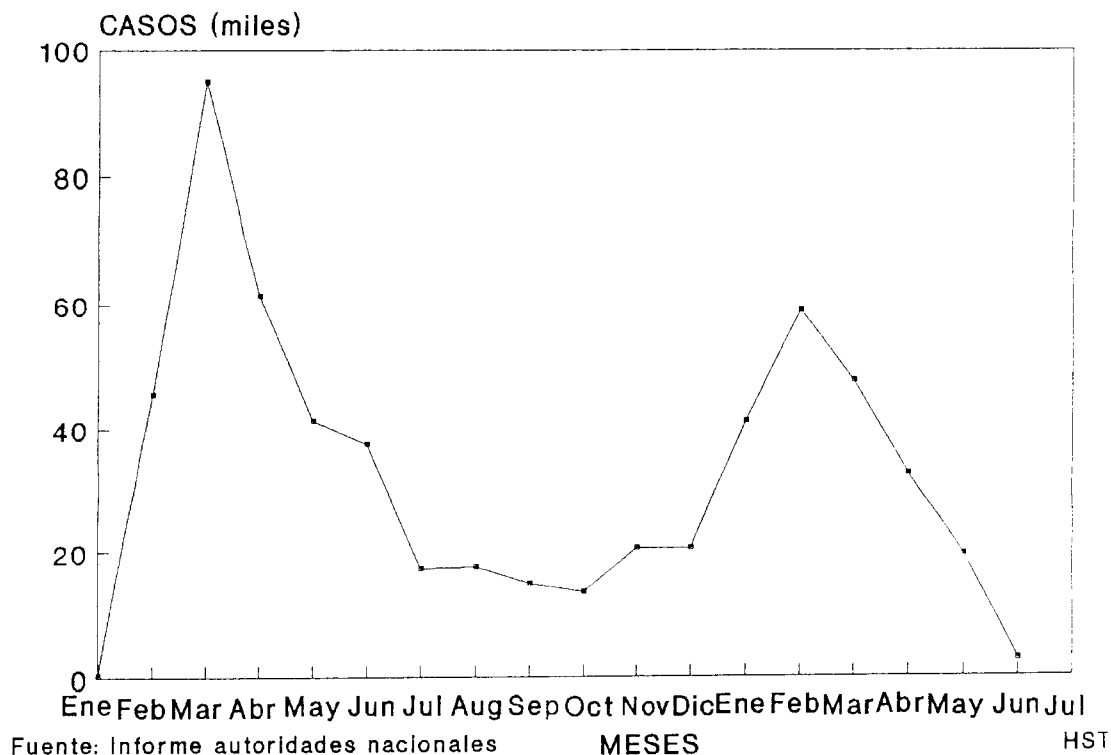
Al tratar de la diseminación internacional del cólera se informa que *en la actualidad ningún país exige que los viajeros entrando a su territorio estén vacunados contra el cólera. Incluso que la OMS recomienda que los países no deben implantar cordones sanitarios, cuarentena o control en las fronteras como parte de sus esfuerzos para prevenir la diseminación del cólera.*

En cuanto a la quimioprofilaxis, se llama la atención de que *la quimioprofilaxis masiva no se debe usar en los esfuerzos por controlar el cólera. Sin embargo, la quimioprofilaxis selectiva solamente se puede considerar cuando la vigilancia ha demostrado que, en promedio, por lo menos uno de cada cinco contactos familiares se hayan enfermado después de la aparición del primer caso.*

Teniendo en cuenta el reducido riesgo de los turistas de enfermarse con cólera, se recomienda que *no se restrinja el turismo en las zonas afectadas por el cólera.*

En relación al abastecimiento de agua y del saneamiento, se pone énfasis en que *el cólera solamente puede ser prevenido de manera confiable asegurando que todas las poblaciones tengan acceso a un adecuado sistema de agua potable y de disposición de excretas.*

Figura 1. Casos de cólera notificados mensualmente en las Américas, 1991-1992.



Debido a que las inversiones necesarias para la recuperación o construcción de la infraestructura de salud ambiental que permita lograr lo anterior son cuantiosas, se indican las intervenciones que se deben priorizar en el corto plazo en: **Agua potable:** a) *el agua potable debe ser adecuadamente desinfectada; se deben mejorar las prácticas de desinfección en los sistemas de distribución y en los sistemas rurales.* b) *se pueden distribuir a la población tabletas de cloro o yodo con instrucciones para su uso.* c) *cuando el tratamiento químico del agua no es posible, se debe poner énfasis en la necesidad de hervir el agua para beber.* d) *el control de calidad del agua debe ser fortalecido intensificando la vigilancia y control del cloro residual, y la realización y análisis de pruebas bacteriológicas en diferentes puntos de los sistemas de producción y distribución.* En cuanto a **saneamiento:** a) *se debe fortalecer el control de calidad de las plantas de tratamiento de aguas servidas.* b) *el uso de aguas servidas tratadas para irrigación debe ser controlado cuidadosamente, de acuerdo a normas nacionales e internacionales.* c) *el tratamiento químico de las aguas servidas en gran escala es raramente justificable, incluso durante emergencias, debido a su alto costo, efecto incierto, y posible impacto negativo en el ambiente y la salud.*

d) *la educación para la salud debe enfatizar la disposición segura de las heces.*

Se presentan consideraciones generales sobre la relación entre alimentos y cólera con las siguientes afirmaciones:

*No se espera que exista riesgo de transmisión del cólera por alimentos cuyas características físicas o químicas, o su procesamiento sean tales que imposibiliten la presencia de V. cholerae. No se justifican las acciones para restringir la venta, el transporte o el consumo de tales alimentos como parte de las medidas de control del cólera.*

En cuanto a comercio internacional de alimentos, se anota: *Aunque existe en teoría un riesgo de transmisión del cólera asociado con algunos productos alimenticios comercializados en el mercado internacional, esta posibilidad rara vez se ha probado significativa y las autoridades deben buscar mecanismos más satisfactorios que la aplicación de embargos a las importaciones.*

Finalmente sobre educación para la salud se recomienda que: *Las personas responsables por los medios masivos de información pública deben proporcionar a las autoridades de salud, sin costo, el tiempo y espacio editorial necesarios para transmitir información y educación pública sobre el control del cólera.*

# Vigilancia del SIDA en las Américas

Número de casos notificados por año, y número acumulado de casos y defunciones, por país y sub-región.  
Al 10 de junio de 1992.

SUBREGION País	Número de Casos							Total(a) Acumulado	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992			
TOTAL REGIONAL	45,371	33,393	42,329	49,286	53,150	49,200	4,080	277,028	167,571	
AMERICA LATINA b)	3,193	4,495	7,056	8,891	12,116	11,850	865	48,673	20,211	
AREA ANDINA	205	386	683	871	1,236	1,142	75	4,598	2,317	
Bolivia	3	3	10	2	7	16	2	43	37	31/Mar/92
Colombia	63	187	290	360	620	669	...	2,189	1,064	31/Dic/91
Ecuador	13	22	29	22	42	51	...	179	126	31/Dic/91
Perú	30	32	65	118	141	155	73	614	216	31/Mar/92
Venezuela	96	142	289	369	426	251	...	1,573	874	31/Dic/91
CONO SUR	118	133	204	231	588	616	33	2,112	766	
Argentina	72	71	103	108	383	373	...	1,298	401	31/Dic/91
Chile	36	48	69	82	117	147	...	500	196	31/Dic/91
Paraguay	2	5	4	3	12	10	...	36	30	31/Dic/91
Uruguay	8	9	28	38	76	86	33	278	139	30/Abr/92
BRASIL	1,616	2,246	3,735	4,848	6,177	5,914	168	24,704	10,926	31/Mar/92
ISTMO CENTROAMERICANO	87	191	359	469	842	820	71	2,857	1,146	
Bélica	1	6	4	0	1	...	...	12	8	31/Mar/90
Costa Rica	20	23	52	53	69	83	30	330	212	31/Mar/92
El Salvador	7	16	34	72	54	107	33	323	96	31/Mar/92
Guatemala	16	12	18	18	78	94	...	236	97	31/Dic/91
Honduras	17	103	189	247	569	453	...	1,595	491	31/Dic/91
Nicaragua	0	0	2	2	7	13	1	26	24	31/Mar/92
Panamá	26	31	60	77	64	70	7	335	218	31/Mar/92
MEXICO	245	804	964	1,499	2,395	3,166	489	9,562	4,508	31/Mar/92
CARIBE LATINO c)	922	735	1,111	973	878	192	29	4,840	548	
Cuba	3	24	24	12	10	30	9	112	54	31/Mar/92
Haití	795	477	731	453	630	...	...	3,086	297	31/Dic/91
República Dominicana	124	234	356	508	238	162	20	1,642	197	31/Mar/92
CARIBE c)	465	374	489	725	702	843	129	3,739	2,249	
Anguila	0	0	1	2	1	0	...	4	3	30/Jun/91
Antigua	2	1	0	0	3	...	...	6	5	31/Dic/90
Antillas Neerlandesas	9	12	9	16	31	...	...	77	16	31/Dic/90
Bahamas	86	90	93	168	162	235	...	834	498	31/Dic/91
Barbados	32	24	15	40	61	78	30	280	198	31/Mar/92
Dominica	0	5	2	3	2	...	...	12	11	30/Jun/90*
Grenada	3	5	3	8	5	7	1	32	18	31/Mar/92
Guadalupe	47	41	47	47	...	...	...	182	85	31/Dic/89
Guayana Francesa	78	25	34	54	41	...	...	232	144	30/Sep/90
Guyana	0	10	34	40	61	85	28	258	78	31/Mar/92
Islas Caimán	2	1	1	1	2	3	...	10	8	31/Mar/91
Islas Turcas y Caicos	3	2	6	7	1	2	...	21	18	31/Dic/91
Islas Vírgenes (RU)	0	0	1	0	2	1	0	4	1	31/Mar/92
Jamaica	11	32	30	66	62	133	...	334	218	31/Dic/91
Martinica	25	23	30	51	45	26	8	208	126	31/Mar/92
Montserrat	0	0	0	1	0	0	...	1	0	31/Dic/91
San Cristóbal-Nieves	6	4	9	5	8	1	0	33	20	31/Mar/92
San Vicente y las Granadinas	2	5	8	6	4	14	0	39	25	31/Mar/92
Santa Lucía	4	4	2	8	3	7	5	45	22	31/Mar/92
Suriname	4	5	4	35	35	16	3	102	82	31/Mar/92
Trinidad y Tabago	151	85	160	167	173	235	54	1,025	673	31/Mar/92
AMERICA DEL NORTE	41,713	28,524	34,784	39,670	40,332	36,507	3,086	224,616	145,111	
Bermuda	51	21	28	35	33	23	8	199	142	31/Mar/92
Canadá	1,185	867	1,017	1,169	1,050	788	40	6,116	3,746	31/Mar/92
Estados Unidos de América c)	40,477	27,636	33,739	38,466	39,249	35,696	3,038	218,301	141,223	30/Abr/92

a) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.

b) La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

c) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

\* Fecha corregida.

# Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

Casos y defunciones por fiebre amarilla y peste, notificados en la Región de las Américas, hasta el 31 de julio de 1992.<sup>1</sup>

País y división administrativa principal	Fiebre amarilla		Peste
	Casos	Defunciones	Casos
<b>BOLIVIA</b>	<i>14</i>	<i>10</i>	
Cochabamba	1	1	-
La Paz	8	8	-
Santa Cruz	5	1	-

<sup>1</sup>Para la notificación de cólera, véase el artículo sobre la situación del cólera en este *Boletín*.

Durante el año 1991, **Bolivia** notificó un total de 82 casos de fiebre amarilla y 52 defunciones, en los Departamentos de Cochabamba, (3 casos y 2 defunciones), La Paz (15 casos y 15 defunciones) y Santa Cruz (64 casos y 35 defunciones). **Brasil** notificó un total de 15 casos y 8 defunciones por fiebre amarilla, en los Estados de Mato Grosso do Sul (6 casos y 3 defunciones), Pará (2 casos y 2 defunciones) y Roraima (7 casos y 3 defunciones). **Ecuador** notificó un total de 19 casos y 10 defunciones por fiebre amarilla, en las Provincias de Morona Santiago (2 casos y 2 defunciones), Napo (9 casos y 5 defunciones), Pastaza (4 casos y 3 defunciones) y Zamora Chinchipe (4 casos sin defunciones). En los **Estados Unidos de América**, se notificaron 11 casos de peste, en los estados de Arizona (un caso), Colorado (3 casos), Idaho (un caso), Nuevo México (4 casos), Oklahoma (un caso) y Utah (un caso).

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

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

Impreso en papel sin ácido.

ISSN 0255-6669



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