

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 19, No. 3

Septiembre 1998

Salud en las Américas 1998

Introducción

Una de las funciones esenciales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es difundir información sobre la situación de la salud y sus tendencias en la Región de las Américas. Esta función se cumple en forma ininterrumpida desde 1956, año en que se publicó por primera vez una evaluación del estado de salud de la población de las Américas bajo el título de *Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias en las Américas*. En 1966, el informe pasó a llamarse *Las condiciones de salud en las Américas*, y con este nombre se siguió publicando cada cuatro años. *La salud en las Américas*, edición correspondiente a 1998 y duodécima publicación de esta serie de informes cuatrienales, asegura la continuidad de este proceso.

La Organización produce y distribuye además otras publicaciones que complementan a la anterior, entre ellas *Indicadores básicos de salud*, *Estadísticas de salud de las Américas*, el *Boletín Epidemiológico*, los informes sobre la vigilancia y evaluación de salud para todos en el año 2000 y varios documentos técnicos.

La Salud en las Américas, edición de 1998, que se publica como siempre en dos volúmenes, cubre sobre todo

el período comprendido entre 1993 y 1996, y ofrece la visión de la Organización Panamericana de la Salud sobre la situación de la salud en la Región de las Américas.

En el Volumen I, desde una perspectiva regional, se analizan las tendencias sanitarias y su relación con las condiciones de vida, los principales problemas que afectan a grupos especiales de población, y la manifestación y distribución de enfermedades y otros daños para la salud. Asimismo, se examina la respuesta de los sistemas de servicios de salud haciendo hincapié en la reforma del sector y en las actividades de promoción y protección de la salud y control del medio ambiente. En el capítulo final se revisan las características y tendencias de la ayuda financiera regional y las nuevas modalidades de cooperación técnica entre los países. El Volumen II sintetiza la información más reciente sobre la situación y tendencias sanitarias correspondientes a cada uno de los países y territorios integrantes de la Organización.

La población y sus tendencias

En las postrimerías del siglo XX, las naciones americanas están experimentando una serie de extraordinarios cambios políticos, económicos y

EN ESTE NUMERO . . .

- Salud en las Américas 1998: Resumen Ejecutivo
- Clasificación Internacional de Enfermedades: Centros Colaboradores
- Situación de los Bancos de Sangre en América Latina, 1996: Marcadores serológicos para enfermedades transmisibles en donantes de sangre
- Revisión del Reglamento Sanitario Internacional
- Indicadores Básicos 1998: Indicadores seleccionados por subregiones: Población; recursos; acceso y cobertura de salud
- Libros nuevos: *La Salud en las Américas 1998*

demográficos. Casi todos los países han pasado de un modelo de economía cerrada dirigida por el Estado a uno de economía abierta que ahora debe competir con el resto del mundo. Y casi todos tendrán que hacer ajustes para dar cabida a una población que crece año tras año. La población del continente americano se estima en alrededor de 800 millones de personas, lo que representa casi 14% de la población del mundo. Cerca de un tercio de la población reside en los Estados Unidos, otro tercio se reparte entre México y Brasil y el tercio restante se distribuye entre 45 países y territorios de las Américas.

El número de nacimientos en la mayoría de las subregiones no ha disminuido y en algunas ha aumentado. La tasa de natalidad es actualmente de 19,2 nacidos vivos por 1.000 habitantes. El Canadá tiene la tasa de natalidad más baja, con 11,9 por 1.000, y Guatemala la más alta, con 36,1 por 1.000. De acuerdo con proyecciones de las Naciones Unidas, en 1998 nacerán más de 15 millones de niños en las Américas, pero en el 2003 el número de nacimientos será prácticamente el mismo.

Debido a su población tan numerosa, Estados Unidos, Brasil y México encabezan la Región en cuanto al número de defunciones. Las defunciones correspondientes a América del Norte—que incluye a Estados Unidos, Canadá y Bermuda—constituyen 45% del total regional. Esta subregión también encabeza las tasas de mortalidad, con 8,7 defunciones por 1.000 habitantes en 1998. Por contraste, Costa Rica tiene la más baja, con 3,8 por 1.000.

El seguimiento de los cambios demográficos por medio de las tendencias en las tasas de natalidad y mortalidad no basta para trazar un cuadro completo del crecimiento de la población. Un aspecto difícil de analizar es la migración internacional, porque las cifras oficiales de inmigrantes no incluyen la migración ilegal. Tampoco hay cifras oficiales del número de personas que regresan a sus países de origen. Esto sucede también en las Américas. A lo largo de la historia, Argentina, Canadá, Estados Unidos y Venezuela han recibido más inmigrantes que los demás países americanos.

Otra tendencia demográfica importante en el continente americano es la afluencia de población de las zonas rurales a las urbanas. En toda América, las ciudades

siguen atrayendo a multitudes de personas del campo. La población rural de América del Norte, el Cono Sur, el Caribe y Brasil está disminuyendo, mientras que la de los países de la subregión andina ha permanecido más o menos igual. Es más, en el Caribe Latino—República Dominicana, Cuba, Haití y Puerto Rico—y en México, este segmento de la población apenas si está creciendo. La única excepción es Centroamérica, donde la población rural está aumentando en forma considerable.

El desplazamiento de la población de las zonas rurales a las urbanas solo explica en parte el crecimiento vertiginoso de las ciudades latinoamericanas, que comenzó a aumentar hacia la mitad del presente siglo en forma más acelerada que en otras ciudades del mundo. Algunos centros urbanos latinoamericanos llegaron a crecer 60% en un solo decenio. La subregión con la población más urbanizada es el Cono Sur, formado por Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. En total, 85% de sus habitantes viven en ciudades, lo que constituye la concentración más alta en las Américas.

En las Américas, los indígenas representan un segmento importante de la población. Unos 42 millones de indígenas viven en más de 400 poblados o aldeas en la Región. Los indígenas residen principalmente en México (12 millones), Guatemala (5,3 millones), Perú (9,3 millones), Bolivia (4,9 millones) y Ecuador (4,1 millones). En América Latina, una proporción de poco más de uno de cada cuatro indígenas viven en las zonas rurales, muy lejos de las bulliciosas ciudades.

La situación de la salud

Durante la última década, la situación de la salud en la Región de las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Ello es un reflejo de diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, así como de la mayor disponibilidad de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Este mejoramiento no ha mostrado las mismas características y velocidad en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país.

Los países de las Américas, en particular los de América Latina y el Caribe, están viviendo los cambios

demográficos y epidemiológicos propios de todas las sociedades en transición. Entre la primera mitad de los años ochenta y mediados de los noventa, la esperanza de vida al nacer en la Región aumentó de 68,7 a 71,1 años. En 1995, en América Latina la cifra fue de 70 años, y en el Caribe, de 74,3 años. En todas las subregiones del continente la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.

En el período comprendido entre 1980 y 1994, pese al aumento de la población y del número de defunciones, se produjo una marcada reducción del número de años potenciales de vida perdidos en toda la Región, es decir, disminuyó la cantidad de muertes prematuras (las que ocurren antes de los 75 años de edad que es, aproximadamente, el valor promedio de esperanza de vida alcanzado en la Región).

Aunque parte de este cambio puede atribuirse al envejecimiento de la población, su causa principal fue la disminución de la mortalidad en los primeros años de vida, sobre todo la debida a enfermedades transmisibles. Sin embargo, la intensidad y la velocidad de esta reducción no han sido homogéneas en todos los países, y han subsistido, y en algunos casos se han ampliado, las desigualdades entre ellos. Las enfermedades no transmisibles explican alrededor de dos tercios de toda la mortalidad en América Latina y el Caribe.

Entre mediados de 1980 y 1990, las tasas de mortalidad infantil descendieron a 27 por 1.000 nacidos vivos en la Región en general y a 35 por 1.000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe. Para poner estas cifras en perspectiva, téngase en cuenta que a principios de los años cincuenta la tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe fue de 125 por 1.000 nacidos vivos aproximadamente, y a comienzos de los ochenta pasó a ser de 59 por 1.000. La tasa de mortalidad infantil en Canadá y en Estados Unidos pasó de 29 por 1.000 en los años cincuenta a cerca de 8 por 1.000 en los noventa. Entre los decenios de 1950 y 1990, Bolivia y Haití redujeron en más de la mitad sus tasas de mortalidad infantil.

Se ha erradicado la poliomielitis, el sarampión se encuentra bajo control y se ha avanzado en la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas.

Alrededor de la mitad de los 1,6 millones de casos de SIDA notificados en el mundo desde el comienzo de la epidemia le corresponde a las Américas. Desde 1986, 472.562 personas han muerto por complicaciones del SIDA. A partir de diciembre de 1997 se habían notificado 808.540 casos de SIDA en la Región de las Américas, lo que representa 47,5% del total de casos en todo el mundo. La OPS estima que la cifra real bien podría duplicar el número de casos notificados. Un factor común de la epidemia del VIH en las Américas ha sido el pasaje del predominio de la transmisión entre varones homosexuales al predominio de la transmisión por contacto heterosexual, sobre todo en el Caribe y en el Istmo Centroamericano. De acuerdo con las estadísticas, el mayor número de casos de SIDA notificados se observa en el grupo de hombres de 30 a 34 años de edad, seguido por el de 25 a 29 años. Entre las mujeres, el grupo con mayor cantidad de casos es el de 25 a 29 años de edad, seguido por el de 30 a 34 años.

Otra tendencia que se ha observado es la prevalencia de niños que nacen infectados por el VIH. A fines de 1996, de 6.911 niños menores de 14 años infectados por el VIH en la Región, 5.095 eran casos perinatales.

El cólera reapareció en las Américas en 1991, después de una ausencia de casi un siglo, y 21 países de la Región han notificado alrededor de 1,2 millones de casos desde el inicio de la epidemia. Sin embargo, los 18.000 casos notificados en 1997 representan alrededor de 5% del número informado en 1991. El dengue, el dengue hemorrágico y otras enfermedades transmitidas por vectores todavía se presentan en forma epidémica en muchos países de las Américas. La emergencia de nuevos agentes patógenos y enfermedades, la reemergencia de problemas como la tuberculosis y la resistencia a los antibióticos ponen de relieve la necesidad de mantener y perfeccionar los sistemas de vigilancia de enfermedades y de problemas agudos en la Región.

En 1996, 32 países y 6 territorios de la Región notificaron a la OPS 253.867 casos de tuberculosis, lo que arrojó una tasa de más de 32 casos por 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas correspondieron a Bolivia y Perú, con 100 casos por 100.000 habitantes.

Una preocupación para las autoridades sanitarias nacionales es la repercusión en la salud pública de problemas sociales como las distintas formas de violencias, incluida la familiar, y los accidentes. Las causas externas de defunción varían enormemente en los distintos países de la Región. Las estadísticas correspondientes al período comprendido entre 1984 y 1994 indican que se han producido adelantos. Algunos países, como Suriname, El Salvador, Bahamas, Nicaragua, México, Trinidad y Tabago y Barbados, han logrado disminuir mucho el número de defunciones por accidentes y violencia. En El Salvador y Nicaragua la reducción se atribuyó al fin de las guerras civiles respectivas en el decenio de 1990.

Asimismo, la morbilidad creciente por trastornos mentales y la morbimortalidad asociada con el tabaquismo y el alcoholismo han creado la necesidad de fortalecer los programas de prevención de estos problemas en la mayoría de los países de la Región. Se ha observado una reducción del bajo peso para la edad y del bajo peso para la talla, sobre todo en la infancia. Sin embargo, la baja talla para la edad de origen nutricional, que refleja períodos de nutrición inadecuada, es muy prevalente y en algunos países afecta a 50% de los niños preescolares y escolares. La obesidad, expresada por exceso de peso para la talla, está aumentando en forma acelerada en la Región, sobre todo en la población femenina, urbana y de nivel socioeconómico más bajo. Erróneamente concebida como un problema nutricional de “exceso”, la obesidad puede coexistir con deficiencias específicas de micronutrientes como el hierro, el ácido fólico y el zinc, lo que torna más complicado su tratamiento preventivo y curativo. La carencia de yodo y de vitamina A se ha ido reduciendo en forma paulatina en los países, en cambio la falta de hierro sigue siendo el problema nutricional más prevalente, sobre todo en niños preescolares y mujeres en edad fértil.

Se estima que alrededor de 78% de la población de América Latina y el Caribe cuenta con abastecimiento de agua potable por conexión domiciliaria o de fácil acceso. El 70% de esta población recibe agua desinfectada, lo que representa un avance enorme en relación con el 20% que la recibía hace 10 años. Desde luego, el acceso al agua potable varía en los distintos países. En Costa Rica,

por ejemplo, cada hogar tiene acceso a agua potable. No ocurre lo mismo en Haití y en Paraguay, donde solo 4 de cada 10 hogares cuentan con servicios de abastecimiento de agua. Algo semejante se observa con respecto a los servicios de alcantarillado y saneamiento, que están al alcance de casi todos los hogares en las Bahamas, Costa Rica y Trinidad y Tabago. También en este caso, la situación es muy diferente en Haití y en Paraguay, donde menos de 1 de cada 3 hogares disfrutan de estos servicios.

El déficit en la disposición sanitaria de aguas residuales y de excretas es todavía mayor, ya que solo alcanza a 69% de la población, y aun así, apenas 10% de las aguas residuales que se recolectan recibe algún tipo de tratamiento previo a su disposición final. Otros problemas ambientales importantes en la mayoría de los países de la Región son la contaminación de los alimentos, la disposición inadecuada de desechos sólidos, la precariedad de las viviendas y la exposición a accidentes y enfermedades en los ambientes de trabajo.

En los últimos cinco años, la Región ha debido enfrentar muchos desastres naturales, entre ellos el fenómeno de El Niño, que han causado enormes daños personales y materiales.

La respuesta del sistema de salud

En la mayoría de los países de la Región se han puesto en práctica procesos de modernización del Estado y de reforma del sector salud. Las acciones derivadas de estos procesos han afectado en grado diverso a la dinámica política, económica y social de los países involucrados y en particular a su sistema de servicios de salud.

En las Américas han ocurrido cambios en la estructura y funcionamiento del sector, tales como la descentralización, la autonomía institucional jurídico-administrativa, las nuevas modalidades de financiamiento, el énfasis en el control y recuperación de costos, y la incorporación de paquetes básicos para la atención de la salud. Estos cambios han creado la necesidad de identificar, analizar y reducir las inequidades en acceso a los servicios de salud y su utilización, y señalar su impacto

efectivo sobre la salud.

Los estudios empíricos han establecido claramente que los grupos más pobres tienen peor salud. Existen además algunas comprobaciones de que en los estados más igualitarios en términos de ingreso, las condiciones de salud son mejores. El tema de la equidad ocupa un lugar central en las políticas de salud de casi todos los países de la Región.

Los ministerios de salud tienden a disminuir sus responsabilidades como prestadores directos de servicios, a la vez que adquieren mayor relevancia su papel de gestores de políticas públicas y sus funciones de conducción, coordinación, articulación y regulación de los recursos públicos y privados para la atención de la salud. Los países de la Región muestran un creciente interés en explorar nuevas formas de financiamiento de los sistemas de salud, los cuales se han visto profundamente afectados por los procesos de reforma en curso. De nuevo, no existe un modelo único, pero cada vez más países reconocen que el Estado debe ser responsable de los bienes públicos que tienen una alta externalidad (es decir, los que producen un efecto más allá del lugar inmediato de su aplicación, como la vacunación) y de asegurar la prestación de un conjunto mínimo de servicios a toda la población. En casi todos los países de las Américas existe alguna mezcla de servicios de salud públicos y privados, en la que el sector privado responde a las orientaciones del mercado.

En 1995, la participación del gasto nacional en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en los distintos países de la Región oscilaba entre 14,3% y 3,5%. Estas diferencias eran aún más evidentes si se consideran los datos referidos al gasto nacional en salud per cápita expresado en dólares de 1995, que variaba entre US\$ 3.858 y US\$ 9.

El sector público típico de un país latinoamericano gasta alrededor de 25% del PIB, mientras que un país industrializado gasta más de 40%. La diferencia más notable está dada por el volumen del gasto en los sistemas de seguridad social, que en los países industrializados es de 15,0% y en América Latina de 2,5% en promedio. Entre 1990 y 1995, los sectores que encabezaron el crecimiento

del gasto público de los países de la Región fueron los de seguridad social y educación. El crecimiento promedio del gasto público per cápita de estos países en los primeros cinco años del decenio de 1990 fue de 24,4% en educación y cerca de 50,0% en seguridad social. La expansión del gasto en educación y en salud significa que el gasto humano por habitante se elevó en 9 de 13 países.

Los fondos de inversión social han sido creados para prevenir los efectos sociales de las políticas de estabilización y ajuste en los países de la Región. Inicialmente constituyeron instrumentos de emergencia y para acciones de corto plazo, y luego fueron asignados a proyectos de mediano y de largo plazo. Estos fondos fueron derivados a programas sociales en los que se apoyaron los procesos de descentralización, la participación social, la integración de los organismos no gubernamentales en la ejecución de las actividades y la coordinación de los ámbitos público y privado.

El fortalecimiento del papel del Estado en las funciones de conducción y regulación es otro componente esencial de la reforma. Si bien el Estado no presta servicios de salud, es responsable de normalizar su prestación y ejecutar funciones esenciales para la salud pública, como diseñar políticas sanitarias y analizar la situación de la salud y sus tendencias.

La concepción preponderante en la organización de los sistemas de servicios de salud hace hincapié en la influencia de las economías de mercado, la autogestión, el pluralismo institucional tanto en la provisión como en el financiamiento de los servicios, y en las consecuencias sobre la situación de salud, la eficiencia, el control y la recuperación de los costos. En los actuales escenarios de alta competitividad deberán alcanzarse los objetivos de accesibilidad, equidad y calidad de la atención perseguidos por los países de la Región.

El reconocimiento de que la actividad privada constituye un componente importante del sistema de servicios de salud supone la aceptación del carácter multinstitucional del modelo, en el que los elementos funcionales adquieren mayor relevancia respecto de los estructurales y jerárquicos para la constitución de las modernas redes de servicios. Las nuevas formas de

contratación, las modalidades de remuneración del trabajo y los esquemas de servicios compartidos en los campos diagnóstico, terapéutico y de apoyo logístico adquieren gran importancia como elementos de esa relación funcional.

La reforma del sector salud está dirigida a redefinir el papel del Gobierno central y de los gobiernos regionales y locales en la gestión de los sistemas de salud, y a garantizar el acceso equitativo de toda la población a los servicios. Para ello, se han diseñado y puesto en marcha estrategias de descentralización con la consiguiente transferencia de poder y recursos a los niveles locales, que se encuentran en contacto directo con las instituciones responsables de brindar la atención de salud. Asimismo, la reforma se propone fortalecer el liderazgo y la capacidad normativa de los ministerios de salud para regular las nuevas formas de participación social en la provisión y financiamiento de los servicios.

El ordenamiento de las prestaciones mediante el diseño de paquetes básicos diferenciados en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos y las opciones de políticas de cada país es otro de los componentes de la reforma. Esta estrategia tiene como meta la universalización del acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la provisión de servicios, los procesos de reforma pretenden ampliar y diversificar los prestadores públicos y privados, con el propósito de aumentar las posibilidades de competencia favoreciendo la elección de financiadores y usuarios. Asimismo, se proponen reestructurar los hospitales públicos, transformándolos en empresas de servicios con autonomía de gestión y capacidad para recuperar costos. Se introducen así nuevos incentivos para estimular y evaluar la productividad y el desempeño del personal y las instituciones, garantizar la calidad de la atención y controlar los costos.

La incorporación de nuevas tecnologías es uno de los factores que más influyen en las modalidades de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, así como en la calidad y el costo de los servicios que brindan.

En la Región se ha asignado prioridad a la revisión de los modelos de atención, haciendo hincapié en la integración de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como a la coordinación de los programas de atención de la salud, la incorporación de enfoques intersectoriales y la participación social efectiva. La promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades son estrategias fundamentales para el mejoramiento continuo de la salud de las poblaciones. Ello supone la aplicación de intervenciones destinadas a producir cambios en el nivel de vida de las poblaciones marginadas y eliminar las desigualdades innecesarias, evitables e injustas en términos de salud y bienestar individual y colectivo.

Al igual que con las ediciones previas de este informe, la OPS espera que La salud en las Américas cumpla con la función de mantener informados a los Gobiernos Miembros sobre la situación de la salud y sus tendencias en la Región y pueda servir además como documento de consulta y referencia de los organismos e instituciones nacionales e internacionales así como de los investigadores y trabajadores de la salud.

Las posibilidades que ofrecen las tecnologías modernas para acceder a la información y transmitirla, y la democratización del conocimiento que ello supone, representan una oportunidad excepcional para perfeccionar y vigorizar la colaboración entre los países y la Organización a fin de que los pueblos de las Américas logren mejorar la salud con equidad y asegurar un desarrollo humano sostenible.

Fuente: Resumen Ejecutivo de la Publicación Científica No. 569, *Salud en las Américas*. 1998. OPS, División de Salud y Desarrollo Humano/Programa Análisis de Situación de Salud (HDP/HDA).

Clasificación Internacional de Enfermedades

CENTROS COLABORADORES DE OMS

Desde mediados del siglo XIX hubo un creciente interés en la disponibilidad de una clasificación de enfermedades que permitiera comparaciones internacionales. Hubo diversos intentos malogrados, pero la cooperación internacional se mantuvo, especialmente a través del Congreso Internacional de Estadística, y después por el Instituto Nacional de Estadística. Finalmente, a partir de la “Clasificación de Bertillon”, o “Lista Internacional de Causas de Muerte”, pasó a disponerse de un instrumento de uso amplio, capaz de favorecer las comparaciones internacionales.

Las sucesivas revisiones de la Lista Internacional de Causas de Muerte siempre han contado con la participación de expertos de muchos países y su difusión fue cada vez más amplia. En ocasión del lanzamiento de la “Lista de Mortalidad de Bertillon - Segunda Revisión” (CIE-2), el mismo Jacques Bertillon hizo los siguientes comentarios, según lo refirió R. Wells en la Conferencia sobre Estadísticas de Salud para el año 2000, realizada en Hungría en 1984: “Todos los países de idioma inglés y de idioma español en el mundo se encuentran unidos ahora para la adopción de la Lista Internacional. Todo el hemisferio occidental, incluyéndose las Américas del Norte, Central y del Sur; Australia y Nueva Zelanda; China, Japón e India Británica en Asia; Egipto, Argelia y África del Sur en África; y muchos países de Europa están actualmente o muy brevemente estarán entre aquéllos que desean una uniformidad internacional”.

En la Segunda Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1949, se definió como política de la OMS que la Organización no debería considerar “el establecimiento, bajo su propio auspicio, de instituciones internacionales de investigación”, ya que “las investigaciones en el campo de la salud progresan mucho mejor a través del apoyo, coordinación y uso de las actividades de instituciones ya existentes” (Resoluciones WHA2.19 y WHA2.32, de 1949). La puesta en práctica de esta política es la designación de centros colaboradores en diversas áreas de investigación en el campo de la salud. Por definición, un centro colaborador forma parte de una red de cooperación interinstitucional establecida por la OMS en apoyo a su programación y actuación en nivel nacional, internacional, regional,

interregional y mundial, de acuerdo con las necesidades.

En el transcurso de las cinco décadas de existencia de la OMS y hasta enero de 1998 se han designado en total 1256 centros colaboradores en casi todos los países del mundo y en los campos de investigación más diversos relacionados con la salud, uno de los cuales es el de la clasificación de enfermedades.

A partir de la CIE-6, que se puso en práctica en 1950, la OMS asumió el liderazgo y la coordinación de la preparación y publicación de las sucesivas revisiones de la CIE. Siguiendo la política de establecimiento de una red interinstitucional de cooperación en ese campo concreto, en la preparación de la CIE-7 (de 1958) ya participaron los dos primeros centros colaboradores de la OMS en clasificación de enfermedades: el Centro Colaborador de Inglaterra (Londres) y el Centro Latino Americano para la Clasificación de Enfermedades (CLACE) en Caracas. El Centro de Londres fue designado en 1951 y el CLACE, en 1955. Posteriormente, el Centro Latino Americano pasó a denominarse Centro Venezolano para la Clasificación de Enfermedades (CEVECE) y actúa como Centro Colaborador para la Clasificación de Enfermedades en Español.

Hasta 1994 se designaron ocho centros colaboradores más y se llegó a un total de diez. Además de los dos mencionados anteriormente, existen los siguientes: París, Francia (1967), Moscú, Rusia (1967), Norte América, Estados Unidos (1976), São Paulo, Brasil (1976), Pekín, China (1981), Países Nórdicos, Suecia (1987), Australia (1991) y Kuwait (1994). Así mismo, en varios países existen centros o grupos nacionales que trabajan en la CIE, como es el caso por ejemplo del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y de la Comisión Nacional para la Clasificación de Enfermedades de Argentina, en la Región de las Américas.

Las principales actividades de los centros colaboradores en clasificación de enfermedades incluyen:

- Preparación de las sucesivas revisiones de la CIE y de otras clasificaciones relacionadas, juntamente con grupos de expertos en temas específicos, bajo la coordinación de la OMS;

- Promover el uso de la CIE en mortalidad, morbilidad y registros hospitalarios;
- Promover el uso de otras clasificaciones relacionadas;
- Preparar las versiones en los idiomas correspondientes (español, ruso, portugués, chino, sueco, danés, noruego, finlandés, islandés y árabe), apoyando preparación de versiones en otros idiomas. Es de notarse que el inglés y el francés son considerados los idiomas *originales* de la CIE;
- Actuar como centros de referencia para el idioma correspondiente y/o para la región correspondiente a su ubicación geográfica;
- Contribuir para el desarrollo de los sistemas de información en salud, especialmente los que usan la familia de clasificaciones;
- Realizar y apoyar estudios e investigaciones en el campo de la epidemiología y de las estadísticas de salud, mayormente relacionados con el uso de la CIE y clasificaciones relacionadas;
- Colaborar con la OMS, sus organizaciones regionales y con los países en el proceso de implantación de las nuevas revisiones de la CIE y clasificaciones relacionadas, a través de la preparación de material didáctico e impartiendo cursos de capacitación de codificadores.

En las Américas, la OPS, a través del programa HDP/HDA, mantiene un trabajo de estrecha cooperación con los centros colaboradores y con los centros y grupos nacionales de la Región, no solo relacionado con la capacitación de codificadores, sino también de forma más amplia para el mejoramiento de las estadísticas vitales y de la capacidad de análisis de datos.

En los últimos años deben resaltarse dos iniciativas de los centros colaboradores. La primera, liderada por el Centro de Norte América, busca fomentar la cooperación internacional en la automatización de la codificación de la causa básica de la muerte, y hasta la fecha se han hecho avances notables. La segunda, coordinada por el Centro de los Países Nórdicos, hace referencia a un grupo mundial de consulta llamado “forum de mortalidad” sobre problemas de codificación que opera vía correo electrónico.

En general los centros colaboradores realizan una reunión anual, en conjunto con representantes de la OMS y algunos invitados especiales, donde son discutidos los avances relacionados con la CIE y clasificaciones relacionadas. Las actividades realizadas en el último periodo, el plan de trabajo para el corto, el mediano y el largo plazo, y así como recomendaciones relacionadas con el asunto.

En la Reunión de Directores de Centros realizada en

1997 en Dinamarca, la División de Análisis de Situación de Salud (HST) de la OMS, la cual tiene a su cargo las actividades relacionadas con la CIE, presentó una propuesta de “Plan de largo plazo para el desarrollo y administración de las clasificaciones relacionadas con la salud”. El plan que recibió la aprobación general de los centros colaboradores incluye la estrategia y las acciones prioritarias entre 1997 y 2010, varias de las cuales ya se encuentran en curso. Sin embargo, algunos de los puntos necesitan el *referéndum* de la Asamblea Mundial de la Salud, en la medida que altera algunas de sus resoluciones.

Tal es el caso de postergar la preparación e implantación de la CIE-11. Según lo aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1990, la CIE-11 debería estar preparada hasta 1999 y puesta en práctica en 2003, lo que está lejos de parecer razonable. Dado que varios países solo iniciarán el uso de la CIE-10 a partir del año 2000, la propuesta es de evaluar por algunos años el uso de la misma, introduciendo un sistema de reimpresiones actualizadas (por ejemplo, CIE-10 Edición 1999, CIE-10 Edición 2001), hasta que quede clara la necesidad de preparación de la CIE-11.

Otros puntos importantes del plan incluyen:

- Revisión de la CIE-O-2 y preparación de la CIE-O-3;
- Desarrollo de la Clasificación Internacional de Causas Externas de Lesión;
- Apoyo a la preparación de versiones en diversos idiomas de las clasificaciones relacionadas ya existentes;
- Preparación de material didáctico sobre llenado de certificado de defunción y uso de la CIE (codificación);
- Desarrollo de un enfoque taxonómico para la Clasificación de Procedimientos y preparación de guías para la elaboración de clasificaciones nacionales de procedimientos.
- Apoyar y participar de las reuniones de los Directores de Centros Colaboradores y otros encuentros relacionados a la Familia de Clasificaciones;
- Mantener información actualizada sobre las clasificaciones en la Internet;
- Apoyar el desarrollo de herramientas para uso de la CIE, tales como selección automática de la causa básica de defunción, tablas de conversión, métodos de análisis de causas múltiples, etc.

Los participantes a la reunión anual de directores de centros colaboradores, realizada entre el 13 y el 19 de octubre del año en curso, revisaron y reafirmaron las prioridades del plan. Para la reunión de 1999 se ha propuesto Inglaterra y para el año 2000 a Brasil.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), División de Salud y Desarrollo Humano/Programa Análisis de Situación de Salud (HDP/HDA).

Indicadores Básicos 1998: Indicadores seleccionados por subregiones: Población; recursos;
acceso & cobertura de salud

agregados subregionales	indicadores básicos	año de referencia	América Latina										
			América Latina	América Latina	América Latina	América Latina	América Latina	América Latina	América Latina	América Latina	América Latina	América Latina	América Latina
	total	1990	611,255	255,058	399,202	352,926	67,290	22,203	22,956	121,572	72,257	45,268	6,776
	(miles)	2000	832,155	300,529	514,626	506,814	90,001	36,616	31,290	169,202	107,711	61,014	7,072
	porcentaje anual	1990-95	1.6	1.0	2.1	2.1	2.2	2.4	1.4	2.1	2.3	1.6	1.4
	tasa de crecimiento (%)	1995-00	1.3	0.8	1.5	1.5	1.6	2.5	1.2	1.0	1.8	1.4	1.0
	participación urbana	1990	68.6	73.9	64.9	65.1	66.3	41.7	53.8	65.0	64.1	79.8	49.0
	(%)	2000	75.0	77.2	75.2	75.6	74.4	48.3	63.4	81.3	75.0	85.2	58.0
	tasa cruda mortalidad	1990-95	21.0	15.5	30.0	30.0	31.0	38.3	25.1	29.5	32.1	35.0	25.0
	(1,000 hab.)	1995-00	19.4	13.5	32.9	32.9	24.5	31.6	21.7	19.6	25.1	20.7	20.1
	tasas anuales de muertes	1990-95	15,423	4,067	11,356	11,165	2,202	901	628	3,790	2,400	1,125	171
	(miles)	1995-00	15,416	4,113	11,303	11,149	2,288	1,089	662	3,200	2,628	1,222	194
	tasa cruda mortalidad	1990-95	8.1	8.5	7.8	7.8	6.4	9.1	8.4	8.3	7.6	8.0	7.0
	(1,000 hab.)	1995-00	7.2	8.5	6.4	6.4	5.1	5.8	8.0	7.1	5.9	7.2	6.4
	tasas anuales de defunciones	1990-95	5,169	2,212	2,956	2,910	457	216	309	1,072	379	370	46
	(miles)	1995-00	5,791	2,597	3,294	3,145	401	199	244	1,173	619	429	49
	tasas globales de fecundidad	1990-95	3.0	1.8	3.0	3.0	4.2	5.3	3.1	3.6	4.1	3.1	3.2
	(por mujer)	1995-00	2.4	1.9	2.7	2.7	2.8	3.9	2.7	2.0	3.0	2.7	2.3
	tasa interna de fecundidad	1990-95	35.9	11.0	33.3	33.7	47.0	65.0	64.0	64.0	50.0	32.0	32.0
	(por 1,000 wj)	1995-00	24.8	7.0	35.5	35.7	31.0	35.0	45.0	42.0	35.0	22.0	22.0
	operación de flujo al tener	1990-95	69.2	74.7	65.4	65.3	67.7	61.3	65.5	63.2	61.5	70.1	69.2
	(años)	1995-00	72.4	76.9	69.6	69.7	73.5	69.7	68.3	67.1	69.7	73.3	72.6
	participación alfabeto	1990	60	99	60	60	63	62	75	76	63	93	93
	(%)	1997	92	99	87	87	90	73	79	84	90	95	91
	participación con acceso a	1990	76	97	60	60	62	30	38	62	59	68	51
	servicios de agua potable (%)	1997	90	91	73	73	65	67	70	69	75	69	86
	participación con acceso a	1990	65	94	40	43	55	40	49	22	46	70	35
	servicios de alcantarillado (%)	1997	76	86	30	30	35	30	30	67	67	35	94
	participación en el nivel	1994	6.8	10.5	4.2	4.3	3.8	9.3	1.3	3.5	4.0	6.0	3.1
	como % del PIB	1995	9.5	13.9	6.8	6.9	4.8	6.7	6.3	7.6	6.6	8.9	5.4
	edificios	1990	13.1	28.9	9.1	9.2	10.2	4.1	9.2	7.2	7.1	18.8	4.7
	por 10,000 hab.	1997	19.6	27.4	14.0	14.9	15.6	9.8	24.7	12.7	13.0	21.5	10.0
	atendidos por dentistas	1990	22.1	49.9	4.2	4.0	5.0	3.6	9.5	1.9	3.2	5.1	17.2
	por 10,000 hab.	1997	41.2	96.5	7.6	7.4	10.8	4.4	30.7	4.1	4.4	6.3	21.8
	dentales	1990	2.6	5.5	3.3	3.4	3.6	1.1	1.9	4.6	2.8	2.7	0.8
	por 10,000 hab.	1997	5.3	6.0	4.9	5.0	1.0	2.6	3.5	8.2	3.8	3.8	1.3
	casos hospitalarios	1990	4.2	6.2	2.8	2.8	0.8	1.9	3.5	3.7	2.0	4.6	3.0
	por 1,000 hab.	1995	3.6	5.3	2.5	2.5	1.2	1.2	3.0	3.5	1.5	3.9	2.1
	DTP3 cobertura inmunización	1990	45	67	20	20	41	41	23	40	21	50	20
	nños nacidos de 1 año (%)	1997	67	94	63	63	93	69	75	79	60	66	69
	OPV3 cobertura inmunización	1990	71	61	34	34	61	41	47	66	33	80	36
	nños nacidos de 1 año (%)	1997	87	84	88	88	94	90	74	89	84	91	89
	BCG cobertura inmunización	1990	34	0	34	34	48	43	47	26	26	65	42
	nños nacidos de 1 año (%)	1997	97	0	97	97	99	95	79	99	97	96	97
	campaña cobertura inmunización	1990	46	66	41	41	35	33	25	36	25	55	31
	nños nacidos de 1 año (%)	1997	90	90	90	90	84	87	74	66	85	62	88

Fuente: OPS, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Análisis de Situación de Salud. HDP/HDA/98.01.

Indicadores Básicos 1998: Indicadores básicos subregionales seleccionados (Mortalidad y Morbilidad)

agrupaciones subregionales		América Latina & América											
indicadores básicos	(año de referencia)	América	América	América	América	América	América	América	América	América	América	América	
		Latinoamericana	Caribe	Centroamericana	Suramericana	Caribe	Centroamericana	Suramericana	Caribe	Centroamericana	Suramericana	Caribe	
tasas de mortalidad	todas las causas: varones	1992-94	941	753	1,005	1,061	1,006	1,273	794	1,233	1,006	948	411
	1992-95	242	272	292	240	212	262	254	1,262	212	226	219	
específicas, estimadas	todas las causas: mujeres	1992-94	623	478	771	776	732	762	612	704	508	612	271
	1992-95	268	422	672	672	398	732	762	662	702	262	262	262
ajustadas por edad (por 100 000 hab)	enf. transmisibles: varones	1992-94	112	32	132	132	132	132	32	132	32	32	32
	1992-95	62	32	74	74	72	124	26	112	32	66	27	
	enf. transmisibles: mujeres	1992-94	29	22	146	146	146	29	72	132	22	22	24
	1992-95	21	22	72	72	72	32	42	72	72	42	42	42
	neoplasias malignas: varones	1992-94	126	126	126	126	32	32	126	126	126	126	126
	1992-95	142	102	122	122	32	32	122	142	112	122	102	
	neoplasias malignas: mujeres	1992-94	112	112	102	102	32	126	92	112	112	112	92
	1992-95	102	122	102	102	32	32	32	102	112	112	112	92
	apendicitis: varones	1992-94	242	242	242	242	242	242	242	242	242	242	242
	1992-95	224	222	222	222	172	222	222	222	222	222	222	222
	apendicitis: mujeres	1992-94	282	232	232	232	132	132	242	232	232	232	232
	1992-95	222	122	242	242	162	122	202	202	242	242	242	242
	carcinoma: varones	1992-94	112	32	142	142	132	122	72	122	122	122	122
	1992-95	112	74	122	122	122	122	92	142	122	22	72	
	carcinoma: mujeres	1992-94	24	32	32	32	42	42	32	32	32	32	32
	1992-95	22	22	22	22	22	22	44	22	22	22	22	22
defunciones registradas en menores de 5 años (%)	parto prematuro	1992-94	12.2	1.2	21.2	21.2	21.2	26.2	12.2	26.2	26.2	26.2	12.2
	1992-95	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	12.2	2.2	6.2	12.2	2.2	12.2	12.2
(%)	perinatal	1992-94	12.2	2.2	12.2	12.2	21.2	14.2	14.2	12.2	12.2	12.2	12.2
	1992-95	2.2	2.2	12.2	12.2	12.2	12.2	2.2	2.2	12.2	2.2	2.2	2.2
número de defunciones registradas	por homicidio	1992-94	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	1992-95	112,112	12,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	por suicidio	1992-94	42,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	1992-95	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	por accidente de vehículos de motor	1992-94	122,112	42,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	1992-95	122,412	42,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
defunciones con causa maldefinida (%)		1992-94	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
	1992-95	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
incidencia notificada de enfermedades	varicela	1992	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	1997	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
tasa vigilada (número de casos notificados)	varicela	1992	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	1997	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
malaria		1992	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	1997	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
de 1992-1991 de 1992		1992-1991	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222
	de 1992	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222	22,222

Fuente: OPS, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Análisis de Situación de Salud. HDP/HDA/98.01.

Situación de los bancos de sangre en América Latina, 1996: Marcadores serológicos para enfermedades transmisibles en donantes de sangre

La selección de donantes es un elemento esencial en la prevención de la transmisión de enfermedades transmitidas por la transfusión de sangre. Esta selección se lleva habitualmente a cabo promoviendo la donación altruista, descartando aquellos donantes que posean antecedentes epidemiológicos que indiquen contacto potencial previo con los vectores de *Trypanosoma cruzi* o conductas de riesgo para las enfermedades virales transmitidas por la transfusión y/o enfermedades de transmisión sexual. La selección se complementa mediante el tamizaje serológico de los donantes y el descarte de las unidades que resultan con serología positiva.

En el Cuadro 1 se muestra la situación respecto al número de bancos de sangre y el número y origen de donantes en 13 países seleccionados del Istmo Centroamericano y de América del Sur que enviaron datos de 1996. De la información se desprende que la mayor parte de los donantes (entre 69-100%) en los países son donantes de reposición, es decir, habitualmente corresponden a familiares y amigos de pacientes quirúrgicos. No obstante, Honduras, Bolivia y Panamá son países que aún tienen porcentajes relativamente altos (9, 24 y 38%, respectivamente) de donadores remunerados.

La eficiencia de los laboratorios, medida por el índice de fraccionamiento (número de unidades de paquete globular, plasma, plaquetas y crioprecipitados, obtenidas por cada

Cuadro 1. Número de bancos de sangre, donantes y características de los donantes en países seleccionados de la Región de las Américas, 1996

País	No. bancos de sangre	No. de donantes	Índice de fraccionamiento	% Donantes		
				Remunerados	Reposición*	Altruistas
Argentina	551	745.698	(...)
Bolivia	60	22.146	(...)	24,0	69,0	7,0
Chile	162	218.291	(...)	-	97,4	2,6
Colombia	180	425.359	(...)	0,0	80,0	20,0
Costa Rica	27	44.754	(2,05)
Cuba	38	605.375	(1,9)**	...	5,6	94,4
Ecuador	35	104.452	(1,34)	-	83,0	17,0
El Salvador	59	55.069	(2,05)	-	71,0	29,0
Honduras	41	33.958	(...)	9,0	67,0	24,0
Nicaragua	20	43.887	(1,39)	-	64,5	35,5
Panamá	22	41.888	(...)	38,0	59,0	3,0
Paraguay	35	37.596	(1,0)	0,05	98,0	1,95
Uruguay	87	116.127	(1,67)	-	100	-
Venezuela	243	266.828	(1,62)	-	100	-

obtenidos para uso industrial (plasma y "buffy coats.")

unidad de sangre colectada), varió entre 1,0 y 2,05 en los 7 países que incluyeron esta información. Un índice mayor a 1,0 en 6 de los países indica que se estaría haciendo un uso más apropiado de las distintas fracciones de sangre para transfusiones.

El porcentaje de donantes de sangre a los cuales se les realiza el tamizaje para los distintos marcadores de enfermedades transmisibles (cobertura del tamizaje) y la prevalencia de los distintos marcadores (virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV), virus de hepatitis B (HVB), virus de hepatitis C (HVC), *Treponema pallidum* y *Trypanosoma cruzi*) en suero se presentan en el Cuadro 2. Las coberturas de tamizaje indican gran variabilidad entre distintos marcadores y países. En relación con los marcadores virales HIV y HVB, con la excepción de Bolivia (64%), los países tuvieron coberturas de tamizaje de sangre mayores

de 96%, tamizando ocho de ellos el 100% de las unidades de sangre. Para HVC, las coberturas fueron en general más bajas, ya que fueron menores a 15% en 2 países (Bolivia y Paraguay), entre 65 y 93,3% en 6 de ellos y el 100% solo en 5 países. Con respecto a *T. pallidum*, 2 países (Bolivia y Paraguay) han tenido coberturas menores a 70%, 3 han tenido entre 95,6 y 98,9% y en ocho la cobertura ha sido del 100%. El tamizaje para *T. cruzi* ha sido incorporado más recientemente en algunos países y ha sido menos regular, lo que se refleja en coberturas bajas. En 2 países (Costa Rica y Panamá) la cobertura fue menor al 10%, 5 tuvieron coberturas entre 55,6 y 97,9% y en 8 países la cobertura fue del 100%. Comparando las coberturas del tamizaje para los distintos marcadores de 1996 con aquéllas previamente notificadas^{1,2}, por lo general se observa un aumento de las mismas, lo que podría indicar una disminución en el riesgo de transmitir enfermedades por medio de la transfusión.

Cuadro 2. Porcentaje de donantes con serología según marcador serológico y prevalencia de marcadores para enfermedades transmisibles en países seleccionados de la Región de las Américas, 1996

País	HIV			HVB ¹		HVC		<i>T. pallidum</i>		<i>T. cruzi</i>	
	% donantes con serología	Prev(% tamizaje)	Prev(% conf.)	% donantes con serología	Prev(% tamizaje)	% donantes con serología	Prev(% tamizaje)	% donantes con serología	Prev(% tamizaje)	% donantes con serología	Prev(% tamizaje)
Argentina	96,0	0,30	..	96,4	0,80	93,3	0,70	95,6	0,50	100,0	3,70
Bolivia	64,3	0,03	..	60,0	1,20	-	...	63,6	1,33	65,8	13,70
Chile	100,0	0,07	0,02	100,0	0,10	100,0	0,60	100,0	0,50	99,8	1,00
Colombia	100,0	0,28	..	100,0	0,30	100,0	0,80	100,0	1,50	100,0	1,41
Costa Rica	100,0	0,14	0,00	100,0	0,50	100,0	0,29	100,0	0,45	7,6	1,29
Cuba	100,0	...	0,01	100,0	0,50	100,0	1,00	100,0	1,20
Ecuador	100,0	0,15	0,11	100(96,5) ¹	0,41(3,45) ²	68,2	0,16	100,0	0,71	91,0	0,07
El Salvador	100,0	..	0,16	100,0	0,47	89,6	0,30	100,0	1,00	100,0	2,20
Honduras	97,3	0,28	..	98,0	0,53	72,2	0,44	95,7	0,62	94,9	1,67
Nicaragua	99,4	0,70	0,01	96,9	0,32	85,1	0,43	96,9	1,91	55,7	0,50
Panamá	100,0	0,06	..	100,0	0,50	89,0	0,50	100,0	0,40	1,8	1,14
Paraguay	98,6	0,17	..	98,5	0,61	15,0	0,57	67,0	3,42	98,6	4,01
Uruguay	100,0	..	0,13	100,0	0,44	100,0	0,50	100,0	0,62	100,0	0,60
Venezuela	100,0	0,27	..	100(100) ²	0,92(1,3) ²	100,0	0,75	100,0	0,90	100,0	0,70

Prev: prevalencia. ¹Antígeno de superficie de HVB. (²)Anticuerpos nucleares de HVB. – Magnitud cero. ... Datos no disponibles.

1 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SITUACIÓN DE LOS BANCOS DE SANGRE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 1996; OPS 18:11-12, 1997.

2 SCHMUNIS GA, ZICKER F, PINHEIRO F, BRANDLING BENNETT D. RISK FOR TRANSFUSION-TRANSMITTED INFECTIOUS DISEASES IN CENTRAL AND SOUTH AMERICA. EMERG INF DIS 4:5-11, 1998.

Al igual que con la cobertura de tamizaje, hubo variaciones marcadas en la prevalencia de marcadores serológicos de enfermedades transmisibles según países y tipo de marcador. Los marcadores de HIV estuvieron presentes en menos de 1% de los exámenes de sangre de donantes (variación de 0.0 a 0.7%) en todos los países con información. La prevalencia de marcadores de HVB fue en general mayor a la de HIV, pero también menor a 1%, exceptuando en Bolivia (1.5%), Ecuador (3.5%) y Venezuela (4.5%). La situación para HVC fue similar a la de marcadores de HVB, con prevalencia menor de 1%. Con respecto a *T. pallidum*, la prevalencia de marcadores serológicos fue mayor a 1% en 5 países (Bolivia, Colombia, El Salvador, Nicaragua y Venezuela). Finalmente, los marcadores de *T. cruzi* se detectaron con mayor frecuencia que cualquier otro, siendo la prevalencia menor a 1% solo en 4 de los países y mayor de 3% en Argentina, Bolivia y Paraguay.

Varios países informaron participar en programas internacionales de evaluación del desempeño para serología de enfermedades transmitidas por la transfusión en bancos de sangre y en la instrumentación de programas nacionales de evaluación del desempeño de la serología en bancos de

sangre. Así, en 1996, once países participaban en una red internacional de evaluación, cuyo laboratorio organizador es el Hemocentro de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil. Además, seis países (Chile, Colombia, El Salvador, Honduras, Paraguay, Nicaragua y Uruguay) tenían en funcionamiento programas nacionales de evaluación del desempeño para todos los marcadores serológicos usados en el tamizaje de las enfermedades transmitidas por la transfusión en ese año.

Fuente: Información obtenida de: Informe OPS. *Iniciativa del Cono Sur VI Reunión de la Comisión Intergubernamental para la Eliminación del Triatoma infestans y la Interrupción de la Transmisión de la Tripanosomiasis Americana por Transfusión*. OPS/HPC/HCT/98.102. Argentina y Bolivia; Lic. P. Brenner Friedman, Constanza Peña y Dra. M. Monari, Colombia; Dr. J. Guevara Rojas, Costa Rica; Dr. M. Herdoiza Olgún, Ecuador; Lic. A. V. de Aguilar y A. T. de Pineda, El Salvador; Dra. E. Vinelli, Honduras; Lic. J. Reyes Cerro y R. del Carmen Alvarez, Nicaragua; Dr. H. Espino y Lic. R. del Castillo, Panamá; Dra. L. Funk, Paraguay; Dr. A. Miller, Uruguay; Dr. M. Salazar, Venezuela.

División de Control y Prevención de Enfermedades, Programa de Enfermedades Transmisibles (HCP/HCT), Programa de SIDA/ETS (HCP/HCA) y División de Sistemas de Salud y Desarrollo de Servicios, Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología (HSP/HSE).

Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1998

Por cuarto año consecutivo, un esfuerzo cooperativo ha producido el folleto de *Indicadores Básicos 1998*, que forma parte de la Iniciativa OPS de Datos Básicos, dirigida a ampliar la capacidad de los Estados Miembros para acopiar y analizar información en salud que, al mismo tiempo que señale a quiénes beneficia y dónde se ubican los avances en salud, destaque la presencia de inequidad y disparidades en salud e identifique cuáles son los resultados de las intervenciones dirigidas a reducirlas.

La versión de 1998 contiene información cuantitativa actualizada de un conjunto de indicadores agrupados en dos secciones. La primera sección es descriptiva y

está compuesta de 58 indicadores agrupados en cinco categorías: demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, de morbilidad y de recursos, acceso y cobertura en salud. La segunda sección, analítica, presenta las tendencias seculares para 38 indicadores, agregados a nivel subregional.

Para mayor información dirigirse a:

Dr. Carlos Castillo-Salgado
Programa Análisis de Situación de Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
(HDP/HDA)
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third St., N.W.
Washington, DC 20037, E.U.A.

Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1998
(OPS/HDP/HDA/98.01). Distribución gratuita

Revisión del Reglamento Sanitario Internacional

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se está revisando en conformidad con una resolución adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1995 (WHA48.7). La finalidad de la revisión es conseguir que el RSI sea aplicable a la epidemiología de las enfermedades transmisibles y al tráfico internacional en el siglo XXI. Se propone que todos los brotes de enfermedades de importancia internacional urgente sean de notificación obligatoria. Por el contrario, las enfermedades endémicas que ocurren regularmente no serán de notificación obligatoria a menos que un brote tenga características especiales y plantee una amenaza internacional. Muchas de las otras disposiciones de salud pública en el RSI actual siguen siendo válidas y se conservarán, después de haber hecho cualquier modificación necesaria.

Modificación de los planes para la revisión del RSI

Sobre la base de las discusiones mantenidas con los países que participan en el estudio piloto del RSI, así como los comentarios recibidos acerca del borrador provisional del RSI revisado, se han decidido las siguientes modificaciones en el proceso de revisión.

1) *Plazo*. La meta original, que se había fijado provisionalmente, era terminar la revisión del RSI en 1998 para presentar el RSI revisado al Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud en 1999. Es claro ahora que se necesita un período más largo para evaluar plenamente el enfoque propuesto de la notificación sindrómica en determinados países y para llevar a cabo consultas adicionales sobre otros aspectos técnicos y legales del RSI. Por consiguiente, se ha decidido establecer una nueva meta para la finalización del RSI revisado en el período 1999-2000. La Asamblea Mundial de la Salud fue informada de este cambio en mayo de 1998.

2) *El estudio piloto del RSI*. Se ha organizado un estudio piloto para evaluar el enfoque propuesto de notificación sindrómica en 21 países de todas las regiones de la OMS. Se propone seguir este estudio al menos hasta el final de 1998. Al finalizar el estudio se celebrará una reunión de análisis con los países participantes, y en la primera mitad de 1999 se llevará a cabo una evaluación total.

3) *El Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles*. En noviembre se celebrará una reunión del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles (CVIET) para: evaluar el estado que guarda el proceso de revisión; llevar a cabo una evaluación provisional del estudio piloto; tratar los aspectos jurídicos del RSI con asesores legales de determinados países en las regiones de la OMS; y examinar y modificar el borrador provisional del RSI revisado. Se tiene prevista otra reunión del CVIET en 1999 para finalizar al RSI revisado.

Notificación de los brotes de enfermedades

El cambio más significativo propuesto para el RSI revisado es la notificación inmediata de todos los brotes de enfermedades que sean de importancia internacional urgente, sea cual fuere la causa infecciosa. Para facilitar y acelerar la notificación y la respuesta rápida, podrán notificarse síndromes clínicos mientras se determina el agente causal involucrado. El objetivo es señalar a la atención de las autoridades sanitarias un problema en el momento más temprano posible y promover la investigación y la contención rápida del brote. Una vez que el agente causal se haya identificado, también se notificará la enfermedad específica.

La notificación de síndromes se propone como una opción a la notificación de enfermedades específicas. Evidentemente, es aconsejable establecer el diagnóstico preciso cuanto antes para que puedan optimizarse las medidas de control. En los brotes en que el diagnóstico ya se haya confirmado en el momento de la notificación, deberá notificarse la enfermedad específica.

Las definiciones de caso de los síndromes de notificación obligatoria se han concebido con la finalidad de captar todas las enfermedades que pudiesen causar brotes de importancia internacional urgente. Estas definiciones están siendo evaluadas por los países que participan en el estudio piloto del RSI y se perfeccionarán conforme sea necesario. Las definiciones de caso detalladas se incluirán en un anexo del RSI y se examinará periódicamente.

Al ampliar la base de la notificación obligatoria e incluir la opción de notificar síndromes clínicos antes de la determinación del agente causal, se reconoce que la notificación inicial tendrá mayor sensibilidad y menor especificidad. Quizá no resulte claro si un brote es de importancia internacional urgente hasta que se haya llevado a cabo el estudio suplementario. Por este motivo, los síndromes o brotes de enfermedades notificados a la OMS solo se notificarán internacionalmente después de la consulta con el Estado Miembro, la cual supondrá la recopilación de información y comprobaciones adicionales si fuera necesario.

El RSI revisado incluirá información más explícita sobre la posibilidad de notificar síndromes o enfermedades específicas que la contenida en el borrador provisional.

La Organización Mundial del Comercio y el RSI

La Organización Mundial del Comercio (OMC), en virtud del Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, pretende lograr que los países apliquen medidas para proteger la salud de los seres humanos, los animales y las plantas basándose en la evaluación del riesgo. Es probable que en el RSI revisado se refuercen las áreas de interés común del RSI y el Acuerdo. Todos los Estados Miembros del OMC son también Estados Miembros de la OMS y, en consecuencia, tienen derechos y obligaciones tanto con el RSI como con el Acuerdo.

El principio fundamental del RSI es lograr la máxima protección contra la propagación internacional de enfermedades con injerencia mínima en el tránsito y el comercio. Este principio seguirá vigente en el RSI revisado. El objetivo del RSI, por consiguiente, es plenamente compatible con la finalidad de la OMC en el sentido de reducir las barreras al comercio internacional. La armonización del RSI y del Acuerdo reflejaría esta finalidad común y evitaría cualquier posible conflicto en las obligaciones de los Estados Miembros. La OMS podría ayudar a la OMC en lo que se refiere a los aspectos de salud pública de las controversias que pudiesen surgir como resultado de los brotes de enfermedades.

Solicitud de información sobre desinsectación de aeronaves

Las recomendaciones sobre la desinsectación de aeronaves emitidas por organizaciones y expertos en 1995 se publicaron en el *Weekly Epidemiological Record*, No.15, 1998. Sin embargo, se requiere más información para evaluar la desinsectación de aeronaves en función de la necesidad de desinsectarlas y la eficacia relativa de los métodos de aplicación recomendados. Como parte de este proceso de recopilación de información, en abril de 1998 se envió a todos los Estados Miembros un cuestionario sobre las prácticas adoptadas para la desinsectación de aeronaves.

Las respuestas recibidas hasta la fecha demuestran que hay incongruencia tanto en los requisitos del país para desinsectar las aeronaves que llegan como en los métodos de aplicación aceptados. Habida cuenta de que la finalidad declarada del Reglamento Sanitario Internacional es reducir al mínimo la propagación internacional de enfermedades y, al propio tiempo, preservar la libertad de tránsito y el tráfico comercial, la OMS hará todo lo posible por formular recomendaciones claras y normas prácticas para desinsectar las aeronaves. También es necesario, sin embargo, que los Estados Miembros apliquen las prácticas recomendadas de una manera uniforme, plenamente acorde con el espíritu y la letra del Reglamento y las recomendaciones sobre desinsectación.

Los próximos pasos en el proceso de revisión. Los próximos pasos en el proceso de revisión serán los siguientes:

- elaboración de un documento de información sobre la revisión del RSI para los comités regionales de la OMS en 1998;
- finalizar una encuesta internacional sobre las prácticas actuales de desinsectación de aeronaves;
- examinar los comentarios recibidos acerca del borrador provisional del RSI revisado;
- evaluación provisional del estudio piloto para valorar la notificación sindrómica;
- diálogo continuo con el Comité del Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias de la OMC;
- una reunión del Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles (CVIET);
- finalización de los anexos del RSI;
- preparación de una segunda versión del borrador del RSI

revisado;

- distribución de la segunda versión del borrador del RSI revisado a los Estados Miembros y otras organizaciones; y
- organización de seminarios sobre sanidad y comercio en algunos países.

El próximo informe sobre la marcha de los trabajos se

publicará en enero de 1999.

Fuente: Extraído de «Revision of the International Health Regulations, Progress Report, July 1998». *Weekly Epidemiological Record* No. 31, 233-237, 31 July 1998.

OPS, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Análisis de la Situación de Salud (HDP/HDA).

La salud en las Américas: Edición de 1998



La salud en las Américas, antes conocida como *Las condiciones de salud en las Américas*, es una autorizada publicación cuatrienal de carácter prácticamente enciclopédico y calidad indiscutida. Se presenta, como siempre, en dos volúmenes y ofrece la visión de la

Organización Panamericana de Salud (OPS) sobre la situación de la salud en la Región de las Américas.

El primer volumen comprende cinco capítulos en los que se analizan, desde una perspectiva regional, las tendencias epidemiológicas, la salud de distintos grupos de población, las principales enfermedades y problemas de salud, la respuesta del sistema sanitario y el estado de la cooperación técnica y financiera externa en salud. El segundo volumen resume la información más reciente sobre los 45 países y territorios de las Américas en el contexto de la situación socioeconómica y demográfica de cada uno de ellos y dibuja un panorama de los problemas de salud que deberán afrontar en el futuro inmediato.

Esta última edición de “La salud en las Américas,” al igual que las anteriores, tiene por objeto mantener informados a los Gobiernos Miembros sobre la situación de la salud y sus tendencias en la Región. La OPS confía en que esta obra constituirá un valioso aporte para los profesionales y estudiantes de distintas disciplinas de la salud, los investigadores sociales y el público en general, que encontrarán en ella una provechosa fuente de consulta y referencia.

1998, ISBN: 92 75 11569 9

Código: SP 569

Organización Panamericana
de la Salud

525 – 23rd St., NW.

Washington, DC. 20037

Internet <http://publications.paho.org/paho/english/features.icl?>

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

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

Impreso en papel sin ácido.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-Third Street, N.W.

Washington, DC 20037