

Un enfoque integrado para la vigilancia de las enfermedades transmisibles

El control eficaz de las enfermedades transmisibles depende de los sistemas de respuesta eficaces, y a su vez, los sistemas de respuesta eficaces dependen de la vigilancia eficaz de las enfermedades. Un sistema de vigilancia funcional es esencial para proporcionar información para la acción sobre las enfermedades transmisibles prioritarias; es un instrumento crucial para la toma de decisiones de salud pública en todos los países. Los datos de vigilancia proporcionan información, que puede usarse para el establecimiento de prioridades, las decisiones políticas, la planificación, ejecución, asignación y movilización de recursos y la predicción y detección temprana de las epidemias. Un sistema de vigilancia también puede usarse para el monitoreo, la evaluación y el mejoramiento de los programas de prevención y control de enfermedades. La vigilancia de enfermedades es, por lo tanto, un componente crítico del sistema de salud, ya que proporciona información esencial para la prestación óptima de la atención de salud y para una estrategia de salud costo-efectiva.

Situación actual

Muchos países realizan las actividades de vigilancia de las enfermedades transmisibles para vigilar aquellas con una carga de alta morbilidad o mortalidad, detectar brotes de enfermedades epidémicas y vigilar el progreso hacia el control nacional o internacional o los objetivos de erradicación de enfermedades endémicas. Sin embargo, las actividades de vigilancia se han desarrollado de una manera desigual, lo que refleja los antecedentes históricos particulares de las amenazas de las enfermedades infecciosas y su respuesta en cada país. Hoy, la mayoría de las actividades de vigilancia se apoyan y se administran por una variedad de programas verticales de control de enfermedades. Algunos son eficaces y vinculados a programas bien apoyados, mientras otros han perdido el impulso, se mantienen pobremente o prácticamente han fracasado. En algunos casos la función de la vigilancia es separada de cualquier acción correspondiente, como los esfuerzos de control de las enfermedades, la respuesta ante un brote, la asignación de recursos de salud o las políticas nacionales de salud.

Los sistemas de vigilancia anticuados, en los cuales se han agregado nuevas metas de vigilancia sin eliminar las antiguas, a menudo, conducen a órganos centrales que acumulan enormes cantidades de datos con poco o ningún análisis y uso de la información correspondiente. Ocasionalmente se aportan sugerencias o se da retroalimentación a los recolectores de datos. La recopilación y el envío de datos se convierten en el impulso principal del sistema de vigilancia, mientras se da escasa atención al uso de los datos en cada nivel del servicio de salud, para la toma de decisiones.

Los datos de vigilancia nacionales sobre las enfermedades infecciosas son recopilados generalmente por programas con diferentes autoridades, incluido el Ministerio de Salud (el seguimiento de sistemas de salud y enfermedades), el Ministerio de Agricultura (ambiente, animales, plantas y productos alimenticios) y el Ministerio del Interior (oficinas centrales de estadística). Además, los institutos académicos o de investigación pueden realizar actividades específicas de vigilancia, mientras el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG) también pueden manejar los sistemas de vigilancia en su área de interés. Dentro del Sector Salud, múltiples sistemas de vigilancia pueden operar de forma paralela, a veces en completa independencia. Este problema se agrava por la intervención de los influyentes donantes externos que pueden apoyar programas específicos de vigilancia y control.

El establecimiento de actividades de vigilancia dentro de los programas verticales permite que las funciones de vigilancia y control permanezcan estrechamente vinculadas. Por otro lado, la función general de vigilancia en un país puede tornarse incongruente e ineficiente, con trabajadores de campo que participan en múltiples sistemas complicados, que usan diferentes metodologías de vigilancia, terminología, así como formas y frecuencia de reporte distintas. Esto conduce a mayores costos y requisitos de adiestramiento y a menudo tiene como resultado la sobrecarga y desmotivación de los trabajadores de salud. Además, nuevas prioridades como la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antimicrobia-

EN ESTE NÚMERO...

- *Conceptos y Métodos en Epidemiología:*
Un enfoque integrado para la vigilancia de enfermedades transmisibles
- Eliminación de la lepra de las Américas
- *Análisis de Salud:* Argentina - Análisis de Situación de Salud y Tendencias, 1986-1995

- *Normas y Estándares en Epidemiología:*
Definiciones de casos - Tuberculosis y tétanos neonatal
- Índice, *Boletín Epidemiológico*, Vol. 18 a 20 (1997-1999)

nos necesitan abordarse a través de los programas verticales.

Cambio del paradigma: un enfoque integrado de vigilancia

La vigilancia integrada de las enfermedades transmisibles es el conjunto de todas las actividades de vigilancia que forman el sistema de vigilancia nacional. Las diversas actividades de vigilancia se integran en un sistema dentro del sistema de información sanitaria nacional más amplio.

Un sistema de vigilancia nacional

Un enfoque integrado de la vigilancia de enfermedades transmisibles prevé todas las actividades de vigilancia en un país como un servicio público común, que lleva a cabo muchas funciones que usan estructuras, procesos y personal similares. Las actividades de vigilancia bien desarrolladas en una área pueden actuar como fuerzas impulsoras para fortalecer otras actividades de vigilancia, ofreciendo posibles sinergias y recursos comunes.

Los sistemas de vigilancia especializados son importantes, especialmente cuando la vigilancia es compleja y tiene necesidades de datos específicas. Por ejemplo, los programas de erradicación y eliminación requieren sistemas de vigilancia sólidos encaminados a detectar cada caso. No obstante, aunque los programas específicos de control de enfermedades requieren diferentes datos de vigilancia, todos ellos demandan actividades centrales (detección de casos, notificación, investigación, confirmación, análisis, interpretación y acción) y funciones de soporte (normas de vigilancia, adiestramiento en epidemiología, supervisión, mapeo geográfico, comunicaciones, apoyo de laboratorio y recursos financieros) similares.

Por lo tanto, debe ser posible contemplar un enfoque holístico, que tome en consideración tanto las actividades centrales como las funciones de soporte, para fortalecer el sistema de vigilancia nacional mediante la coordinación, asignación de prioridades y simplificación de todas las actividades de vigilancia.

Sobre la base de un inventario de las actividades de vigilancia y la asignación de prioridades de las metas de vigilancia, puede llevarse a cabo un análisis de brechas, identificarse posibles sinergias y reorientar las actividades existentes según sea necesario, mientras al mismo tiempo se reconocen las necesidades especiales de los programas individuales. La integración debe centrarse particularmente en las funciones de soporte de todos los sistemas de vigilancia individuales.

Una red nacional de personas

El personal que contribuye al sistema nacional de vigilancia y su respuesta constituye la parte más valiosa. Ya sea en el nivel periférico, intermedio o nacional, cada individuo

desempeña una función esencial para asegurar que el sistema es funcional, apropiado, oportuno y sensible. La experiencia ha indicado que el factor humano es más importante que el diseño del sistema de vigilancia. En esta perspectiva, es esencial que el adiestramiento apropiado, el soporte, la retroalimentación y la motivación se garanticen dentro del diseño del sistema de vigilancia, así como, la supervisión y los mecanismos de soporte en general.

Es esencial que los procesos de retroalimentación se incorporen a los sistemas de vigilancia nacionales. Esto puede realizarse a través de un boletín epidemiológico regular o un sitio en el Internet con cuadros y gráficos que muestren las tendencias, el progreso de las metas e informes sobre la investigación y el control de los brotes. Para mantener el impulso en el esfuerzo de la vigilancia, es crucial que el personal participante en las actividades de vigilancia conozca la repercusión de su trabajo en forma regular, ya que en el nivel periférico es donde esas actividades se realizan generalmente, además del gran volumen de trabajo clínico.

Los participantes en el sistema de vigilancia deben ser formados adecuadamente para sus tareas de vigilancia, a través de adiestramiento al inicio del sistema, así como, adiestramiento continuo en servicio. En un enfoque integrado de múltiples enfermedades, el adiestramiento en epidemiología de campo o de intervención proporcionará las habilidades generales de vigilancia y de respuesta, que pueden aplicarse en cualquier parte del sistema y para la vigilancia de cualquier enfermedad y cualquier necesidad de respuesta. Las habilidades generales de vigilancia y de respuesta son cruciales en caso de la aparición de enfermedades no previstas por el sistema de vigilancia. Los cursos de adiestramiento a corto y a largo plazo en epidemiología de campo deben estar disponibles en todos los países.

El adiestramiento en las técnicas de laboratorio también debe tener un enfoque integrado de aproximación a múltiples enfermedades, donde la misma técnica o una similar (por ejemplo microscopía, valoración serológica, etc.) se usan para diagnosticar diversas enfermedades. El enfoque integrado del adiestramiento también debe promover el de laboratorio básico para los epidemiólogos y algún adiestramiento en epidemiología para los técnicos de laboratorio, para asegurar que ambos grupos entiendan las necesidades y los métodos del otro y por lo tanto, apoyen la vigilancia.

Coordinación nacional

El seguimiento de un enfoque integrado para la simplificación y el fortalecimiento de la vigilancia y de las actividades de respuesta, requiere un órgano nacional que coordine con la autoridad necesaria para desplazar las prioridades y los recursos según los cambios de las necesidades de vigilancia. Los sistemas de vigilancia de enfermedades específi-

cas compiten naturalmente entre sí y la coordinación es indispensable para asegurar que se cumpla el total de las prioridades nacionales. La coordinación es imprescindible para proporcionar supervisión general en todos los niveles, identificar las posibles sinergias entre las actividades y desarrollar las normas y estándares para el sistema de vigilancia.

En el nivel regional, se requiere la coordinación de todos los sistemas de vigilancia nacionales a través de la asignación de prioridades regionales, la estandarización y el fortalecimiento de la capacidad epidemiológica y de laboratorio integrado para múltiples enfermedades. Puede necesitarse capacidad regional específica, como laboratorios de referencia regionales, equipos de respuesta a epidemias regionales y reservas de suministros regionales (por ejemplo almacenamiento de vacuna y medicamentos).

En el nivel internacional, la necesidad de coordinar las actividades de vigilancia y de respuesta está aumentando con la mayor globalización del comercio y los viajes. Las normas mundiales de vigilancia para las enfermedades transmisibles son recomendadas por la OMS¹ para apoyar el análisis mundial de los datos de vigilancia a través de una terminología, definiciones de caso y métodos de vigilancia comunes.

Evaluación del sistema de vigilancia nacional

Debido al patrón cambiante de las amenazas de las enfermedades infecciosas que reflejan el dinamismo del mundo microbiano, los países necesitan evaluar regularmente las metas de todos sus sistemas de vigilancia y de respuesta. Las prioridades de un sistema de vigilancia nacional deben tener en cuenta la carga de cada enfermedad y también los cambios regionales y mundiales en la epidemiología de las enfermedades y su probable repercusión. La aparición de resistencia a los medicamentos antimicrobianos, la posibilidad de nuevas enfermedades emergentes y la posible repercusión de los cambios ambientales deben considerarse cuidadosamente. Además, las metas mundiales como las de programas de erradicación y de eliminación deben estar adecuadamente incluidas.

La meta de cualquier evaluación debe ser la elaboración o actualización de un plan nacional para la vigilancia de las enfermedades transmisibles con la finalidad de que el sistema nacional de vigilancia y su respuesta en general se mejore. En cualquier país, se deben reunir todos los responsables de la vigilancia de las enfermedades transmisibles y evaluar sistemáticamente las actividades de vigilancia nacionales como sistema único. Cuando sea posible, debe establecerse una participación entre los trabajadores de los diferentes sectores públicos, además del de salud, como el sector agropecuario, entre otros. Además, el sector privado y otros socios pertinentes como las organizaciones no gubernamentales

(ONG) deben estar incluidos en la evaluación. El enfoque integrado o de enfermedades múltiples para la evaluación del sistema de vigilancia nacional puede basarse en el protocolo de la OMS, desarrollado y probado en el terreno en varios países¹ y puede complementar la evaluación de los sistemas individuales con las guías desarrolladas por los CDC. Normas de evaluación más específicas para varias enfermedades también han sido formuladas por la OMS, para las enfermedades prevenibles por vacunación, y están en desarrollo para la vigilancia de resistencia a los medicamentos antimicrobianos.

Aprovechando las nuevas herramientas

El arribo de las herramientas electrónicas a todos los países ha cambiado las actividades de vigilancia, yendo hacia la vigilancia integrada de enfermedades múltiples. La notificación electrónica de los datos de vigilancia es cada vez más común, inicialmente con el uso de disquetes y ahora usando los mecanismos de notificación basados en el Internet.

Gracias a las bases de datos electrónicas, los datos pueden analizarse más fácil y rápidamente y cuando la información geográfica está disponible, ellos pueden vincularse a los sistemas de información geográficos (SIG).¹ El proyecto común de la OMS y UNICEF, HealthMap, inicialmente desarrollado y usado con éxito por el programa para la erradicación de la dracunculosis, ha evolucionado en una herramienta para múltiples enfermedades en la recopilación de datos, el mapeo y el análisis geográfico. Proporciona una posibilidad única para la vigilancia de múltiples enfermedades, niveles y sectores. La difusión de los datos de vigilancia y su presentación a una audiencia mayor, así como, la retroalimentación interna, se están logrando también a través de sitios específicos en el Internet y discos compactos.

Las dificultades relacionadas con la recopilación oportuna de datos de enfermedades específicas han conducido al concepto de recopilar la información acerca de síndromes. Este enfoque sindrómico se usa con éxito por el programa de erradicación de la poliomielitis, que recopila los datos sobre la parálisis flácida aguda (PFA) causada por varias enfermedades infecciosas o no infecciosas, pero que desencadena una respuesta inmediata del sistema de vigilancia de la poliomielitis. El mismo enfoque podría aplicarse en las áreas donde no puede obtenerse un diagnóstico rápido de laboratorio (como en la periferia de muchos sistemas de salud). Aunque careciendo de especificidad, las ventajas que proporciona el enfoque sindrómico son: una definición de caso sencilla y estable; la fiabilidad (porque informa sobre lo que en realidad

¹ OMS. *Weekly Epidemiological Bulletin*. No. 34, 1999, pp. 281-285.

se ve); la notificación inmediata (al no existir ningún retraso del laboratorio); una mayor cobertura de vigilancia que permite la detección de las enfermedades emergentes; y, en algunos casos, evita el estigma asociado con la enfermedad. Este enfoque es complementario a la lista de enfermedades específicas sujetas a notificación y además se considera en el contexto de la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

Inversión en vigilancia

Un plan nacional para fortalecer la vigilancia de las enfermedades prioritarias es el punto de partida para una obligación a largo plazo a la cual deben estar comprometidos los países y los gobiernos, en todos los niveles. El éxito de la vigilancia nacional dependerá en gran medida del gran compromiso político y el soporte financiero adecuado.

En 1999, la Directora General de la OMS publicó una llamada para invertir en el desarrollo saludable,² que también debe traducirse en la inversión en vigilancia de las enfermedades. La vigilancia de las enfermedades es un esfuerzo a largo plazo que requiere inversión en la formación de capacidad nacional, como el fortalecimiento de laboratorio y el adiestramiento en epidemiología de campo. Una inversión a corto plazo y relativamente baja puede tener rápidamente una repercusión visible en el área específica de la vigilancia de las epidemias y su respuesta. Sin embargo, el fortalecimiento y la sofisticación de los sistemas rutinarios de vigilancia son críticos pero necesariamente más costosos y solo pueden producir resultados tangibles a mediano o largo plazo.

La inversión en vigilancia debe tomar en cuenta la inversión ya hecha para sostener los programas específicos de control, erradicación o eliminación y transformar esos esfuerzos limitados en el tiempo, en una empresa a largo plazo, aprovechando los esfuerzos especiales como el programa de lucha contra la oncocercosis en la región de África y el programa mundial de erradicación de la poliomielitis. Ya que la vigilancia de enfermedades es un componente básico de un sistema de información en salud y por lo tanto también del sistema de salud nacional, la asociación con agencias de desarrollo (internacionales, gubernamentales o no gubernamentales) es esencial para mejorar los sistemas nacionales de vigilancia y su respuesta. Esto se aplica en particular en el contexto de la reforma del sector de la salud y otros proyectos de desarrollo a largo plazo.

Lecciones aprendidas y conclusiones

Hay poca duda de que la coordinación entre las actividades de vigilancia y su respuesta simplifica cada parte, reduce al mínimo su costo y mejora la eficiencia general del sistema de vigilancia nacional.

La construcción o el fortalecimiento de la capacidad nacional y regional puede lograrse a lo largo de 4 elementos: adiestramiento en epidemiología; fortalecimiento de laboratorio; mejoría de la infraestructura de comunicaciones y atención especial a los servicios de salud público y/o privado, que constituyen la línea frontal de vigilancia. Además de la falta de supervisión y coordinación adecuada, la experiencia ha demostrado que el nivel central con demasiada frecuencia critica al nivel periférico por la notificación insuficiente, mientras ellos mismos no inician el análisis rápido y el regreso de la respuesta de la información para la periferia. Esto ilustra el valor potencial del enfoque integrado de enfermedades múltiples en la evaluación de los sistemas nacionales de vigilancia, con la participación de expertos externos.

En el área de la vigilancia de las epidemias y su respuesta, las autoridades de salud pública deben prestar más atención a la información de otras fuentes adicionales a las del sector de salud pública, incluyendo las ONG y los medios de comunicación. La capacidad de las autoridades de salud pública para responder rápidamente a la información relacionada a los brotes notificados por cualquier fuente es esencial para la eficiencia y la credibilidad de todos los esfuerzos de la vigilancia. Para lograr tal credibilidad, la formación de una capacidad de respuesta integrada para múltiples enfermedades debe ser el primer paso para mejorar los sistemas de vigilancia nacionales y regionales. El segundo paso es desarrollar las actividades de vigilancia a partir de las que ya existen y son exitosas.

Se necesita un esfuerzo especial para diseñar los indicadores de calidad para un sistema de vigilancia de múltiples enfermedades y de respuesta. Se debe tener en cuenta no sólo la necesidad de indicadores universales genéricos, sino también la diversidad de los sistemas de vigilancia nacionales y sus situaciones específicas.

En términos generales, el compromiso de todas las partes interesadas, incluida salud y otros sectores como agricultura y comercio, tanto público como privado y el soporte decidido de las altas autoridades nacionales, son esenciales para el éxito de un sistema nacional de vigilancia integrado de múltiples enfermedades y su respuesta.

Fuente: Este documento fue publicado inicialmente en el *Weekly Epidemiological Bulletin* de la OMS, Vol. 75, No. 1, 2000. Para mayor información y para obtener del web los documentos mencionados en este artículo, por favor referirse a: <http://www.who.int/emc/surveill/index.html>.

² WHO Report on Infectious Diseases – Removing obstacles to healthy development. Geneva, WHO, 1999. (<http://www.who.int/infectious-disease-report/>)

Eliminación de la lepra de las Américas

Durante el mes de noviembre de 1999, se realizaron dos conferencias sobre la eliminación de la lepra como problema de salud pública en la Región de las Américas y en el Mundo. La *Tercera Conferencia Regional OPS/OMS sobre la Eliminación de la Lepra de las Américas* se realizó en Caracas, Venezuela del 3 al 5 de noviembre 1999, como preámbulo a la definición de un plan de acción en la Región de las Américas. Convocada por la OMS, la *Tercera Conferencia Internacional para la Eliminación de la Lepra* se realizó en Abidjan (Costa de Marfil) del 15 al 17 de noviembre. En su transcurso se anunció la creación de la "Alianza Global para Eliminar la Lepra como Problema de Salud Pública en todos los países para el año 2005", que propiciará el impulso final al esfuerzo contra la lepra en el mundo.

La implementación de la poliquimioterapia (PQT) cambió dramáticamente la situación epidemiológica de la lepra en las Américas. El número de casos registrados se ha reducido de 369,846 en 1992 a 88,053 en 1999. Por otra parte, la tasa de detección por 10 mil habitantes, muestra un ligero aumento en la región en el mismo período y aumenta considerablemente en algunos países como Brasil. El promedio geométrico anual de reducción de la tasa de prevalencia, actualmente de 18.7 %, se manifiesta en la disminución del número de países donde la lepra es un problema de salud pública, que se reduce de 14 a 2 (Brasil y Paraguay) en América Latina¹ y de 27 a 3 si consideramos el continente americano en su totalidad.

La meta de la eliminación de la lepra de las Américas para el año 2000, es decir, el logro de una tasa de prevalencia menor de 1 caso por 10,000 habitantes, es factible teniendo en cuenta que el número de casos registrados debe disminuir en menos del 10 %. En el caso particular de Brasil, la meta de eliminación se podrá alcanzar en un período de 3 a 4 años más, teniendo en cuenta que la reducción que se requiere todavía es de una magnitud significativa. En este país el número de casos registrados debe disminuir de 72,000 a alrededor de 16,000.

Los países de la Región de las Américas son clasificados en cinco grupos, en base a los diferentes niveles de prioridad y de acuerdo a criterios tales como la tasa de prevalencia, el número absoluto de casos registrados y los enfermos nuevos detectados en 1998:

- Solo en el primer grupo, Brasil tiene la más alta prioridad porque representa entre el 80 y 90 % de la totalidad de los enfermos del continente. Consecuentemente, esfuerzos intensivos y especiales se necesitarán para eliminar

¹ Incluye: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.

la lepra mediante la participación activa de los municipios.

- Paraguay y Suriname están en el segundo grupo. Ninguno de los dos ha eliminado la lepra al nivel nacional, pero tienen menos de 1,000 casos registrados. De esta forma, será necesario desarrollar una iniciativa para acelerar la eliminación de la lepra en estos países.
- Argentina, Colombia, México y Venezuela están incluidos en el tercer grupo. Ellos han eliminado la lepra al nivel nacional, pero todavía tienen más de 1,000 casos registrados.
- Cuba y la República Dominicana están en el grupo 4. Ambos han eliminado la lepra al nivel nacional y tienen menos de 1,000 casos registrados pero detectaron más de 200 casos nuevos en 1998.
- El grupo 5 incluye todos los otros países del continente, excepto Chile, los pequeños países insulares del Caribe inglés, Canadá y los Estados Unidos. Este grupo tiene indicadores oficiales más favorables. Algunos de los países de América Central alcanzaron niveles de eliminación antes de la implementación de la PQT. En cuanto a los demás países, en algunos de ellos todavía existen dificultades en los sistemas de información, por lo que se requiere una validación detallada de los datos oficiales.

Teniendo en cuenta la situación socioeconómica de América Latina y las características de los sistemas nacionales de salud, existen razones para sospechar que los programas de eliminación no fueron capaces de identificar todos los casos existentes en el área. De acuerdo a lo anterior, pudiera existir una prevalencia oculta que puede ser estimada en base a las características de los casos nuevos detectados. Se pudo caracterizar su importancia en el siguiente estudio, que incluye solamente algunos países de América Latina por falta de datos adecuados para los otros países de la Región.

En un grupo de 9 países² donde la lepra fue eliminada en el nivel nacional, que representan alrededor del 80 % de la población y de la prevalencia de lepra del conjunto de países donde la lepra ha sido eliminada, la prevalencia oculta se estimó en 5,000 casos. Si proyectamos estos datos, tenemos que deben existir 7,000 casos no conocidos, solamente en los países de América Latina que han eliminado la lepra, o sea excluyendo Brasil y Paraguay.

Con el objetivo de enfatizar la importancia y la prioridad del problema de la lepra en áreas donde la eliminación se

² Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela.

alcanzó al nivel nacional, se utilizaron datos de otro grupo de 8 países³ de América Latina que también representan alrededor del 80 % de la población y de la prevalencia de lepra de la totalidad de los países que eliminaron la lepra al nivel nacional. En los territorios del primer nivel sub-nacional de estos países, donde la lepra no ha sido eliminada, residen aproximadamente 30 millones de personas. Esto nos permite estimar que en los países de América Latina que han eliminado la lepra al nivel nacional, hay alrededor de 40 millones de personas que viven en áreas donde la lepra todavía es un problema de salud pública. A lo anterior puede añadirse que de las 191 entidades en el primer nivel sub-nacional (estados, provincias o departamentos) en los países de la muestra, 37 (19 %) no han eliminado la lepra.

Por lo tanto, las estrategias de eliminación tienen que ser sostenidas, aún cuando un país alcanza la eliminación de la lepra al nivel nacional. Este proceso podría incluir dos pasos sucesivos a fin de asegurar que se mantenga el apoyo político y el proceso de cooperación técnica mediante un abordaje integrado:

- El primer paso es la confirmación, que tiene la prevalencia como indicador. En la etapa de confirmación, las entidades se clasifican de acuerdo a la tasa de prevalencia estimada y se establecen diferentes estrategias con base en la búsqueda activa de casos, con el objetivo de identificar la prevalencia oculta. Cuando se investiga y se procesa la prevalencia oculta, y se confirma que se ha alcanzado una prevalencia por debajo de 1 por 10 mil habitantes, otras estrategias deberán ser implantadas a fin de consolidar la situación, usando la detección (incidencia) como indicador, a través de la participación de la comunidad y la capacitación de los equipos locales de salud.
- En una etapa más avanzada, cuando no se detectan casos nuevos durante un período de cinco años, se propone la introducción progresiva de un sistema adecuado de vigilancia epidemiológica en un escenario de baja prevalencia, utilizando herramientas como la vigilancia centinela y la notificación negativa, hasta que se logre una situación compatible con la interrupción de la transmisión, lo que significa que el área ya no es endémica.

En el nivel internacional, la Alianza Global ha propuesto los siguientes elementos claves para el período 2000-2006: 1) implementar el diagnóstico y el tratamiento en todos los servicios de las áreas endémicas; 2) garantizar la disponibilidad de tratamiento PQT gratuito en los centros de salud mediante una logística apropiada; 3) motivar a las personas para

³ Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, México, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Situación de la lepra en América Latina - 1998

PAÍS	Casos registrados	Tasa Prev. por 10,000	Casos nuevos	Tasa Detectados por 10,000	Cobertura PQT (%)
Argentina	2,624	0.73	569	0.16	100
Bolivia	302	0.38	31	0.04	...
Brasil*	75,000	4.54	44,000	2.66	99
Colombia	2850	0.76	586	0.16	99.9
Costa Rica	143	0.39	14	0.04	43.4
Cuba	597	0.54	246	0.22	98.8
Ecuador	373	0.31	110	0.09	100
El Salvador	43	0.07	5	0.01	100
Guatemala	50	0.04	5	0	100
Haití	924	1.23	50	0.07	...
Honduras	76	0.12
México	2,320	0.24	415	0.04	78
Nicaragua	114	0.26	42	0.1	100
Panamá	15	0.06	4	0.01	86.7
Paraguay	652	1.25	362	0.69	100
Perú	266	0.11	107	0.04	89.5
Rep. Dominicana	346	0.42	220	0.27	96
Uruguay	14	0.04	10	0.03	100
Venezuela	1,344	0.58	662	0.28	99.6
América Latina	88,053	1.86	47,438	1.00	96.9

Fuentes: 1) SIL/OPS; 2) OMS; 3) Población: OPS/OMS, Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos 1998

(*) Estimados (...) Datos no disponibles

que demanden tratamiento, mediante acciones creativas y de mayor calidad en la divulgación de los signos y síntomas de la enfermedad; 4) asegurar índices elevados de curación mediante la implantación de sistemas innovadores y flexibles de administración de PQT; y 5) vigilar activamente la situación para adoptar acciones oportunas para modificar rápidamente los problemas detectados.

Con el fin de acelerar el proceso hacia la eliminación en Brasil, Paraguay y Suriname y por otra parte, para definir e implantar estrategias innovadoras para validar y consolidar los resultados obtenidos, se propone para los próximos años un esfuerzo pro-activo y sostenible mediante la implementación de un Plan Regional coordinado por la OPS/OMS. Como acordado durante la conferencia en Venezuela, este plan será elaborado durante el año 2000. Tiene que tener, desde su elaboración, el total compromiso del amplio espectro de colaboradores y la estrecha asociación entre los proveedores de servicios de salud y los usuarios, en todos los niveles de atención de la lepra. El propósito del Plan Regional sería prevenir la re-emergencia de la enfermedad, así como, mediante la utilización de nuevas tecnologías, la interrupción de la transmisión y la erradicación de la lepra de las Américas.

Fuente: OPS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades Transmisibles

Argentina: Análisis de Situación de Salud y Tendencias, 1986-1995

En este estudio se intenta descubrir patrones de distribución geográfica y socioeconómica en Argentina, por edad, sexo y Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP), considerando la mortalidad general, infantil y materna, así como las tendencias de salud, principalmente para el período 1986 a 1995.

Se examinaron certificados de defunción⁽¹⁾ correspondientes al período en estudio, en los que las causas de muerte fueron codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 9) y se utilizaron proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC)⁽²⁾. Las causas de muerte se clasificaron en 15 agrupamientos, de forma similar a estudios previos⁽³⁾. Las tasas de mortalidad fueron ajustadas por edad, sexo y se calculó para cada grupo de causas los AVPP. Los indicadores resultantes fueron estratificados según 5 regiones geográficas en las que se analizaron las brechas de mortalidad.

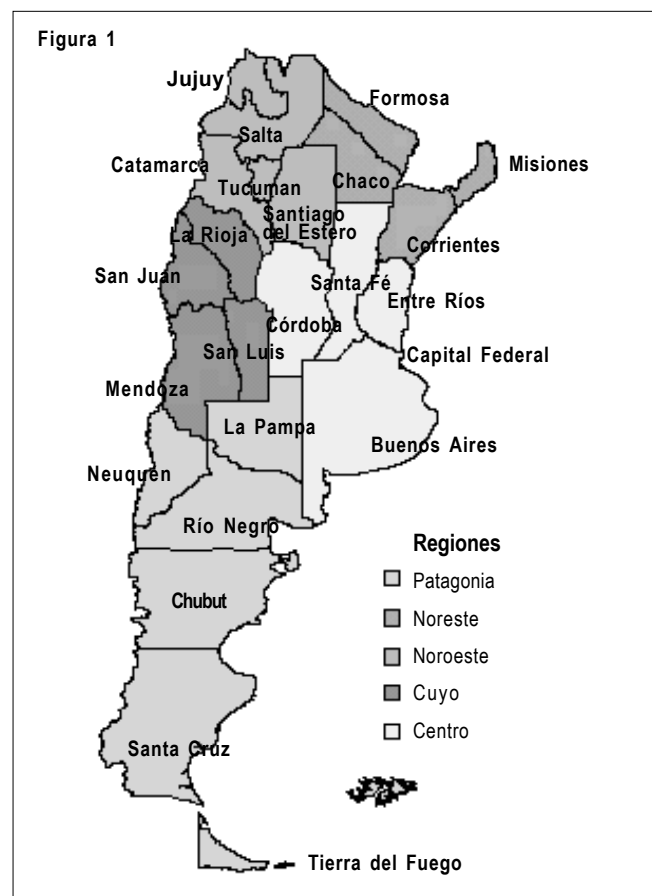
Argentina tiene una superficie de 2.780.400 km², con una población de 36,1 millones de habitantes (1998) y una densidad media de población de 12,8 habitantes por km². El país se caracteriza por una alta urbanización con 88% de la población viviendo en áreas urbanas y más del 50% residiendo en las cinco ciudades más grandes.

Es un país federal, que comprende 23 provincias independientes y la Capital Federal (Figura 1). Cada provincia tiene su propia Constitución, con poderes ejecutivos, legislativos y judiciales propios. El presidente es elegido por voto directo popular cada cuatro años y se puede reelegir sólo una vez.

El PIB de Argentina en 1997 era de 323.4 mil millones de dólares, correspondiendo a un PIB por cápita de \$9,066. La paridad cambiaria del Peso equivalente a un dólar se ha man-

tenido desde 1991. Las principales actividades productivas y económicas incluyen agricultura, ganado, comercio e industrias de servicio. Se estima que un 42% de la población es económicamente activa (1997) y el desempleo oficial en 1998 fue 12,4%.

El Sector salud se subdivide en tres sub-sectores: Un sub-sector de la salud pública, un sub-sector de obras sociales y un sub-sector privado, que incluye el seguro pre-pago y el pago personal por servicios. El gasto de salud per cápita en 1995 era de 795 US\$, del cual un 45% correspondió al sub-sector público y 55% a los otros. El 46% de la población (15,900,000 habitantes) tenía acceso sólo al sub-sector público, mientras 51,2% (18,700,000 habitantes) fue cubierto por mecanismos de obras sociales y privados.



¹ Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. 1986- 1995

² INDEC: Informe estadístico de la República Argentina, 1996

³ Ministerio de Salud y Acción Social y Organización Panamericana de la Salud "Perspectiva Epidemiológica Argentina" 1996. Los 15 grupos de causas son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades infecciosas, accidentes, otras enfermedades abdominales, enfermedades respiratorias, causas metabólicas, enfermedades urinarias, causas perinatales, violencias, defectos congénitos, otras perinatales, causas maternas, mal definidas y otras causas.

Mientras la tasa de mortalidad general descendió de 8,2 por mil en el período 1986-1988 a 7,8 por mil en 1995, la tasa de mortalidad general ajustada por edad mostró diferencias significativas entre las regiones, donde las regiones del norte presentaron cifras más altas que las restantes regiones. La distribución de las principales causas de muerte tampoco fue homogénea. En las regiones norteañas con mayor población de bajos ingresos, las muertes por enfermedades infecciosas se presentaron en mayor proporción (figura 2). Entre 1986 y 1994 por ejemplo, provincias del noreste presentaron tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas ajustadas por edad de 69.2 a 83.7 por 100,000 habitantes, contra tasas de 22.5 a 43.6 en la Patagonia. En tanto, en el Centro y Sur, las muertes debido a cáncer tuvieron un peso proporcional más alto (figura 3). En las provincias de la Patagonia y del Centro por ejemplo, las tasas de mortalidad por cáncer fluctuaron entre 163 y 194 por 100,000 habitantes, mientras tasas en el Noroeste oscilaron entre 86 y 124 por 100,000 habitantes. Tasas más altas de mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares se registraron en el Centro y Cuyo, con tasas

Figura 2 - Tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, ajustadas por edad, Argentina, 1986-1994

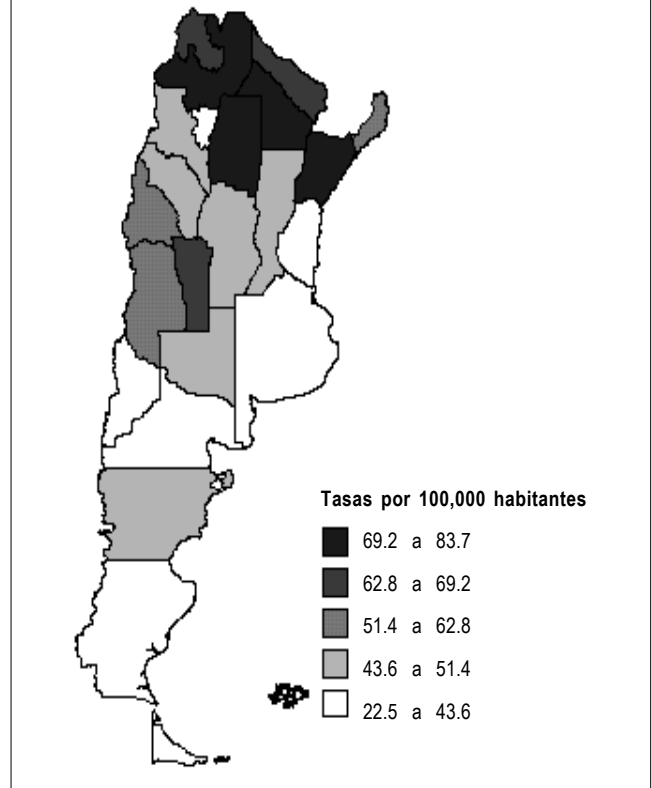


Figura 3 - Tasas de mortalidad por cancer ajustadas por edad, Argentina, 1992-1994

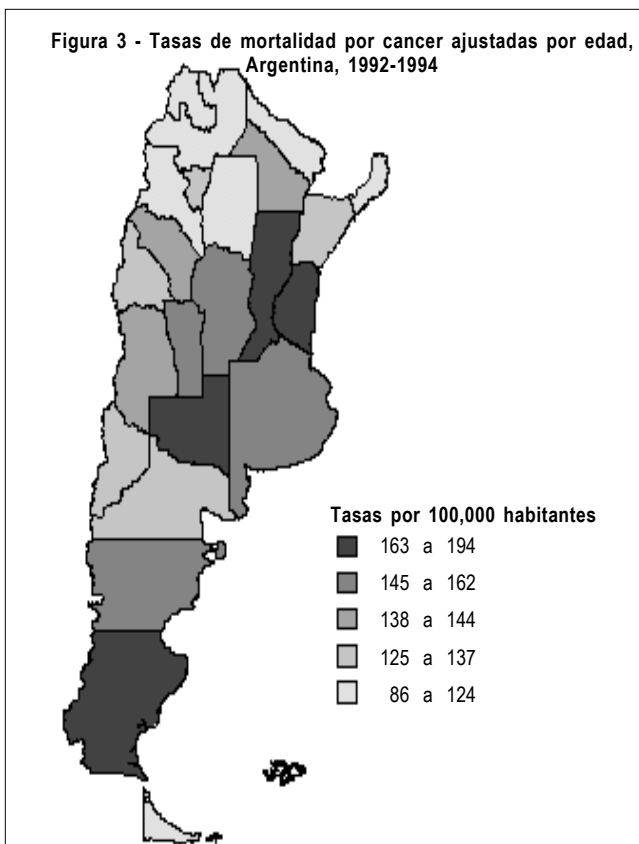
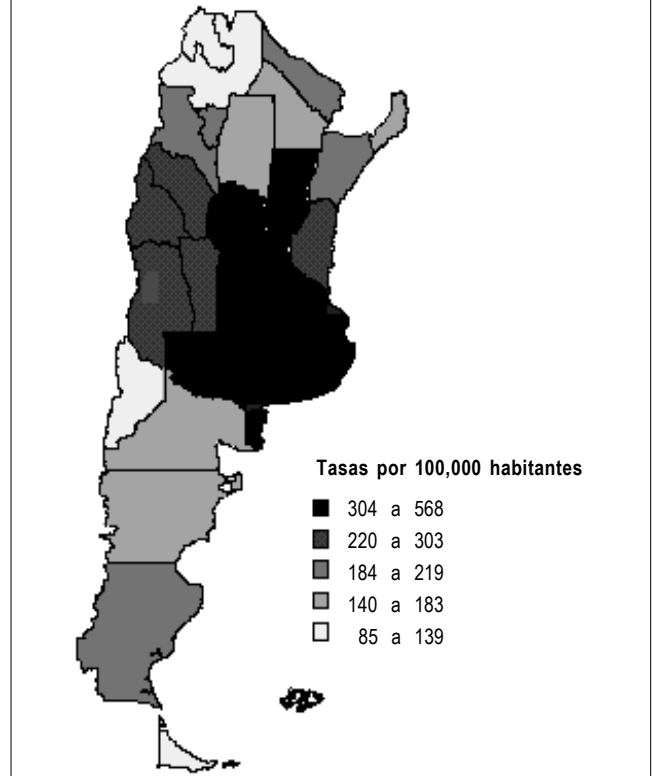


Figura 4 - Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustadas por edad, Argentina, 1986-1994



entre 304 y 568 por 100,000 habitantes, comparado con tasas de 85 a 139 por 100,000 hab. en el Noroeste o en la Patagonia, exhibiendo una correlación con las áreas más desarrolladas (figura 4). Dentro de las regiones, excepto en la región nordeste, las brechas de mortalidad encontradas para esas mismas enfermedades cardiovasculares fueron mayor entre las mujeres.

A pesar de que las enfermedades cardiovasculares constituyeron la primera causa de muerte, los accidentes fueron los responsables de la mayor cantidad de años de vida potencial perdidos (AVPP), con 16% de los AVPP, comparado a aproximadamente 14% para las causas perinatales y las enfermedades cardiovasculares (figura 5). De forma similar las enfermedades perinatales, los defectos congénitos, las enfermedades infecciosas y las violencias aumentaron su peso considerando los AVPP.

La Mortalidad Infantil disminuyó de 26,9 por mil nacidos vivos en 1986 a 18,8 en 1997, pero esta reducción no fue similar en las diferentes regiones. Se encontró una reducción más significativa en la Patagonia, donde la mortalidad infantil disminuyó un 38,7%, comparado con una reducción de sólo un 28,4% en la región Noreste (figura 6). Esta diferencia es más notable considerando que al principio del período la Patagonia tenía una de la más bajas tasas de Mortalidad Infantil y que el Nordeste tenía la tasa más alta. Como consecuencia de esto, la falta de equidad actual resulta mayor que la presentada al principio del período. Brechas significativas en la mortalidad infantil también se encontraron dentro de cada región.

La Mortalidad Materna mostró un patrón similar a la mortalidad infantil y la mortalidad general. Las regiones del Noreste y del Noroeste presentaron tasas dos y tres veces mayores a las presentadas por las regiones del Centro y Patagonia (figura 7). Las causas principales de estas muertes estaban relacionadas con abortos, (28.1%), el cuidado prenatal (23.2%) y a la atención del parto (23.3%) (figura 8).

En resumidas cuentas, se encontraron patrones de mortalidad diferentes entre regiones y provincias. Aunque factores climáticos y del estilo de vida podrían en parte ser responsables de estas diferencias, los factores socioeconómicos y demográficos están más estrechamente rela-

Figura 5 - Causas de muerte según proporción en el número de muertes y proporción de AVPP, Argentina, 1992-1994

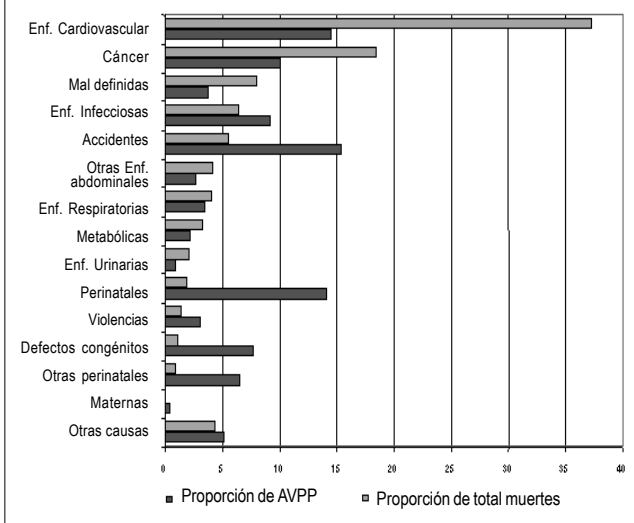
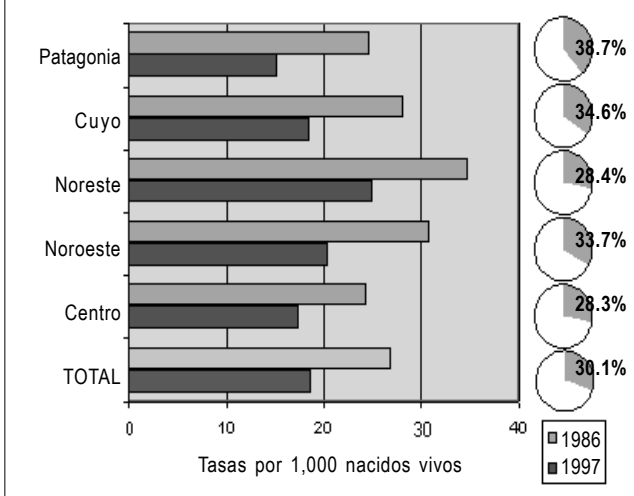


Figura 6 - Cambios en la mortalidad infantil por regiones, Argentina, 1986-1997



cionados a las inequidades y brechas encontradas. Las regiones del norte, donde la proporción de personas que viven en condiciones pobres es más alto, muestran peores indicadores de salud. Algunas de estas diferencias eran más grandes al final del período analizado.

Figura 7 - Mortalidad materna por región, Argentina 1986-1997

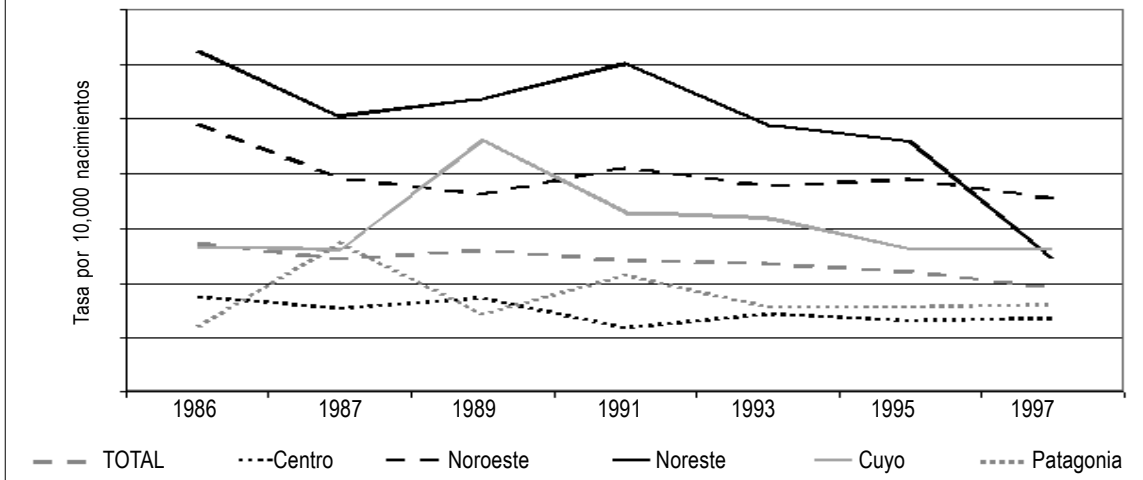
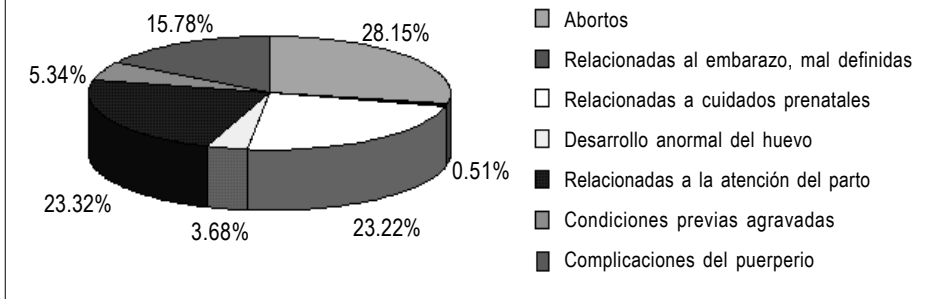


Figura 8 - Mortalidad materna según causas de muerte, Argentina, 1986-1994



Fuente: Verdejo G., Bortman M. Trabajo presentado originalmente en la XV Reunión Internacional Científica de la IEA, Italia, 1999.

Datos de la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Epidemiología del cáncer: principios y métodos

Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC)



Esta publicación de la IARC, que está disponible a través de la OPS, se dirige principalmente a estudiantes de medicina y salud pública, médicos, profesionales de la salud y cualquiera interesado en entender los principios y métodos aplicados en la epidemiología en general, con énfasis en la epidemiología del cáncer. Su objetivo no es formar expertos, sino instruir a los lectores en el empleo de herramientas epidemiológicas básicas y hacerlos capaces de ejercer un juicio crítico cuando evalúan los resultados publicados por otros.

La obra está diseñada para proporcionar - mediante ejemplos ilustrativos y, con frecuencia, datos obtenidos mediante investigaciones- información fácilmente comprensible sobre los conceptos básicos y métodos de investigación en el campo de la epidemiológica. Dado que algunos conocimientos de estadística son indispensables para realizar, analizar e interpretar

los estudios epidemiológicos, también se presentan fórmulas y conceptos estadísticos, aunque se hace mayor hincapié en la interpretación de los datos que en los cálculos en sí. Este libro de texto ha sido encargado especialmente por la IARC para cubrir la necesidad de instrucción en los principios básicos y métodos que se aplican a la epidemiología del cáncer. Esperamos que sea útil tanto al personal docente como al lector no iniciado.

La versión en español de *Epidemiología del cáncer* puede adquirirse en América Latina por medio del agente de ventas o la Representación de la OPS/OMS en su país. OPS, Washington, DC. Fax: (301) 206-9789; E-mail: paho@pmds.com; Internet: <http://publications.paho.org>

1999, 471 pp., ISBN 92 832 0407 7

Código: OT 113

US\$ 40.00 / 32.00 en países de América Latina y el Caribe

Definiciones de casos

Tétanos neonatal

Justificación de la vigilancia

La OMS ha fijado la meta de la **eliminación** del tétanos neonatal (9GPW). En la Región de las Américas, las tres estrategias principales para alcanzar esta meta son: 1) la identificación de áreas de alto riesgo; 2) la vacunación de todas las mujeres en edad fértil en los municipios de riesgo (lo que difiere de la estrategia general de la OMS de alta cobertura de vacunación de las mujeres embarazadas) y 3) mejora de los procedimientos asistenciales durante el parto y el puerperio.

La vigilancia epidemiológica es particularmente útil para identificar las zonas de alto riesgo y para evaluar el efecto de las intervenciones.

Definición de casos recomendadas

Caso sospechoso: 1) Todo lactante que haya tenido una enfermedad con las características del tétanos durante el primer mes de vida y que haya llorado y se haya alimentado normalmente durante los dos primeros días de vida; y 2) Toda muerte neonatal (muerte dentro de los primeros 28 días) de un niño que succionaba y lloraba normalmente durante las primeras 48 horas de vida.

Caso confirmado: Un caso confirmado de tétanos neonatal es el de un niño que presenta las tres características siguientes:

1) Alimentación y llanto normales durante los dos primeros días de vida; 2) Comienzo de la enfermedad entre el tercero y el vigesimotercero día de vida; y 3) Incapacidad para succionar (presencia de trismus) seguida de rigidez (rigidez muscular generalizada) o convulsiones (espasmos musculares.)

Caso descartado: Un caso descartado es uno que ha sido investigado y no encaja en la definición de caso. En esas circunstancias, se debe especificar el diagnóstico. Además, se preparará regularmente un resumen de los casos descartados.

Tipos de vigilancia recomendados

El número de casos confirmados de tétanos neonatal debe estar incluido en los informes mensuales corrientes de vigilancia de todos los países y debe informarse por separado de otros tipos de tétanos (no neonatal). Cuando no haya casos, se debe exigir que se incluya la mención de «cero casos» en los informes. Vigilancia activa y sistemática en los principales establecimientos de salud (por lo menos una vez al año). En las zonas geográficas de “bajo riesgo” (es decir, con una incidencia de tétanos neonatal de $<1/1.000$ nacidos vivos y con un sistema de vigilancia en funcionamiento), se

deben investigar todos los casos sospechosos para confirmar e identificar la causa.

Se recomienda la vigilancia comunitaria en las áreas “silenciosas” (es decir donde no funciona un sistema de notificación corriente pero donde el tétanos neonatal podría ser un problema según indicadores socioeconómicos.)

Datos mínimos recomendados

Datos Agregados

- Número de casos.
- Número de dosis TT1, TT2 o TT3 administradas mensualmente a mujeres en edad fértil y número de mujeres en edad fértil que viven en ese municipio.
- Carácter integral y oportuno de los informes mensuales.

Datos de casos y registros individuales de pacientes para la investigación:

(i) Identificador único, (ii) información geográfica, (iii) fecha de nacimiento, (iv) edad (en días) al inicio, (v) sexo del bebé, (vi) Paridad (número de partos incluido el parto o embarazo actual), (vii) Fecha de la investigación del caso, (viii) Lugar de nacimiento (institución, hogar con partera adiestrada, hogar con partera no adiestrada, hogar sin partera, otro), (ix) Antecedentes de la madre de vacunación contra el tétanos al momento del parto (actualizada, no actualizada, sin vacunar), (x) Clasificación final (confirmado, sospechoso, descartado), (xi) Madre del caso que recibió posteriormente una dosis protectora de TT dentro de los 3 meses siguientes al informe, (xii) Vacunación suplementaria en la localidad del caso.

Principal uso de los datos para la toma de decisiones

- Vigilancia del progreso hacia el logro y el mantenimiento de una alta cobertura de vacunación regular con dos dosis o más de TT2 en áreas de alto riesgo;
- Vigilancia del progreso hacia la eliminación del tétanos neonatal en cada zona geográfica;
- Investigación de los casos sospechosos de tétanos neonatal en zonas que no se consideran en riesgo de tétanos neonatal a fin de confirmar y determinar la causa;
- Identificación de zonas geográficas de alto riesgo y realización de 3 rondas de vacunación suplementaria con TT en las zonas geográficas de alto riesgo;
- Validación periódica de la sensibilidad de la notificación de los casos de tétanos neonatal, mediante la comparación del número de casos notificados con los casos identificados por medio de la vigilancia.

Tuberculosis

Justificación de la vigilancia

El objetivo general del control de la tuberculosis (TB) es reducir la mortalidad, la morbilidad y la transmisión de la enfermedad hasta que deje de ser una amenaza para la salud pública. Para lograr este objetivo, en 1991 la Asamblea Mundial de la Salud apoyó las siguientes metas para el control mundial de la tuberculosis: tratar con éxito a 85% de los casos nuevos detectados con baciloscopia positiva y detectar 70% de los casos nuevos para el año 2000.

La magnitud del problema mundial de la tuberculosis es enorme. Cerca de un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*. Cada año se notifican alrededor de 3,3 millones de casos en todo el mundo. Sin embargo, según diversos cálculos, es posible que se produzcan entre 7 millones y 8,8 millones de casos, 95% de ellos en países en desarrollo. Las proyecciones para el próximo siglo indican que el impacto de la tuberculosis aumentará si no se toman de inmediato medidas de control en todos los países.

La finalidad de la vigilancia de la tuberculosis es comprender bien el curso de la epidemia de tuberculosis en una localidad con el tiempo y facilitar la intervención oportuna si la tendencia observada se aparta de lo previsto.

Definiciones de caso recomendadas

Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (TBP+):

- Tuberculosis en un paciente con por lo menos dos frotis iniciales de esputo positivos (microscopia de frotis directo) para bacilos acidorresistentes (BAAR+), o
- Tuberculosis en un paciente con un frotis de esputo positivo para bacilos acidorresistentes y anomalías radiográficas compatibles con tuberculosis pulmonar activa conforme al dictamen y decisión médica de aplicar un ciclo curativo completo de quimioterapia antituberculosa; o bien
- Tuberculosis en un paciente con esputo positivo para bacilos acidorresistentes y al menos un cultivo de esputo positivo.

Tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa (bacilos acidorresistentes):

Sea: paciente que satisface todos los criterios siguientes:

- dos seriados (obtenidos con al menos dos semanas de intervalo) y como mínimo dos muestras de esputo sin evidencia de bacilos acidorresistentes;
- signos radiográficos compatibles con TB pulmonar y ausencia de respuesta clínica a una semana de tratamiento con un antibiótico de amplio espectro y

- decisión médica de aplicar un ciclo curativo completo de quimioterapia antituberculosa;

O bien: paciente que satisface todos los criterios siguientes:

- muy enfermo
- al menos dos muestras de esputo sin evidencia de bacilos acidorresistentes;
- signos radiográficos compatibles con una TB pulmonar diseminada (intersticial o miliar);
- y decisión médica de aplicar un ciclo curativo completo de quimioterapia antituberculosa.

O bien: Paciente cuyas baciloscopias de esputo iniciales fueron negativas; cuyos esputos fueron inicialmente objeto de cultivo; y ese cultivo resultó positivo.

Tuberculosis extrapulmonar:

- Tuberculosis de órganos que no sean los pulmones: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, aparato genitourinario, piel, articulaciones y huesos, meningitis tuberculosa, etc.
- El diagnóstico debe basarse en un espécimen positivo en cultivo de un sitio extrapulmonar, en pruebas histológicas o en indicios clínicos sólidos compatibles con tuberculosis extrapulmonar activa, seguidos de la decisión de un médico de tratar con un ciclo completo de quimioterapia contra la tuberculosis.

Nota: Todo paciente a quien se diagnostique tuberculosis pulmonar o extrapulmonar debe clasificarse como caso de tuberculosis pulmonar.

Caso nuevo: paciente que nunca ha recibido tratamiento para la tuberculosis o que ha tomado medicamentos contra la tuberculosis durante menos de cuatro semanas.

Recidiva: paciente tratado anteriormente de tuberculosis y declarado curado por un médico después de un ciclo completo de quimioterapia, pero que vuelve al servicio de salud con bacteriología positiva.

Medidas de vigilancia recomendadas

Informes trimestrales sobre los casos notificados y sobre el análisis de cohortes de los resultados del tratamiento (en el equipo periférico y a nivel intermedio y central).

Datos mínimos recomendados

Notificación de casos por categoría:

- Número de casos nuevos con esputo pulmonar positivo
- Número de casos de recaída pulmonar
- Número de casos nuevos con esputo pulmonar negativo

- Número de casos extrapulmonares nuevos
- Número de casos nuevos con esputo pulmonar positivo por edad y sexo (edades sugeridas, en años: 0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65+)

Resultados del tratamiento de casos nuevos con esputo positivo:

- Número de casos que se convirtieron en negativos después de la fase inicial del tratamiento
- Número de casos curados (es decir, que terminaron el tratamiento y tuvieron al menos dos frotis de esputo con resultado negativo durante la fase de continuación del tratamiento, con uno de los frotis realizado al final de tratamiento)
- Número de casos que, después de la conversión de frotis al final de la fase inicial del tratamiento, terminaron el tratamiento, pero sin resultados de frotis al final del tratamiento
- Número de casos que murieron (al margen de la causa)
- Número de casos en los cuales fracasó el tratamiento (es decir, que se convirtieron nuevamente en positivos o que siguieron siendo positivos cinco meses o más después de iniciar el tratamiento)
- Número de casos que interrumpieron o no cumplieron el tratamiento (es decir, pacientes que no recogieron

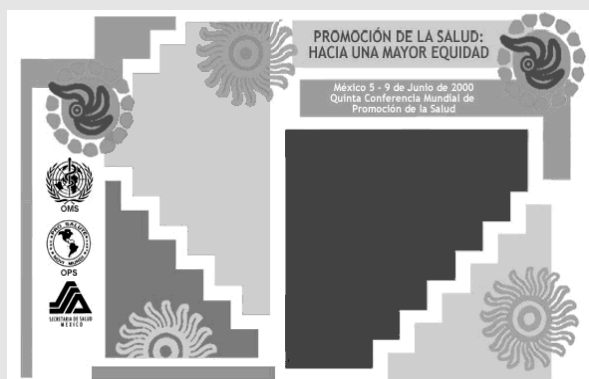
medicamentos durante dos meses o más después de su inscripción)

- Número de casos que fueron trasladados (es decir, pacientes transferidos a otra unidad informante y de quienes no se saben los resultados)

Principal uso de los datos para la toma de decisiones

- A nivel local: asegura que se ofrezcan servicios apropiados de tratamiento, que se lleve a cabo el seguimiento de contactos, que se reconozcan los brotes locales y que se vigile la epidemiología local.
- A nivel nacional: permite vigilar la epidemiología de la enfermedad en el país y el desempeño de los programas de tratamiento (la capacidad de un programa nacional de tuberculosis para detectar casos de tuberculosis, diagnosticar esputos positivos y tratar con éxito casos de tuberculosis), y planificar el programa actividades (por ejemplo, asegurar el suministro de medicamentos, los suministros de laboratorios, etc.).
- A nivel internacional: permite examinar las tendencias con el transcurso del tiempo y hacer comparaciones entre países con la intención de coordinar los esfuerzos de control.

Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 5-9 de junio 2000



La Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría de Salud de México están conjuntamente organizando la **Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud**.

La Quinta Conferencia avanzará en el desarrollo de las cinco prioridades para el Siglo XXI en la promoción de la salud que fueron identi-

ficadas en Yakarta en 1997 y confirmadas en la Resolución sobre Promoción de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Las prioridades incluyen:

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Consolidar y ampliar las alianzas en pro de la salud.
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- Asegurar una infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Los objetivos específicos de la Conferencia son: ilustrar el impacto que las estrategias de promoción de la salud tienen sobre la salud y la calidad de la vida; contribuir a los esfuerzos que den alta prioridad a la salud en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales; y configurar una Alianza Mundial para la Promoción de la Salud, creando nuevos vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores en todos los niveles de la sociedad.

Para más información sobre la Quinta Conferencia, visite el sitio Web: <http://www.who.int/hpr/conference/spanish/index.html>

Índice: 1997-1999 (Vol. 18 a 20)

A

AIEPI

(Ver Enfermedades Prevalentes de la Infancia)

América Central

huracán Mitch, impacto, 19:4
insecticidas, pruebas de sensibilidad, resultados (1994-1997),
18:3

América del Sur, fiebre aftosa, erradicación, 19:2

América Latina y el Caribe

Adultos mayores, condiciones de salud, 18:2
Plomo en la gasolina, eliminación, 18:3

Américas

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la
Infancia (AIEPI), 19:1

bancos de sangre
situación, 1994-1995, 18:1
situación de seguridad, 20:2

cólera, 18:1

dengue, resurgimiento, 18:2

filiariasis linfática, 18:4

malaria, 1996, 18:3

salud, 1998, 19:3

situación, selección de indicadores básicos, 18:1

situación y tendencias, análisis (1980-1998), 20:1

para Todos en el Año 2000, Tercera evaluación, 18:4

sarampión, Alianza para la Erradicación para el año 2000, 20:2

tuberculosis, control, 19:2

vigilancia del SIDA, 1996, 18:1

violencia, actitudes y normas culturales, 18:4

(Ver también Publicaciones)

(Ver también Reuniones, congresos y seminarios, informe sobre)

Amibiasis

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, informes sobre)

B

Brasil

Red Integrada de Información para la salud, desarrollo, 18:4

C

Caribbean Epidemiology Centre (CAREC)

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, informes sobre)

Casos

(Ver Definiciones de casos)

Chagas

interrupción de la transmisión en Uruguay, 19:1

Clasificación Internacional de Enfermedades

centros colaboradores de OMS, 19:3

datos de mortalidad CIE-10, Nueva lista OPS 6-67 para la
tabulación, 20:3

Décima Revisión (CIE-10), Implantación, 18:1

Cólera

definición de casos, 20:1

en las Américas, 1996, 18:1

Colombia, hidrocarburos aromáticos, posibles efectos en la salud de
los trabajadores, 18:3

Conferencias

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de, informes
sobre)

Congresos

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de, informes
sobre)

Costa del Sol, declaración, 19:4

(Ver también Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

CRAES

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, informes sobre)

Cuba, dengue, 18:2

(Ver también Reuniones, congresos y seminarios, calendario de,
informes sobre)

Cursos

epidemiología, 18:4, 19:1, 19:4, 20:4

aplicada, 20:2

D

Definiciones de casos

cólera, peste y fiebre amarilla, 20:1

difteria y tos ferina, 20:4

malaria y poliomieltis, 20:2

sarampión y rubéola, 20:3

Demográfico

(Ver Indicadores)

Dengue

Cuba, 18:2

estudio serológico, ELISA de Inhibición, 18:2

pruebas de proficiencia serológica, 18:2

resurgimiento, en las Américas, 18:2

(Ver también Publicaciones)

Desigualdad, en el ingreso, riesgos de morir, 20:4

Difteria, definición de casos, 20:4

E

El Niño, repercusiones sanitarias, 19:2

Enfermedades de transmisión sexual

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, informe sobre)

Enfermedades infecciosas emergentes

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

Enfermedades Prevalentes de la Infancia

- Atención Integrada, en las Américas (AIEPI), 19:1
- “Niños Sanos: la meta del 2002”, 20:4

EPIDAT

- Versión 2.0 (1997), 18:2
- Versión 2.1 (1998), 19:2

Epidemiología

(Ver Cursos)

Epidemiológico(a)

- análisis de Datos Tabulados (EPIDAT), 18:2, 19:2
- calendario 1999, 20:1
- calendario 2000, 20:3

Estadísticas de Salud

(Ver Publicaciones)

Estados Unidos, frontera con México, causas principales de mortalidad, 10:2

(Ver también Publicaciones)

F

Fiebre Aftosa, erradicación en América del Sur, 19:2

Fiebre Amarilla, definición de casos, 20:1

Filariasis linfática, en las Américas, 18:4

H

Hantavirus

(Ver Publicaciones)

Hidrocarburos aromáticos, posibles efectos en la salud de los trabajadores, Colombia, 18:3

Huracán Mitch, impacto en América Central, 19:4

I

Indicadores

- básicos (1996), 18:1
- básicos (1998), subregionales, 19:3
- básicos (1999), seleccionados, por país
- población, recursos de salud, acceso y cobertura, 20:3
- mortalidad, 20:3
- diferencias de mortalidad por sexo, 20:4
- demográficos y de morbilidad, 20:4
- retardo en el crecimiento, menores de 5 años, 19:1

(Ver también Publicaciones)

Inequidad, en salud, medición, 20:1

Ingeniería Ambiental

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

Insecticidas, pruebas de sensibilidad, cuatro países centroamericanos, 18:3

Internet

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

Inundaciones, Venezuela, 20:4

L

Lepra

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

M

Malaria

- definición de casos, 20:2
- en las Américas, 1996, 18:3

Maternoinfantil

(Ver Publicaciones)

México

frontera Estados Unidos, Causas principales de mortalidad, 20:2

(Ver también Publicaciones)

Mitch

(Ver Huracán Mitch)

Mortalidad

- datos, nueva lista OPS 6/67 para tabulación, 20:3
- frontera México y Estados Unidos, 20:2

(Ver también Publicaciones)

N

Nutrición

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

O

OMS, Clasificación Internacional de las Enfermedades, centros colaboradores, 19:3

Oncocercosis

(Ver Reuniones, congresos y seminarios, informe sobre)

OPS

creación del Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), 20:1

(Ver también Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

P

Peste, definición de casos, 20:1

Plomo en la gasolina

eliminación, América Latina y el Caribe, 18:3

Poliomielitis, definición de casos, 20:2

Publicaciones

Análisis e indicadores de la salud y el medioambiente para los tomadores de decisiones, *World Health Statistics Quarterly*, 18:3

Estadísticas de Salud de las Américas, Edición 1998, 20:3

Hantavirus en las Américas: guía para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control, 20:2

Health Conditions in the Caribbean, 1997, 18:4

Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles, 16a. Edición, 18:4

Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil, 20:2

Perfiles de mortalidad de las comunidades hermanas fronterizas México-Estados Unidos, 1992-1994, 20:2

Revista Panamericana de Salud Pública, 18:4

Salud en las Américas: Edición 1998, 19:3

Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1998, 19:3
Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1999, 20:3

R

Reglamento Sanitario Internacional, revisión, 19:3

Resistencia Antimicrobiana en las Américas
(Ver también Reuniones, congresos y seminarios, informe sobre)

Retardo en el crecimiento, indicadores en menores de 5 años, 19:1

Reuniones, congresos y seminarios, calendario de
Crisis de la Salud y el uso de Internet, Colombia, 1997, 18:2
Enfermedades de transmisión sexual, XI congreso latinoamericano, Perú, 1997, 18:1
Enfermedades infecciosas emergentes, conferencia internacional, USA, 1998, 18:3
Epidemiología
III congreso chileno, Chile, 1997, 18:2
IV congreso chileno, Chile, 1998, 19:4
I congreso venezolano, Venezuela, 1997, 18:1, 18:2
VIII congreso colombiano, Colombia, 1997, 18:2
Ingeniería ambiental y ciencias de la salud, Simposio internacional, Mexico, 1998, 19:2
Lepra, IX congreso de la Asociación Brasileira, Brasil, 197, 18:1
Nutrición, congreso de las Sociedad latinoamericana de nutrición, Guatemala, 1997, 18:1
SIDA, V Conferencia Panamericana, Perú, 1997, 18:1
Sistemas de Información Geográfica y Salud, Reunión, EE UU, 1998, 19:2
Tabaco o salud, I conferencia Iberoamericana, España, 1999, 19:2

Reuniones, congresos y seminarios, informe sobre
Amibiasis, Consulta con expertos, México, 1997, informe de la OMS/OPS/UNESCO, 18:1
Resistencia antimicrobiana en las Américas, Conferencia Panamericana, 20:2
Oncocercosis, Conferencia Interamericana sobre, Oaxaca, México, 1996, Informe sobre, 18:4
Comité Asesor Científico (CAC) del CAREC, Reunión, 1997, 18:1
Comité Asesor en Estadísticas de Salud (CRAES) de OPS/OMS, Reunión preparatoria, 20:2

Rubéola, definición de casos, 20:3

S

Salud
adultos mayores de América Latina y el Caribe, 18:2

análisis de situación, 20:3
El Niño, impactos, 19:2
en las Américas, 1998, 19:3
inequidades, medición, 20:1
red integrada de información, desarrollo, Brasil, 18:4
situación y tendencias en las Américas, por subregión (1980-1998), 20:1
trabajadores, posibles efectos de la exposición a hidrocarburos aromáticos, Colombia, 18:3
(Ver también Publicaciones)

Salud Para Todos en el año 2000
tercera evaluación de la aplicación de la estrategia, Región de las Américas, 18:4

Sangre
situación de los bancos
en la Región de las Américas (1994-1995), 18:1
marcadores serológicos para enfermedades transmisibles, 19:3
situación de seguridad en los bancos de las Américas, 20:2

Sarampión
definición de casos, 20:3
erradicación en las Américas en el año 2000, Alianza, 20:2

SIDA
vigilancia en las Américas
1996, 18:1
1997, 18:2
(Ver también Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

Sistemas de Información Geográfica
(Ver Reuniones, congresos y seminarios, calendario de)

T

Tabaco
(Ver Reuniones, Congresos y seminarios, calendario de)

Tos ferina, definición de casos, 20:4

Tuberculosis, control en las Américas, 19:2

U

Uruguay, enfermedad de Chagas, interrupción de la transmisión, 19:1

V

Venezuela, inundaciones, 20:4

Vigilancia, SIDA, en las Américas, 18:1

Violencia, normas culturales y actitudes, ciudades de la Región de las Américas, 18:4

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

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



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