

Prevención y control de enfermedades

La Organización Panamericana de la Salud ha procurado fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para erradicar, eliminar, prevenir y controlar las enfermedades.



Para alcanzar sus metas en materia de prevención y control de enfermedades, la Organización ha creado programas relativos a las enfermedades transmisibles, el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, las enfermedades no transmisibles, y la salud pública veterinaria. Dos centros especializados —el INPPAZ en la Argentina, que se concentra en la protección de los alimentos, y PANAFTOSA en el Brasil, que se ocupa de las zoonosis y la erradicación de la fiebre aftosa— contribuyen a las actividades de salud pública veterinaria. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), localizado en Trinidad, ofrece cooperación técnica a los países de habla inglesa de esa subregión.

Este capítulo destaca los principales logros en materia de prevención y control de enfermedades en el período 1999–2000.

Enfermedades transmisibles

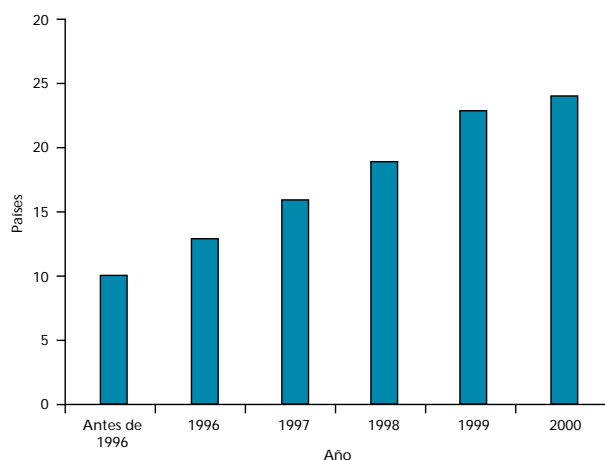
Tuberculosis

En 1999 la tuberculosis siguió constituyendo un problema de salud en la Región de las Américas. Cada año se notifican cerca de 250.000 casos, pero se estima que el verdadero número anual de enfermos se acerca a 400.000. En algunos lugares, la tuberculosis está asociada con la pobreza, la inequidad de la cobertura de los servicios de salud, el acceso a las acciones de control de la enfermedad, el crecimiento de poblaciones marginales y las migraciones en busca de una mejor calidad de vida.

La OPS/OMS recomienda que los países utilicen para la tuberculosis el tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS), que es la forma más eficaz de controlar la enfermedad. A partir de 1996, año en que solo 10 países empleaban la estrategia, el número de los que la incorporaron paulatinamente llegó a 24 a fines de 1999 (figura 1). En ese año, Colombia, Costa Rica, Panamá y la República Dominicana la adoptaron, designando áreas piloto para su empleo.

La diferencia entre países que emplean el DOTS y los que no lo hacen se hizo evidente en 1999 cuando se compararon los resultados de casos notificados en 1997, tratados y no tratados. Los países que emplean el DOTS notificaron 62.211 enfermos, de los cuales evaluaron a 94%. El tratamiento tuvo éxito en 80% de los casos y la tasa de abandono fue de 5%. Los países que no utilizaron el DOTS notificaron 65.826 casos, pero solo evaluaron a 50% de

FIGURA 1. Número de países que utilizan el tratamiento acortado directamente supervisado (DOTS), Región de las Américas, 1996–2000.



Fuente: Informes anuales de los programas nacionales de tuberculosis de los ministerios de salud.

ellos. El tratamiento tuvo éxito en 36,1% y la tasa de abandono ascendió a 15,4%.

Los países que tuvieron éxito con el DOTS durante el decenio pasado están compartiendo sus experiencias con los que comenzaron a utilizarlo recientemente. En 1999, mediante acuerdos entre la Oficina y los países, el equipo nacional de tuberculosis del Perú asesoró al Ecuador, el Paraguay y la República Dominicana, en tanto que Cuba llevó su experiencia a Guatemala, Honduras y Panamá.

Malaria

Con la propagación de la estrategia mundial de control de la malaria en la Región, las tasas de mortalidad por malaria se redujeron considerablemente. En 1994,

el primer año sobre el que se dispuso de registros comparables, la tasa bruta de mortalidad por malaria causada por *Plasmodium falciparum* fue de 8,3 por 100.000 personas expuestas. Ya en 1998 había bajado drásticamente a 3,0 por 100.000 personas expuestas, lo que representó una disminución de 63%.

Las reformas del sector salud en los países de la Región han llevado a introducir cambios estructurales que restringieron el apoyo político y económico necesario para mantener una estrategia mundial de control de la malaria plenamente funcional. Sin embargo, el progreso alcanzado con la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" servirá para orientar la plena ejecución de la estrategia de control mundial de esa enfermedad. La función de esa iniciativa ha cambiado y hoy en día su finalidad es más bien servir de agente dedicado a promover la evaluación de las necesidades en los países y a buscar socios dispuestos a invertir para atenderlas. Desde el punto de vista político, la iniciativa ha ayudado a crear conciencia en las autoridades decisorias de alto rango para que se concentren en el control de la malaria en los países donde es endémica, como el Brasil, el Ecuador y Venezuela.

Enfermedades inmunoprevenibles

Asociaciones en materia de inmunización para beneficio de la salud infantil

Se forjaron nuevas e importantes asociaciones con el Banco Mundial, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA), la Fundación Bill

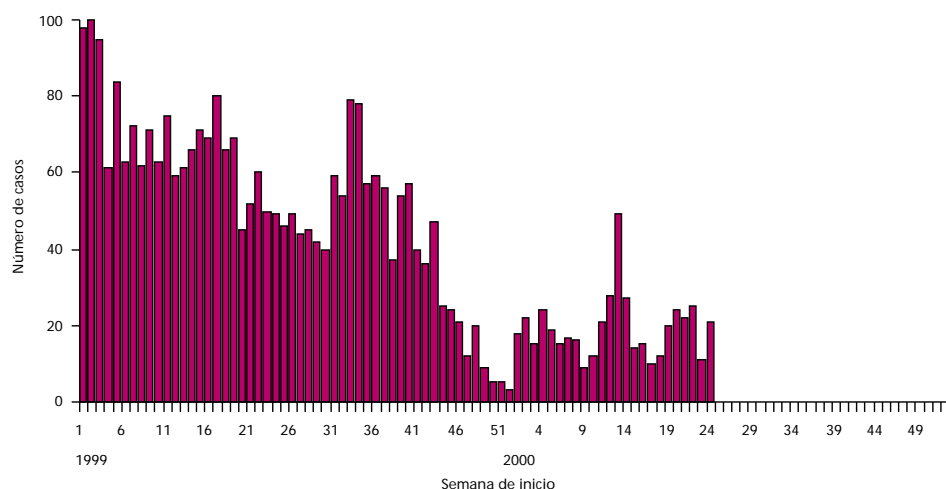
y Melinda Gates y la fundación March of Dimes, ambas de los Estados Unidos, para actividades de inmunización que beneficiarán la salud de los niños de las Américas. Esas organizaciones se han unido a la USAID y al Gobierno de España en su empeño por apoyar la creación y el fortalecimiento de los programas nacionales de inmunización. Con su influencia, la OPS ha desempeñado una función catalítica en la consecución de aportes. En cada país se realizan debates conjuntos sobre las intervenciones prioritarias bajo la égida de los comités de coordinación interagenciales, establecidos por la OPS durante la exitosa iniciativa de erradicación de la poliomielitis.

La Organización trabaja con el Banco Mundial en Bolivia, Perú y, en fecha más reciente, Paraguay en el componente de inmunización de los proyectos de reforma del sector salud del Banco. La colaboración en Bolivia es parte de un proyecto decenal con el que se busca ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las redes de servicios, habilitar a las comunidades para mejorar su salud y fortalecer la capacidad local para responder a las necesidades de salud. Se ha establecido una partida específica en el presupuesto nacional para cubrir los costos de las vacunas y las jeringas empleadas en los programas nacionales de inmunización y se ha avanzado en la introducción de las vacunas pentavalentes y la triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, así como de la vacuna contra la fiebre amarilla en las zonas donde esta es endémica. Bolivia también asignó US\$ 2 millones a su programa de inmunización en 1999, cifra que representa un aumento en relación con la de US\$ 53.000 asignada en 1998.

El apoyo de los CDC ha sido decisivo para complementar las actividades nacionales en pro del establecimiento de una infraestructura de vigilancia que permita controlar la rubéola. Las actividades nacionales de control de la rubéola también se han fortalecido con apoyo de la fundación March of Dimes. Con una subvención de la Fundación Gates se ha facilitado el establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia y la creación de mecanismos financieros sostenibles para consolidar la introducción de vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b y preparar a la Región para la introducción de vacunas contra neumococos y rotavirus.

Erradicación del sarampión

La Región de las Américas está a punto de lograr la erradicación de la transmisión autóctona del sarampión a fines del año 2000. El logro de esa meta protegerá la salud de los niños en el Continente Americano contra una enfermedad que afecta particularmente a los menores de 1 año. Se ha registrado una baja de 95% del número de casos confirmados de sarampión en las Américas, de 53.661 en 1997 a 2.803 en 1999. En la figura 2 se presenta la información más reciente sobre casos confirmados de sarampión.

FIGURA 2. Casos confirmados de sarampión, por semana de inicio, Región de las Américas, 1999–2000.^a

Fuente: Informes de los países.

^a Datos hasta el 17 de junio de 2000: 487 casos confirmados de sarampión.

La atención se ha centrado en el progreso hacia la erradicación del sarampión en los cuatro países que todavía tienen regiones infectadas. Esos países han puesto en práctica una doble estrategia de vacunación intensiva contra el sarampión en los municipios que no llegan a $\geq 95\%$ de cobertura (barrido), junto con la búsqueda activa bimestral de casos de sarampión. Bolivia ha sido el país más afectado por el sarampión y aproximadamente 50% del total de casos notificados en la Región en 1999 se presentaron en ese país, sobre todo por la existencia de grandes regiones con población subinmunizada. En un principio, la transmisión del virus del sarampión se concentró en los centros urbanos y luego se propagó a algunas regiones selváticas. Con apoyo técnico y financiero de la OPS y asistencia financiera del Banco Mundial, el BID, el UNICEF y organizaciones no gubernamentales de cada localidad, las autoridades de salud lanzaron un dinámico plan de acción para detener los brotes e interrumpir la transmisión del virus. El Ministerio de Salud y Previsión Social también expidió una resolución ministerial de apoyo a la ejecución de una amplia campaña nacional de vacunación, realizada en diciembre de 1999.

En respuesta a una situación similar en la República Dominicana, la OPS organizó un grupo especial de trabajo con las autoridades nacionales de salud para asegurarse del control eficaz de la transmisión del virus del sarampión. En febrero de 2000, un plan de acción quinquenal de inmunización, elaborado por la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social con aporte técnico

de la OPS, recibió US\$ 13 millones de la OPS, el Banco Mundial y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). En el Brasil, casi todos los estados muestran un descenso de la transmisión del virus, aun cuando se llevó a cabo una intensa vigilancia de la que participaron 27 epidemiólogos especialmente contratados como parte del grupo especial de trabajo. Los casos restantes se concentran principalmente en el estado de Pernambuco. En junio de 2000 se realizó una campaña de seguimiento del sarampión. El Gobierno se ha comprometido a renovar el financiamiento para las actividades del grupo especial de trabajo. También es evidente el progreso alcanzado en la Argentina, que notificó la mayoría de sus casos en 1998. La Argentina ingresó al Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas y solicitó que se realizara una evaluación del programa nacional de inmunización en abril.

La Organización ha intensificado su colaboración con los Estados Miembros a fin de asegurar que se asignan suficientes recursos para mantener existencias adecuadas de vacunas contra el sarampión y otras enfermedades, así como los suministros necesarios. Estas medidas son decisivas para apoyar la prestación de servicios de vacunación de rutina, la realización de actividades de vacunación de barrido y la rápida ejecución de medidas de control en caso de brotes. Los CDC también han prestado apoyo crítico para la erradicación del sarampión, que se ha canalizado para mejorar la vigilancia en los principales países destinatarios; fortalecer y ampliar la capacidad del personal de los laboratorios nacionales para el diagnóstico y aislamiento de virus, y mejorar la habilidad de los países para prevenir e investigar los brotes de sarampión con eficiencia y responder en la debida forma en esos casos.

Cómo facilitar vacunas de alta calidad a precios asequibles

El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas fue establecido por la Organización Panamericana de la Salud en 1979 para la adquisición de vacunas, jeringas, agujas y equipo de cadena de frío para los países de América Latina y del Caribe. Se estableció con el fin de que los países participantes contaran con los medios de asegurarse las existencias suficientes y constantes de vacunas y suministros afines para la ejecución de los programas de inmunización. Mediante un sistema de compras a granel, el Fondo asegura la oferta de vacunas de alta calidad para los programas nacionales de inmunización a precios asequibles y, al mismo tiempo, permite planificar en orden las actividades de inmunización. Entre 1979 y 1999, el valor de las vacunas compradas por medio del Fondo creció de US\$ 2 millones a US\$ 135 millones.

Uno de los principales beneficios del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas ha sido mantener las vacunas al alcance de quienes las



necesitan. Estudios realizados por la OPS a comienzos de los años ochenta muestran que varios fabricantes cobran precios muy distintos por la misma vacuna. La adquisición competitiva por medio del Fondo ha mantenido al mínimo el alza de precios de las vacunas compradas por contrato. Al mismo tiempo, el diálogo continuo de la OPS con los fabricantes de vacunas ha permitido que estos puedan hacer planes de producción y tomar decisiones sobre inversiones de capital a largo plazo.

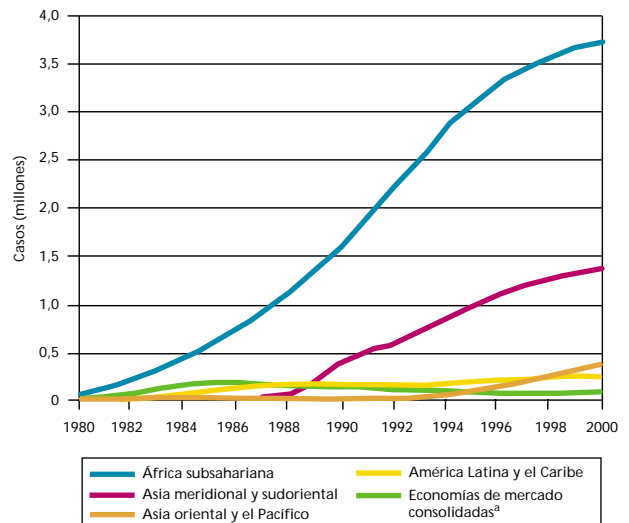
Otro beneficio importante está en la función del Fondo como medio de prestación de cooperación técnica. Por su conducto, la Organización ha establecido una línea directa de comunicación con las autoridades de salud encargadas de tomar decisiones sobre los programas de inmunización. Los asuntos discutidos incluyen solicitudes de vacunas según el tamaño de la población, comprobación de la carga de la morbilidad, factores de naturaleza universal frente a factores de alto riesgo, sostenibilidad financiera y aspectos de costo-beneficio, particularmente de las nuevas vacunas. Los criterios para participar en el Fondo también incluyen la disponibilidad de una partida específica dentro del presupuesto nacional para cubrir los costos recurrentes de las vacunas y jeringas; la formulación de un plan nacional de operaciones amplio y factible con una cobertura por lo menos quinquenal y ajustado a las políticas generales del programa nacional de inmunización, y el nombramiento de un administrador de programas nacionales con autoridad para crear y ejecutar el programa nacional de inmunización.

Los países también se han beneficiado del continuo suministro de vacunas del Fondo que se ajustan a los patrones biológicos de la OPS/OMS y de la garantía de la disponibilidad de vacunas en poco tiempo, lo que reviste importancia crítica durante los brotes de enfermedad. Sin embargo, en todo el año 1999 y en parte del 2000, la Región sufrió escasez de algunas vacunas por causa de un aumento de la demanda, por ejemplo, de la vacuna antipoliomielítica oral como parte de una actividad acelerada de erradicación de la enfermedad en todo el mundo. Esta demanda adicional ha agotado parte de la capacidad instalada que tienen algunos fabricantes para producir las vacunas básicas para el Programa Ampliado de Inmunización. Además, algunos proveedores tuvieron problemas de control de la calidad que agravaron la escasez de vacunas en algunos países.

El Fondo desempeña actualmente una función decisiva en la rápida introducción de vacunas nuevas o adicionales a precios asequibles, como las vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (vacuna Hib); sarampión, parotiditis y rubéola (MMR, por la sigla en inglés); hepatitis B, y fiebre amarilla. Si se mantiene la introducción de vacunas nuevas y adicionales, hay que abordar ciertos asuntos, como el establecimiento o la ampliación de la infraestructura nacional de vigilancia epidemiológica y de estrategias que deben seguir los

países y la comunidad internacional para abreviar el tiempo transcurrido entre la investigación y la utilización real amplia y rentable de una vacuna. El alto costo de ciertas vacunas ha desacelerado la introducción de importantes vacunas a la Región. El precio de las vacunas contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola se ha reducido drásticamente como resultado directo de economías de escala derivadas de la compra a granel por medio del Fondo Rotatorio. El uso generalizado de esas tres vacunas en los programas de vacunación de rutina se generalizó en 1998. En 1996, únicamente dos países empleaban la vacuna Hib. Sin embargo, en el año 2000, como parte del programa de vacunación de rutina se administrará esta vacuna a más de 90% de los niños nacidos en las Américas. En 1997, el uso de la vacuna contra la hepatitis B se limitaba a los grupos y zonas de riesgo, pero ahora se incluye en la mayoría de los programas de vacunación de rutina.

FIGURA 3. Número anual estimado de nuevos casos de infección por el VIH, por región, 1980-2000.



ª Europa Occidental, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Japón.

Infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida

A fines de 1999 había terminado la capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (ITS), en la que participaron todos los Estados Miembros de la OPS. Por solicitud, se ofreció adiestramiento en el nivel de atención primaria de salud en Argentina, El Salvador, Haití y Paraguay. Además, en un taller regional celebrado en abril de 1999 se examinaron y respaldaron las pautas para la vigilancia de segunda generación de las ITS, que serán un instrumento práctico para mejorar la vigilancia de estas infecciones en las Américas.

Vigilancia de segunda generación del VIH/sida y las redes subregionales

A fines de 1999 había 1,6 millones de casos estimados de infección por el VIH en América Latina y el Caribe y casi un millón en América del Norte (figura 3). En materia de epidemiología, las actividades se concentraron en el desarrollo de la vigilancia de segunda generación del VIH/sida, que agrega al sistema de notificación de casos de sida y de vigilancia centinela del VIH varios

elementos relacionados con el comportamiento y la vigilancia molecular y de las ITS.

En 1999, se establecieron redes subregionales en el Cono Sur, la Zona Andina y América Central y se iniciaron planes para crear una red en el Caribe. Las redes regionales y subregionales de epidemiología abordan las cuestiones de ese campo mediante el establecimiento de metas comunes, la elaboración de un plan unificado y el intercambio de experiencias entre los países y otros asociados que trabajan en vigilancia.

Planificación conjunta

En 1999, la OPS desempeñó una importante función de coordinación de la planificación integrada en apoyo de las respuestas nacionales a la infección por el VIH/sida, que es parte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Puesto que la participación de los gobiernos nacionales en este proceso reviste importancia crítica, la OPS trabajó estrechamente con los ministerios de salud y otros actores clave, como los organismos internacionales y bilaterales, las universidades, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones comunitarias para fomentar el compromiso y la cooperación de sus países. Se realizaron actividades integradas de planificación interinstitucional en los países de América Central y en Chile, Colombia, Jamaica y México, y se celebraron reuniones del Grupo de Estudio del Caribe sobre VIH/SIDA para elaborar el Plan Estratégico Regional Pan Caribe contra el VIH/SIDA y las ITS para el período 1999–2004, en junio de 1999 en Antigua y en marzo de 2000, en Trinidad.

Modelo de atención

En 1999, se terminó de establecer el “Modelo de elementos de atención integral” para el VIH/sida. Este marco es otro ejemplo de una fructífera actividad de planificación conjunta, ya que fue establecido en colaboración con la OMS, el ONUSIDA y la Asociación Internacional de Médicos para el Cuidado del SIDA. El modelo presenta tres escenarios de atención de la infección por el VIH/sida, incluso la provisión de antirretrovíricos; también esboza una serie de pasos que deben seguirse, según los recursos y habilidades disponibles, para crear una amplia red de atención de las personas con infección por el VIH/sida.

Transmisión de madre a hijo

Durante 1999, varios países comenzaron a organizar programas para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo. Por ejemplo, Belice ha lanzado una

estrategia nacional para controlar este tipo de transmisión y ensayar intervenciones piloto, antes de emplearlas más extensamente en todo el país, como la provisión de antirretrovíricos a las madres infectadas. Jamaica ha comenzado un proyecto piloto para evaluar la factibilidad de prevenir la transmisión del virus de madre a hijo. Honduras, México y otros países de América Central y del Sur han solicitado orientación técnica de la Organización para planear, organizar y realizar intervenciones similares.

Comunicación social y prevención de la infección por el VIH

Los países deben emplear estrategias de comunicación apropiadas para propiciar que el público tome conciencia de la epidemia de infección por el VIH y proporcionar información y apoyo a las personas que necesiten modificar sus comportamientos de riesgo. En 1999, el Director de la OPS contrajo el compromiso especial de renovar las actividades regionales destinadas a promover la introducción de estrategias de comunicación y mercadotecnia sociales que produzcan cambios de comportamiento para la adopción de prácticas sexuales más seguras, especialmente entre los jóvenes. En las actividades de prevención se han seguido abordando las necesidades de los grupos vulnerables, incluidos los hombres homosexuales y bisexuales, las mujeres, los trabajadores sexuales y, en particular, los jóvenes.

La experiencia de Honduras

Honduras es uno de los países más gravemente afectados por la epidemia del VIH. Varios estudios realizados en la región de San Pedro Sula muestran tasas de prevalencia del VIH cercanas a 4% en las mujeres embarazadas. Sin embargo, en los últimos 15 años se ha alcanzado un notable progreso en la adquisición de experiencia y de conocimientos prácticos en todos los campos relacionados con la prevención y el control del VIH/sida y en la preparación de planes estratégicos multisectoriales para orientar la respuesta nacional.

En 1999, Honduras encabezó la coordinación del Primer Congreso Centroamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida. Ha participado activamente en el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA, un grupo de directores de programas nacionales de sida que se han unido para fomentar la cooperación técnica entre los países, y en muchas actividades multipaíses con la OPS, el ONUSIDA, el Proyecto Acción SIDA de Centro América (PASCA) y otros organismos e instituciones; estas actividades han permitido que el país comparta sus experiencias en varios foros. Esas actividades también han servido para cimentar la cooperación técnica entre los países. Sin embargo, Honduras debe seguir fortaleciendo sus actividades para hacer frente a la creciente epidemia de infección por el VIH/sida, especialmente por medio de actividades destinadas a los jóvenes, las poblaciones emigrantes, las minorías étnicas y las mujeres.

La respuesta del CAREC al VIH/sida

El programa especial del CAREC sobre ITS se realiza en estrecha colaboración con las Representaciones de la OPS/OMS y con otros organismos como la Universidad de las Indias Occidentales, CARICOM y la red de personas con VIH/sida de la Región del Caribe, así como cinco instituciones financieras internacionales asociadas.

En 1999, los principales logros y el efecto del trabajo del CAREC comprendieron un mayor compromiso político en la lucha contra el VIH/sida en varios países del Caribe, con activo apoyo de las intervenciones de salud pública y un mayor presupuesto para programas nacionales de control del VIH/sida. Varios países han puesto en práctica una respuesta ampliada a la infección por el VIH, el manejo sindrómico de las ITS y la reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo. Se fortalecieron las alianzas con los medios de comunicación nacionales y subregionales con el fin de crear programas de educación e información pública de una forma rentable. Al mismo tiempo, se llegó a varios grupos vulnerables como los jóvenes y los trabajadores sexuales por medio de información participativa, impartida por iguales, y de otra clase, así como intervenciones para la formación de habilidades destinadas a fomentar el comportamiento sexual seguro.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Aunque las enfermedades transmisibles siguen siendo una importante fuente de enfermedad y muerte en países en desarrollo, las naciones industrializadas también están expuestas al riesgo de muchas enfermedades nuevas y reemergentes. Solo en 1999, la Región se vio afectada por brotes repentinos del síndrome pulmonar por hantavirus, fiebre amarilla, cólera, dengue hemorrágico, leptospirosis, fiebre del oeste del Nilo y *Escherichia coli* 157 H7. Después del huracán Mitch, se declaró un estado de alerta en América Central para poder detectar y controlar los brotes.

El enfoque triple empleado por la OPS para hacer frente a esas amenazas consiste en fortalecer la vigilancia nacional de las enfermedades y los síndromes infecciosos emergentes y reemergentes, incluida la correspondiente capacidad de los laboratorios y los medios electrónicos de notificación; detectar los brotes y adiestrar a equipos multidisciplinarios para controlarlos; vigilar la situación de resistencia a los antimicrobianos y seguir con intervenciones basadas en pruebas. Las redes subregionales de vigilancia establecidas

para los países del Cono Sur y la Cuenca Amazónica constituyen poderosos mecanismos para adquirir en el laboratorio conocimientos sobre enfermedades infecciosas, instituir la notificación de síndromes y colaborar en la normalización de protocolos de control de la calidad.

En América Central, la Organización patrocinó el adiestramiento de equipos multidisciplinarios de respuesta a brotes. Como resultado, en 1999 se realizaron más de 10 investigaciones sobre el terreno.

Eliminación y erradicación de enfermedades

La eliminación de la lepra como problema de salud pública ha avanzado en las Américas; solamente el Brasil, el Paraguay y Suriname están todavía por alcanzar esa meta.

La población expuesta al riesgo de oncocercosis se ha estimado de una forma mucho más precisa por medio de evaluaciones epidemiológicas estandarizadas establecidas conjuntamente por la OPS y varias organizaciones asociadas. En los seis países de las Américas donde esa enfermedad es endémica —Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela— la población expuesta a riesgo se redujo drásticamente de 4,7 millones de habitantes en 1995 a 659.618 en 1999. Puesto que el tratamiento con ivermectina es la espina dorsal de la estrategia de eliminación de la oncocercosis, esta baja se traducirá en un gran ahorro de costos de medicamentos. Las pruebas indican que la transmisión puede haberse interrumpido en algunas regiones de las Américas, como en el foco existente en México.

La Organización preparó, en colaboración con los CDC, un Plan de Acción Regional preliminar para eliminar la filarisis de Bancroft. Tanto la República Dominicana como Guyana consideran la posibilidad de emplear un método de control de varias enfermedades que incorpore el control de los helmintos intestinales al plan de eliminación de la filarisis de Bancroft.

La persistencia de la enfermedad de Chagas en algunos países sudamericanos se atribuye a las precarias condiciones de vivienda que favorecen el contacto íntimo entre el vector y el huésped humano. *Triatoma infestans* es el principal vector de *Trypanosoma cruzi* en los países del Cono Sur. Su eliminación, que es el punto crucial de la estrategia para reducir la carga de esta enfermedad, se basa en la fumigación, las modificaciones de la vivienda y la educación del público. Con estas medidas, el Uruguay interrumpió la transmisión del vector de *T. cruzi* en 1997 y Chile en 1999.

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

Las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para el período 1999–2002 explicitan que el programa de cooperación técnica de la Oficina se concentrará en áreas prioritarias. Una de ellas, la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), está dirigida a los grupos de enfermedades que ocasionan la mayor parte de las defunciones de los niños menores de 5 años en la Región.¹ En junio de 1999 la estrategia fue apoyada por unanimidad en la Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS. En septiembre, el 41^{er} Consejo Directivo aprobó la Resolución CD41.R5, que insta a los Estados Miembros a poner la AIEPI en ejecución y a adelantar el proceso para que la población de las Américas tenga pronto acceso universal a esta estrategia. Se abogó por su apoyo en los escalones más altos de los gobiernos. El tema se presentó en la Reunión de Primeras Damas realizada en Ottawa, Canadá, para despertar su interés en que la estrategia fuera adoptada y aplicada rápidamente a los grupos más vulnerables. En la figura 4 se presenta información adicional sobre las defunciones por las enfermedades prevalentes de la infancia.

La Oficina también lanzó la iniciativa “Niños sanos: la meta del 2002”, con la que propuso evitar 100.000 muertes adicionales de menores de 5 años de edad para el año 2002 por medio de la AIEPI. Se lograría de este modo reducir 40% la mortalidad infantil, uno de los resultados vislumbrados en las OEP.

En los países de la Región se pusieron en marcha iniciativas similares, especialmente en los que tienen altas tasas de mortalidad infantil y pueden hacer la mayor contribución al logro de la meta. La AIEPI se inició en 1999 en El Salvador y a principios de 2000 en Bolivia, Brasil, Honduras, Paraguay y la República Dominicana, lo que manifestó el compromiso de los países con las metas propuestas por la OPS y la OMS. La estrategia se ha adaptado al medio nacional en 19 países de las Américas, especialmente en zonas con altos índices de mortalidad infantil. La Oficina promovió la identificación de localidades donde la estrategia podría producir resultados más rápidamente para reducir la brecha de mortalidad entre grupos de población y contribuir a una mayor equidad en la salud de la infancia.

La OPS ha continuado apoyando a los países para que capaciten al personal necesario y ya hay más de 10.000 personas en condiciones de aplicar la estrategia. El apoyo regional se ha manifestado igualmente en la organización de actividades para lograr que las universidades y escuelas de medicina, enfermería y nutrición participen en la enseñanza de la AIEPI en sus cursos de pre y posgrado.

¹ Las enfermedades prevalentes de la infancia incluyen las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, las enfermedades prevenibles por vacunación, las deficiencias nutricionales y, en algunas zonas, la malaria.

Venezuela: atención de salud en las poblaciones indígenas

En los últimos años, la OSP ha apoyado el programa de Atención sanitaria a las comunidades indígenas (ATSAI) del Estado Bolívar, Venezuela, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida de comunidades ubicadas fuera del alcance del sistema de salud oficial. La situación remota y dispersa de esas comunidades les impide recibir atención primaria de salud, por lo que uno de los objetivos del programa ATSAI es brindarles atención médica básica por medio de un esquema de visitas. Para ello se forman equipos integrados por médicos, odontólogos, auxiliares y trabajadores preparados para la lucha contra las enfermedades, en especial la malaria, que preparan las historias clínicas de los miembros de la comunidad y proporcionan consultas médicas generales. Además, se llevan a cabo el control del niño sano; el control del embarazo y la detección de los embarazos de alto riesgo; la detección del cáncer de cuello uterino; el programa sistemático de inmunizaciones y diversos exámenes (de gota gruesa y de heces, baciloscopia, biopsia para la leishmaniasis), así como cualquier otra función, incluso la atención médica de emergencia.

Durante sus visitas a las 303 comunidades indígenas, los equipos del ATSAI cumplen regularmente las funciones de vigilancia epidemiológica y control de vectores del Servicio de Malariología. En estas actividades se incluye la búsqueda activa de casos febriles; la toma de muestras de sangre de los enfermos; el examen y el diagnóstico; el tratamiento; el rociamiento de viviendas con insecticidas de acción residual, y, cuando es necesario, la aplicación de nebulizaciones espaciales con los insecticidas apropiados.

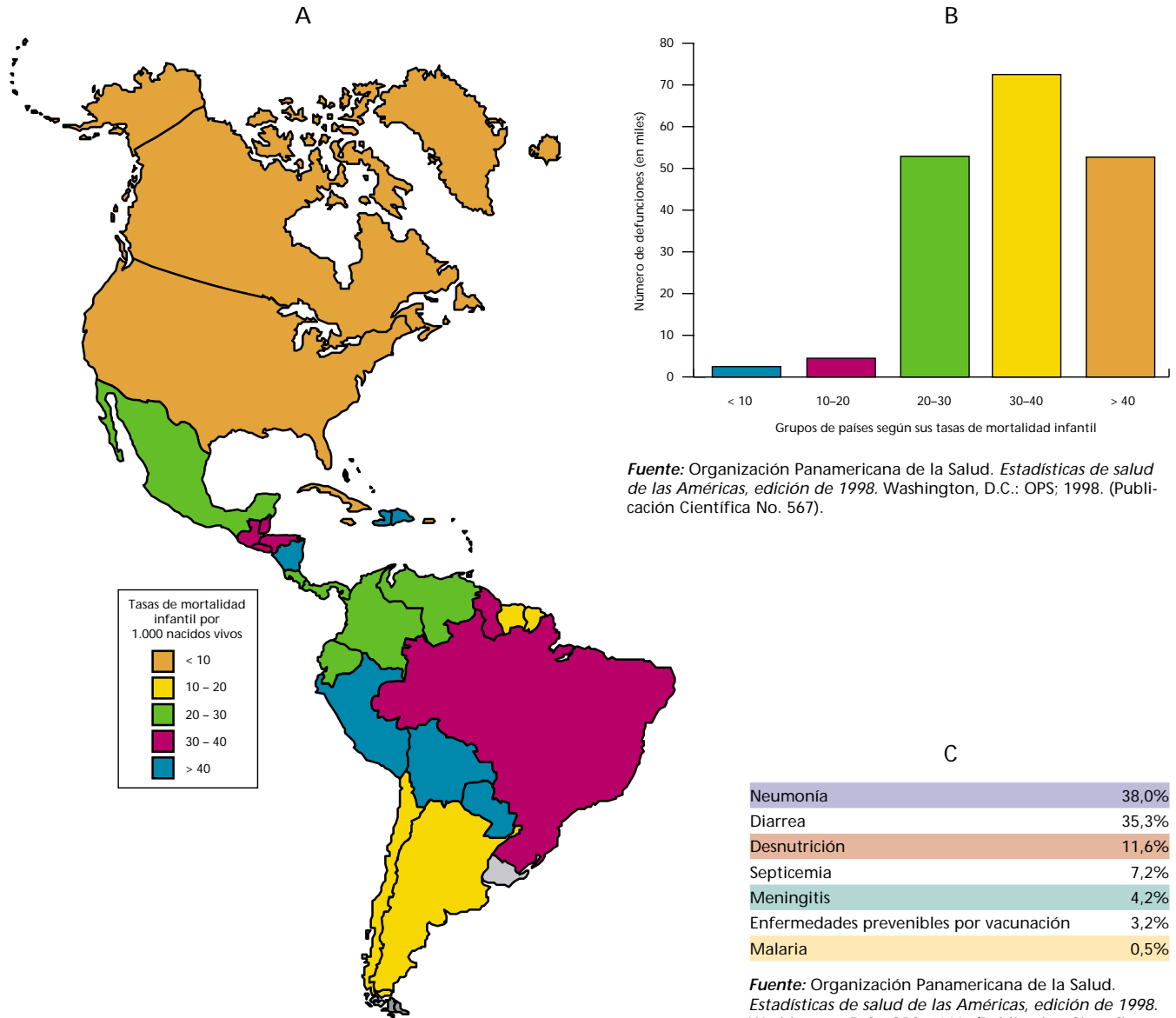
De 1995 a 1999 el índice parasitario anual (IPA) de la malaria en las comunidades indígenas se redujo de 230 por 1.000 habitantes a 19 por 1.000, y el número de casos, de 2.865 en 1995 a 290 en 1999. La fórmula parasitaria permaneció igual durante todo el proyecto, de 1995 a 1999, con *Plasmodium vivax* como especie predominante. Durante 1998 se realizaron más de 55.000 consultas médicas y más de 15.000 consultas odontológicas; se observaron más de 15.000 láminas (entre las cuales se diagnosticaron 913 casos de malaria); se realizaron 269 baciloscopias (con 15 positivas), 67 biopsias de piel para la detección de leishmaniasis (con 29 casos) y se realizaron más de 13.000 exámenes de heces. Para controlar las enfermedades transmitidas por vectores se rociaron 26.749 viviendas.

Además de prestar atención de salud directa a la comunidad indígena, se llevó a cabo un proyecto piloto para mejorar el estado sanitario de las viviendas. Todo ello se realizó con tecnología y mano de obra indígenas, y con materiales propios de la zona. El éxito de este proyecto demuestra que es posible dar atención médica a pequeñas poblaciones indígenas ampliamente dispersas en lugares de difícil acceso.

En 1999 se progresó especialmente en el desarrollo del componente comunitario de la estrategia AIEPI en el marco de la OEP sobre promoción y protección de la salud. La Oficina fomentó la coordinación intersectorial para fortalecer la capacidad de las familias y de la comunidad para cuidar mejor a

EL PROGRESO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN
Organización Panamericana de la Salud

FIGURA 4. Países agrupados según las tasas de mortalidad infantil (A); número de defunciones por causas objeto de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en países con más de 10.000 nacimientos anuales, agrupados según su tasa de mortalidad infantil (B), y distribución de las defunciones por enfermedades objeto de la estrategia AIEPI (C), Región de las Américas, 1995-2000.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud de las Américas, edición de 1998*. Washington, D.C.: OPS; 1998. (Publicación Científica No. 567).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos de salud 1999*. Washington, D.C.: OPS; 1999.

sus niños; aplicar medidas preventivas, y promover la salud infantil y familiar. Difundió también los fundamentos e instrumentos técnicos de la estrategia, con el fin de que los servicios de salud y el personal se organizaran más fácilmente para aplicarla con eficacia dentro de la OEP de desarrollo de los servicios y sistemas de salud. En este sentido, la Región fue sede de la prueba mundial de la metodología propuesta para evaluar la AIEPI en el plano nacional.

Enfermedades no transmisibles

Las defunciones por enfermedades no transmisibles representan casi dos tercios de la mortalidad general en la Región. En vista de la creciente importancia de esas enfermedades y de su pertinencia para el programa político internacional, la Organización ha recomendado políticas que fomentaría la acción integrada con respecto a esas enfermedades, institucionalizarían los sistemas de evaluación y vigilancia para la adopción de decisiones; realizarían intervenciones preventivas eficaces en función del costo para reducir los factores de riesgo, y mejorarían la calidad de la atención de problemas de salud generalizados.

Cáncer del cuello uterino

En 1999, se asignó máxima prioridad a la prevención y al control del cáncer del cuello uterino. Esta es una enfermedad prevenible en alto grado, que afecta a un número desproporcionado de mujeres de bajos ingresos en la Región. En América Latina y el Caribe, cada 15 minutos muere una mujer de cáncer cervicouterino. Los proveedores de atención de salud examinan a la mayoría de esas mujeres solamente en estadios avanzado de la enfermedad, cuando poco puede hacerse para salvarles la vida; además, en muchos casos tal vez no haya servicios disponibles de tratamiento del cáncer.

En 1999, la Fundación Bill y Melinda Gates concedió una subvención de US\$ 50 millones a la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical, un grupo de cinco organizaciones internacionales de la que forma parte la OPS. La Organización encabezará el trabajo con otras instituciones asociadas de las Américas para evaluar métodos innovadores de examen y tratamiento, mejorar los sistemas de prestación de servicios, asegurarse de que se incorporen los pun-



tos de vista y necesidades de la comunidad al diseño de los programas, y crear más conciencia acerca del cáncer del cuello uterino y de las estrategias de prevención eficaces.

Esta iniciativa ampliará las actividades en marcha para que la mujer esté más consciente de la necesidad de someterse a exámenes de detección de cáncer del cuello uterino y mejorar la calidad del diagnóstico de laboratorio. La OPS ha organizado la Red Panamericana de Citología (RedPAC) para ofrecer un medio externo de garantía de la calidad. Treinta y ocho laboratorios de citología de Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Venezuela, que analizan anualmente más de un millón de muestras, se benefician de este programa; pronto se les unirán otros países. Para lograr éxito fue indispensable la intervención de dos instituciones que colaboraron con la Organización en este programa; a saber, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que sirvió de laboratorio internacional de referencia, y el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) de México, que apoyó el intercambio de experiencias y fomentó el consenso para las normas de desempeño.

La OPS apoyó varios estudios para evaluar la actitud y la percepción de la mujer con respecto a los servicios de prevención y de detección, y para determinar las restricciones sociales en torno al cáncer del cuello uterino. Esos estudios ayudan a los países a formular estrategias para llegar a las mujeres de mediana edad.

Diabetes mellitus

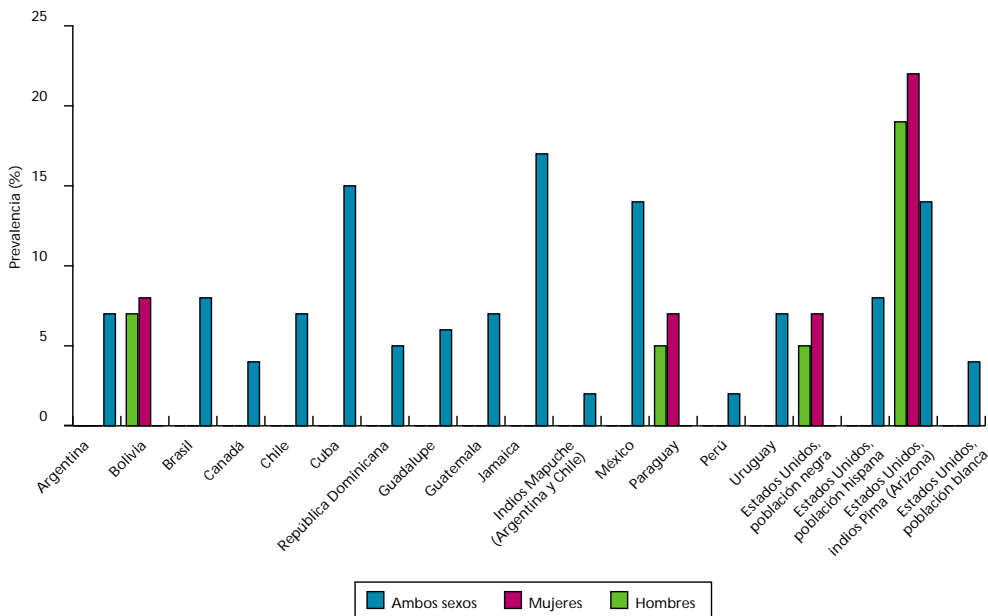
Puesto que el perfil de salud de los países ha cambiado, la diabetes ha adquirido importancia como problema de salud. Según se observa en la figura 5, las tasas de prevalencia de la enfermedad en las Américas varían mucho de un país a otro, con valores máximos de 22,9% en las mujeres de los grupos indígenas Pima de Arizona (EUA) en 1978 y mínimos de 17,9% en personas de ambos sexos en Jamaica en 1995. En 1999, con objeto de reducir la carga de sufrimiento económico y humano impuesta por la enfermedad, la OPS lanzó la Iniciativa de Diabetes para las Américas. Puesto que un paciente bien informado es la piedra angular del tratamiento eficaz de la enfermedad, una de las principales metas de la iniciativa es ampliar los conocimientos de los pacientes sobre la diabetes en América Latina y el Caribe.

El proyecto CARMEN

El proyecto conocido como CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles) se destina a prevenir y re-



FIGURA 5. Prevalencia (%) de diabetes en la población de adultos, por sexo, Región de las Américas.



ducir la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles por medio de un método integrado con una perspectiva de género y equidad en el ámbito comunitario. La red CARMEN acaba de celebrar su segundo aniversario y Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico son miembros plenos. Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay se encuentran preparando sus protocolos nacionales e ingresarán pronto.

Por medio del proyecto CARMEN, Chile y Costa Rica introdujeron la prevención de las enfermedades no transmisibles a su programa de política y crearon un clima favorable para diseñar políticas y aplicarlas con el apoyo de varias instituciones y comunidades. El proyecto CARMEN también ha servido para promover la prevención clínica mediante capacitación de los trabajadores de atención primaria de salud para que puedan proporcionar orientación sobre la prevención y el control de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. En ese sentido, CARMEN ha contribuido a reorientar la actual estructura de los servicios hacia un enfoque integral.

Todos los países que ejecutan el proyecto CARMEN realizan intervenciones comunitarias para reducir la prevalencia de los hábitos sedentarios, el tabaquismo, la alimentación perjudicial para la salud y la hipertensión. En la comunidad de Valparaíso, Chile, un sitio de demostración de este proyecto, la población participa en actividades físicas moderadas mientras las actividades de extensión permiten detectar un mayor número de personas con hipertensión.

En Puerto Rico, los grandes centros comerciales han comenzado a proporcionar educación al público sobre el consumo de grasa. En Costa Rica y Cuba, CARMEN ha logrado la participación de las escuelas y las fábricas para modificar los patrones de comportamiento arriesgado en relación con el tabaco, la nutrición y la actividad física. Todos los países que realizan el proyecto CARMEN han iniciado programas comunitarios para abandonar el hábito de fumar.

Violencia

La obtención de información fidedigna y oportuna sobre las lesiones intencionales es un componente básico para establecer políticas racionales de prevención de la violencia. La OPS ha cooperado en el diseño de sistemas de vigilancia para los países donde el problema es mayor. Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua han tomado pasos decisivos: primero, crear asociaciones intersectoriales que apoyen las diversas instituciones participantes en la producción de datos y, segundo, crear la capacidad y la infraestructura necesarias para fines de vigilancia.

El ejemplo de Quito, Ecuador

El alcalde de Quito apoyó la creación de un comité técnico permanente para la notificación de actos violentos. En 1999, una prueba piloto produjo información sobre las lesiones tratadas en los centros de salud, los casos de violencia intrafamiliar y los delitos contra la propiedad denunciados a la policía.

En 1999, Colombia y Ecuador firmaron un acuerdo de cooperación técnica, en virtud del cual algunas autoridades ecuatorianas visitaron los programas de prevención y vigilancia de Cali y Bogotá y, más tarde, especialistas de esas ciudades viajaron a Quito para dar asesoramiento y apoyo a las iniciativas locales.

En 1999, varios de esos países comenzaron a producir información precisa. La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud y la Secretaría de Seguridad de Honduras, por primera vez, han comenzado a integrar sus respectivos sistemas de información y, como resultado, estimaron una tasa de homicidios más precisa y real. Con 45 homicidios por 100.000 habitantes, Honduras ocupa el tercer lugar entre los países más violentos de las Américas, después de Colombia y El Salvador. A su vez, la mejor información ha desencadenado un compromiso mayor y más intenso de prevención de la violencia.

Salud pública veterinaria

XI Reunión Interamericana en Salud Animal a Nivel Ministerial

En abril de 1999 se realizó en la Sede de la Organización la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA XI), único foro donde colaboran al más alto nivel político los sectores de la salud y la agricultura. En esa oportunidad se cambió el nombre de la RIMSA al de Reunión Interamericana a Nivel Ministerial de Salud y Agricultura y se felicitó a la Oficina por el 50º aniversario del Programa de Salud Pública Veterinaria.

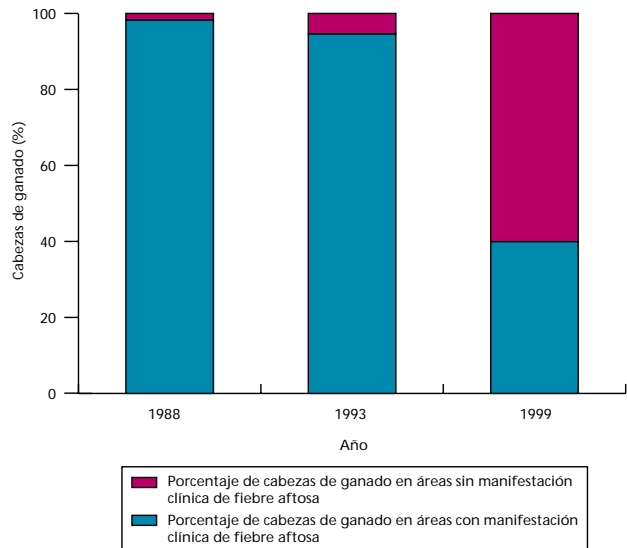
Fiebre aftosa

Por voluntad política de los países, la estrategia de acción conjunta entre los sectores público y privado hizo posible logros importantes en la erradicación de la fiebre aftosa. Están exentos de la enfermedad los países de América del Norte, Centroamérica y el Caribe; en América del Sur, lo están Chile, la Patagonia argentina, el Uruguay y la costa atlántica de Colombia. La Argentina está tramitando ante la Oficina Internacional de Epizootias (OIE) su reconocimiento como país libre de aftosa sin vacunación; los estados del centro-oeste del Brasil, su reconocimiento como libres con vacunación, situación epidemiológica similar a la lograda en años anteriores por los estados de Río Grande do Sul y Santa Catarina, y el Paraguay.

Hasta la fecha, las zonas de América del Sur que no han registrado casos de fiebre aftosa desde hace dos o más años abarcan una superficie de 7,2 millones de km² (41%), con 2,9 millones de establecimientos ganaderos (60%) y 171,5 millones de bovinos (60%) (figura 6).

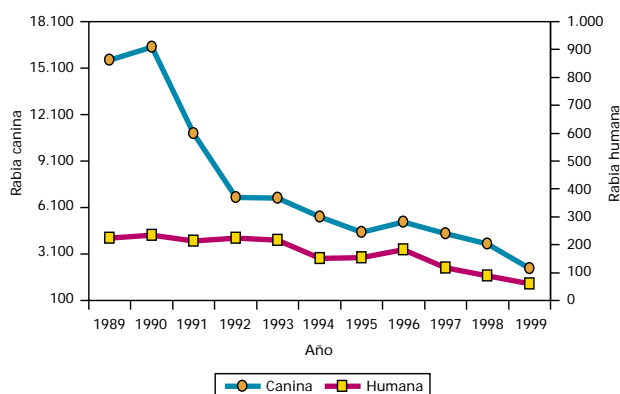
En la medida en que avanza la erradicación de la fiebre aftosa, la Oficina coopera con los países por medio de PANAFTOSA para fortalecer sus sistemas de vigilancia epidemiológica, atención a emergencias sanitarias y análisis de

FIGURA 6. Porcentaje de cabezas de ganado en áreas con manifestación clínica de fiebre aftosa y sin ella, América del Sur, 1988, 1993 y 1999.



Fuente: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

FIGURA 7. Casos de rabia humana y canina, Región de las Américas, 1989–1999.



Fuente: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

riesgo, con el fin de que puedan mantener y ampliar las regiones, los países y las zonas sin la enfermedad. Se ha hecho hincapié especial en fortalecer los programas integrados de salud animal en el ámbito de las fronteras internacionales, así como los servicios de referencia, diagnóstico y control de calidad de la vacuna antiaftosa.

Rabia

Durante el último decenio, los países se esforzaron por alcanzar el objetivo final del programa regional de eliminar los casos humanos de rabia transmitida por el perro, principal reservorio de la enfermedad en

América Latina. Las cifras siguientes ilustran la tendencia descendente de la enfermedad. En 1999 se registraron en los países 59 defunciones humanas, 77% menos que las 255 registradas en 1989 y 33% menos que las 88 de 1998. Igual impacto se ha observado en la dinámica de la rabia canina: los 2.155 casos notificados en 1999 representan una reducción de 86% comparados con los 15.610 casos de 1989 y de 42% con respecto a los 3.736 registrados en 1998 (figura 7). En 1999, 72% de los casos humanos se debieron a transmisión por perros, pero en los últimos años la rabia transmitida por quirópteros ha cobrado importancia.

En la séptima Reunión de los Directores de los Programas Nacionales de Rabia de las Américas, convocada por el Director de la OSP en diciembre de 1998, se evaluaron los programas subregionales y nacionales y se definieron los compromisos estratégicos relacionados esencialmente con la vigilancia epidemiológica y el análisis de riesgo necesarios para la etapa final de eliminación de la enfermedad. La OSP también llevó a cabo una consulta técnica para normalizar el uso de anticuerpos monoclonales en la caracterización del virus rábico en los países de América Latina y el Caribe.

Brucelosis y tuberculosis bovina

Desde que, en mayo de 1998, PANAFTOSA asumió la función de cooperación en el área de las zoonosis, este Centro ha apoyado los servicios sanitarios nacionales de control de la brucelosis y la tuberculosis bovina, problemas graves para la salud pública y la economía de los países. En la figura 8 se presenta la distribución de *Brucella abortus* en la Región de las Américas. En este marco,

se elaboró la Encuesta sobre la Situación de los Programas de Brucelosis y Tuberculosis (*Mycobacterium bovis*) en 24 países, la cual ha contribuido a identificar líneas prioritarias de cooperación y asesoramiento técnico internacionales, orientadas fundamentalmente a promover la organización de programas de control y erradicación de zoonosis. Estos programas se ejecutarán en una estrategia de acción conjunta entre los sectores de la salud y la agricultura.

Vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas y otras zoonosis emergentes

Encefalitis equinas

Todas las semanas se reciben en PANAFTOSA informes provenientes de Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, México, Panamá y Venezuela sobre brotes de síndromes compatibles con las encefalitis equinas confirmados por laboratorio y otras zoonosis emergentes. Un análisis de la información disponible durante el bienio de 1997–1998 reflejó una baja actividad viral de las encefalitis equinas.

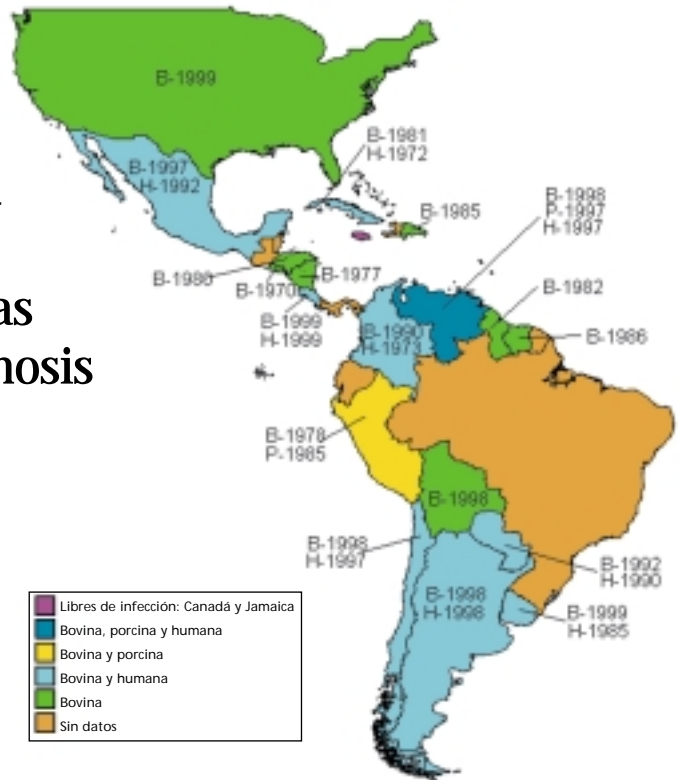
Peste bubónica

Durante el período de 1998–1999, se continuó colaborando con el Perú y el Ecuador para romper el ciclo de transmisión de la peste bubónica de los roedores a las personas, mediante una intervención comunitaria dirigida a disminuir la infestación de roedores en las viviendas. Además, se creó un sistema de vigilancia con apoyo de laboratorio y se prepararon guías para el tratamiento de casos humanos.

Leptospirosis

Como consecuencia del huracán Mitch en Centroamérica, aumentó la incidencia de leptospirosis en las zonas afectadas. Se realizaron actividades de

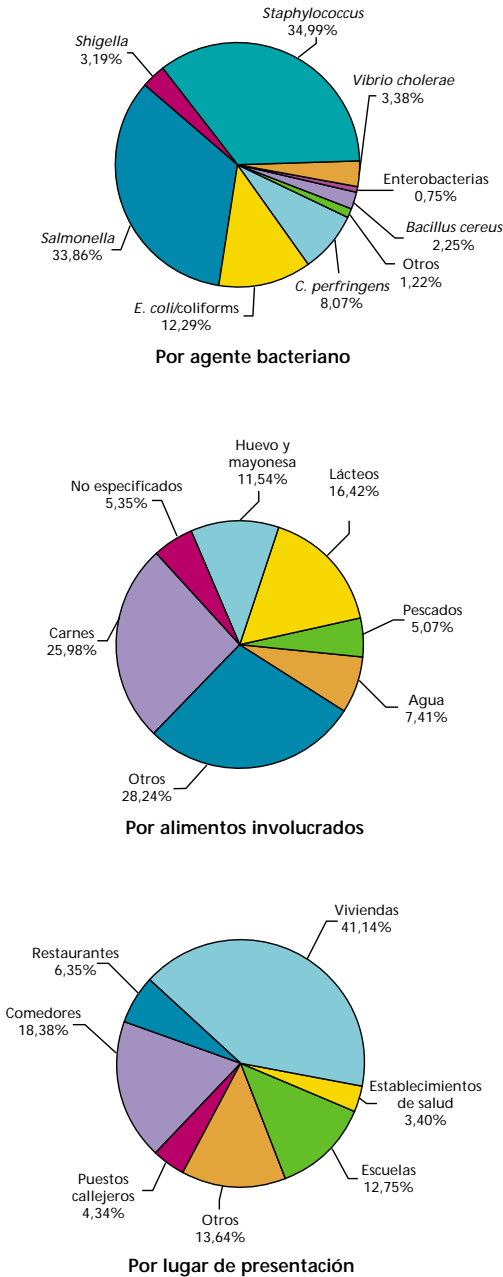
FIGURA 8. Distribución de *Brucella abortus* en diversas especies animales, de acuerdo con la última identificación notificada por los países encuestados, Región de las Américas, 1999.



Fuente: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

EL PROGRESO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN
Organización Panamericana de la Salud

FIGURA 9. Brotes de intoxicaciones alimentarias, por agente bacteriano, tipo de alimento y lugar de presentación, América Latina y el Caribe, 1995–1999.



Fuente: Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ).

cooperación técnica para utilizar y perfeccionar la capacidad diagnóstica en la vigilancia epidemiológica, y se pusieron en marcha programas de control y prevención de esta zoonosis.

Conservación de primates y desarrollo de vacunas humanas

El Proyecto Peruano de Primatología ha operado por 25 años con la cooperación técnica de la OSP. Se considera un proyecto modelo en la conservación de especies de primates neotropicales en peligro de extinción, mediante la reproducción en cautiverio y su crianza en islas. Además, la cosecha periódica controlada ha proporcionado ejemplares para desarrollar vacunas humanas contra las hepatitis A y B.

Protección de los alimentos

En 1999 hubo 22 países que enviaron al sistema regional información sobre la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA). Desde 1995 se han registrado 3.577 brotes, que afectaron a 113.349 personas y causaron la muerte a 210. De este modo, los países de la Región cuentan con una base de datos que les permite conocer mejor el perfil epidemiológico de las ETA y orientar los programas de prevención. Es, a la vez, una base importante para aplicar los enfoques basados en el análisis de riesgo. Sin embargo, la mayoría de los países deben mejorar sus sistemas de notificación de manera que estos sean un componente importante de la cooperación técnica de la OSP.

De hecho, la información, que fluye a través de una red electrónica regional, permite familiarizarse con las diferentes especies de *Salmonella* y la enterotoxina de *Staphylococcus aureus*, responsable de 69% de los brotes causados por agentes bacterianos notificados. Los alimentos de origen animal están asociados con casi

60% de esos brotes de origen bacteriano y 41% de ellos se presentaron en los hogares (figura 9).

Para estimular la cooperación técnica entre países, la Oficina continuó el registro de los laboratorios de la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos, creada en 1997. A fines de 1999, 39 laboratorios de 19 países de la Región ya estaban registrados, y en el Uruguay y Venezuela se había adelantado la creación de redes nacionales de laboratorios.

Como respuesta a la creciente demanda de métodos para detectar contaminantes en los alimentos, se capacitó a 80 laboratoristas de la Región en métodos rápidos de microbiología. Se completó también durante el año la prueba de control de calidad interlaboratorios para contaminantes químicos, en la cual participaron 19 laboratorios de 11 países: Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panamá, Paraguay, la República Dominicana, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

En apoyo a las iniciativas subregionales para integrar y globalizar los mercados de alimentos, se incorporó un sistema informático al manejo de las normativas alimentarias en Argentina, Chile, Guatemala, México, Paraguay y Uruguay. Así se podrán actualizar y armonizar más fácilmente las normas alimentarias en la Región. En este mismo campo, se colaboró con la FAO, el IICA y organismos gubernamentales de los Estados Unidos (USDA y FDA), y se dio asistencia a los países del Caribe y de la Comunidad Andina para organizar y fortalecer los comités nacionales del Codex Alimentarius, a cuyo fin se realizaron seminarios-talleres en Puerto Rico y Colombia.

Continuó el desarrollo de un proyecto para modernizar los sistemas de inspección y control de alimentos, con la capacitación de 445 funcionarios de Argentina, Brasil, México, Paraguay, Perú, Uruguay y los países de habla inglesa del Caribe. Además, para favorecer la reorientación de los profesionales de la salud y la educación permanente de los trabajadores del sector, se desarrollaron programas estandarizados de adiestramiento para capacitar sobre análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP, Hazard Analysis Critical Control Points), buenas prácticas de manufactura (GMP, Good Manufacturing Practices) y procedimientos operativos estandarizados de saneamiento (SSOP, Sanitation Standard Operating Procedures), que se han institucionalizado en universidades de Argentina, México y Perú. Asimismo, se apoyó la adopción de la estrategia AIEPI haciendo una compilación bibliográfica sobre ETA para uso en la capacitación continua del personal médico en los países.



Servicios prestados por el CAREC a los países de habla inglesa del Caribe

En 1999, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) cumplió 25 años de funcionamiento y en 2000 celebra su 25.º aniversario al servicio de la salud pública de los Estados Miembros. Para atender las distintas necesidades de estos, el CAREC ha crecido y ha dejado de ser una institución técnica enfocada en un solo campo, con 18 miembros y una plantilla de 40 funcionarios, para convertirse en un importante organismo de salud pública en el Caribe, con una amplia gama de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. En la actualidad, tiene 21 Países Miembros, una plantilla de 120 funcionarios, un presupuesto anual de \$US 5 millones y 12 instituciones financieras asociadas de importancia. La asociación ha sido y sigue siendo una valiosa estrategia para el Centro, como puede verse en la lista de organizaciones financieras asociadas y de otra índole incluidas en el recuadro que se presenta en la página siguiente.

Durante el decenio de 1990, la situación de salud en el Caribe adquirió cada vez más complejidad, tanto en lo relacionado con la aparición de nuevos problemas de salud, enfermedades y riesgos como con varios cambios radicales en el sector salud, que trajeron como consecuencia reformas generalizadas. La subregión se mantuvo exenta de poliomielitis y sarampión, hecho que representó una gran ventaja. Sin embargo, las enfermedades emergentes y reemergentes motivo de preocupación incluyeron el dengue y el dengue hemorrágico, los focos de malaria en países antes exentos, la propagación de la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua, y el aumento de la incidencia de la infección por el VIH/sida. Los actos violentos también han sido más frecuentes y han adquirido importancia como causa de defunción en el último decenio, con efectos adversos en la salud de la población local y las economías dependientes del turismo. Las tasas de mortalidad por diabetes también aumentaron en el decenio de 1990, lo que se vinculó a la creciente epidemia de sobrepeso y obesidad, una alimentación rica en grasas y una vida más sedentaria.

En respuesta a esos cambios de la situación de salud, en 1999 el CAREC modificó sus políticas para hacer mayor uso de la estrategia de promoción de salud, incluyendo la gestión ante los gobiernos y las instituciones asociadas del sector privado, como las industrias del turismo y del seguro. Entre tanto, siguió prestando asistencia en el manejo de brotes de enfermedades y situaciones de emergencia dentro de cada país afectado.



CAREC: estructura central y socios

Estructura central

Estados miembros
 OPS/OMS
 Comunidad del Caribe (CARICOM)
 Universidad de las Indias Occidentales
 Consejo del Caribe de Investigación en Salud
 Personal

Socios financieros

Acción del Caribe para el Desarrollo Sostenible
 Asociación Hotelera del Caribe
 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA)
 Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (Canadá)
 Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)
 Universidad de Emory
 Cooperación Técnica Francesa
 Organismo Alemán para la Cooperación Técnica
 Banco Interamericano de Desarrollo
 Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá)
 Institutos Nacionales de Salud (EUA)
 Asociación Neerlandesa para el Alivio de la Lepra
 Walter Reed Army Institute of Research (EUA)
 Banco Mundial

Otros socios

Asociación de Estados del Caribe
 Asociación de las Aseguradoras de Trinidad y Tabago
 Colegio de Médicos de Familia del Caribe
 Banco de Desarrollo del Caribe
 Agencia de Prensa del Caribe/Unión de Radiodifusión del Caribe
 Foro del Caribe de los Estados ACP (África, el Caribe y el Pacífico)
 Asociación de Salud Pública del Caribe
 Centro de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
 Instituto del Caribe de Salud Ambiental
 Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
 Centro para la Epidemiología Regional (Francia)
 Laboratorio Regional del Caribe de Experimentación de Medicamentos
 Red Regional del Caribe de Personas con Infección por el VIH/sida
 Asociación Turística del Caribe
 Comisión Económica para América Latina y el Caribe
 Unión Europea
 Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades (Canadá)
 Consejo de Investigación Médica (Trinidad y Tabago)
 Iniciativa regional para la prevención y control de la infección por el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en América Latina y el Caribe
 Naciones Unidas

Creación de sistemas de vigilancia en el Caribe

Como parte de una estrategia de asociación establecida de común acuerdo, el Centro y sus 21 Países Miembros administran un sistema subregional de vigilancia en el Caribe (CARISURV), con miras a fortalecer conjuntamente la capacidad nacional de vigilancia epidemiológica y de laboratorio. En reuniones de epidemiólogos y directores de laboratorios nacionales, celebradas aproximadamente una vez al año, se determinan por consenso los protocolos y procedimientos pertinentes. En 1999, se fortaleció la capacidad nacional de vigilancia por medio de la preparación de un nuevo Manual de Vigilancia en el Caribe, que comenzó a emplearse en 2000 como elemento básico para CARISURV. Asimismo, la preparación de una nueva versión del sistema de vigilancia de la mortalidad, MORTBASE, que incluye la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión, ampliará la capacidad de seguimiento del estado de salud de la población.

Turismo, salud y conservación de recursos

El Caribe es la región más dependiente del turismo en todo el mundo. Con casi cerca de 30 millones de visitantes en 1998, el turismo proporcionó uno de cada cinco empleos en el Caribe; generó \$33.000 millones en actividad comercial, y produjo 31% del producto interno bruto y la mayoría de los ingresos en moneda fuerte.

El Proyecto de Turismo, Salud y Conservación de Recursos en el Caribe es una empresa conjunta de la OPS/CAREC y la Asociación Hotelera del Caribe/ Alianza Caribeña para el Turismo Sostenible (CAST, por su sigla en inglés). Se destina a formular y establecer normas y sistemas para todo el Caribe, con el fin de asegurar productos y servicios saludables, seguros y ecológicamente racionales, y de poner en práctica estrategias de mercadotecnia y sostenibilidad. De momento, este proyecto se ejecuta en Bahamas, Barbados, Jamaica y Trinidad y Tabago.

El proyecto señaló muchos aspectos de la estrategia de promoción de la salud: gestión para sensibilizar a los dirigentes de la industria hotelera y turística y lograr que se comprometan a realizar programas conjuntos de limpieza y protección del medio ambiente en relación con este campo vital; establecimiento de entornos saludables, como “hoteles saludables”, tanto en la teoría como en la práctica, y formación de alianzas con organismos nacionales, subregionales e internacionales en busca del mismo objetivo.