

Prevención y control de enfermedades

El programa de cooperación técnica de la Organización para la prevención y el control de enfermedades tiene por meta fortalecer la capacidad de los Países Miembros para erradicar, eliminar, prevenir y controlar las enfermedades.

La información es fundamental para ese trabajo. El conocimiento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades permite a los organismos superiores seleccionar campos prioritarios para

Info

información

intervención. La comprensión de los cambios de los patrones de enfermedad ayuda a determinar el progreso de los programas de prevención y control y da una idea de la eficacia de diversas medidas. La capacidad de detectar ciertos cambios en la incidencia de enfermedades puede ser decisiva para reducir al mínimo el efecto de las nuevas amenazas de las enfermedades infecciosas.

Los avances de la tecnología ofrecen nuevas posibilidades de acopio, análisis y comunicación de la información epidemiológica. En 1998 la OPS proporcionó cooperación técnica a los países para fortalecer sus sistemas de vigilancia de las enfermedades emergentes, la resistencia a los antibióticos, las enfermedades inmunoprevenibles, el sida, las enfermedades transmitidas por los alimentos y las enfermedades no transmisibles. Se promovieron encuestas de los factores de riesgo relacionados con el comportamiento en varios países, como paso inicial para diseñar programas integrados de control de enfermedades no transmisibles. Se creó una plataforma electrónica para la comunicación ordinaria y rápida de información sobre enfermedades infecciosas en las Américas. Se produjo un CD-ROM para distribuir informes de la legislación vigente sobre protección de los alimentos en toda la Región. En las secciones siguientes se presentan más detalles.

SIDA

Los datos disponibles muestran que la epidemia de la infección por el VIH/sida en la Región de las Américas sigue creciendo y propagándose a sectores más extensos de la población. Las tendencias de dicha epidemia en la Región se pueden describir en tres palabras: ruralización, feminización y pauperización. En un principio, la epidemia se concentró en los grupos urbanos, la clase media y los adultos, pero ahora se ha propagado a las comunidades rurales y a los grupos de población más pobres y jóvenes. Además, a medida que aumenta el número de mujeres infectadas, también aumenta el número de casos pediátricos debido a la transmisión perinatal. El peso de la epidemia recae con fuerza cada vez mayor sobre los grupos cuyo acceso a los servicios y a la información está limitado por sus bajos ingresos.

Los programas nacionales de sida deben atender a un creciente número de personas afectadas sin un aumento proporcional de los recursos necesarios para asegurar cuidado apropiado para ellas o mantener la conciencia pública necesaria para detener la propagación de la epidemia. Además, los programas están cada vez más presionados por varios sectores comunitarios que exigen acceso a tratamientos modernos sumamente costosos que han mostrado resultados prometedores en los países desarrollados. Es evidente la necesidad de tener un sistema más preciso de vigilancia de la epidemia para una mejor planificación de intervenciones preventivas focalizadas.

La tendencia de la epidemia de sida en la Región se puede describir en tres palabras: ruralización, feminización y pauperización.

La Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con el ONUSIDA y otros asociados internacionales, prestó colaboración técnica para la creación de un sistema de vigilancia de “segunda generación” que permite que las autoridades de salud evalúen la evolución de la epidemia y planeen actividades pertinentes de prevención, control y tratamiento. Se preparó una serie de guías y protocolos clínicos sobre la atención integral de la población infectada por el VIH y el tratamiento clínico de las enfermedades de transmisión sexual para dar a las autoridades de salud recomendaciones concretas sobre intervenciones que permitan prestar atención apropiada a un costo módico. Se ofreció capacitación al personal de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en materia de intervenciones preventivas destinadas a los grupos particularmente vulnerables y se siguió prestando la colaboración técnica necesaria para asegurar la inocuidad de las existencias de sangre.

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

En los últimos 21 años la OPS ha desempeñado una función importante en el fomento de una cultura de información sobre las enfermedades inmunoprevenibles. Se ha hecho hincapié en el establecimiento de una infraestructura en cada país, con capacidad para apoyar una corriente continua de información epidemiológica a fin de vigilar el progreso y las inequidades con respecto a dichas enfermedades. El trabajo de la Organización se ha centrado en la estrecha colaboración con los ministerios de salud en el debate sobre diversas cuestiones técnicas y de política relacionadas con la prestación de servicios nacionales de inmunización sobre una base sostenible, que deben abordar todos los países. La coordinación con organismos multilaterales y bilaterales, así como el diálogo con nuevos interlocutores en cada país, por ejemplo con las autoridades de salud estatales y distritales, ha tenido importancia crítica para maximizar los recursos asignados por la comunidad internacional.

La Organización ha recalcado la importancia de capacitar a los trabajadores de salud en el acopio y análisis de datos epidemiológicos y asegurarse de hacer observaciones fiables por medio de un sistema de unidades de notificación originadas en el nivel local, que lleguen a las autoridades centrales y a los organismos regionales de coordinación. La utilidad de esos sistemas está en la vigilancia regular por medio de indicadores bien definidos y de aceptación universal.

En el ámbito regional, esa información ha permitido a la OPS destacar a los países que necesitan más atención y a las poblaciones subatendidas dentro de los países, negociar soluciones y adquirir la pericia nacional e internacional necesaria para formular y poner en práctica respuestas apropiadas en el campo de la salud pública. En 1998 se prestó

Se ha hecho hincapié en la creación de una infraestructura que proporcione información epidemiológica para medir el progreso del control de las enfermedades inmunoprevenibles y la repercusión de la inequidad sobre su incidencia.

Se prestó especial atención a los efectos de la reforma del sector salud en los programas nacionales de inmunización.

atención a la mejora de las redes de comunicación existentes para garantizar una corriente permanente y rápida de información epidemiológica entre todas las regiones de un país y con los países vecinos. La Organización trabajó también con las autoridades de salud con objeto de mejorar el uso habitual de la información epidemiológica para adoptar decisiones en materia de política dentro del sector salud y de otros sectores gubernamentales.

En 1998 la OPS apoyó a las autoridades de salud en la determinación de la capacidad nacional para realizar actividades de vigilancia e inmunización y administrar los recursos de la periferia. También se vigiló estrechamente el efecto de las reformas del sector salud y de las actividades de descentralización en la realización de programas de inmunización, por medio de evaluaciones ordinarias del desempeño de los programas nacionales de inmunización hechas por la Organización.

Los principales instrumentos empleados por la OPS para vigilar el progreso alcanzado en el control de las enfermedades inmunoprevenibles incluyen el Sistema de Vigilancia de la Erradicación de la Poliomiélitis (PESS), que recoge y mantiene información sobre casos de parálisis flácida aguda, incluido el diagnóstico de laboratorio, y el Sistema de Vigilancia de la Erradicación del Sarampión (MESS), que acopia y mantiene información sobre casos sospechosos de sarampión. Esta información se publica en boletines semanales de vigilancia de la poliomiélitis y del sarampión, enviados a todos los países de la Región. La OPS mantiene también la base de datos PAISIS, en la que se presentan informes sobre morbilidad, mortalidad y cobertura de vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles, y por dos decenios ha editado el *Boletín Informativo PAI*, publicación bimestral en español e inglés que se distribuye en todo el mundo.

En 1998 la OPS trabajó con todos los países para perfeccionar el uso del sistema MESS y analizar la calidad de los datos acopiados. El traspaso de la responsabilidad de la recolección de datos para los sistemas nacionales de vigilancia del nivel central al local exigió que la OPS se enfocara en la ampliación del alcance de su cooperación técnica al nivel local. En Venezuela, el sistema MESS se descentralizó con éxito en el Estado Zulia. En Colombia se puso en funcionamiento una instalación descentralizada del sistema MESS en 13 departamentos, incluso en dos laboratorios departamentales. En el Ecuador se hizo un primer intento por descentralizar el sistema MESS en la provincia de Guayas, tanto en el Programa Ampliado de Inmunización como en el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta (INHMT), en la provincia de Pichincha, y en el INHMT en Quito. En el Perú se descentralizó el sistema MESS en las cuatro regiones de Lima y en el laboratorio nacional.

La iniciativa regional de erradicación de la poliomiélitis del Continente Americano fue decisiva para fortalecer la capacidad de los países de acopiar información epidemiológica para las actividades habituales de inmunización. Durante el transcurso del último año de la iniciativa de

erradicación de la poliomielitis se puso en funcionamiento el sistema de vigilancia más amplio en la historia de las Américas, con la participación de más de 22.000 unidades de salud, que cubrieron a todos los municipios o distritos de la región.

Asimismo, los países se han beneficiado de la mayor atención prestada a la vigilancia del sarampión en apoyo de la meta de erradicación de esa enfermedad en el año 2000, que cuenta con el respaldo de todos los países de la Región. La información recopilada permite que los países determinen el espaciamiento de las campañas de vacunación del sarampión, prevengan la propagación de brotes y vigilen la epidemiología cambiante de esa enfermedad. Como resultado de esa vigilancia, la estrategia de erradicación del sarampión se concentra ahora en la vacunación de grupos particulares de adultos con el mayor riesgo de exposición al virus del sarampión. A partir de la experiencia adquirida durante los años de erradicación de la poliomielitis, ahora se presta mayor atención a la integración de los datos epidemiológicos y de laboratorio. El canal de comunicación permanente de los laboratorios y los programas de inmunización ha permitido un manejo de casos más sencillo y eficiente, desde la investigación hasta la clasificación final.

La Organización también ha trabajado en el establecimiento y la mejora de las redes de comunicación entre los países para asegurar el empleo de vacunas de buena calidad en los programas nacionales de inmunización. La OPS siguió desempeñando una función catalítica para facilitar la interacción de los laboratorios nacionales de control con las autoridades nacionales de control en los ocho países productores de vacunas. La colaboración se ha centrado principalmente en asegurar la producción y el análisis de datos de buena calidad y en su distribución regular a todos los países. Todos los laboratorios nacionales de control están conectados ahora a la Internet o tienen correo electrónico.

Durante el año, la OPS intensificó su asesoramiento técnico y administrativo sobre la forma de establecer una infraestructura de vigilancia, laboratorio y prestación de servicios con objeto de dejar campo para introducir otras vacunas de importancia para la salud pública, como la vacuna contra la rubéola para prevenir la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, la vacuna contra la hepatitis B, la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la vacuna contra la fiebre amarilla. Los actuales sistemas de vigilancia del sarampión y de la poliomielitis servirán de base para construir los sistemas citados. En el caso de Hib, se estableció un protocolo de vigilancia de la meningitis bacteriana y la neumonía en América Central, con la participación del personal de laboratorio y de epidemiólogos de esos países. Se logró una mayor normalización en la Región durante un taller celebrado en Colombia, con la participación de laboratoristas de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú. Este mismo taller se celebró más tarde en Bolivia y el Paraguay, con la participación de laboratoristas de los hospitales pediátricos que integrarán el sistema de vigilancia.

Se intensificó la vigilancia del sarampión en apoyo de la meta de lograr su erradicación para el año 2000.

La detección temprana de casos de fiebre amarilla indicará la necesidad de practicar la inmunización en masa y de realizar actividades de control de vectores con el fin de prevenir la reurbanización de la enfermedad.

En lo que respecta a la fiebre amarilla, la detección temprana de casos será la clave para practicar la inmunización en masa sin demora y para realizar actividades eficaces de control de vectores con objeto de prevenir la reurbanización de la enfermedad. Por tanto, la OPS trabajó con los países para apoyar el establecimiento de una red de vigilancia regional del síndrome icterico e icterico-hemorrágico, así como una red de laboratorios que pueda proporcionar el apoyo necesario para fines de diagnóstico.

En 1998 la Comunidad del Caribe (CARICOM) fijó la meta de eliminación de la rubéola en el año 2000. Los datos de los sistemas de vigilancia del sarampión han confirmado la circulación generalizada de la rubéola en muchos países del Caribe y en otras regiones de las Américas. Como primer paso, la OPS apoyó el examen de las pautas de vigilancia de la rubéola en los países del Caribe para definir con precisión la carga de la morbilidad y formular estrategias de vacunación apropiadas.

Quedó bien establecida una red de vigilancia de la prevalencia y la resistencia antimicrobiana de los diversos serotipos de *Streptococcus pneumoniae* a partir de las enfermedades invasivas de los niños menores de 5 años en Argentina, Brasil, Chile, Colombia México y Uruguay. La red proporciona información epidemiológica fiable en los ámbitos nacional, subregional y regional mediante la vigilancia de los cambios estacionales y geográficos de esos microorganismos infecciosos y su resistencia antimicrobiana. Esta red se ha ampliado para incluir un sistema de vigilancia regional de *H. influenzae* y otras bacterias causantes de meningitis y enfermedades respiratorias, por medio de hospitales centinela. La información desempeñará una importante función para evaluar la magnitud del problema y determinar el efecto de los programas de vacunación contra Hib. La OPS también proporcionará supervisión técnica para el establecimiento del Sistema de Control y Liberación de Sustancias Biológicas (CLB), que vigila los lotes de vacuna circulantes en la Región.

ENFERMEDADES EMERGENTES

Con la finalidad de acelerar el intercambio de información que permita tomar medidas eficaces e inmediatas ante la aparición de nuevas enfermedades infecciosas o de cambios en su incidencia, la OPS, en colaboración con BIREME, creó una plataforma electrónica para la notificación de enfermedades infecciosas de importancia nacional, subregional y regional. Este sistema permite la comunicación entre los ministerios de salud y la Sede de la OPS, los CDC en los Estados Unidos de América y el Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades (LCDC) en el Canadá, por medio de la Internet y el correo electrónico.

Dadas las características de las enfermedades infecciosas y las modalidades del desplazamiento poblacional, la OPS auspició la creación de redes subregionales de laboratorios para la vigilancia de las enfermedades emergentes, una para los países amazónicos y otra para los del Cono Sur.

Luego del paso del huracán Mitch por Centroamérica, se puso en práctica un sistema de vigilancia diaria para detectar en forma precoz los brotes de enfermedades transmisibles o el aumento de la incidencia de estas en caso de desastre. El sistema posibilitó el monitoreo del comportamiento del cólera, el dengue, la malaria y la leptospirosis en los cinco países más afectados: Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. La información recibida sirvió para definir parámetros de comparación con el período previo al huracán y puso de relieve que Guatemala presentó la mayor incidencia de cólera, con 2.840 casos sospechosos (un promedio semanal de 493 casos), 22 muertes y una letalidad de 0,8%. Nicaragua se vio afectada principalmente por una epidemia de leptospirosis, con 708 casos sospechosos (un promedio semanal de 79 casos), 7 muertes y una letalidad de 0,9%. Estas enfermedades eran endémicas en los países mencionados. De acuerdo con la información recibida, la malaria y el dengue no presentaron aumentos significativos en relación con el período anterior al Mitch, lo que refleja que el sistema de vigilancia establecido mantuvo efectivamente informados a los países de Centroamérica, favoreciendo las acciones de prevención y control que evitaron la progresión de grandes epidemias.

El sistema de vigilancia se complementó con un programa de capacitación para el control de brotes epidémicos, en especial los surgidos como consecuencia de desastres naturales. Se espera que con una respuesta más rápida y eficaz a estas situaciones, disminuirán la mortalidad y la morbilidad asociadas con los brotes de enfermedades infecciosas, que afectan en forma desproporcionada a los sectores más pobres y a los grupos desplazados de la población.

La OPS continuó dedicando esfuerzos a la vigilancia de la resistencia a los antibióticos y la información obtenida se publicó en la página de la Organización en la Internet. En este campo, se trabajó con el LCDDC y otras instituciones y asociaciones profesionales, y con la industria farmacéutica. Se mantuvo la vigilancia de la resistencia de *Salmonella*, *Shigella* y *Vibrio cholerae*, con la participación de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Perú y Venezuela, y se apoyó la capacitación de personal de laboratorio en Bahamas, Barbados, Jamaica, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago.

En colaboración con el Ministerio de Salud de Venezuela y la Asociación Panamericana de Infectología, la OPS auspició la Conferencia Panamericana de Resistencia Antimicrobiana que se llevó a cabo en ese país. En ella se elaboraron recomendaciones para fortalecer la vigi-

La OPS impulsó la creación de redes subregionales de laboratorios para vigilar las enfermedades emergentes en los países del Amazonas y del Cono Sur.

lancia y promover la formulación de políticas para el uso racional de los antibióticos.

MALARIA

Se han hecho grandes progresos en la disminución de la mortalidad por malaria. La introducción simultánea de medidas de control de vectores, diagnóstico precoz y tratamiento inmediato de casos posibilitará la reducción de la incidencia de esta enfermedad. De ahí que la OPS haya promovido la elaboración de guías y protocolos para la puesta en práctica de acciones simultáneas e intensivas, que fueron preparadas y aplicadas en México, así como de guías para el control selectivo de vectores producidas por un grupo de expertos latinoamericanos. También impulsó análisis de costo-eficiencia y costo-efectividad de los programas de control de enfermedades, participó en ellos y brindó cooperación a países e instituciones financieras de la Región en el diseño de planes de inversión para el control de las enfermedades transmisibles. La OPS estima que la Región ha quedado bien preparada para participar en la iniciativa mundial de la OMS, "Hagamos retroceder la malaria".

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa con un alto componente social, estrechamente ligado con la pobreza. Como parte de la estrategia recomendada por la OPS/OMS para el control eficaz de esta enfermedad, la cooperación técnica se concentró en difundir información entre los países de la Región sobre la necesidad de adoptar la estrategia denominada DOTS (tratamiento acortado directamente observado). Como resultado, ocho países aplican esta estrategia a escala nacional; once países revisaron sus políticas de control y actualizaron sus normas nacionales, y en seis de ellos se pusieron en marcha áreas piloto para la utilización de DOTS; en cinco de los once países que aún no han adoptado esta estrategia, la OPS llevó a cabo actividades de capacitación a fin de establecer áreas pilotos para DOTS.

ENFERMEDAD DE CHAGAS E INICIATIVA DEL CONO SUR

La información aportada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, países participantes en la iniciativa para la eliminación del vector de la enfermedad de Chagas, indicó que se efectuaron investigaciones entomológicas en 806 municipios, 18.358 localidades y 832.460 viviendas. Asimismo, se rociaron con insecticidas de acción residual 667 municipios, 5.057 localidades y 104.578 viviendas.

El control de vectores, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato son las armas fundamentales para disminuir la incidencia de la malaria.

En 1998 la vigilancia entomológica, con los diferentes esquemas y estrategias adoptados por los países, alcanzó a 1.218 municipios, 22.555 localidades y 3.083.306 viviendas del Cono Sur. Estas cifras muestran la continuidad, y en ocasiones la expansión, de las actividades de lucha antivectorial realizadas en estos países contra *Triatoma infestans*. Cabe destacar que en Chile se detectaron 362 ejemplares de *T. infestans* durante 1998, frente a 727 en 1997. Otro indicador del éxito del programa de eliminación vectorial en dicho país fue la disminución de la prevalencia serológica en 12.794 niños menores de 11 años de edad procedentes de las 47 comunas tratadas químicamente en los últimos 12 años. Así, la prueba serológica para *T. cruzi*, positiva en el 5,4% de los niños estudiados de 1982 a 1990, se redujo al 1,1% en los niños estudiados de 1995 a 1997. La disminución de la prevalencia se observó en todas las regiones endémicas de Chile, lo que confirma que la transmisión vectorial de *T. cruzi* se ha interrumpido o ha disminuido en las zonas endémicas en las que se han realizado acciones de lucha química en los últimos 10 años. De acuerdo con los resultados informados en 1998, se podría considerar que la transmisión de *T. cruzi* en Chile podría estar interrumpida.

ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

Con la cooperación de la OPS, los países avanzaron en la aplicación de la estrategia AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia), que posibilita el mejoramiento de la calidad de los servicios y favorece la aplicación de medidas preventivas y promocionales de la salud del niño y de su cuidado en el hogar y en la comunidad tendientes a disminuir la mortalidad infantil. Esta estrategia, elaborada por la OPS y el UNICEF, constituye el mejor instrumento para lograr una mayor equidad en cuanto a la salud del niño, ya que su aplicación posibilita la detección y tratamiento de los problemas que más afectan a su salud, independientemente del motivo de consulta. Además, su aplicación incorpora el control sistemático y la aplicación de medidas preventivas y de promoción de la salud del niño, reduciendo de este modo las oportunidades de atención perdidas.

En un gran esfuerzo de difusión de información y diseminación del conocimiento, la OPS promovió la aplicación de esta estrategia a los grupos de mayor riesgo, caracterizados por la persistencia de una tasa de mortalidad infantil superior a 40 por 1.000 nacidos vivos. Diez de los 12 países que presentaban una tasa de mortalidad infantil superior a 40 por 1.000 nacidos vivos a inicios de los años noventa la adoptaron y están avanzando en su puesta en práctica en los servicios de salud.

Un esfuerzo conjunto de la OPS, el UNICEF, organismos internacionales de financiación, agencias bilaterales de cooperación y organiza-

**La estrategia AIEPI
constituye el mejor
instrumento para
lograr una mayor
equidad en materia
de salud del niño.**

OPS apoya la realización de actividades de prevención de factores de riesgo para la salud y la puesta en marcha de programas destinados a reducirlos.

ciones no gubernamentales permitió capacitar a más de 6.000 trabajadores de salud en la Región. Asimismo, se fortalecieron los contactos con organizaciones religiosas tales como el Consejo de Misiones Médicas Católicas, World Vision, Catholic Relief Service (CRS) y el Centro Católico Hispánico.

Se elaboraron y distribuyeron más de 30 publicaciones científicas y técnicas sobre la estrategia AIEPI y se preparó material de capacitación para la promoción de la salud infantil, destinada a agentes comunitarios de salud, con el propósito de mejorar la comunicación del personal de salud con los padres y la familia. Se inició la incorporación de la estrategia AIEPI a la enseñanza de la pediatría y se trabajó en coordinación con las instituciones académicas y científicas regionales y de los países para acelerar este proceso en los cursos de pregrado y posgrado.

En octubre se llevó a cabo la Reunión sobre el Control de las Helmintiasis Intestinales en el contexto de la estrategia AIEPI, en Rio de Janeiro, Brasil, para extender la cobertura de aplicación de las medidas de diagnóstico, tratamiento y prevención correspondientes. En el marco del componente educativo de la estrategia AIEPI, se continuó fortaleciendo la promoción de la lactancia materna y la alimentación adecuada del niño en los servicios de salud y la comunidad, y se estudiaron las líneas de contacto ente el uso de la estrategia AIEPI y las acciones para mejorar la salud perinatal, que constituye otro componente importante de la mortalidad infantil.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

En 1998 la OPS realizó importantes esfuerzos en el campo de la recopilación de información esencial sobre enfermedades no transmisibles, incluida la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, el cáncer del cuello del útero, la diabetes y los accidentes, en 16 países de la Región. La información reunida sirvió de base para analizar la situación regional de las enfermedades no transmisibles, luego publicada en *La salud en las Américas*, edición de 1998, y emprender actividades y programas orientados a enfrentarlas.

Por medio de la red panamericana del proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles), la OPS continuó apoyando las actividades de prevención de factores de riesgo para la salud y la puesta en marcha de programas destinados a reducirlos, entre ellos los creados para combatir el tabaquismo, controlar la hipertensión y promocionar la actividad física. Con objeto de fortalecer el desarrollo de programas públicos de actividad física se formó un centro colaborador basado en los CDC (EUA) y se preparó un plan de trabajo.

Entre los principales logros del proyecto CARMEN se incluyen la elaboración y puesta en práctica de políticas nacionales de prevención y

Prevención y control de enfermedades

control de las enfermedades no transmisibles como problema de salud pública; el inicio de una estrategia de reorientación de servicios de atención primaria de salud; la creación de alianzas con organizaciones no gubernamentales; el impulso a la participación del sector privado; la publicación de resultados de evaluación, que han sido empleados para la promoción de acciones contra las enfermedades no transmisibles, y la atención a factores de riesgo cardiovascular tradicionalmente olvidados, como la inactividad física.

Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria (PECAP)

La hipertensión es un problema médico que afecta a 140 millones de adultos en las Américas, de los cuales entre 55 y 70 millones no saben que lo padecen, y de ellos, menos de la mitad recibe tratamiento adecuado. La Iniciativa Panamericana de Hipertensión impulsada por la OPS en colaboración con el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, de los Estados Unidos de América, fue lanzada en 1998 para abordar uno de los problemas fundamentales relacionados con la prevención de las enfermedades cardiovasculares: la falta de actividades antihipertensivas en los servicios de atención primaria y de consejo clínico institucionalizado.

Diabetes

Como promotora y signataria de la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA), la OPS, en colaboración con la Federación Internacional de Diabetes y cinco grupos industriales, apoyó la capacitación de asociaciones nacionales en desarrollo organizacional y liderazgo específico sobre diabetes en Barbados y Panamá. La Organización también cooperó con el desarrollo de programas normalizados de educación en diabetes, designó tres centros educativos de excelencia con responsabilidades subregionales en la Argentina, Colombia y Puerto Rico, y elaboró pautas de evaluación de entrenamientos. Con la colaboración del Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (CENEXA) de La Plata, Argentina, se elaboraron protocolos para el resguardo y la evaluación de la calidad de vida del paciente diabético. Asimismo, se realizaron actividades de preparación y distribución de paquetes de información para proveedores de salud claves y se promovió la estrategia DOTA en reuniones profesionales.

Cáncer del cuello del útero

Para contrarrestar la incidencia del cáncer del cuello del útero la Organización puso en marcha la Red Panamericana de Citología, que contó con el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación

La Iniciativa Panamericana de Hipertensión aborda uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares: la falta de actividades antihipertensivas en los servicios de atención primaria.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos representan un grave problema de salud pública con enorme repercusión en la economía de los países.

Internacional (AECI) y el apoyo técnico del Laboratory Proficiency Testing Program (LPTP), de Ontario, Canadá. Se trata de un programa de capacitación continua y evaluación externa de competencia de laboratorios de exámenes citológicos, orientado a mejorar la calidad diagnóstica de los laboratorios participantes. Con base en Chile, esta iniciativa sirve de apoyo a los programas de detección precoz del cáncer del cuello del útero en cinco países de la Región: Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Venezuela.

La OPS participó en la elaboración de proyectos de demostración y en la puesta en marcha de evaluaciones preliminares en tres países de la Región. Cooperó con un estudio preliminar sobre sistemas de información para mejorar el monitoreo de programas de detección precoz del cáncer cervicouterino en el Ecuador y Venezuela. La aplicación de estos sistemas permitirá obtener una serie de indicadores sobre la precocidad de las lesiones detectadas, los negativos y positivos falsos, las muestras mal tomadas y las dilaciones en la aplicación de los tratamientos adecuados.

En países seleccionados, la OPS apoyó la realización de estudios cualitativos sobre mujeres en edad de riesgo y proveedores de salud, investigando los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la toma de muestras para examen citológico, y las medidas preventivas. Los resultados de estos estudios constituirán la base del diseño de programas de educación y promoción destinados a aumentar la participación de las mujeres mayores de 30 años en pruebas de tamizaje para prevenir el cáncer del cuello del útero.

PROTECCIÓN DE LOS ALIMENTOS

Las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo contemporáneo y, además, afectan negativamente a la productividad económica. Entre ellas cabe mencionar el cólera, la salmonelosis, la listeriosis, las infecciones debidas a *Escherichia coli* enterohemorrágica y las intoxicaciones alimentarias causadas por contaminantes químicos.

Tradicionalmente se ha hecho hincapié en la inspección para prevenir y controlar las ETA. Sin embargo, ha sido imposible realizar la inspección habitual con la frecuencia y la profundidad necesarias para garantizar a los consumidores la inocuidad de los alimentos. Los análisis microbiológicos, que complementan la inspección tradicional, están estadísticamente limitados por el número de las muestras examinadas y por el tiempo empleado en concluirlos. Por lo general, cuando se dispone de esos resultados las partidas correspondientes ya no se encuentran en el establecimiento procesador y, en algunos casos, ya han sido consumidas. La información disponible en el mundo atestigua que el método de

inspección tradicional no ha resuelto el problema de las ETA y que, por el contrario, se registra un número aún mayor de episodios.

Un nuevo enfoque de inspección de alimentos conocido como Sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) constituye el eje de la cooperación técnica de la OPS para modernizar los servicios de fiscalización. En 1998 la OPS brindó capacitación en APPCC a la mayoría de los países, contribuyendo a formar a alrededor de 700 inspectores de alimentos en la aplicación de este nuevo enfoque.

A la vez, la Organización puso el acento en la estructuración de la vigilancia epidemiológica de las ETA con objeto de establecer una comunicación permanente de información epidemiológica regional al respecto. Por tanto, las actividades de cooperación se centraron en el mejoramiento de la información sobre la ocurrencia de ETA en cada uno de los países, con el propósito de poder medir la eficacia de los programas nacionales de protección de los alimentos, promover acciones para la prevención y control de estas enfermedades y disponer de medios que permitan estimar las pérdidas económicas resultantes. Gracias al trabajo conjunto con los países, se logró que 19 de ellos incluyeran las ETA en los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Un estudio sobre la contaminación microbiana de los alimentos que se venden en la calle demostró que las condiciones higiénicas deficientes de expendio de los productos y los hábitos de limpieza inadecuados de vendedores y consumidores hacen que su consumo exponga al riesgo de contraer enfermedades relacionadas con la alimentación. Para disminuir este riesgo, es necesario que las autoridades y la comunidad adopten medidas enérgicas. El diagnóstico de situación resultante del estudio mencionado fundamenta los esfuerzos de cooperación técnica orientados a reducir el riesgo de ETA relacionado con el consumo de alimentos que se venden en la calle.

VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS PRINCIPALES ZONOSIS

La OPS ha privilegiado la cooperación técnica orientada al desarrollo de programas regionales para la vigilancia, prevención y control de zoonosis específicas, entre las que se encuentran la rabia, las encefalitis equinas, la equinococosis/hidatidosis y las denominadas zoonosis emergentes. Esto supuso el desarrollo, mantenimiento y difusión de sistemas de información que permiten vigilar y actuar oportunamente sobre estas enfermedades.

Los países mantuvieron el compromiso de eliminar la rabia humana transmitida por el perro, que sigue siendo el principal reservorio en América Latina. El número global de casos de rabia humana muestra una tendencia descendente desde 1990, año hasta el cual se notificaban más de 250 casos. En 1990 se comunicaron 120 casos, y en 1998, 64. Estos datos también atestiguan la perseverancia y el esfuerzo de

La OPS ha privilegiado la cooperación técnica orientada al desarrollo de sistemas de información para la vigilancia de las principales zoonosis.

los programas nacionales de lucha contra la rabia canina, ya que la cantidad de casos pasó de 16.000 en 1990 a 4.271 en 1997, y en 1998 este número se redujo en un 43%.

Los esfuerzos de la Organización se centraron en apoyar la sostenibilidad de los programas nacionales para que logren la meta de eliminar la rabia humana. Con ese fin, se aplicaron estrategias y métodos tendientes a facilitar la vigilancia epidemiológica (como en el caso de las técnicas de biología molecular para la caracterización de las variantes del virus de la rabia) y sistemas epidemiológicos basados en la detección y monitoreo de riesgos.

Los fenómenos naturales que se desencadenaron en 1998 empeoraron las condiciones de vida de las poblaciones más pobres y vulnerables de los países afectados. El fenómeno de El Niño en el Perú y en el Ecuador trajo consigo cambios meteorológicos y ecológicos que favorecieron la presentación de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes. Los sistemas de información y vigilancia operantes permitieron mantener registros exactos. Varios ejemplos pueden señalarse en este sentido: hubo un brote de peste neumónica en la provincia de Pichincha, Ecuador, que causó 12 defunciones, y brotes controlados de leptospirosis en el norte del Perú y en Guayaquil, Ecuador y Centroamérica, que produjeron cerca de 800 enfermos y 12 defunciones. La oportunidad de las acciones de prevención y control disminuyó el impacto de las enfermedades en las poblaciones afectadas. Complementariamente, se comprobó una vez más que las intervenciones deben tener un enfoque interdisciplinario e intersectorial, ya que las medidas de prevención y control eficaces no dependen solo de acciones estrictamente médicas.

El desarrollo de la vigilancia predictiva de las encefalitis equinas ha dado excelentes resultados para prevenir brotes de la enfermedad en humanos, aunque en Colombia, Panamá, México y Belice se presentaron varios episodios de encefalitis equina venezolana y del este. Sin duda alguna, es indispensable ampliar las coberturas de diagnóstico en otros países para mantener una vigilancia adecuada en la Región. La utilidad de la estrategia de la cooperación entre países, resulta aún más evidente cuando se utiliza la excelencia técnica ya existente en la Región.

FIEBRE AFTOSA

La OPS, por medio del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAF-TOSA), creó uno de los sistemas de vigilancia epidemiológica más sensibles y prácticos para proporcionar información a los productores ganaderos, al nivel más pequeño de hato, sobre la presentación de casos de fiebre aftosa. La utilización de este sistema y la divulgación oportuna de los datos resultantes permitió que en 1998 se hiciera un seguimiento

La OPS creó un sistema de vigilancia epidemiológica sensible y práctico para proporcionar información a los productores ganaderos sobre la presentación de casos de fiebre aftosa.

minucioso de la tendencia de la enfermedad y que la Oficina Internacional de Epizootias (OIE) mantuviera la certificación de Chile y el Uruguay como países libres de fiebre aftosa.

En 1998 la OIE reconoció a la región constituida por los estados brasileños de Rio Grande do Sul y de Santa Catarina, en los que se practica la vacunación contra la fiebre aftosa, como libre de fiebre aftosa. Por otra parte, el sistema de vigilancia verificó que en el Brasil no amazónico, en los estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Mato Grosso, Goiás y en el Distrito Federal, se han completado más de dos años sin ocurrencia de casos.

Las estrategias promovidas por la OPS incluyen la participación de los productores pecuarios en la orientación del plan hemisférico y la administración de los programas locales; la formación de comisiones locales de atención de la salud animal; el uso de la vacuna en suspensión oleosa, y el mejoramiento de las técnicas de diagnóstico de la enfermedad vesicular y del sistema de información para la vigilancia de la enfermedad. Estas estrategias han dado como resultado que más de 2 millones de rebaños de bovinos (42,4% del total de América del Sur) con 164,6 millones de cabezas están libres de fiebre aftosa.

Cerca de la mitad de los rebaños de bovinos de América del Sur están libres de fiebre aftosa.

