



Boletín Epidemiológico

Organización Panamericana de la Salud:
Celebrando 100 Años de Salud

Vol. 24, No. 2

Junio 2003

Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de Vida Perdidos

Introducción

Los datos de mortalidad representan elementos fundamentales para cuantificar los problemas de salud. Dentro de los indicadores más simples para analizar la mortalidad se encuentran el recuento de defunciones y las tasas calculadas a partir de ello. Estas representan una medida-resumen de la mortalidad de la población, que puede ser usada para determinar y monitorear prioridades o metas en salud. Sin embargo, las tasas generales crudas o ajustadas¹ son altamente influidas por los problemas de salud de las edades más avanzadas, donde ocurren la mayoría de las defunciones. Por lo tanto también, cuando se miden sólo por sus tasas, las causas características de los grupos de edad más avanzados muchas veces aparecen como las principales causas de mortalidad en la población.

Un objetivo principal del trabajo de salud pública es aumentar la esperanza de vida de las poblaciones en las mejores condiciones de salud posibles.² Por lo tanto es importante conocer y monitorear las tendencias de la mortalidad en todas las edades. En este artículo se revisan los aspectos relativos a una técnica que refleja más precisamente la mortalidad en los grupos de edad más tempranos, dándole más peso a las muertes que ocurren en las edades más jóvenes. Esta técnica es la de los *Años Potenciales de Vida Perdidos* (APVP).

Los APVP son una de las medidas del impacto relativo de varias enfermedades y problemas de salud en la sociedad,³ que ilustran sobre las pérdidas que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Se considera que una muerte es prematura cuando ocurre antes de cierta edad predeterminada, que corresponde por ejemplo a la esperanza de vida al nacer en la población estudiada. Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren a diferentes momentos de la vida. El supuesto en el que se basan los APVP es que cuando más "prematura" es la muerte (i.e. más joven se muera), mayor es la pérdida de vida. La cifra de los APVP a consecuencia de una causa de muerte determinada en una población dada es la suma, en todas las perso-

nas que fallecen por esta causa, de los demás años que éstas habrían vivido si se hubieran cumplido las esperanzas de vida previstas.

Este indicador tiene por objeto dar una visión amplia de la importancia relativa de las causas más relevantes de mortalidad prematura y su uso fundamental es en la planificación y definición de prioridades en salud.⁴

Consideraciones metodológicas

El indicador APVP, está constituido, para una cohorte, tomando como base el número total de años de vida que las personas fallecidas prematuramente no han vivido. En general, el valor de la edad límite de 70 años es el más utilizado; sin embargo, pueden también usarse otras edades o bien la esperanza de vida de la población expresa. Para las poblaciones con una esperanza de vida alta, puede ser un inconveniente escoger una edad límite relativamente baja, ya que se omitirán en el cálculo grupos de edad o causas de muerte que pueden proveer información importante sobre el estado de salud de los grupos más ancianos de la población. Para las poblaciones con una esperanza de vida más baja, es obviamente recomendable utilizar un criterio más bajo, de 65 años por ejemplo.

El uso de la esperanza de vida al nacer como valor límite de edad para calcular los APVP se ajusta al perfil poblacional del país o zona para la cual se efectúan los cálculos. El problema que presenta esta aproximación al cálculo de los APVP es la no comparabilidad con otras poblaciones que seguramente tienen esperanzas de vida diferentes. Ello es muy importante para evitar hacer comparaciones entre dos o más territorios si el criterio empleado hubiera sido distinto. No se pueden comparar los APVP entre dos o más situaciones a estudiar si el criterio de cálculo no es el mismo. En síntesis, la decisión final sobre el punto de corte de edad es relativamente arbitraria y corresponderá también al objetivo del análisis, dependiendo si es sólo para propósitos de una población o bien para comparaciones entre varias de ellas.

En el cálculo del indicador en una población entera, las causas de mortalidad infantil pueden llegar a tener un peso

EN ESTE NÚMERO...

- *Notas metodológicas en epidemiología:*
 - Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de Vida Perdidos
- *Análisis de salud:*
 - Diagnóstico sobre el uso de boletines para la difusión de información epidemiológica en la Región de las Américas
 - Actualización sobre el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)
- *Normas y estándares en epidemiología:*
 - Definiciones de caso: Enfermedades víricas de Ebola-Marburg; Oncocercosis (Ceguera de los Ríos)
- Informe de la Trigésima Cuarta Sesión sobre Estadísticas Sanitarias de la Comisión Estadística de las Naciones Unidas, marzo de 2003
- Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión
- *Anuncios:*
 - Cápsula de Tiempo sobre la situación de salud en las Américas, 1902-2002
 - Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE), Segunda Edición
 - Iniciativa de Datos Básicos: nuevos folletos
 - II Reunión del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud

importante en los APVP. Sin embargo, se recomienda incluir todos los grupos desde los 0 años de edad. De todas formas, si se desea efectuar esta determinación en intervalos de edad distintos, por ejemplo, adultos entre 25 y 65 años, se debe indicar claramente. Seguramente ello vendrá definido por el propósito del estudio. Si se usan los APVP en el estudio de la mortalidad materna, por ejemplo, se podrán incluir el grupo de las mujeres entre 15 y 50 años de edad y las causas relacionadas con las defunciones maternas exclusivamente.

El número de APVP se obtiene sumando los productos del número de muertes de cada edad por la diferencia entre esta edad y una edad límite (ver cuadro 1). Esta sumatoria se expresa en años perdidos. Dependiendo de la disponibilidad de datos, los cálculos de años perdidos pueden hacerse con muertes individuales o con muertes agregadas por grupos de edad. Para esta última circunstancia, se asume que las muertes ocurren de manera uniforme en el periodo de edad, por lo que puede haber algunas diferencias entre los cálculos a partir de individuos o de grupos de individuos. Sin embargo, lo habitual es hacerlo por datos agrupados. En tales condiciones, lo más común es considerar que las muertes ocurren en la edad correspondiente al punto medio de los grupos de edad. Se recomienda usar grupos de edad quinquenales o decenales para que la asunción de distribución uniforme de las muertes en el intervalo sea más realista.⁴ Si se divide el número de APVP por el número de habitantes (usualmente la población por debajo de la edad límite escogida) y se multiplica por un factor (1.000, 10.000 o 100.000), se llega al Índice de los Años Potenciales de Vida Perdidos (IAPVP).

Es importante tener en cuenta que dos poblaciones con fuerzas de mortalidad diferentes pueden producir un número absoluto de APVP similar si también difieren en el tamaño de sus poblaciones. Por ello, es importante calcular tanto el número absoluto (APVP) como el relativo (IAPVP) para tener un panorama más completo de una situación.

Cuadro 1: Elementos para el cálculo de los APVP y del Índice de los APVP (IAPVP)

El cálculo de los APVP por una causa definida consiste en sumar las defunciones por esa causa en cada grupo de edad y multiplicar el resultado por los años que restan desde la edad central del grupo etario hasta la edad límite considerada, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$APVP = \sum_{i=L}^L [(L - i) \times d_i]$$

donde

L es la edad límite inferior establecida

L es la edad límite superior establecida

i es la edad de la muerte

d_i es el número de defunciones a la edad i

La determinación del Índice de los APVP (IAPVP) se efectúa de la siguiente manera:

$$IAPVP = \frac{APVP}{N} \times 1.000 \text{ (u otro factor)}$$

donde

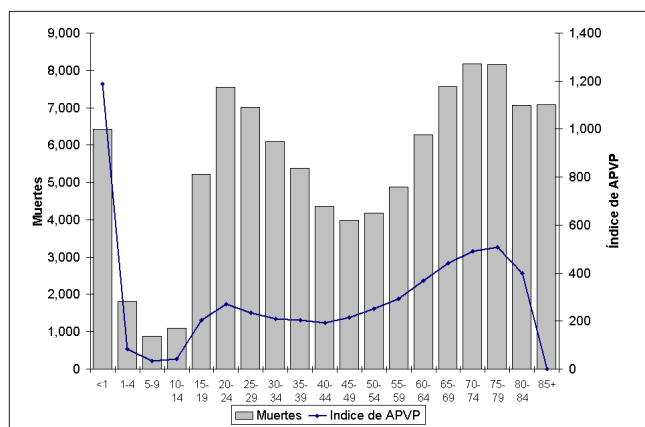
N es la población comprendida entre los límites inferior y superior de las edades estudiadas.

Los APVP tienen la ventaja de ser de fácil cálculo ya que requiere solamente las defunciones por edad y la población total. Si se dispone de las defunciones por causa de muerte, se puede calcular los APVP para cada causa. Sin embargo, como en cualquier estudio basado en datos de salud, la calidad del indicador dependerá de la calidad y cobertura de los datos que lo componen. También es importante tener presente que la estructura de edades de la población afecta este indicador. La aplicación de las técnicas de estandarización (presentadas en un número del *Boletín Epidemiológico* previo¹) al cálculo de los APVP se puede efectuar para controlar el efecto de variables confusoras. No obstante, esta concepción no debe sustituir en absoluto el proceso de decisión por el cual se elige un determinado criterio de edad límite en el cálculo de los APVP como se mencionaba en el párrafo anterior.

Cuadro 2: Cálculo de los APVP y de los Índices de los APVP en hombres, Colombia, 1995-1997

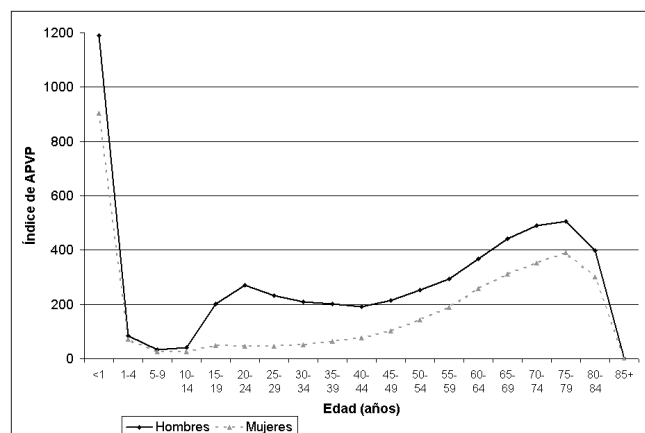
Grupos de edad (1)	Punto medio del intervalo (PMI) (2)	85-PMI (3)	Muertes (4)	APVP (5) = (3) x (4)	Población (6)	Índice de APVP (7) = (5) / (6) x 1.000
<1	0,5	84,5	6.417	542.237	456.024	1189,05
1-4	2,5	82,5	1.804	148.830	1.774.598	83,87
5-9	7,5	77,5	878	68.045	2.001.883	33,99
10-14	12,5	72,5	1.092	79.170	1.891.892	41,85
15-19	17,5	67,5	5.213	351.878	1.739.738	202,26
20-24	22,5	62,5	7.541	471.313	1.745.963	269,94
25-29	27,5	57,5	7.013	403.248	1.730.914	232,97
30-34	32,5	52,5	6.092	319.830	1.524.377	209,81
35-39	37,5	47,5	5.385	255.788	1.262.455	202,61
40-44	42,5	42,5	4.364	185.470	966.579	191,88
45-49	47,5	37,5	3.978	149.175	697.613	213,84
50-54	52,5	32,5	4.180	135.850	538.850	252,11
55-59	57,5	27,5	4.884	134.310	457.899	293,32
60-64	62,5	22,5	6.267	141.008	382.671	368,48
65-69	67,5	17,5	7.558	132.265	299.442	441,70
70-74	72,5	12,5	8.183	102.288	208.232	491,22
75-79	77,5	7,5	8.156	61.170	120.769	506,50
80-84	82,5	2,5	7.064	17.660	44.404	397,71
85+	85	0	7.075	0	28.552	0,00
Total			103.144	3.699.532	17.872.855	206,99

Figura 1: Distribución del índice de APVP en los hombres de Colombia. 1995-1997



Para ilustrar una situación, en el cuadro 2 se puede observar el cálculo de los APVP y del IAPVP debidos a todas las causas de muerte en los hombres de Colombia comprendidos entre 0 y 85 años para el periodo entre 1995 y 1997. En la figura 1 se visualiza la distribución de las muertes totales y los IAPVP por grupos de edad. La distribución presenta tres modos: uno a edades tempranas, otro a edades de adultos jóvenes y un tercero en los adultos mayores (65 años y más). Aunque el número de muertes en dichos picos es similar, el IAPVP es 2 a 5 veces mayor en edades tempranas (más prematuras). En la figura 2 se presenta la distribución del Índice de los APVP entre los hombres y las mujeres de Colombia para el mismo periodo 1995-97. Se puede observar que el perfil de la distribución por edad entre ambos sexos es relativamente parecida menos en las edades de adultos jóvenes cuando ocurre un pico importante entre los hombres. En términos de defunciones absolutas hay 1,52 defunciones en hombres por cada defunción en mujeres. En cambio cuando se analiza esta información según el IAPVP se puede decir que por cada 100 APVP en las mujeres hay 215,52 en los hombres, siendo el grupo de edad con mayor contraste el de 20-24 años en el cual por cada 100 APVP en las mujeres hay 581,52, o sea 6 veces más, en los hombres de este grupo de edad. Esta es una manera indirecta de medir el impacto de

Figura 2: Distribución del Índice de APVP (IAPVP) por 1.000 habitantes en hombres y en mujeres de Colombia. 1995-97



fenómenos como la violencia en este país entre grupos de hombres jóvenes.

En el cuadro 3 se ejemplifica el cálculo de los APVP sobre el criterio de los 70 años en los 29 servicios de salud de Chile. A parte de observar los APVP para cada departamento, también figura la población, que permite calcular el Índice de los APVP. Se puede verificar el efecto del número absoluto de APVP y del relativo IAPVP. El servicio con menos APVP que también tiene una población pequeña (Gral. Carlos Ibáñez) es comparable en el IAPVP con servicios más poblados como Arauco o Bio-Bio. En este caso, también se definieron cuartiles donde el cuartil 1 (25% de los servicios de salud) corresponde al menor daño a la salud y el cuartil 4 al mayor daño.⁵ Este ejemplo es sencillo y permite establecer un orden en los territorios referidos y definir los servicios de salud con mayor riesgo si se emplea este indicador de la mortalidad como herramienta de planificación sanitaria.

En síntesis, los APVP se pueden analizar de diferentes formas: mirando al valor del APVP en cada grupo de edad o evaluando el total para la población; calculándolo por sexo o por un grupo de población en particular; o bien estudiando el valor del APVP para una causa específica. A partir de estos se pueden realizar comparaciones entre poblaciones o causas. Al analizar los APVP por causas, no se debe inferir que los años perdidos por una causa no hubieran sido perdidos si

Cuadro 3: Distribución de los APVP en los 29 departamentos de Chile en 1998

Servicios	APVP 1998	Población	Índice por 1.000 hab.	Cuartiles
Arica	15.171	193.649	78,34	1
Iquique	18.736	192.577	97,29	4
Antofagasta	44.196	456.083	96,90	3
Atacama	20.787	264.464	78,60	1
Coquimbo	45.907	561.665	81,73	1
Valparaíso-San Antonio	41.074	444.213	92,46	2
Viña del Mar-Quillota	71.718	863.923	83,01	2
San Felipe-Los Andes	17.598	217.358	80,96	1
Metropolitano Norte	59.668	628.146	94,99	3
Metropolitano Occidente	92.947	1.031.721	90,09	2
Metropolitano Central	64.753	788.900	82,08	1
Metropolitano Oriente	70.678	1.092.887	64,67	1
Metropolitano Sur	96.658	1.067.473	90,55	2
Metropolitano Sur Oriente	95.573	1.313.863	72,74	1
Lib. Bdo. O'Higgins	68.966	768.663	89,72	2
Maule	83.176	898.418	92,58	3
Ñuble	45.843	448.729	102,16	4
Concepción	52.595	556.383	94,53	3
Talcahuano	32.342	373.940	86,49	2
Bio-Bio	35.703	351.297	101,63	4
Araucanía-Sur	61.940	640.093	96,77	3
Valdivia	33.956	351.229	96,68	3
Osorno	23.560	222.082	106,09	4
Llanchipal	44.359	466.167	95,16	3
Gral. Carlos Ibáñez	9.360	92.214	101,50	4
Magallanes	14.021	155.274	90,30	2
Arauco	16.716	164.811	101,43	4
Araucanía Norte	21.273	215.492	98,72	4
Total	1.299.274	14.821.714	87,66	

hubiera sido controlada la causa. En efecto, el hecho de que la muerte no hubiera sido debida a esta causa no significa que la persona no hubiera sido expuesta a otros riesgos que también pudieran haber causado la defunción.⁴ Mirando la evolución de este indicador en el tiempo se puede también comparar periodos y realizar análisis de tendencias. Permite comparar y distinguir poblaciones con ocurrencia de muertes prematuras.

Finalmente, se puede comentar que este indicador también es usado como soporte metodológico en la evaluación de la Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE). Esta temática sobre la valoración de la mortalidad será revisada en otro número del *Boletín Epidemiológico*, al igual que otras técnicas vinculadas con el análisis de mortalidad.

Referencias:

- (1) OPS. La Estandarización: un método clásico para la comparación de tasas. *Boletín Epidemiológico* 23(3):9-12; 2002
- (2) OPS. Años de vida potencial perdidos - Brasil, 1980. *Boletín Epidemiológico* 5(5):3-6; 1986
- (3) Last J. *A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition*. New York, New York: Oxford University Press. 2001
- (4) OPS, Xunta de Galicia. *Ayuda del módulo de demografía. EPIDAT 3.0* [programa computacional]. 2003 En prensa
- (5) Ministerio de Salud de Chile. Indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud. *El Vigía*. 3(11):7-13; 2000

Fuente: Preparado por el Área de Análisis de Situación y Sistemas de Información Sanitaria (AIS) de la OPS.

Definiciones de Caso Enfermedades víricas de Ebola-Marburg

Justificación de la vigilancia

La fiebre hemorrágica de Ebola (FHE) es una enfermedad poco común pero grave que ocurre principalmente en la selva tropical de África. Se caracteriza por la transmisión de persona a persona a través del contacto estrecho con pacientes, cadáveres o humores orgánicos infectados. Las epidemias de FHE pueden extenderse extraordinariamente en los centros de atención de salud con normas de higiene deficientes y su potencial de ocasionar infección nosocomial explosiva constituye su amenaza principal para la salud pública. El objetivo de la vigilancia de la FHE es la detección temprana de casos para evitar epidemias y la posible propagación internacional de la enfermedad.

Las infecciones por virus de Marburg son sumamente raras. Parecen ser similares a la FHE y las recomendaciones para ambas infecciones víricas son las mismas.

Definición de caso recomendada

Descripción clínica

La FHE empieza con fiebre aguda, diarrea que puede ser sanguinolenta (denominada "diarrhée rouge" en los países de habla francesa de África), y vómitos. La cefalea, la náusea y el dolor abdominal son comunes. Pueden aparecer también síntomas tales como inyección conjuntival, disfagia y síntomas hemorrágicos como epistaxis, hemorragia gingival, hematemesis, melena y púrpura. Algunos pacientes también pueden presentar una erupción cutánea maculopapular en el tronco. A medida que la enfermedad va avanzando se produce deshidratación y emaciación significativa. En una etapa posterior, hay compromiso frecuente del sistema nervioso central, que se manifiesta con somnolencia, delirio o coma. Las tasas de letalidad varían de 50% a 90%.

Criterios de laboratorio para el diagnóstico

De apoyo:

- Serología positiva (ELISA para IgG y/o IgM), o

Confirmado:

- Aislamiento positivo del virus (sólo en laboratorio de nivel de bioseguridad 4) o
- Biopsia de la piel positiva (inmunohistoquímica)
- PCR positiva

Clasificación de casos

Sospechoso: Caso compatible con la descripción clínica.

Probable:

Durante epidemias:

- Cualquier persona que haya tenido contacto con un caso clínico y tenga fiebre aguda o
- Cualquier persona que tenga fiebre aguda y tres de los siguientes síntomas: cefalea, vómitos o náusea, pérdida del apetito, diarrea, fatiga intensa, dolor abdominal, dolor generalizado o en las articulaciones, dificultad para tragar, dificultad para respirar, hipo o
- Cualquier muerte sin explicación

Confirmado: Cualquier caso presunto o probable que sea confirmado en laboratorio

Contacto:

Durante epidemias:

Persona asintomática que haya tenido contacto físico con un caso confirmado o probable o con sus humores orgánicos (por ejemplo, al atender al paciente, en la ceremonia de entierro, al manejar especímenes de laboratorio que podrían estar infectados) durante los 21 días precedentes

En situaciones de epidemia y después de la confirmación en laboratorio de algunos casos iniciales, no es necesario confirmar cada caso en el laboratorio; la información de los casos presuntos o probables es suficiente para el control.

Tipos de vigilancia recomendados

En zonas endémicas y si no hay epidemias:

Notificación inmediata de casos presuntos de la periferia a los niveles intermedio y central para asegurar la investigación y la confirmación rápida en laboratorio.

Nota: La vigilancia ordinaria de la FHE debe integrarse con la vigilancia de rutina de otros tipos de fiebre hemorrágica vírica (por ejemplo, fiebre de Crimea-Congo, de Lassa, del Valle del Rift, amarilla)

Durante epidemias:

- Intensificación de la vigilancia y búsqueda activa de casos presuntos y probables para el aislamiento inmediato y de todos los contactos para el seguimiento médico diario.

- Se debe vigilar la zona durante el tiempo correspondiente a dos períodos de incubación después de la fecha de la muerte o del alta del último caso.
- Se debe establecer un registro de rumores a fin de captar sistemáticamente los rumores de casos notificados por la población.
- Es indispensable contar con una fuente única de información oficial para asegurar la coherencia y evitar la confusión del público.

Datos mínimos recomendados

Datos de casos que se deben notificar e investigar

- Clasificación de casos (sospechoso/probable/confirmado)
- Identificador único, nombre, edad, sexo
- Información geográfica, nombre de la persona cabeza de familia, nombre del padre (si se trata de un niño)
- Profesión, lugar de trabajo
- Fecha de aparición de la fiebre, síntomas, signos
- Hospitalización, con la fecha
- Muerte, con la fecha
- Contacto con un caso anterior, con la fecha
- Tipo y fecha de las muestras clínicas tomadas para estudios de laboratorio (si las hubiese)

Datos agregados que deben notificarse

- Número de casos (sospechoso/probable/confirmado) por edad y sexo
- Número de defunciones

Análisis y presentación de los datos e informes recomendados (durante epidemias)

Se debe presentar un boletín epidemiológico diario a las autoridades sanitarias locales y a la sede de la OMS. Este boletín debe incluir la siguiente información:

Casos:

- Número acumulado total de casos
- Número acumulado total de defunciones
- Número actual de pacientes
- Número actual de pacientes hospitalizados
- Fecha del último caso identificado
- Fecha de la muerte o alta hospitalaria del **último caso notificado**

Los datos también podrían desglosarse por sexo y grupo de edad.

Contactos:

- Número actual de contactos que requieren seguimiento
- Número actual de contactos que son objeto de un seguimiento adecuado

Los datos también podrían desglosarse por sexo y grupo de edad.

Cuando sea posible, debe proporcionarse la distribución geográfica de los casos y contactos, así como una curva epidémica sencilla.

Se podrían calcular las tasas de letalidad, de ataque y de ataque por grupo de edad para el análisis epidemiológico.

Se debe preparar un informe semanal más detallado con un resumen de lo que haya ocurrido y de los datos, así como un informe completo cuando termine la epidemia.

Principales usos de los datos para la toma de decisiones

Datos de la vigilancia corriente

Detectar un caso aislado o un brote y tomar de inmediato las medidas apropiadas para evitar una epidemia

La detección activa de casos y el seguimiento de contactos durante los brotes son esenciales para el control con el fin de:

- identificar todos los casos y contactos
- evaluar y vigilar la propagación de un brote
- evaluar las medidas de control
- proporcionar una base para la investigación (datos epidemiológicos, especímenes clínicos)

Aspectos especiales

- Ya que la obtención de muestras, el transporte y los estudios de laboratorio presentan peligros biológicos extremos, es indispensable aplicar estrictamente los procedimientos de bioseguridad y aislar debidamente a los pacientes.
- Todas las cepas conocidas del virus de Ebola precedentes de África producen enfermedades en los seres humanos. Sin embargo, una cepa de Ebola de las Filipinas (Reston) ha infectado a seres humanos sin producir enfermedad.

Fuente: "WHO Recommended Surveillance Standards, Second Edition, October 1999", WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Oncocercosis (Ceguera de los Ríos)

Justificación de la vigilancia

La oncocercosis es endémica en 34 países de África, la península arábiga y las Américas. El gran éxito del control de la enfermedad en África occidental se debió a la estrategia de aplicación de larvicidas en la lucha antivectorial para interrumpir la transmisión. Desde 1998, se ha acompañado del tratamiento con ivermectina, un medicamento seguro y eficaz. En África, se está usando la distribución anual de ivermectina para reemplazar las actividades larvicidas de control del vector del Programa de Lucha contra la Oncocercosis en África Occidental (OCP). Se distribuye anualmente en los programas de país dirigidos por la comunidad y actualmente es el núcleo del Programa Africano para el Control de Oncocercosis (APOC), que cubre todos los países africanos fuera del OCP (y el Yemen) en los cuales la oncocercosis es endémica. Cuando el OCP termine, será necesario asegurar que la

detección y el control de la recrudescencia de oncocercosis se integren y se convierten en una función regular de los servicios nacionales de vigilancia y control de enfermedades. Se debe reducir al mínimo el riesgo de recrudescencia.

Mientras la meta de la eliminación no es realista en África, lo es en la Región de las Américas. La eliminación de la población de parásitos de una zona geográfica definida implica la ausencia sostenida de la transmisión hasta que la población de parásitos adultos dentro de esa zona haya desaparecido naturalmente o se haya exterminado mediante otra intervención. Esto debe ocurrir en los 15 años que siguen a la interrupción de la transmisión. Varios focos en las Américas están ahora acercándose a esta meta. Se considerará que la eliminación regional de la oncocercosis se habrá logrado cuando se haya certificado que todos los países en la Región han

eliminado la oncocercosis. En América Latina, la ivermectina, dada cada 6 meses, es la base del plan estratégico para la eliminación de la oncocercosis en todas las zonas endémicas.

Definición de caso recomendada

Definición de caso clínico

En una zona endémica, persona con nódulos fibrosos en los tejidos subcutáneos

Criterios de laboratorio y oftalmológicos para la confirmación

uno o varios de los siguientes:

- Presencia de microfilarias en muestras de piel
- Presencia de gusanos adultos en nódulos extirpados
- Manifestaciones oculares características, como queratitis punteada y/o identificación positiva de microfilarias en el ojo (p.e. observación con lámpara de hendidura de microfilarias en la córnea).

Clasificación de casos

Sospechoso: Caso que se ciñe a la definición de caso clínico

Probable: No corresponde

Confirmado: Caso sospechoso que es confirmado con cualquiera de los criterios mencionados más arriba.

Tipos de vigilancia recomendados

En las zonas donde la oncocercosis es endémica:

Algunos de los primeros programas en las Américas, como los de México y Guatemala, tienen focos bien caracterizados como resultado de las evaluaciones minuciosas conducidas durante los últimos 50 o 60 años. Todos los otros focos actualmente conocidos (y comunidades sospechosas) en las Américas se han caracterizado por medio de la evaluación epidemiológica rápida (EER). La EER se basa en la prevalencia de nódulos y/o microfilarias en piel en una muestra de 30 hombres adultos que han vivido en la comunidad no menos de 5 años. La implantación de programas y evaluaciones de impacto dependen de la vigilancia periódica en comunidades centinelas. Las comunidades centinelas son comunidades hiperendémicas preseleccionadas donde se realizan evaluaciones epidemiológicas exhaustivas a intervalos regulares; primero, antes de que el tratamiento comience, nuevamente dos años después y posteriormente a intervalos de 4 años. Las evaluaciones incluyen indicadores parasitológicos (microfilarias en biopsias de piel y gusanos adultos en nódulos), oftalmológicos (microfilarias en cámara anterior y queratitis punteada) y entomológicos [detección de larvas de *O. volvulus* por reacción en cadena de la polimerasa (RCP)].

Se entiende que se habrá suprimido la infectividad después de 4 años de tratamiento bianual ininterrumpido cuando se tengan evidencias de ausencia de larvas infectivas (L3s) en la población de vectores del género *Simulium*, de acuerdo con lo determinado por PCR u otro método válido, aunado a una incidencia acumulada de 5 años de menos de 1 caso nuevo por 1.000 niños menores de 5 años de edad. Aún después de la supresión de la infectividad, puede existir una población de gusanos adultos capaces de reiniciar la transmisión si se retira la presión del medicamento. La interrupción permanente de la transmisión ocurrirá sólo al mantener la presión del medicamento durante toda la duración de la vida del parásito adulto, es decir, aproximadamente 15 años después del inicio de las actividades de tratamiento, mante-

niendo una cobertura no menor a 85% de la población elegible.

Se recomienda llevar a cabo la evaluación entomológica, usando PCR para detectar larvas de parásitos en las poblaciones de vectores, debido al largo periodo prepatente de la infección humana. Si se detectan moscas positivas, se deberá llevar a cabo encuestas epidemiológicas para identificar y tratar tanto a las personas infectadas como a la población en riesgo. Esta vigilancia pos-endémica debe llevarse a cabo hasta que la eliminación de la oncocercosis sea declarada para la Región.

Se recomienda que el Equipo de Certificación Internacional use otras comunidades (sitios extra-centinela) para las actividades de monitoreo, precertificación o certificación.

Investigación de migraciones:

Los programas deben llevar a cabo una investigación sistemática para descartar la introducción de la infección en las zonas con un potencial de transmisión (presencia de vector) y donde la migración entrañaría un riesgo de propagación de un foco. No se realiza vigilancia activa en las áreas sin endemidad en las Américas.

Datos mínimos recomendados

Registros individuales de pacientes a nivel periférico en las Américas: Nombre, edad, sexo, fecha y número del ciclo de tratamiento actual y número de comprimidos recibidos.

Datos agregados que deben notificarse:

- Cobertura de tratamiento en la población elegible en riesgo.
- Tasas de prevalencia e incidencia (microfilarias en piel, nódulos con gusanos adultos, microfilarias en el ojo y/o queratitis punteada) en comunidades centinelas.
- Carga de microfilarias comunitaria [Community microfilarial load (CMFL)] en las comunidades centinelas.

Análisis y presentación de los datos e informes recomendados

Gráficos: cobertura en relación a la población elegible

Cuadros: cobertura por nivel de endemidad

Mapas: Cobertura por área geográfica, ubicación de las comunidades por nivel de endemidad, usando sistema de información geográfica (SIG)

Principales usos de los datos para la toma de decisiones

- Eliminación de la oncocercosis como una enfermedad de importancia socioeconómica y para la salud pública
- Prevención de la recrudescencia de la infección en las zonas libres de oncocercosis
- Evaluación de la efectividad de la intervención

Aspectos especiales

Las nuevas pruebas de diagnóstico, como las serológicas (prueba cromatográfica de detección de anticuerpos) o parches de citrato de dietilcarbamazina (DEC), podrían estar disponibles próximamente para su uso en las evaluaciones de campo.

Fuente: Adaptado de “WHO Recommended Surveillance Standards, Second Edition, October 1999”, WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Diagnóstico sobre el uso de boletines para la difusión de información epidemiológica en la Región de las Américas

Introducción

El valor de la información de salud pública en general – y epidemiológica en particular – depende en parte de su difusión eficiente a los que pueden usarla y beneficiarse de ella. Hace parte del trabajo epidemiológico asegurar no sólo que los resultados de las actividades epidemiológicas se difundan, sino también que la información resultante de los análisis sea interpretada y utilizada por los tomadores de decisión en salud y el público en general.

En primera instancia, la vigilancia en salud pública, segunda función esencial de la salud pública, requiere la divulgación oportuna de la información generada por las redes existentes, tanto a los que contribuyeron a generarla como a los que pueden beneficiarse de ella. Los boletines y otros tipos de informes periódicos son los medios habituales para lograr esto. Son instrumentos indispensables para la planificación basada en información y el diseño de medidas de prevención y control de los problemas de salud pública, ya que presentan la materia prima requerida en la toma de decisiones racionales. Además, la publicación de los resultados de investigaciones epidemiológicas, en revistas arbitradas (“peer-reviewed”), en boletines o en otras publicaciones que alcanzan a la comunidad científica, a los grupos operacionales y al público en general, permite difundir la información disponible y transformarla en conocimiento científico. Asimismo, los diferentes tipos de publicaciones epidemiológicas permiten divulgar todo tipo de información de interés a los profesionales de la epidemiología, garantizando la difusión y el intercambio de las experiencias e incrementando el saber epidemiológico en particular.

La gestión y difusión de la información epidemiológica en cierta medida refleja el funcionamiento del sistema de salud, que cuando se dispone de ella, se encuentra en mejores condiciones para definir estrategias para dar una respuesta oportuna a los problemas de salud. Desafortunadamente, a pesar de las nuevas tecnologías de información y metodologías que facilitan la recolección y análisis de los datos de salud, la divulgación de la información resultante aún es deficiente. Se puede suponer que se debe en parte a la dificultad de lograr una publicación y una distribución eficiente de la información. En efecto, la comunicación de la información epidemiológica requiere de una gestión eficaz de los elementos del sistema de salud relacionados con la recolección de datos, su validación, análisis y presentación regular, entre otros. Más allá de la necesidad de contar con medios de comunicación de la información epidemiológica, se requiere contar con medios *adecuados*, que respondan a las necesidades de la audiencia y tengan características generales – en términos de periodicidad, contenido y extensión, entre otros – que permitan lograr un importante objetivo, que es la toma de decisiones racionales basada en la evidencia disponible.

Dada la importancia de la difusión de la información para la vigilancia y la epidemiología en general, se definió la necesidad de realizar una evaluación de los instrumentos de difusión – en particular los boletines – que existen en la Región de las Américas. Este ejercicio pretende dar una idea de la experiencia actual de los países en términos de difusión de la

información epidemiológica por esta vía, en particular los datos de vigilancia e información de interés para los participantes de las actividades de la epidemiología en la Región de las Américas.

Metodología

A través de las Representaciones de la OPS/OMS de los países, se sometió una encuesta a las autoridades de los Ministerios de Salud y técnicos de cada país y se obtuvo la información necesaria para una primera caracterización. Para completar la información recibida, se realizó una búsqueda en los sitios web existentes de los Ministerios de Salud de los países.

Resultados

Parte de la información obtenida se presenta en el cuadro 1. En Canadá y los Estados Unidos, se publica boletines desde 1975 y 1951, respectivamente. De los 17 países de América Latina¹, 16 publican boletines epidemiológicos. Cada uno de los 4 países del Caribe latino (Cuba, Haití, Puerto Rico y República Dominicana) dispone de un boletín. Se obtuvo información sobre la existencia de 3 boletines de los 23 países que conforman el Caribe no-latino, sin tomar en cuenta que la información epidemiológica proveniente de muchas de las islas pequeñas se publica a través del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en Trinidad. Si bien una mayoría de países de la Región de las Américas usa boletines para difundir información epidemiológica, esta situación es relativamente reciente ya que muchos de los boletines existentes se iniciaron a finales de los años 90 o a principios de 2000. Entre los boletines de país examinados, el de mayor antigüedad es el Boletín Epidemiológico de Venezuela, que inició en el año 1945. Es importante notar también que si bien los boletines tienen algunas características comunes, varían en formatos, contenido y periodicidad. Algunas de las características analizadas se presentan a continuación.

En todos los países se indicó como *institución responsable* a las entidades públicas de salud (en general Ministerios y Secretarías de Salud), específicamente a las Direcciones de Epidemiología o su equivalente; en algunos casos participan también Institutos Nacionales de Salud, como en Colombia y Cuba.

En general existe coincidencia en los *objetivos* de los boletines: diseminar los datos notificados al sistema de vigilancia, informar sobre la situación epidemiológica, los resultados de investigaciones epidemiológicas y/o las noticias de interés para epidemiología y salud pública. Asimismo, existe cierta homogeneidad en la *audiencia* principal de los boletines. Se citaron entre otros a los gerentes de salud de los diferentes niveles de los servicios de salud, epidemiólogos y personal técnico de instituciones de salud, de las universidades, bibliotecas especializadas en salud, investigadores, y Organismos Internacionales. Sin embargo, la *periodicidad* escogida para responder oportunamente a estos objetivos es variable, desde diaria (“Epinoticias” de Argentina) hasta anual (“Boletín Epidemiológico Nacional” también de Argentina). La información disponible refleja que la periodicidad semanal parece ser la más frecuente. En los países que dispo-

¹ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela

nen de más de una publicación, como en Argentina, Canadá, Colombia, Brasil o Venezuela, muchas veces se utiliza un boletín semanal para difundir tablas-resumen de la información proveniente de la vigilancia. Sin embargo, frecuentemente existe gran extemporaneidad en el reporte semanal.

La *distribución*, cuando se realiza eficientemente, permite un uso oportuno de la información contenida en los boletines. Depende de las características – entre otras, geográficas y tecnológicas – del país y puede representar una dificultad importante para los países con infraestructura de distribución deficiente, lo que a veces conduce a la obsolescencia y el no uso de la información. Se puede destacar que todos los boletines se publican en formato impreso, con pocas excepciones, como el “e-Vigía” de Chile que sólo se publica en formato electrónico. En algunos casos las versiones impresas se reparten entre los usuarios del sector público y la versión electrónica se pone a disposición del público en general. Más de dos tercios de los boletines analizados están disponibles en formato electrónico, lo que facilita la distribución, aunque limitándola a la audiencia con acceso al Web.

Otra característica importante de la preparación de los boletines es la *regularidad de su publicación*, de la cual dependerá muchas veces su relevancia y el uso oportuno de la información publicada por los usuarios. Varios países reportaron interrupciones en la publicación de sus boletines, debido fundamentalmente a los recursos humanos técnicos insuficientes o reestructuraciones de las unidades responsables.

A pesar de las limitaciones que pueden existir en la calidad y el uso de los boletines, la mayoría de los países no realiza ninguna evaluación periódica, tanto de su contenido como de su uso. Entre los que disponen de un *proceso de evaluación* establecido, el “Informe Quincenal Epidemiológico Nacional” de Colombia reportó evaluaciones cada 2 años por medio impreso, el “Boletín Epidemiológico Semanal del IPK” de Cuba indicó evaluaciones mensuales por el Comité Editorial y anuales mediante encuesta a los receptores, el “Boletín Epidemiológico Semanal” de Perú reportó evaluaciones semanales dirigidas a oportunidad, calidad, represen-

tatividad y cobertura, y el “Alerta Epidemiológico” de Venezuela indicó evaluaciones con periodicidad definida por la situación epidemiológica y las necesidades de los usuarios.

Conclusiones

La información presentada en el cuadro 1 refleja el trabajo realizado por los países de la Región de las Américas para difundir la información epidemiológica mediante boletines epidemiológicos. Se destacan tanto los esfuerzos de países con infraestructura limitada o sistemas de vigilancia incipientes como Paraguay, Bolivia y Haití, como los de países con redes establecidas que han mantenido sus boletines durante las últimas décadas y expandido su alcance, como Venezuela o Brasil.

La difusión de la información epidemiológica por este medio es altamente sensible al buen funcionamiento del sistema de vigilancia y a la disponibilidad permanente de recursos financieros y humanos dedicados a la preparación y distribución de los boletines. En el contexto de los diferentes sistemas de salud de los países de las Américas, siguen existiendo debilidades en la diseminación de información epidemiológica mediante este instrumento, que se manifiestan sobre todo en la falta de continuidad y en la extemporaneidad de la publicación y distribución de los informes.

Lo preocupante sería que más allá de los problemas logísticos, esta situación refleje sobre todo la poca disponibilidad – y por lo tanto la falta de utilización – de la información epidemiológica a los niveles de decisión en salud. Por lo tanto, es importante poner la prioridad y los recursos necesarios en la generación, análisis y difusión de información oportuna y de buena calidad, que alimenta no solo los *boletines* sino también otros medios de difusión y uso gerencial y político de la información, como por ejemplo las *salas de situación de salud*. Cual sea la situación particular de los diferentes países de la Región, este diagnóstico ilustra que existe una experiencia positiva para desarrollar gradualmente una cultura de uso de la información epidemiológica como inteligencia para la salud pública, que permita responder adecuadamente a las necesidades de las poblaciones de las Américas.

Cuadro 1: Inventario de los Boletines en la Región de las Américas

País	Institución responsable	Año de inicio	Periodicidad	URL (Julio de 2003)
Argentina				
♦ <i>Boletín Epidemiológico Nacional</i>	Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud	1980	Anual	www.direpi.vigia.org.ar/publicaciones.htm
♦ <i>Reporte Epidemiológico Periódico</i>	Programa Nacional de Epidemiología (SINAVE)	2002	Mensual	www.direpi.vigia.org.ar
♦ <i>Epinoticias</i>	Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud	2002	Diaria	N.E.
Barbados				
♦ <i>Weekly Report of Notifiable Diseases</i>	Ministry of Health	1969	Semanal	N.E.
Bolivia				
♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Unidad de Epidemiología, Servicio Departamental de Salud de La Paz	2000	Trimestral	N.E.
Brasil				
♦ <i>Boletim Eletrônico Epidemiológico</i>	Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	2001	Bimestral	www.funasa.gov.br/pub/pub00.htm#
♦ <i>Informe Epidemiológico do SUS</i>	Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI/ FUNASA)	1992	Trimestral	www.funasa.gov.br/pub/pub00.htm#
Canadá				
♦ <i>Canada Communicable Disease Report</i>	Population and Public Health Branch, Health Canada	1975	Bisemanal	www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/
♦ <i>Chronic Diseases in Canada</i>		1980	Trimestral	www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/

Colombia ♦ <i>SIVIGILA</i>	Dirección Nacional de Salud Pública, Ministerio de Salud	1997	Semanal	www.col.ops-oms.org/situacion/vigilancia.asp
♦ <i>Informe Quincenal Epidemiológico Nacional</i>	Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de Colombia	1996	Bisemanal	www.ins.gov.co/epidemiologia/cce/iquen.htm
♦ <i>Revista Epidemiológica de Antioquia</i>	Servicio Seccional de Salud de Antioquia	1978	Trimestral	N.E.
Costa Rica ♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud	2001	Semanal	N.E.
Cuba ♦ <i>Boletín Epidemiológico del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kuri"</i>	Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kuri"	1991	Semanal	www.ipk.sld.cu
Chile ♦ <i>El Vigía</i> ♦ <i>e-vigía</i>	Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud	1998 2001	Variable Mensual	epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame4.htm epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame4.htm
Ecuador ♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Dirección Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública	2002	Semestral	N.E.
El Salvador ♦ <i>Boletín Epidemiológico Semanal</i> ♦ <i>Boletín Epidemiológico Mensual</i>	Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud	* *	Semanal Irregular	N.E. N.E.
Estados Unidos de América ♦ <i>Morbidity and Mortality Weekly Reports</i>	United States Centers for Disease Control and Prevention	1951	Semanal	www.cdc.gov/mmwr/index.html
Guatemala ♦ <i>Boletín Epidemiológico Nacional</i>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	2001	Trimestral	www.mspas.gob.gt/
Guyana Francesa, Martinica, Guadalupe (Francia) ♦ <i>Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire</i>	Institut de Veille Sanitaire, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité	*	Semanal	www.invs.sante.fr/beh/default.htm
Haití ♦ <i>Bulletin d'Epidémiologie</i>	Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haiti	2000	Irregular	N.E.
Honduras ♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Departamento de Epidemiología, Secretaría de Salud	*	Semanal	*
Jamaica ♦ <i>Weekly Surveillance Bulletin</i>	Epidemiology Unit, Ministry of Health	*	Semanal	N.E.
México ♦ <i>Epidemiología</i>	Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud	1995	Semanal	www.epi.org.mx
Nicaragua ♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Dirección de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud	1992	Semanal	www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin.htm
Panamá ♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades, Ministerio de Salud	1976/77	Mensual	N.E.
Paraguay ♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Dirección General de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	1995	Irregular	N.E.
Perú ♦ <i>Boletín Epidemiológico Semanal</i>	Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud	1993	Semanal	www.oge.sld.pe
Puerto Rico ♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	Departamento de Salud	1984	*	*
República Dominicana ♦ <i>Boletín Epidemiología</i> ♦ <i>Boletín Epidemiológico Semanal</i>	Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social	1986 2001	Trimestral Semanal	N.E. N.E.

Suriname ♦ <i>Epidemiological Bulletin</i>	Epidemiological Department, Bureau of Public Health	*	Semestral	N.E.
Venezuela ♦ <i>Alerta Epidemiológico</i> ♦ <i>Boletín Epidemiológico Semanal</i>	Dirección de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (con participación de la Dirección de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria)	1997 1945	Semanal Semanal	www.msds.gov.ve (Sección: "Estadísticas") N.E.

* = Información no disponible; N.E. = no existe

Cuadro 2: Boletines de Organismos Internacionales

Nombre del Boletín	Institución responsable	Año de Inicio	Periodicidad	URL
♦ <i>Boletín Epidemiológico</i>	OPS (DD/AIS)	1980	Trimestral	http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/bsindexs.htm
♦ <i>Boletín Informativo del Programa Ampliado de Inmunizaciones en las Américas</i>	OPS (FCH/IM)	1979	Bimestral	http://www.paho.org/spanish/hvp/hvi/epi_newsletter.htm
♦ <i>Boletín de Desastres</i>	OPS (DD/PED)	1979	Trimestral	http://www.paho.org/spanish/dd/ped/boletin.htm
♦ <i>Weekly Epidemiological Record</i>	OMS	1929	Semanal	http://www.who.int/wer
♦ <i>CAREC Surveillance Report</i>	Caribbean Epidemiology Centre, CAREC (OPS/OMS)	1981		http://www.carec.org/publications/reg-pub.html
♦ <i>Desafíos de la Salud Fronteriza (Boletín de la Oficina de Campo Frontera México-Estados Unidos)</i>	Oficina de Campo Frontera México/ Estados Unidos (OPS/OMS)	2003	Trimestral	http://www.fep.paho.org/spanish/publicaciones/desafios/num-02/Revista.asp?pag=01

Fuente: Preparado por el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS) de la OPS en Washington, D.C y en las Representaciones OPS/OMS en República Dominicana y Honduras.

Cápsula de tiempo sobre la situación de salud en las Américas, 1902-2002

En 2002, varios eventos y actividades conmemoraron en todo el continente americano los 100 años de existencia de la OPS y los logros de la Organización en sus diferentes áreas de trabajo. Desde su creación en 1902, la Oficina Sanitaria Panamericana, el brazo técnico de la OPS, ha tenido la función estratégica de recopilar y difundir la información sobre la salud de los pueblos de las Américas, de la cual surgieron muchos programas y proyectos, así como innumerables productos relacionados, algunos de los cuales tienen un valor histórico importante.

Para preservar la memoria de algunas de las actividades de la Organización en la recolección, análisis y difusión de la información sanitaria durante el último siglo, el Centro Nacional de Epidemiología brasileño (CENEPI) y el Programa Especial de Análisis de Salud de la OPS [desde marzo de 2003, conocido como el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS)] han creado una Cápsula de Tiempo sobre análisis de la situación de salud, que quedará en el Museo de la Salud Pública de la Fundación Nacional de Salud Brasileña (Fundação Nacional de Saúde, FUNASA) en Brasilia, Brasil durante los próximos 50 años. Su contenido consta de una colección de documentos que se considera reflejan la historia de la OPS en el área de las estadísticas sanitarias y la evolución de su cooperación técnica en epidemiología. También ilustra el estado cambiante de la salud de las poblaciones de la Región durante el último siglo y los esfuerzos de análisis de situación de salud y tendencias que lo han acompañado. Ade-

más se incluyen herramientas históricas y actuales, como las Clasificaciones Internacionales, usadas en el manejo y el análisis de datos de salud.

La Cápsula de tiempo se cerró oficialmente el 10 de diciembre de 2002. Se espera que los materiales colocados en ella proporcionen una visión general de la evolución de la Epidemiología y del Análisis de la Situación de salud a las futuras generaciones de las Américas, desde la creación de la OPS hasta el comienzo del Siglo XXI. La Cápsula estará bajo la custodia del Museo de la Salud Pública en Brasilia hasta que se reabra en 2052.



Actualización sobre el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)

La epidemia de SRAS ha decrecido desde el 28 de mayo de 2003. Al momento de esta publicación, el último caso probable notificado en el mundo fue detectado y aislado el 15 de junio de 2003 y han pasado más de 20 días, o sea dos veces el período de incubación, desde la detección del último caso. Por lo tanto se considera que la cadena de transmisión de persona a persona ha sido interrumpida, lo cual indica que el coronavirus del SRAS ya no está circulando en la población humana. La OMS sigue recibiendo rumores de posibles casos, lo que indica que los sistemas de vigilancia están funcionando adecuadamente. Hasta la fecha, todos los casos probables recientemente notificados han sido exhaustivamente investigados y se han determinado otras causas para ellos.

Sin embargo, los científicos actualmente no pueden garantizar que el SRAS haya sido eliminado, ya que quedan pendientes preguntas acerca de los orígenes del virus y su posible aparición estacional. Además, es posible que la transmisión pueda estar ocurriendo en alguna parte en el mundo a nivel tan bajo que no haya sido detectada.

La población mundial debe considerarse vulnerable a una posible resurgencia del SRAS mientras no exista un mejor entendimiento de los orígenes del virus y de las circunstancias que puedan haberle permitido pasar de un huésped animal o de una fuente ambiental a los seres humanos. Sin este conocimiento, no se puede predecir la evolución futura del brote o su terminación.

Desde el comienzo de la epidemia mundial de SRAS en marzo de 2003 hasta el 9 de julio, se han notificado 8.436 casos probables y 812 muertes en 29 países. La mayoría de los casos ocurrió en trabajadores de atención de salud y en los contactos estrechos a los pacientes. Los más afectados por el SRAS en las Américas han sido Canadá y los Estados Unidos de América. Brasil informó sobre 3 casos probables (2 de ellos fueron descartados posteriormente) y Colombia 1 caso probable.

La OMS está cambiando su agenda, de una respuesta de urgencia a un programa basado en la investigación, encaminado a proteger el mundo contra cualquier resurgimiento futuro del SRAS. Se sabe muy poco acerca de los orígenes del virus del SRAS y el papel posible – si existiera – de los animales en el ciclo de transmisión. Además, todavía no se dispone de una prueba de diagnóstico rápida adecuada para el SRAS. Asimismo, las pruebas de laboratorio necesitarían ser suficientemente sencillas y baratas para usarse en países con diferentes sistemas de salud y recursos para la atención de salud. Se espera que estos temas dominen el temario de las investigaciones sobre este padecimiento.

Mientras, la OMS tiene buen motivo para creer que, si el SRAS resurgiera este año, la repercusión mundial sería más leve que lo experimentado durante la emergencia mundial inicial. Cinco razones apoyan este razonamiento.

Primero, los sistemas de salud pública del mundo han demostrado su capacidad para pasar rápidamente a una fase de alerta alta. La detección inmediata y el aislamiento de los casos importados en América Latina, África e India son buenos ejemplos tanto del nivel de la vigilancia como de su eficacia para prevenir una propagación adicional. Algunas de las zonas más afectadas por el SRAS, incluidos Hong Kong y

Singapur, proponen mantener un nivel alto de vigilancia, apoyado por medidas para el tamizaje y la detección, por lo menos hasta el final del año.

Segundo, el mundo sabe qué hacer. Las medidas de control han demostrado su capacidad para detener completamente los brotes. En las Américas, los países han movilizado recursos nacionales para examinar y adaptar la vigilancia internacional y las normas de prevención y control para enfrentarse a la potencial introducción de la enfermedad, y para investigar los casos posibles.

Tercero, puede esperarse que el esfuerzo intensivo de investigación actualmente en marcha mejore el conocimiento científico del SRAS y produzca mejores herramientas de diagnóstico y de control.

Cuarto, las resoluciones adoptadas durante la Asamblea Mundial de la Salud de mayo pasado, han fortalecido la capacidad de la OMS para responder a los brotes, lo que permitió pasar de una confianza pasiva en las notificaciones oficiales del gobierno a un papel activo de notificación al mundo, tan pronto las pruebas indiquen que un brote representa una amenaza para la salud pública internacional.

Por último y quizás de manera más importante, el SRAS ha recalado la importancia de la advertencia inmediata y completa sobre los casos de cualquier enfermedad con un potencial de propagación internacional. En el clima actual, influido por las lecciones aprendidas del SRAS, parece improbable que cualquier país eligiera ocultar un resurgimiento de casos de SRAS. Se pide a los países que usen su experiencia con el SRAS para fortalecer la capacidad epidemiológica y de laboratorio, como parte de los planes de preparación para responder a la próxima infección emergente o a la próxima pandemia de influenza.

El SRAS ha demostrado claramente que la aparición de una nueva enfermedad en un mundo sumamente móvil, interconectado e interdependiente puede tener graves repercusiones fuera del sector salud y de las áreas geográficas golpeadas directamente por el brote. Este sentido de vulnerabilidad compartida se considera como una motivación fuerte para continuar con la colaboración internacional en la prevención y control de las enfermedades prioritarias.

Referencias:

- (1) Organización Mundial de la Salud. Update 89 – What happens if SARS returns? *Situation Updates – SARS* [Página internet]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/sars/archive/en/>. Accedido el 11 de julio de 2003.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Update 91 – SARS research: the effect of patents and patent applications. *Situation Updates – SARS* [Página internet]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/sars/archive/en/>. Accedido el 11 de julio de 2003.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Update 96 – Taiwan, China: SARS transmission interrupted in last outbreak area. *Situation Updates – SARS* [Página internet]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/sars/archive/en/>. Accedido el 11 de julio de 2003.

Fuente: Preparado por el Área de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Enfermedades Transmisibles de la OPS (DPC/CD).

Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades. Segunda edición

Desde su producción original en 1980, los Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) han circulado ampliamente en países de las Américas de habla española, inglesa, portuguesa y francesa y se han constituido en un reconocido instrumento de capacitación básica de los equipos locales de salud en epidemiología aplicada al control de problemas de salud.

El último cuarto del siglo XX ha sido una época de acelerado desarrollo de la epidemiología como disciplina científica básica de la salud pública. Este desarrollo ha estado acompañado por un intenso esfuerzo de difusión del conocimiento mediante la producción de investigación epidemiológica y la disponibilidad de libros de texto sobre epidemiología. La redefinición de la estructura, las funciones y el papel de las unidades de epidemiología de los ministerios de salud pública en América Latina y el Caribe—incluyendo la operación de sistemas de vigilancia, la capacitación en servicio, el análisis de la situación de salud y la definición de acciones en salud, ha adquirido mayor importancia dentro de los planes de fortalecimiento institucional.

Por lo anterior, se planteó la necesidad de revisar la vigencia de los contenidos del MOPECE, a la luz de los cambios ocurridos en la teoría y práctica de la salud pública panamericana y estimulado por la continua demanda del MOPECE en los países de la Región.

El proceso de revisión del MOPECE, conducido por el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA) [desde marzo 2003 el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS)] con la cooperación técnica de los Programas Regionales de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) [ahora la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR)] y Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HCT) [ahora la Unidad de Enfermedades Transmisibles (CD)] de la OPS, contó con la participación de numerosos profesionales de la salud con experiencia docente y de servicio en epidemiología y otras disciplinas de la salud pública en las Américas.

En esta segunda edición del MOPECE se ha puesto especial énfasis en preservar la naturaleza y estructura de la edición original. Esta edición sigue siendo un instrumento de capacitación en epidemiología básica, dirigido a profesionales integrantes de equipos y redes locales de salud y orientado al uso de la epidemiología en la gestión de los servicios de salud, en especial para facilitar la implementación de respuestas prácticas a la atención de los problemas de salud cotidianos de las comunidades.

Los objetivos del MOPECE son:

- Apoyar la capacitación del personal profesional y equipos locales de salud en la aplicación sistemática de los conceptos, métodos, técnicas y enfoque básicos de la epidemiología para el control de enfermedades y problemas de salud en las poblaciones.
- Proporcionar el “lenguaje común” necesario para el desarrollo de redes de comunicación e información epidemiológicas entre los equipos multidisciplinarios locales de salud, incluyendo la operación de sistemas interconectados de vigilancia en salud pública.

- Fortalecer los servicios locales de salud en sus capacidades de organización y respuesta oportunas y eficientes ante situaciones de alerta epidemiológica.
- Estimular el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades analíticas y resolutorias de la práctica epidemiológica en la gestión local en salud.

El MOPECE–Segunda edición está organizado en las siguientes seis unidades modulares:

Unidad 1: Presentación y marco conceptual

Unidad 2: Salud y enfermedad en la población, que describe la dimensión poblacional en la que se inscriben los conceptos, métodos y aplicaciones de la epidemiología como disciplina básica de la salud pública.

Unidad 3: Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población, que describe los elementos básicos del proceso de cuantificación para el análisis de los problemas de salud en la población.

Unidad 4: Vigilancia en salud pública, que describe y actualiza elementos, enfoques y usos de la vigilancia como actividad básica de la epidemiología.

Unidad 5: Investigación epidemiológica de campo. Aplicación al estudio de brotes, que describe los lineamientos de la investigación epidemiológica de campo y su utilidad en el estudio de brotes desde el punto de vista operativo y aplicado a los niveles locales de salud.

Unidad 6: Control de enfermedades en la población, que plantea cómo la medición, vigilancia y análisis sistemático de las condiciones de salud en la población pueden conducir a la identificación, aplicación y evaluación, en el nivel local, de medidas de control eficaces y oportunas y de otras intervenciones.

El MOPECE, fue diseñado para ser aplicado en el marco didáctico de un taller de capacitación y la Segunda Edición conserva esta orientación fundamental. En consecuencia, el MOPECE–Segunda edición no es un libro de *texto*, sino un **material** didáctico que se aplica en un **taller**. El taller debe ser entendido como una experiencia de capacitación colectiva en epidemiología aplicada, de naturaleza presencial y carácter participativo. Los destinatarios principales son los *profesionales* que integran **equipos multidisciplinarios de salud**, particularmente si constituyen redes locales de salud.

El MOPECE–Segunda edición incluye un Manual del Facilitador de Grupo que contiene orientaciones para la facilitación de grupos de trabajo específicos por unidad modular, respuestas razonadas a los ejercicios cuantitativos, un conjunto básico de artículos científicos y documentos técnicos de referencia.

La OPS ha puesto a su disposición este conjunto de materiales y opciones de capacitación a través de los 580 puntos de venta de Paltex a partir del mes de marzo de 2003.

Si requiere mayor información o si desea hacer comentarios y sugerencias sobre el MOPECE–Segunda edición, favor de dirigirse a la siguiente dirección: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información 525 Twenty-third St., N.W., Washington DC 20037-4649, U.S.A., Fax: (202) 974-3674; E-mail: ais@paho.org

Informe de la Trigésima Cuarta sesión sobre Estadísticas Sanitarias de la Comisión Estadística de las Naciones Unidas, marzo de 2003

Se celebró la Trigésima Cuarta sesión de la Comisión Estadística de las Naciones Unidas del 4 al 7 de marzo de 2003 en Nueva York, NY, E.U.A. Estuvieron presentes veinticuatro Estados Miembros de la Comisión. También asistieron observadores de otros Estados Miembros del sistema de Naciones Unidas y de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales. Estuvieron representadas la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Oficina Regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Comisión examinó el trabajo en curso de los grupos de países y organizaciones internacionales en diversos campos de las estadísticas demográficas, sociales, económicas y ambientales y en ciertos asuntos de alcance intersectorial en las estadísticas.¹ Según se presenta sucintamente más abajo, los temas abordados por la Comisión incluyeron la coordinación general entre las organizaciones internacionales y las oficinas estadísticas nacionales en la producción y difusión de estadísticas sanitarias; el apoyo internacional para aumentar la capacidad de los países en desarrollo de responder a las necesidades de vigilar las actividades relacionadas con la Meta de Desarrollo del Milenio 8 (Desarrollar una asociación mundial para el desarrollo); y la importancia de la formación de una capacidad estadística como parte de los programas de desarrollo.

La OMS presentó un informe resumiendo sus actividades recientes con relación a las estadísticas sanitarias. El documento incluyó una discusión sobre el arbitraje científico de la OMS; el desarrollo y la difusión de las estadísticas sanitarias; la encuesta mundial de salud; y el fortalecimiento de la capacidad de los países. La Comisión recibió con beneplácito el informe y, entre otras cosas:

- a) Expresó apoyo al trabajo de la OMS en la Familia de Clasificaciones de la OMS y solicitó lineamientos para la preparación de cuentas sanitarias nacionales.
- b) Propuso preparar normas sobre la implementación de los sistemas automatizados de codificación para registrar la causa de muerte;
- c) Solicitó a la OMS, en colaboración con la División de Estadística de las Naciones Unidas y otros cuerpos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, explorar métodos alternativos para calcular la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).
- d) Solicitó que se creara un grupo de “Amigos del Presidente” para: revisar la coordinación entre las organizaciones internacionales, y entre las organizaciones internacionales y las oficinas estadísticas nacionales, en la producción y difusión de las estadísticas sanitarias; recomendar acciones a tomar para el mejoramiento; y preparar un informe para la Comisión.
- e) Asimismo, solicitó que se mantenga el sub-ítem denominado “Estadísticas de salud” en la agenda de las próximas sesiones del Comité.¹

La Comisión examinó también el informe del Secretario General sobre el tema de las Estadísticas Sociales y recomen-

dó acciones para tomar. Entre otras cosas, en lo que se refiere a la recolección internacional de estadísticas de discapacidad, la Comisión:

- a) Recalcó la necesidad de asegurar la recolección de estadísticas de discapacidad internacionalmente compatibles; y,
- b) Recomendó la compilación de estadísticas pertinentes al género.¹

La Comisión también revisó el informe sobre el estado de la notificación de los países sobre las metas de desarrollo del milenio. La Comisión estuvo de acuerdo en que se requiere mayor armonización y asignación de prioridades en el campo de los indicadores de desarrollo, en particular con respecto a los indicadores de las Metas de Desarrollo del Milenio (Millennium Development Goals, MDGs). Los MDGs nacieron como resultado de la Declaración del Milenio que fue adoptada por 147 jefes de Estado y de gobierno y 189 naciones en septiembre de 2000. El objetivo de la Declaración es promover un enfoque integral y una estrategia coordinada, abordando varios problemas simultáneamente a través de un frente amplio. Para ayudar al monitoreo del progreso, los expertos de desarrollo de los organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas, así como el Fondo Monetario Internacional, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y el Banco Mundial elaboraron a partir de la Declaración de las Metas del Milenio un marco de metas y objetivos cuantificables para combatir la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, el deterioro ambiental y la discriminación contra la mujer.²

En su trigésima cuarta sesión, los miembros de la Comisión recalcaron que:

- a) Cualquier lista internacional de indicadores recomendados debe adaptarse a las circunstancias económicas y sociales y las prioridades de cada país, teniendo en cuenta las capacidades estadísticas y la necesidad de cada país de un programa escalonado y práctico de desarrollo de las estadísticas; y
- b) Los servicios estadísticos nacionales deben tener una función protagónica al desarrollar informes nacionales del país.

La Comisión consideró como punto del orden del día la “Formación de Capacidad Estadística”. El informe correspondiente examinó las actividades de cooperación realizadas por la División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSD) que buscan formar la capacidad estadística de los países en las regiones respectivas. UNSD sigue prestando especial atención al aumento de la capacidad mediante la transferencia de la pericia técnica entre los países y la promoción de normas técnicas y metodologías comunes.³ La Comisión recalcó la importancia de la formación de capacidad estadística y recalcó que los esfuerzos de formación de capacidad estadística necesitaban ser una parte integrante de los programas de desarrollo.

Estos y otros temas relacionados con las estadísticas nacionales, su comparabilidad y la promoción de mejores

métodos estadísticos estarán incluidos en el programa de la trigésima quinta sesión de la Comisión para marzo de 2004.

Referencias

- (1) Organización de las Naciones Unidas. Comisión Estadística. Report of the Thirty-Fourth Session. Nueva York, NY, E.U.A.: NN.UU.; 4-7 de marzo 2003. (E/CN.3/2003/34)
- (2) Organización de las Naciones Unidas. Comisión Estadística. Report of the Thirty-Fourth Session. Harmonization of indicators and reporting on progress towards the millennium

development goals. Nueva York, NY, E.U.A.: NN.UU.; 4-7 de marzo 2003. (E/CN.3/2003/21)

- (3) Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Report of the Thirty-Fourth Session of the United Nations Statistical Commission. Statistical capacity-building. Nueva York, NY, E.U.A.: NN.UU.; 4-7 de marzo 2003. (E/CN.3/2003/23)

Fuente: Preparado por el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS) de la OPS.

Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10)

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud viene coordinando la revisión periódica de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desde 1948. Como resultado de un proceso iniciado en 1983, los tres volúmenes de las versiones en inglés y francés de la Décima y más reciente Revisión de la CIE se publicaron entre en 1992 y 1994. La traducción a otros idiomas fue preparada por centros colaboradores de la OMS¹ y otras instituciones en todo el mundo. En particular, la versión en español fue publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1995.

Antes de la 10ª Revisión, no se publicaban actualizaciones entre las revisiones, que ocurrían en ciclos de diez años. Es así que en 1900, se introdujo la CIE-1, la primera revisión de la clasificación original de 1893 de Bertillon, en 1910 la CIE-2, y así sucesivamente hasta la CIE-9, publicada en 1979. Por solicitud de varios países, la introducción de la CIE-10 se retrasó hasta 1994, cuando empezó a usarse en unos países de Europa. Desde 1995 está implementándose gradualmente en el resto del mundo.

Proceso de actualización

En 1989, la Conferencia Internacional para la CIE-10 de la OMS recomendó que se definiera un mecanismo de actualización para que se pudiera incorporar cambios entre las revisiones. Para ese efecto, dos distintos cuerpos, el Grupo de Referencia de Mortalidad (MRG por su denominación en inglés, Mortality Reference Group) y el Comité de Referencia para la Actualización (Update Reference Committee, URC), fueron establecidos en 1997 y 1999, respectivamente, para iniciar y dar seguimiento a ese proceso (Ver figura 1).

El MRG está integrado por los miembros de los diferentes centros colaboradores de la OMS y toma decisiones sobre la aplicación e interpretación de la CIE para mortalidad, así como sobre recomendaciones al URC sobre las actualizaciones propuestas para la CIE. El URC recibe propuestas del MRG y sus miembros a través de los centros colaboradores de la OMS para la Familia de Clasificaciones Internacionales² y presenta las recomendaciones sobre las actualizaciones propuestas para mortalidad y morbilidad a los Centros Colaboradores. A diferencia de lo que ocurría en el pasado, estas recomendaciones refuerzan el proceso de *actualización* de la CIE-10 en lugar de crear una base para una CIE-11. Son los informes de los países a los centros colaboradores sobre

cualquier problema en el uso de la CIE-10 que permiten este proceso continuo. En la Región de las Américas, el centro para el idioma inglés está ubicado en el Centro Nacional para las Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos (National Center for Health Statistics, NCHS), el centro de lengua española es el Centro Venezolano para la Clasificación de Enfermedades en Venezuela (CEVECE), y el centro de idioma portugués está en la Universidade de São Paulo (CBCD) en Brasil. En su papel de Oficina Regional de la OMS para las Américas, la OPS también sirve de enlace fundamental entre los países y el URC en la actualización de la Clasificación.

Los cambios en la CIE varían en naturaleza desde correcciones menores, que se actualizan en la lista tabular de la clasificación cada año, hasta alteraciones mayores que se incorporan cada tres años.

Los cambios menores incluyen:

- Corrección o aclaración de un término del índice alfabético existente, que sólo cambia la asignación del código a un código dentro de la misma categoría de tres caracteres.
- Mejoras de la lista tabular o del índice (como la agregación de un término de inclusión a un código existente; de una nota de exclusión; la repetición de un elemento del índice alfabético existente bajo otro término principal).
- Cambio en una descripción del código que mejora la descripción en lugar de cambiar el concepto.
- Cambio en una regla o norma que no afecta a la integridad de la recolección de los datos de morbilidad o mortalidad.
- Corrección de un error tipográfico.

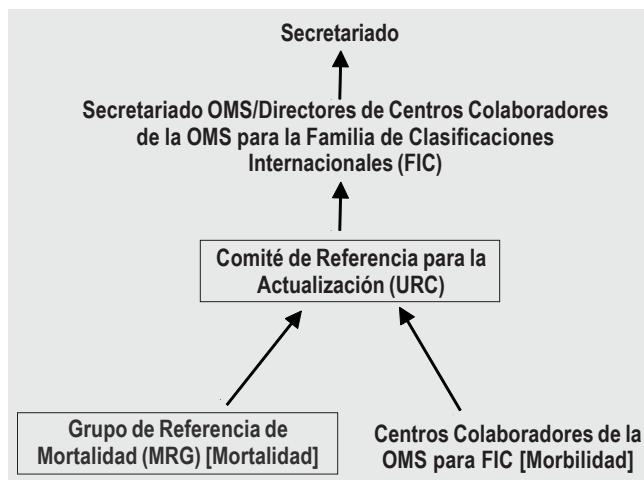
Los cambios mayores incluyen:

- Agregación de un código.
- Supresión de un código.
- Movimiento de un código a otra categoría o capítulo.
- Cambio en un término del índice alfabético existente que cambia la asignación del código de una categoría de tres

¹ Peking Union Medical College Hospital, Beijing, China (Chino), INSERM, Le Vésinet, France (French), University Hospital, Uppsala, Sweden (Países nórdicos), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil (Portugués), The N.A. Semaško Institute, Moscow, Russian Federation (Ruso), and the Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, Caracas, Venezuela (Español).

² Ver la siguiente página para la lista en inglés de los Centros Colaboradores en todo el mundo: <http://www.who.int/whosis/icd10/collabor.htm>.

Figura 1: Relación entre el URC, MRG, los Centros Colaboradores de la OMS y el Secretariado de la OMS



caracteres a otra categoría de tres caracteres (movimiento de términos).

- Cambio en una regla o norma que afecta a la integridad de la recolección de datos de morbilidad o mortalidad.
- Introducción de un nuevo término en el índice.

Todas las actualizaciones se incorporan anualmente en el índice de la CIE si no tienen un impacto en la estructura de la lista tabular. Las actualizaciones oficiales a los volúmenes publicados de CIE-10 se publican en dos formatos: 1) una lista acumulativa de todos los cambios aportados a la CIE-10 a partir de 1996, y 2) una lista anual de los cambios aportados a la CIE-10 desde 1996. Ambas listas están disponibles en inglés en: www2.fhs.usyd.edu.au/ncch/WHO%20URC/who_urc.html #WHO_Off_Updates.

La versión en español de las actualizaciones acumulativas, preparada por la OPS, estará pronto disponible en: www.paho.org. También en el caso de la CIE en español, las correcciones acumulativas y las actualizaciones hasta enero de 2003 se han incorporado en una *nueva Edición (2003) de la CIE-10* (Ver cuadro 1). Por consiguiente, los volúmenes de la CIE-10 en español adquiridos a partir de ahora incluirán todos los cambios ocurridos entre 1996 y 2003. Esto será de utilidad para los nuevos compradores de los volúmenes de la CIE-10, que no necesitarán buscar los cambios hechos durante el período 1996-2003. Sin embargo, es importante señalar que la publicación de la versión 2003 de la CIE-10 no implica que los usuarios actuales tendrán que reemplazar sus volúmenes de la clasificación. En efecto, aunque se hicieron bastantes correcciones (se crearon nueve códigos nuevos, se eliminaron ocho, algunas condiciones incluidas en un código específico están ahora incluidas en otro y se cambiaron algunos criterios para usar las reglas de codificación), las mismas no son suficientemente significativas para requerir el reemplazo de los conjuntos actuales de la CIE-10. Aún más, las correcciones y actualizaciones están constantemente

difundiéndose a través de diferentes mecanismos, como el “Forum-CIE” electrónico en español y el “ICD-Forum” en inglés³, lo que permite a los usuarios incorporar los cambios manualmente en sus volúmenes de la CIE-10. Asimismo, se está desarrollando un sitio web para incluir los recursos disponibles sobre CIE-10.

Comentario final

Debe observarse que no se esperan muchos otros cambios en la revisión actual de la CIE en los próximos años, según disminuye la detección de errores e inexactitudes con el uso regular de la Clasificación. Como se menciona anteriormente, la OPS ya ha publicado la Edición 2003 de la CIE-10 en español. La publicación de las versiones en inglés y francés de la misma la realizará la OMS, y en portugués la Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP) en coordinación con la OPS y el Centro Colaborador brasileño.

Cuadro 1: “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión”, Edición 2003

Esta nueva edición *en español* de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades incluye todas las actualizaciones aprobadas entre 1996 y 2003. Está también disponible en el CD-ROM.

1995 (reimpresión actualizada de 2003), el ISBN 92 75 31554 X

- **Volumen 1:** Código: LAPC 554A; US\$ 68.00/51.00 en los países de América Latina y el Caribe
- **Volumen 2:** Código: LAPC 554B; US\$ 27.00/18.00 en los países de América Latina y el Caribe
- **Volumen 3:** Código: LAPC 554C; US\$ 40.00/32.00 en los países de América Latina y el Caribe
- **Conjunto completo:** Código: ST 013; US\$ 122.00/90.00 en los países de América Latina y el Caribe

Contacto: oficinas de la OPS/OMS en los países o sede de la OPS en Washington, DC: Tel: (301) 617-7806; Fax: (301) 206-9789; correo electrónico: paho@pmds.com; <http://publications.paho.org>

Referencias:

- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. – 10a. revisión. v. 3. Lista tabular. Washington, D.C.:OPS; 1995. (Publicación científica 554)
- Organización Mundial de la Salud. Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases. Copenhagen, Dinamarca: OMS; 14-20 de octubre 1997. (WHO/HST/ICD/C/97.65)
- Organización Mundial de la Salud. Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases. Paris, Francia: OMS; 13-19 de octubre de 1998. (WHO/GPE/ICD/C/98.60)
- Organización Mundial de la Salud. Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases. Cardiff, País de Gales: OMS; 17-22 de octubre de 1999. (WHO/GPE/ICD/99.56)
- Organización Mundial de la Salud. Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases. Rio de Janeiro, Brasil: OMS; 15-21 de octubre de 2000. (WHO/GPE/ICD/C/00.71)
- Organización Mundial de la Salud. Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases. Bethesda, MD, E.U.A.: OMS; 21-27 de octubre de 2001. (WHO/GPE/CAS/C/01.97)

Fuente: Preparado por el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS) de la OPS.

³ Para suscribir al Forum-CIE y/o ICD-Forum, enviar un e-mail a beckerro@paho.org o hazlewom@paho.org con su nombre, ciudad, país, posición y nombre de institución.

Iniciativa de Datos Básicos: nuevos folletos

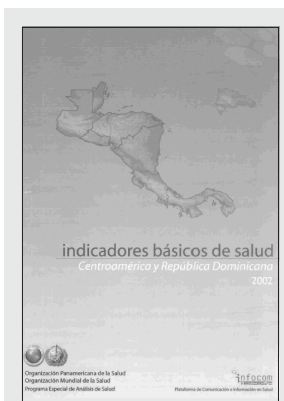
La Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, surgió en 1995 como un esfuerzo conjunto de los Países Miembros y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de sus Representaciones, Divisiones y Programas Técnicos. Desde entonces, ha sido coordinado por el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), actualmente Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS) de la OPS. Este esfuerzo ha permitido ampliar la capacidad del Secretariado y de los Estados Miembros para recolectar, validar y analizar sistemáticamente la información en salud.

El folleto regional de indicadores básicos de salud se ha publicado periódicamente por ocho años y ha sido la base para la realización de instrumentos similares en al menos 23 países de la Región. En general, este ejercicio de recolección y presentación de los datos de salud ha proveído insumos para un análisis más sistemático de la situación de salud en los países. La edición 2003 del folleto será disponible en Septiembre de este año.

Para responder a la necesidad de contar con una información veraz y comparable para la toma de decisiones en áreas geopolíticas específicas, se han publicado recientemente los siguientes folletos:

Folleto de indicadores básicos de salud Centroamérica y República Dominicana, 2002

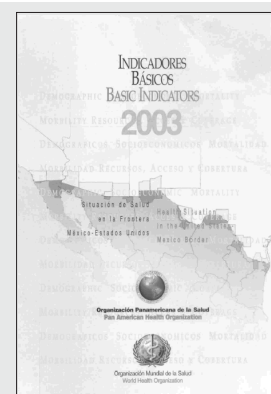
Es el primer folleto con información de nivel subregional y es el resultado de los esfuerzos conjuntos de los países de Centroamérica y República Dominicana desde 1995. Durante este mismo año, por acuerdo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) en apoyo al Plan de Acciones Inmediatas en Salud de Centroamérica (PAISCA), se creó el proyecto de Información y Comunicación en Salud (INFOCOM). El objetivo de este proyecto es poner



en funcionamiento una red de servicios de información y comunicación en salud en Centroamérica, para apoyar los planes de salud de los países de esta Subregión. Este folleto es una forma más de difundir y compartir la información existente en esta Subregión. Incluye información de 34 indicadores, (demográficos; socioeconómicos; mortalidad; morbilidad y de recursos, acceso y cobertura) con desglose subnacional.

Folleto Indicadores Básicos 2003, Situación de salud en la Frontera México-Estados Unidos

Este folleto surge del esfuerzo de la Oficina de Campo de la Frontera México-Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud con la participación de los gobiernos de México y Estados Unidos, así como los aportes de los gobiernos estatales y locales de ambos países. Esta colección de indicadores presenta los problemas de salud en su contexto social y económico y es el primer paso para el análisis de la situación de salud en la frontera México-Estados Unidos. El Folleto contiene información de 40 indicadores divididos en cinco categorías (demográficos; socio-económicos; mortalidad; morbilidad y de recursos, acceso y cobertura.) Presenta información comparativa entre el nivel nacional, estatal y de condado o de municipio, con datos de los 10 estados fronterizos y los 29 condados y municipios hermanos en la frontera.



La adopción de la Iniciativa de Datos Básicos en los países ha proveído oportunidades para fortalecer los sistemas de información en salud y generado evidencia en la cual basar la planificación de acciones de salud. Se deben sostener los esfuerzos para extenderla y fortalecerla en la Región de las Américas.

Anuncio: II Reunión del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud (CRAES) de la OPS

La segunda reunión del CRAES se celebrará en Washington, DC del 10 al 12 de septiembre de 2003. El Comité se reactivó en 2000 y se reúne periódicamente para analizar el estado de las estadísticas sanitarias en la Región de las Américas y promover mejores coberturas y calidad de las estadísticas demográficas y otras de interés para el sector salud.

Algunos temas de la Reunión de 2003 son: las Metas de Desarrollo del Milenio a los niveles nacionales, regionales e internacionales, con temas relacionados con la calidad de los datos, los problemas de disponibilidad y las implicaciones de estos indicadores para el fortalecimiento de la capacidad nacional; conceptos y normas para el análisis de datos de mortalidad, con énfasis específico en causas múltiples de defunción y manejo de números pequeños; revisión de una metodología para el cálculo de las tasas de mortalidad; revisión de los instrumentos para evaluar diversos aspectos del registro civil y de los sistemas de estadísticas vitales nacionales en los Países Miembros; recomendaciones para las normas para la codificación de la morbilidad hospitalaria usando la CIE-10; y revisión de un programa de estudios básico para la formación en el área del "Manejo de los registros de salud" y "métodos estadísticos Básicos".

Editor en Jefe: Dr. Carlos Castillo-Salgado

Editor Senior : Dr. Enrique Loyola

Editora: MSP Anne Roca

Comité Editorial:

Dra. Saskia Estupión

Dr. Hugo Prado

Dr. Luiz Galvão

Dr. Rodolfo Rodríguez

Dr. César Gattini

Dra. Mirta Roses

Dra. Elsa Gómez

Dra. Gina Tambini

Dr. Armando Peruga

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



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

525 Twenty-Third Street, N.W.

Washington, DC 20037

Internet: <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/bsindexs.htm>