

En la actualidad se viene realizando la colecta de vectores artrópodos, así como también de sujetos que tuvieron contacto con la población afectada a fin de realizar la búsqueda del agente etiológico, establecer la prevalencia de la enfermedad, realizar el aislamiento virológico e incrementar los estudios moleculares e inmunológicos.

Referencias bibliográficas

1. World Organization Health. The yellow fever situation in Africa and South America in 2004. *Weekly Epidemiological Record*. 2005, 80 (29): 249 – 56
2. Yábar C, Campos Y, Quispe K, Carrillo C, Montoya Y. Análisis genético del virus peruano de la fiebre amarilla. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2002, 19 (1): 28-34.
3. Bryant J, Wang H, Cabezas C, Ramirez G, Watts D, Russell K, Barrett A. Enzootic transmission of yellow fever virus in Peru. *Emerg Infect Dis*. 2003 Aug;9(8):926-33.
4. Organización Panamericana de la Salud. Control de la fiebre amarilla. Guía Práctica. Publicación Científica y Técnica No. 603. pp. 64. 2005

Agradecimientos

Los autores agradecen a la T.M. Paquita García por su colaboración con las pruebas serológicas. Al Blgo. Carlos Padilla por su apoyo técnico en el secuenciamiento del gen prM. Al Dr. Manuel Espinoza y al Blgo. Rafael Tapia por participar en la intervención en la zona del brote. Asimismo, agradecemos al Blgo. Enrique Purisaca M. por su colaboración en la coordinación del Laboratorio de Referencia de Bagua y a la Blga. Gisely Hijar por su apoyo logístico durante el desarrollo del estudio.

REUNIÓN TÉCNICA DE EVALUACIÓN DE LA RED DESCENTRALIZADA PARA EL MONITOREO LABORATORIAL DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARGA) EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH SIDA

Patricia Caballero Ñ.¹

La terapia antirretroviral en los pacientes con VIH SIDA es de por vida, lo cual establece una diferencia con otras enfermedades transmisibles, y su manejo irregular puede ocasionar a la generación de resistencia del virus a los medicamentos antirretrovirales. Esta última condición ocasiona el deterioro del paciente, falla o fracaso a la terapia, utilización de esquemas terapéuticos de mayor costo y poco accesibles, mayor gasto en hospitalización y la muerte de la persona afectada.

La decisión del Ministerio de Salud de iniciar el programa de terapia antirretroviral, fue tomada considerando fuentes propias y externas. De este modo ha sido factible adquirir los medicamentos, pruebas de laboratorio, algunos equipos y entrenar el recurso humano en el manejo de los pacientes. El Ministerio de Salud tiene también una contraparte de inversión en este programa y, dentro de esto, se encuentra también el aporte del Instituto Nacional de Salud, el cual implementó un sistema descentralizado en abril del año 2004, luego de adquirir destreza suficiente en los dos años previos atendiendo al primer grupo de niños afectados con el VIH SIDA con las pruebas de monitoreo. En este sistema el objetivo principal fue **Implementar una Red de Laboratorios para el monitoreo de la terapia antirretroviral que utilice técnicas validadas y desarrolladas de acuerdo a los niveles de complejidad, equipamiento de los laboratorios y los recursos disponibles, que fortalezca el acceso nacional de las PVIH a esta terapia y se constituya en un eje importante de integración intersectorial.**

¹ Centro Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud.

Durante los dos primeros años de funcionamiento de este sistema, se han implementado cinco laboratorios procesadores de CD4 por citometría de flujo y uno procesador de carga viral por PCR (reacción en cadena de polimerasa) y NASBA (amplificación de la secuencia del ácido nucleico).

Asimismo, esta red ha atendido aproximadamente 7000 personas afectadas con el VIH SIDA, a través de 45 hospitales del Ministerio de Salud, dos hospitales de las instituciones militares, cuatro organizaciones no gubernamentales y dos instituciones penitenciarias. Bajo este sistema, todos los laboratorios referenciales filiales del INS en el país han participado de acuerdo con la responsabilidad asignada, obteniendo y enviando muestras de sangre, procesando la prueba recuento de CD4 o procesando la prueba carga viral. Actualmente el promedio mensual de pruebas que realiza la red es de 1000 a 1200 para cada tipo de prueba.

La instalación de laboratorios descentralizados procesadores de CD4 ha sido prioridad a la instalación de métodos para medir la carga viral, ya que el CD4 es el marcador de laboratorio más utilizado en el seguimiento clínico de personas viviendo con VIH debido a que es útil tanto en el tratamiento antirretroviral como en la profilaxis de infecciones oportunistas.

Es necesario, transcurridos estos dos primeros años, evaluar el trabajo realizado con la participación de los actores principales que integran la red de laboratorios en este sistema de monitoreo y aquellos que a partir del presente periodo, serán integrados para la segunda fase en la cual, priorizaremos extender la descentralización de la red implementando métodos de laboratorio alternativos de menor costo y complejidad.

Además hemos identificado que es necesario mejorar el acceso al diagnóstico de VIH en el país, por lo que durante los tres últimos años se ha desarrollado una estrategia de descentralización de la prueba confirmatoria por inmunofluorescencia indirecta a laboratorios de las regiones. Seis de estos laboratorios, que han completado las fases de capacitación, implementación y evaluación del control de calidad, serán finalmente autorizados para desarrollar de aquí en adelante esta prueba en su jurisdicción.

COLABOREMOS POR LA SALUD: INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Javier Vargas H.¹

La crisis del personal sanitario a nivel mundial es el tema del informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Está basado en una evaluación de la situación de los recursos humanos en el sector. Según las estimaciones de sus autores, existe un déficit de casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores auxiliares en todo el mundo, siendo la situación más grave en los países pobres.

La región de las Américas tiene la más alta densidad de personal sanitario, 24,8 por cada 1000 habitantes, mientras que África sólo alcanza a 2,3 trabajadores sanitarios por cada 1000 habitantes. Sin embargo, como suele ocurrir, los promedios regionales encubren diferencias entre los países de una misma región. Así, de acuerdo con un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual, según la OMS, es poco probable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), existen actualmente 57 países

¹ Oficina General de Información y Sistemas (OGIS). Instituto Nacional de Salud.