

EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

LOS RETOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN

Dr. Pedro Más Bermejo,¹ Dr. Adolfo Valdivia Domínguez² y Dr. Manuel Díez Cabrera³

En 1848, *Marx* comenzaba la redacción del *Manifiesto Comunista* expresando: Un fantasma recorre Europa, el fantasma del comunismo.

Parafraseando la expresión de *Marx* pudiera decirse: un fantasma recorre el mundo, el fantasma de la globalización neoliberal.

Dada la complejidad técnica de este tema, y teniendo en cuenta que a un epidemiológico le resultaría difícil o prácticamente imposible esclarecer de forma conceptual este problema, he decidido recurrir a 2 publicaciones recientes en Cuba, que a mi modo de ver esclarecen lo suficiente.

En la revista *Cuba Socialista* se publicó un artículo titulado "Globalización de la Economía Mundial. La realidad y el Mito" del doctor *Oswaldo Martínez*,¹ director del Centro de Investigaciones de la Economía Mundial,² y otro bajo el título "Globalización y Tendencias en las Relaciones Políticas Internacionales" de *Silvio Barró Herrera*,³ investigador del Centro de Estudios Europeos, de los cuales tomamos los conceptos fundamentales que servirán de base para el desarrollo de este complejo tema.

Desde mediados del siglo pasado fueron analizados por los clásicos del marxismo el desarrollo capitalista y la trama de relaciones económicas internacionales. La globalización no es una mentira, es un proceso objetivo del capitalismo de nuestros días:

- Intenta extrapolar a todas las naciones el modelo económico y el sistema político social imperante en los países centrales de Occidente.
- El signo demostrativo de la globalización de la economía mundial es el capital financiero y en particular la especulación financiera.
- Los agentes que operan e impulsan la globalización son las transnacionales.
- Han perdido sentido las fronteras nacionales, se ha quedado sin base de sustentación económica propia el Estado, y resulta cuestionado el concepto y el ejercicio de la soberanía nacional.
- Se enfatiza en la crítica al Estado y se pretende que su lugar lo ocupen los empresarios privados.

¹ Doctor en Ciencias Médicas. Director del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

² Asesor.

³ Director del Subcentro de Información de Higiene y Epidemiología.

- El manejo de la economía nacional está limitado a imperativos globales, dirigidos a la imposición de una realidad que se afirma es la única posible.
- Las concepciones globalizadoras de los países occidentales parecen moverse en 3 planos paralelos:
 - . Se hace la apología de los procesos para la formación de grandes bloques económicos-comerciales.
 - . Se pretende demostrar el carácter anacrónico del Estado y de las fronteras nacionales.
 - . Se busca el debilitamiento del Estado por la vía de la descentralización de sus funciones.
- El enfoque occidental de la globalización de que algunos Estados nacionales son inviables implica la toma de decisiones, acerca de los más importantes problemas mundiales, concentrándola en un reducido número de países (léase las grandes potencias).
- La globalización, tendencia objetiva del progreso mundial, impone la necesidad de pensar acerca de los mejores métodos y vías para la regulación de las relaciones internacionales y la toma de decisiones en el nuevo contexto mundial, pero a partir de la cooperación y la solidaridad entre las naciones.
- Las consecuencias para el Tercer Mundo de la capitulación intelectual y política que olvida los esfuerzos por elaborar teorías y políticas de desarrollo pensadas desde el subdesarrollo y para él, son imposibles de cuantificar en los años ya transcurridos y en los que resten.⁴
- La más significativa victoria de la globalización neoliberal y la teología del mercado ha consistido en lograr que "las víctimas piensen en los mismos términos que los victimarios."
- Se ha establecido una increíble separación entre los conceptos de buen estado de la economía y el bienestar de la mayoría de la población.
- En contra del elemental sentido común encontramos sólidas reputaciones de buen estado de la economía y experto manejo de la política económica en países donde un pequeño segmento poblacional de ricos cada vez más ricos se alza sobre unas capas medias que desaparecen y en su mayoría se suman al polo de los muchos pobres, que cada vez son más pobres.⁵

LOS RETOS

Como hemos visto anteriormente, el fenómeno de la globalización es un proceso indetenible sustentado por el enorme avance tecnológico de los últimos años, como evidencia incuestionable del capitalismo de nuestros días.

El proceso de la globalización está acompañado de una modernización segregada, discriminadora, que excluye a una gran parte de la sociedad, potenciando viejos problemas y sumando nuevos dramas y nuevas penurias en la periferia del sistema y en su base.

De la necesidad de esa reestructuración material surge la reestructuración conceptual dentro del sistema, lo que se expresa actualmente como ideología neoliberal. Es la savia ideológica de un proyecto que actúa golpeando, desarticulando, dispersando, exprimiendo

y desordenando clases, sectores y países subalternos a escala mundial, con efectos mucho más devastadores en su periferia y semiperiferia en Asia, África, América Latina y el Caribe.

La globalización está asociada con los graves problemas medio ambientales, la explosión demográfica, el desempleo masivo, los grandes movimientos migratorios, el incremento de la delincuencia, la expansión del narcotráfico, la agudización de los conflictos interétnicos y religiosos, la expansión de la pobreza y la indigencia, la feminización de la pobreza y de la fuerza de trabajo, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA, y la reaparición de epidemias tradicionales ya vencidas (tuberculosis, malaria, cólera, etcétera).

Es en este escenario donde deberá desarrollarse en los próximos años la Epidemiología, lo que obliga por tanto en muchos casos a redefinir sus campos de acción y métodos de trabajo, a unificar criterios y avanzar en la búsqueda de una proyección social mucho más allá de limitados análisis de entidades específicas, de factores de riesgo individuales, optando por marcos conceptuales más amplios, de base social y comunitaria que estén en consonancia con el panorama real que tendrá que enfrentar la Humanidad en el próximo milenio.⁴

En ocasión del 50mo. Aniversario de la OMS, se presentó a la Asamblea General un informe que describe los éxitos y las actividades que se desarrollan encaminadas al control de las enfermedades transmisibles.⁶

Se señala que durante las últimas décadas ha habido sustanciales progresos en el control de las principales enfermedades infecciosas. Algunas han desaparecido o están prácticamente eliminadas como problemas de salud pública:

- La erradicación mundial de la *viruela* fue declarada en 1980.
- Después de 40 años, la amenaza global de la *peste* ha disminuido, aunque ocurren todavía epidemias cíclicas.
- Gracias al progreso en los niveles de saneamiento e higiene, en décadas recientes, los brotes de *fiebre recurrente* transmitida por piojos, son raros y están favorecidos por la promiscuidad y las condiciones antihigiénicas originadas en ciertas poblaciones en conflicto bélico y desastres naturales.
- El programa de control de la *oncocercosis* se estima que ha protegido a 36 000 000 de personas. Se espera que la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública pueda lograrse antes del año 2000.
- Después que se introdujo la primera vacuna efectiva contra la *poliomielitis* la enfermedad se ha eliminado progresivamente en numerosos países. Ha habido una disminución del 90 % de los casos desde que se lanzó en 1988 la campaña para la erradicación mundial de la enfermedad en el año 2000.
- En lo concerniente a la *lepra*, la OMS desarrolló y promocionó en la década del 80 un programa de tratamiento multidroga. El impacto mundial ha disminuido grandemente y el objetivo es lograr su eliminación como problema de salud pública para el año 2000.
- Hay grandes progresos en la eliminación de la *dracunculiasis* y el número de casos ha caído dramáticamente, ahora está confinada la enfermedad en 17 países (16 del África subsahariana y en Yémen).
- La perspectiva del control y eliminación de la *filariasis* es alentadora y en 1997 la Asamblea General hizo un llamado para la eliminación de la filariasis linfática como

problema de salud pública. Al lado de los significativos progresos logrados, muchas otras enfermedades transmisibles representan hoy graves amenazas para la salud pública.

- Aunque se espera la eliminación del *sarampión* para el año 2000 en las Américas, aún mueren por esta enfermedad cerca de 1 000 000 niños cada año.
- Las pandemias de *cólera* han afectado al mundo desde la década del 60 y aún es endémica en más de 80 países.
- La mayor epidemia de *fiebre amarilla* que se recuerda ocurrió en Etiopía en 1960-1962, causando cerca de 30 000 defunciones. Desde la década del 80 ha habido una dramática resurgencia de esta enfermedad en África y las Américas.
- Los recientes cambios ambientales vinculados con las disponibilidades de agua y con el incremento de la densidad poblacional han favorecido la diseminación de la *esquistosomiasis* hacia áreas no endémicas o de baja endemicidad. La enfermedad se mantiene endémica en 74 países subdesarrollados, en particular de África.
- Ha habido una significativa recandescencia de la *enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana)*, particularmente en África Central donde se reportan más del doble de los casos de los últimos años.
- La *enfermedad de Chagas* ocurre sólo en las Américas, de México a Argentina, el objetivo es la eliminación de su transmisión en los países del Cono Sur para el año 2003.
- *El paludismo*, que en cierto momento estaba en vías de erradicación se mantiene como una grave amenaza y permanece endémico en más de 100 países.
- Después de unas 3 décadas un exceso de optimismo hacia la *tuberculosis* ha conllevado a una disminución de los programas de lucha en muchos países. El resultado ha sido una fuerte resurgencia de la enfermedad.
- La *meningitis epidémica* es un problema recurrente en el "cinturón de la meningitis" en África, que se extiende de Senegal a Etiopía, e incluye todo o parte de unos 15 países con un estimado de población de 300 000 000 de personas. en el curso de las epidemias de 1996-1997 se reportaron más de 250 000 casos.
- La creciente urbanización durante las décadas pasadas originó un incremento de la prevalencia del *dengue* y del *dengue hemorrágico*. Estas condiciones se reportaron en más de 100 países, excepto en Europa.
- Se observa un incremento inquietante en el número de casos de *leishmaniasis*. Más recientemente ha aparecido la combinación de leishmaniasis visceral y sida.
- La infección por el virus de la *hepatitis B* es un problema mundial, con el 75 % de la población viviendo en áreas donde hay elevadas tasas de infección, 350 000 000 de personas son portadores crónicos del virus.
- Identificado por primera vez en 1989, el virus de la *hepatitis C* se ha vuelto un problema de salud pública. La incidencia mundial de virus de la hepatitis C no es bien conocida, pero se estima que el 3 % de la población está infectada y 170 000 000 de personas son portadoras crónicas, con riesgo de desarrollar cirrosis hepática y cáncer del hígado.
- La aparición de un nuevo virus de *influenza A (H5N1)* en Hong Kong a finales de 1997, es un recordatorio de la necesidad de continuar reforzando la vigilancia mundial de la influenza.

Durante los últimos 20 años, numerosas enfermedades infecciosas nuevas han surgido y otras han emergido en muchas partes del mundo. De éstas, el sida es la que ha tenido el

más profundo impacto global. Otras, incluyen la enfermedad de los Legionarios, fiebre hemorrágica Ebola, fiebre del Valle del Rift y la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

El avance de la globalización neoliberal conlleva aparejado el de la pobreza y la desigualdad social.⁶

El estado de salud de la población depende en gran medida de procesos económicos y sociales exteriores al sector médico, como los niveles de vida, nutrición, educación, suministro de agua y saneamiento.

El análisis epidemiológico de la situación de salud de un territorio dado,⁷ la investigación sobre causas de enfermedad y muerte, la presencia de exposiciones a determinados riesgos, los factores causales y los determinantes de salud no pueden hacerse sin considerar la situación económica actual y perspectiva que favorezca el pronóstico de determinados problemas de salud y la formulación de políticas sanitarias adecuadas.

El mayor reto de la epidemiología actual es no dejarse arrastrar hacia caminos trillados, recorridos en situaciones distintas y lastrados por enfoques tradicionales o academicistas de la situación actual. Próximo a terminar el siglo xx y al comienzo de un nuevo milenio es necesario reconsiderar las vías para enfrentar nuevos y viejos problemas de salud en el marco evolutivo del mundo actual.

Las políticas de ajuste impuestas a los gobiernos, en particular del mundo subdesarrollado, limitan la capacidad de gestión y financiamiento en sectores fundamentales como el de la salud pública, la seguridad social y sobre todo en el desarrollo de la infraestructura del país. No se dispone de los recursos necesarios pero tampoco hay una voluntad política definida para enfrentar esta situación.

Lejos de acortarse la brecha entre ricos y pobres, ésta se ensancha, crecen las desigualdades e inequidades y se afectan de forma considerable las condiciones de vida de las personas.

La relación entre las desigualdades sociales y la salud es mucho más compleja que la simple asociación entre las riquezas y la mortalidad en naciones con un desarrollo muy desigual, la de las clases sociales que están en los extremos de la escala social o de las áreas geográficas más pequeñas.⁸

El desarrollo de la investigación en epidemiología social ha permitido establecer una serie de conclusiones:

- *Las desigualdades en salud existen en todos los países y en forma de gradiente en la escala social.* Personas sin necesidades materiales o personales importantes y sin especiales riesgos para la salud, mueren antes y enferman más que aquéllas situadas inmediatamente por encima en la escala social. Hay algo intrínseco en la jerarquía y las desigualdades sociales que afecta a la salud.
- *La magnitud de las desigualdades sociales en salud es enorme.* Las desigualdades en mortalidad entre los grupos sociales extremos de la población son en muchos casos tan grandes que superan a los factores de riesgo más conocidos entre los que se incluyen el tabaquismo. Ejemplo: los norteamericanos con menos ingresos tienen tasas de mortalidad hasta 7 veces mayores que los más ricos.

En Gran Bretaña si las clases sociales más desfavorecidas tuvieran iguales tasas de mortalidad que las más privilegiadas sería posible evitar cada año en la población de 16 a 74 años cerca de 42 000 muertes.

- *Las desigualdades en salud no son fenómenos fijos e inmutables.* La esperanza de vida al nacer durante este siglo ha aumentado en más de 20 años paralelamente a las mejoras sociales, económicas y ambientales en los países desarrollados. Mientras que en Japón entre 1965 y 1986 la esperanza de vida aumentó en 7,5 años en los hombres y 8 años en las mujeres; en países del este de Europa como Hungría, Polonia y Bulgaria en los hombres ésta se ha reducido en forma evidente y la de las mujeres apenas ha mejorado.
- *Las desigualdades en salud están aumentando tanto entre países como dentro de los países.* En Gran Bretaña la asociación entre el nivel de ingresos y la mortalidad en el período 1921-1981 es muy fuerte, a mayor desigualdad en la distribución de ingresos mayor desigualdad en la mortalidad y viceversa. La publicación del *Black Report* en 1980 confirma que desde el establecimiento del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra no se ha visto una declinación en las desigualdades sociales en salud. Las áreas de mayor morbilidad y mortalidad se ubican principalmente en el Norte y Noroeste de este país, en Escocia y Gales, y están casi enteramente ausentes en el Sur.
- *Las desigualdades en salud son sobre todo un reflejo de la desigualdades sociales y económicas.* Ejemplo: Desde el punto de vista histórico, enfermedades como las cardiovasculares o la úlcera duodenal y factores de riesgo como la obesidad y el tabaquismo han cambiado de patrón epidemiológico entre las clases sociales y tienden en la actualidad a ser más frecuentes entre las clases sociales más defavorcidas. No obstante, el gradiente social de las enfermedades varía según los países.
- *El desigual nivel de riquezas (absoluto y relativo) de la sociedad explica una parte importante de las desigualdades en salud.* Mientras que la desigualdad económica medida en términos absolutos, es la que explica sobre todo las desigualdades entre países ricos y pobres, la desigualdad económica en términos relativos es la que mejor explica la desigualdad en salud en el interior de los países desarrollados. En un país pobre aumentar la riqueza media implica aumentar su esperanza de vida, pero en un país rico una distribución más igualitaria de la riqueza es lo que incrementa la esperanza de vida. "No son los países ricos quienes tienen más salud, sino las más igualitarios".
- *Además de las riquezas, varios factores sociales tienen gran importancia para explicar las desigualdades.* La educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y los aspectos diversos de la cohesión comunitaria son quizás los más relevantes.
- *La dirección causal que va desde la desigualdad social hacia la salud está cada vez mejor establecida.*
- *Las causas de las desigualdades en salud son de tipo individual y de tipo ambiental o contextual.* Los factores sociales causantes de las desigualdades en salud actúan en los niveles personal, familiar y comunitario.
- *Las pruebas de que las desigualdades pueden reducirse mediante políticas sociales y sanitarias apropiadas son cada día más abundantes.* La reducción de las desigualdades en salud requiere reducir las desigualdades en las riquezas mediante políticas fiscales progresivas y reducir las desigualdades sociales mediante políticas que mejoren la situación del desempleo, la educación, el medio ambiente, la vivienda y los servicios sanitarios entre los más necesitados.

A pesar del enorme progreso realizado en la investigación de las desigualdades en salud y en los efectos de las políticas dirigidas a reducirlas, las preguntas sin respuestas

claras son aún muchas: ¿Cuál es la situación en muchos países subdesarrollados y desarrollados? ¿Que ocurre en los grupos marginales, en las mujeres y en grupos étnicos minoritarios? ¿Existen gradientes sociales en el caso de medidas de salud y de bienestar psicológicos subjetivos? ¿Cuál es la situación en muchos países subdesarrollados y desarrollados? ¿Qué ocurre en los grupos marginales, en las mujeres y en grupos étnicos minoritarios? ¿Existen gradientes sociales en el caso de medidas de salud y de bienestar psicológicos subjetivos? ¿Cuál es el impacto que factores como el apoyo o la cohesión social comunitaria tienen sobre las desigualdades? ¿Por qué grupos de población que no son pobres, no están desempleados, ni tienen especiales riesgos ambientales ni personales sobre su salud mueren prematuramente respecto a aquéllos que están por encima de ellos en la escala social? ¿Qué mecanismos biológicos se ponen en marcha a través de los cuales actúan los factores socio-económicos? ¿Qué medidas reductoras de las desigualdades son más efectivas y eficientes? Obtener respuestas precisas a esas preguntas implica enormes retos para los investigadores.

La "puesta en contacto del conocimiento", las teorías y los métodos existentes en las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, la generación de nuevo conocimiento mediante investigaciones de tipo "integral" que permitan analizar la interacción de los factores individuales, familiares y comunitarios y la obtención de métodos apropiados que permitan evaluar las intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a reducir las desigualdades son 3 de los enfoques, aún incipientes que los investigadores deberán desarrollar en el futuro.

No obstante, la tradición de la salud pública enseña que poner en práctica el "debemos investigar más y mejor" no es suficiente para mejorar la salud de la población, es imprescindible también conocer las prioridades y las estrategias "adecuadas" que ayuden a "pasar a la acción". Hoy en día al tiempo que se descubre la toxicidad para la salud de nuevos productos y sustancias, estamos redescubriendo la toxicidad de las circunstancias sociales y los modos de la organización social sobre la salud.

Para hacer frente a todos los desafíos planteados es imprescindible desarrollar un conjunto de factores técnicos, sociales y políticos. Por un lado, es fundamental mejorar la disponibilidad y calidad de las fuentes de información sociosanitarias existentes, la preparación científica de los investigadores y los recursos para realizar su trabajo. Por otro lado, deben ampliarse el clima y la sensibilidad social necesarios que ayuden a situar al tema de las desigualdades sociales en salud en un lugar prioritario por lo que se hace a su percepción social, la investigación científica y las prioridades en la planificación de las políticas socio-sanitarias. Por último, en el plano político, es preciso resolver conflictos, crear la correlación de fuerzas que ayuden a establecer estrategias proequidad, y tener la voluntad y el coraje de decidir y actuar. *Describir, explicar y sobre todo cambiar las desigualdades sociales en salud, son 3 de las tareas más importante que los investigadores, los salubristas y la sociedad tienen por delante.* La omisión de esas acciones implicará contribuir a que los más desfavorecidos paguen con su salud el precio de la desigualdad social.

La aspiración de Salud para Todos en el año 2000 se presenta como algo inalcanzable para la casi totalidad de los países, incluyendo algunos del primer mundo y al lado de las insuficientes inversiones en saneamiento básico, vivienda, protección del medio ambiente y lucha contra la pobreza creciente, se hace más evidente el círculo vicioso que caracteriza esta situación: hambre-desnutrición-infección con su corolario obligado de enfermedad y muerte por enfermedades de transmisión digestiva, de transmisión respiratoria, y por vectores, algunas de ellas endémicas (fig.).

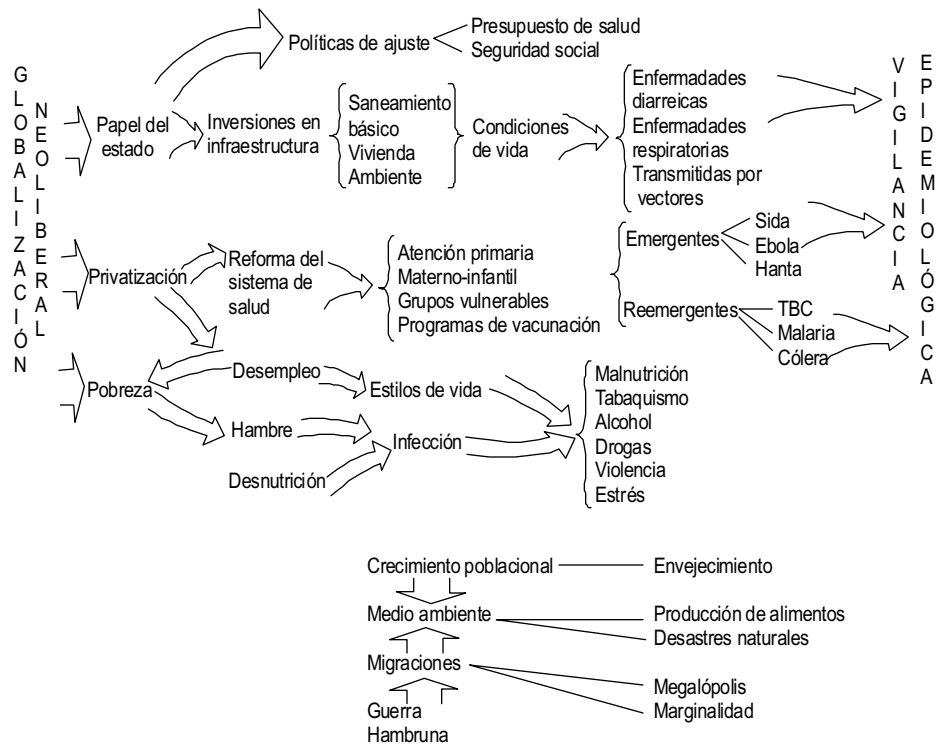


Fig.. Globalización neoliberal.

La pobreza constituye el denominador común de la mayoría de estas afectaciones a la salud, el empeoramiento de los principales indicadores de salud, el deterioro del nivel de vida, el acortamiento de la esperanza de vida, las enfermedades y muertes evitables, en particular de la infancia, constituyen una muestra abigarrada de impotencia, indiferencia, desidia, desigualdad, injusticia, hambre, miseria, enfermedad y muerte que inexorablemente acompaña a las políticas de globalización neoliberal.

Cómo se ha mencionado, entre las críticas al Estado se encuentra como justificación de las políticas neoliberales su incapacidad e ineficiencia para manejar estas situaciones sobredimensionando el papel de los empresarios privados. El sector de la salud no escapa a estas aspiraciones, se pretende privatizarlo todo o casi todo dejando en manos del Estado la oferta limitada de servicios básicos menos costosos en los que no están incluidos o quizás sólo de forma parcial las inversiones dirigidas a prevención de enfermedades, campañas de vacunación y de educación sanitaria, programas básicos, como los de salud Materno-infantil, salud reproductiva, atención al trabajador y a los grupos vulnerables, en particular los discapacitados y personas de la tercera edad.

Privatizar la salud pública significa sencillamente desmontar en su totalidad el modelo actual, la drástica modificación del nivel de financiamiento público devolviendo al ciuda-

dano la responsabilidad de pagar de forma directa los servicios sanitarios consumidos, vender a sociedades privadas los actuales recursos sanitarios (hospitales, ambulatorios, etcétera) y ceder todo protagonismo del Estado en el financiamiento y provisión de servicios.

No existen inversiones importantes para el desarrollo de la infraestructura sanitaria; los avances tecnológicos y los descubrimientos más recientes en el capítulo de diagnóstico y tratamiento quedan limitados para el disfrute de las capas más favorecidas por el alto costo de éstos, en particular los medicamentos esenciales y específicos para la curación de determinadas enfermedades. Están siendo preconizadas múltiples formas de privatización trasladando el gasto estatal hacia las personas necesitadas de estos servicios.

La reforma del sector salud en sus distintas variantes, respondiendo a las exigencias de las políticas neoliberales no garantizan el acceso universal a los servicios de salud, mucho menos persiguen el objetivo de mejorar o incrementar la calidad de vida y prolongarla.

TUBERCULOSIS

En 1994, se notificaron más de 3 000 000 de casos de tuberculosis, pero la OMS estima que podrían haber ocurrido más de 8 000 000 en 1995. Tres cuartas partes de los casos se notificaron en Asia y África, las causas subyacentes son: la pobreza, urbanización, malnutrición y HIV.

En África, el este del Mediterráneo y la región Europa las notificaciones se han incrementado.

En Europa y al este del Mediterráneo los grandes desplazamientos de población, conflictos sociales y en algunos países el HIV han traído como resultado la reemergencia de una enfermedad que hasta hace unos pocos años no se consideraba ya una amenaza para la salud pública.

En la región de las Américas y el Pacífico occidental, las tasas de notificación de casos han permanecido relativamente estables, indicando que no ha habido mejoría significativa en el control de esta enfermedad.

En la región del Sureste de Asia, en los últimos 4 años ha habido una disminución significativa en la notificación de casos, este fenómeno es más bien un artefacto, reflejando marcadas fluctuaciones en las actividades de información en la mayoría de los países.

Según el *Weekly Epidemiol Record* (1996; No. 38): "En EE.UU. y Europa se han presentado brotes dramáticos de Tbc con resistencia a las multidrogas en pacientes infectados por HIV, llamando la atención en la emergencia de cepas de *M. tuberculosis* que son resistentes a los agentes antimicrobianos."

Esta resistencia es un problema mundial al tanto en personas inmunocompetentes como en infectados por el HIV.

La verdadera magnitud de este problema no ha sido adecuadamente documentada, sin embargo, la información anecdótica sugiere que la resistencia es alta con frecuencia en Asia y África.

Una adecuada evaluación de la magnitud de la resistencia a las drogas en el mundo y comparaciones significativas entre diferentes países no ha tenido éxito. Las razones para eso incluyen: insuficientes facilidades para el cultivo de *Myocobacterium*, incapacidad para desarrollar pruebas de susceptibilidad en muchos países, no estandarización de los

métodos de laboratorio, falta de un sistema de vigilancia en muchos países, fallas para distinguir entre resistencia inicial y adquirida, y ausencia de estudios longitudinales.

La resistencia a las drogas es la mayor amenaza potencial para el control de la tuberculosis porque sólo son efectivas y están disponibles unas pocas drogas, especialmente en países de bajos ingresos. La disminución de cepas resistentes a los 2 medicamentos más importantes: isoniazida y rifampicina, podría tener serias repercusiones en la epidemiología y control de la tuberculosis.

MALARIA

En mayo de 1992, se efectuó en Brasilia una reunión interregional de los países miembros de la OPS, para profundizar en el análisis de la situación social, económica y epidemiológica de la malaria.

En la reunión se hizo evidente la existencia de un *umbral* en el proceso de desarrollo de nuevos espacios vitales, el cual es necesario elevar para mantener el control de la transmisión malárica (sic).

Este umbral está determinado por los niveles de cohesión, estabilidad social, grado de desarrollo de los servicios sociales de salud y en menor grado, el desarrollo de los indicadores económicos generales o macroeconómicos del país.

El riesgo de contraer la malaria, de varios grados, existe en 100 países o territorios. En 1994, se estimó que 2 700 millones de personas vivían en áreas con riesgo, 44 % del total de la población mundial.

En muchos países libres de malaria el riesgo de (re) introducción de la transmisión es mínimo debido tanto a que nunca ha habido transmisión o a que el desarrollo socioeconómico es tan avanzado que la reintroducción puede ser identificada y eliminada de forma oportuna.

Sin embargo, cuando la reintroducción de la malaria coincide con la degradación socio-económica y el colapso de los servicios locales de salud, el reestablecimiento de la endemidad malárica puede tener lugar originando epidemias en gran escala. Tales epidemias pueden ocurrir en ocasión de guerra civil o desplazamientos masivos de población.

Algunas epidemias recientes están vinculadas a cambios climáticos y la apertura de áreas previamente no endémicas a la agricultura, minería, etcétera.

La incidencia de malaria en el mundo se estima entre 300 y 500 000 000 de casos clínicos anuales.

Un estimado de 1 500 000 a 2 700 000 millones de personas mueren de malaria cada año. Cerca de 1 000 000 de muertes ocurren en niños menores de 5 años atribuidos sólo a la malaria o en combinación con otras enfermedades. Se estima que los países de África Tropical acumulan más del 90 % de la incidencia total de malaria y la gran mayoría de las defunciones por esta causa.

Sólo se reporta una fracción de todos los casos de malaria. Desde 1962, el número anual de casos de malaria reportados promedia 13 500 000, variando de 3 300 000 en 1962 a 35 100 000 en 1989.

En 1994 se reportan 34 800 000 de los cuales 27 600 000 se informaron por países de la región africana, o sea, el 79 % de los casos reportados.

El problema de la resistencia a las drogas antimaláricas continuó intensificándose en 1994. Entre los países donde la malaria por *falciparum* es endémica, sólo los de América Central y Egipto no han informado resistencia a la cloroquina.

En África la resistencia a la cloroquina es ahora frecuente en casi todos los países endémicos especialmente en el este de África.

Niveles variables de resistencia a la cloroquina existen en la parte occidental y central del sur de Asia, y en Indonesia, Malasia, Filipinas y Oceanía.

La resistencia a sulfadoxina/pirimetamina está diseminada en el sureste de Asia y Suramérica y es focal en otras partes del mundo.

El comportamiento de la resistencia a las drogas crea una dificultad creciente en las decisiones de la política sobre uso de drogas antimaláricas.

La región de las Américas para la OMS comprende todo el Hemisferio Occidental. Veintiún países tienen transmisión malárica activa. Canadá, el Caribe (excluyendo la Isla de la Española), Chile, Cuba, Puerto Rico, EE.UU. y Uruguay se mantienen libres de la endemia malárica.

En 1994, la población de la región de las Américas se estimó en 759 000 000, de ellos 431 000 000 (56,8 %) vivían en países con endemia malárica, 231 000 000 (30,5 %) viven en áreas con riesgo ecológico de transmisión malárica, y se reportan 1 100 000 de casos confirmados por pruebas de laboratorio.

La morbilidad global recogida en áreas maláricas era de 4,82 casos por 1 000 habitantes, un 42 % de incremento en relación con 1993.

Brasil reporta el 50,6 % de todos los casos, seguido con 29,4 % por el área Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y el 13,1 % de Centro América y México.

La proporción de infecciones reportadas por *Plasmodium* en las Américas se mantiene estable en 29,6 %. Casi el 60 % de todas las infecciones por *falciparum* ocurren en Brasil.

CÓLERA

En 1995, el *Vibrio cholerae* O1 serotipo el Tor se reportó en todas las regiones del mundo.

En total se reportaron oficialmente a la OMS 208 755 casos, casi 50 % de disminución en relación con 1994. Se informó un total de 5 034 defunciones. La tasa de letalidad se redujo globalmente de 2,8 a 2,4 %.

La incidencia del cólera en las Américas continuó disminuyendo pero por ironía el continente alcanza en 1995 la mayor proporción de casos reportados mundialmente.

En las Américas se reportó un total de 85 809 casos por 15 países comparados con 113 684 en 1994.

En 1995 la tasa de letalidad era de 1 %, igual que desde 1991, lo que indica que el manejo de los casos continúa siendo efectivo en muchos países de la región.

Sin embargo, el cólera se ha vuelto a establecer en un número de países como un recordatorio de las deficiencias en la calidad del agua, saneamiento e higiene.

DIFTERIA

Otro ejemplo, la difteria prácticamente había desaparecido en Europa desde hacía algunos años. A partir de 1990 en los países provenientes de la ex Unión Soviética comenzó a desarrollarse una severa epidemia de difteria que afectó a más de 80 000 personas y causó

la muerte a unas 2 500, amenazando con propagarse a otros países de Europa, calculándose que a finales de 1995 haya alcanzado entre 100 000 y 120 000 casos, como consecuencia de la reducción de los programas de vacunación y de la ola inmigratoria que siguió a la disolución de la URSS.

SIDA

En cuanto a las "enfermedades emergentes" la atención mundial se dirige a la epidemia del siglo xx, el HIV-sida, que amenaza prácticamente al mundo entero y aún hoy sus consecuencias son imprevisibles, así como su detención y posterior control y erradicación.

En abril de 1996 se estimaba que cerca de 8,4 millones de casos de sida habían ocurrido desde el comienzo de esta epidemia global. Sólo 1 500 000 se habían reportado oficialmente por los países a la OMS, debido al subdiagnóstico, subreporte o información fuera de tiempo.

Debido al largo período entre infección por el HIV y al posterior desarrollo del sida, una indicación más útil de la tendencia actual de la epidemia global es el número de nuevas infecciones por HIV. El programa conjunto de Naciones Unidas sobre HIV-sida (UNAIDS) estima que debía haber en 1996 más de 3 100 000 de nuevas infecciones en un año, es decir cerca de 8 500 por día (7 500 en adultos y 1 000 en niños).

Durante 1996, el sida ocasionó la muerte de un estimado de 1 500 000 de personas, incluyendo 35 000 niños.

Desde el comienzo de la epidemia, cerca de 30 000 000 de personas se piensa que han sido infectados por el HIV (26 800 000 de adultos y 2 600 000 de niños). De éstos un estimado de 5 000 000 de adultos y 1 400 000 de niños han fallecido.

Se estima que hoy 22 600 000 de personas viven con la infección por HIV-sida, de ellos, 21 800 000 son adultos y 830 000 son niños; aproximadamente el 42 % de los adultos son mujeres. La mayoría de los nuevos adultos infectados es menor de 25 años de edad.

SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS EN LAS AMÉRICAS

El número de casos y la distribución geográfica del síndrome pulmonar por hantavirus se ha incrementado desde que se identificó en 1993 en los EE.UU. y ahora se reporta también en Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay.

Un total de 350 a 400 casos se ha confirmado en las Américas, la mayoría en Argentina y EE.UU. Cerca del 45 % de los casos fue fatal. La alta tasa de letalidad está asociada con la aparición brusca de edema pulmonar y distrés respiratorio. No hay tratamiento específico aunque el diagnóstico precoz es importante para un manejo adecuado del distrés respiratorio. Es causado por distintos hantavirus, los que están cada uno asociados con un roedor hospedero específico. Una vez infectado el roedor disemina el virus durante toda su vida. Los humanos se infectan inhalando aerosol de excretas frescas o secas.

La investigación de una epidemia en Argentina en 1995 proporcionó una fuerte evidencia de transmisión persona a persona no observada en los estudios de EE.UU.

Las medidas tomadas en áreas endémicas se dirigen al control de los roedores con particular énfasis en la exclusión de éstos de las viviendas y reducir el hábitat en instalaciones no habitadas.

FIEBRE HEMORRÁGICA EBOLA

En Gabón (27 de febrero de 1996) se reportaron 24 casos en una villa aislada, en la parte norte del país, cerca de 40 km al este de la capital. El brote se reportó el 13 de febrero cuando ocurrieron 19 casos con 9 defunciones.

Los casos presentaban síntomas de fiebre alta, diarreas con sangre e inyección conjuntival.

En Zaire (23 de mayo de 1998) se reportó un total de 136 casos de los cuales 101 (74 %) fallecieron.

Durante el curso de la búsqueda activa, varias cadenas de defunciones, una incluyendo 7 de 12 personas residentes en la misma vivienda, se identificó ubicándose retrospectivamente a finales de diciembre de 1994.

El primer caso de la actual epidemia, en el Hospital General Kikwit, era un trabajador de laboratorio de 36 años que ingresó el 9 de abril con distensión abdominal, que desarrolló después de haber estado ingresado con síndrome febril donde se sospechó fiebre tifoidea con perforación intestinal. El personal médico que atendió este paciente desarrolló una enfermedad febril y otros síntomas incluyendo cefalea, dolores musculares y en algunos casos manifestaciones hemorrágicas.

Los primeros casos en este personal ocurrieron 4 d después de la laparotomía del caso índice y eran 2 enfermeras del salón de operaciones. Un total de 3 enfermeras de salón y 2 anestesiistas enfermaron, así como otros trabajadores del hospital. Cerca de $\frac{3}{4}$ de los 70 pacientes en la epidemia eran trabajadores de la salud y la tasa de letalidad entre ellos era muy alta.

El 30 de mayo de 1995 comenzó una tendencia general a la disminución. El número total de casos ascendió a 211, el 7 de junio había terminado la fase aguda de la epidemia. De un total de 247 casos conocidos, 201(81 %) fueron fatales.

El 14 de junio el total de nuevos casos y los detectados retrospectivamente ascendió a 282, de los cuales falleció el 80 %.

El 6 de abril de 1995 se informó a la OMS la sospecha de un caso de fiebre hemorrágica Ebola en Costa de Marfil, confirmándose el diagnóstico por prueba serológicas en el Instituto "Pasteur". Se trataba de un refugiado del sexo masculino de 25 años, de la vecina Liberia. Este hombre convivía con otros 3 hombres y 2 mujeres, una de ellas su esposa. Se encontró que 2 de los hombres estaban enfermos con fiebre y fatiga extrema que podían ser signos y síntomas de infección precoz por Ebola. El tercero estaba bien. De las 2 mujeres una estaba hospitalizada con síntomas probables de Ebola.

ENFERMEDAD DE LOS LEGIONARIOS

La información sobre los casos de esta enfermedad en Europa se obtuvo a través del completamiento de formularios de reporte anual preparados por el Centro de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Laboratorio de Salud Pública en Londres.

En 1996, se reportó un total de 1 566 casos en 24 países de Europa. Esto representa cerca de 300 casos más que en 1995. La mayor parte de este crecimiento se debió a un gran brote comunitario que ocurrió en España, 10 países reportaron más casos en 1996 que en 1995. Cuatro países reportaron más de 100 casos cada uno (España 430, Francia 294, Inglaterra y Gales 200, y Alemania 181).

Se produjeron 77 defunciones, para una tasa de letalidad de 4,9 %. Sin embargo, un total de 647 casos de 5 países se reportó sin información sobre el número de muertes asociado con estos casos. En países donde existe información más detallada la tasa de letalidad varía del 4 al 30 %.

El 71 % de los casos reportados estaba constituido por hombres y el 29 % por mujeres.

El número de casos adquiridos en la comunidad se incrementó del 16 % en 1994 a 21 % en 1995 y a cerca del 40 % en 1996, mientras que la proporción de casos de origen nosocomial y viajeros era similar en los últimos 2 años.

Veintidós brotes o clusters se detectaron en países individuales, 2 de estos vinculados a hospitales, 8 a la comunidad y 12 a viajeros.

Muchos países son aún incapaces de proporcionar información epidemiológica asociadas con los casos que ellos diagnostican.

El número total de casos asociados con viajes mostró un incremento comparado con 1995 y 1994.

En 1996, 31 casos de 9 países se vincularon a viajes en el país de residencia, y 215 casos de 15 países a viajes fuera del país de residencia. Los viajes dentro de Europa, suman la mayoría de estos casos.

ECOSYSTEM HEALTH

En los últimos 20 años la ciencia ambiental ha avanzado de forma considerable, en el conocimiento de la intrincada relación que existe entre los distintos componentes del medio biológico, físico y social. Más recientemente los ecologistas han vuelto a apreciar que las actividades humanas no sólo impactan el ecosistema sino que la salud humana resulta muy impactada por los cambios del ecosistema.

Hay una alta necesidad de investigaciones acerca de la salud que vayan más allá de la preocupación por los indicadores de morbilidad, mortalidad y discapacidad, para investigar de forma más imaginativa en la naturaleza y el impacto de los determinantes ambientales y sociales.

Caldwell (1986) señaló que las poblaciones de algunos países menos desarrollados eran más saludables que los de otros con similar ingreso per cápita.

Como señalaron *Hertman*, y otros (1994), "las diferencias parecen ser que los países con mejor nivel de salud, han puesto un mayor énfasis en la importancia de la mujer y el niño y tienen una política social más equitativa".

Así, mientras los investigadores de las ciencias ambientales han ampliado el concepto de ecosistema, incorporándolo a los indicadores de salud humana y social, como resultado indirecto del funcionamiento del ecosistema, nuevos razonamientos acerca de los determinantes de la salud de la población se han desarrollado en los investigadores de salud comunitaria para también apreciar el valor de una aproximación al ecosistema en la priorización de intervenciones para mejorar la salud humana.

El concepto de ecosistema saludable surge esencialmente para proporcionar un paradigma integrado de manejo ambiental, que combina los aspectos socio-económicos con los valores ambientales tradicionales, para así incorporar las consideraciones del ambiente biológico y físico en los procesos de decisión junto con los valores humanos, creencias y percepciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Martínez, O. Globalización de la Economía Mundial: la realidad y el mito. Rev Cuba Socialista.
2. Martínez Martínez O, Cobarrubia Gómez F. Globalización: ¿alternativa o destino del sistema capitalista? Rev Cuba Socialista 1997;(8):37.
3. Baró Herrera S. Globalización y tendencias en las relaciones políticas internacionales. Rev Cuba Socialista 1996;(3):36.
4. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), presentado en XXV período de sesiones.
5. Watts M. ¿Qué es una economía de mercado? Agencia cultural e informativa de los EEUU, junio, 1992.
6. Las repercusiones de la crisis económica de los ochenta en la Salud de Centroamérica. Documento aprobado por los Ministros de Salud de Centroamérica. Reunión Cumbre de los Presidentes Centroamericanos.
7. Kliksberg B. Pobreza: un tema impostergable. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1993.
8. PNUD. Informe sobre desarrollo humano. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1992.
9. Saltman RB, PhD. The impact of Globalization on Health Care Systems: an ininitial framework. Geneva: WHO, 1997.
10. Castellanos PL. Situación de Salud y condiciones de vida. Trabajo presentado en Seminario Latinoamericano. Facultad de Ciencias Médicas. Santa Casa, Sao Paulo. 10-13 de Dic de 1995.
11. Granda Ibarra A. El modelo neoliberal y su efecto sobre la salud en Latinoamérica. Trabajo presentado en IV Jornada Científica de la Escuela de Medicina "José M. Vargas", UCV Noviembre 24-28 de 1997.
12. PNUD. Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba. 1996. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial, La Habana: Editorial Caguayo S.A., 1997.

Recibido: 16 de septiembre de 1998. Aprobado: 28 de septiembre de 1998.

Dr. *Pedro Más Bermejo*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta No. 1158 e/ Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba, CP 10300.