

Factores macroeconómicos, políticos y sanitarios y la mortalidad en menores de 5 años

La mortalidad en menores de 5 años es extremadamente alta en muchos países, principalmente entre las personas más pobres. Aunque se conoce que algunas características socioeconómicas influyen en este indicador, aún no se sabe si su impacto es mayor en los ricos o en los pobres de un mismo país. Tales características son, en particular, el grado de desarrollo económico, el grado de desarrollo político y la preocupación del Estado por mejorar la salud, expresada en función del gasto público para fines sanitarios. La fragmentación étnica de una sociedad, que está dada por la presencia de dos o más grupos étnicos y lingüísticos en grandes números, es otro factor que influye en la mortalidad de menores de un año.

En este estudio transversal se evaluó la asociación entre algunos factores socioeconómicos, políticos y sanitarios con la mortalidad en menores de 5 años en 43 países en desarrollo: 23 de África, 10 de Asia, 1 de Europa y 9 de América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana). Para ello se utilizaron las cifras de defunción de menores de 60 meses por 1 000 nacidos vivos en los 10 años anteriores a la encuesta. Estos datos del Banco Mundial se ofrecen estratificados en cinco grupos, según el índice de riqueza calculado en función de los bienes que posee el núcleo familiar.

Este estudio demostró que los factores económicos y sociales que determinan la mortalidad en menores de 5 años pueden tener un efecto diferente en los pobres y en los ricos. La asociación inversa entre el ingreso nacional per cápita y la mortalidad en menores de 5 años fue significativamente más fuerte entre los ricos que entre los pobres. Por el contrario, la asociación inversa entre el gasto público en salud y la mortalidad en menores de 5 años fue significativamente más fuerte entre los pobres que entre los ricos. Y la asociación directa entre el grado de fragmentación étnica y la mortalidad de menores de 5 años también se mostró más fuerte entre los pobres. No se observó una asociación significativa del nivel de alfabetización entre las mujeres, el grado de democracia o la fortaleza del Estado con la mortalidad en menores de 5 años.

Estos resultados indican que el crecimiento económico influye en la magnitud de la brecha que se

observa entre las tasas de mortalidad en menores de 5 años de las personas consideradas pobres y las ricas dentro de un mismo país. El aumento en el gasto público en salud puede mitigar parcialmente este efecto. Si se analizan los factores determinantes de la salud de la población solamente a escala nacional, pueden pasar inadvertidas otras diferencias importantes que se manifiestan entre los diferentes grupos sociales. Además, concentrar la atención en los factores domésticos que influyen en la mortalidad en los grupos pobres puede distraer la atención de factores determinantes más importantes y estructurales a escala nacional. Los hogares no constituyen unidades autónomas, por lo que las causas de la mortalidad en menores de 5 años no pueden explicarse mediante un análisis limitado a este nivel. El análisis de los factores determinantes nacionales, regionales e incluso mundiales que influyen en las tasas de mortalidad de menores de 5 años y de su interacción con el nivel económico de las personas es fundamental. (Houweling TAJ, et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *Int J Epidemiol.* 2005; octubre 19: 1902. Hallado en: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full>. Acceso el 1 de diciembre de 2005).

Los patógenos emergentes y reemergentes y sus hospederos

De las 1 407 especies de microorganismos que causan enfermedades en seres humanos, 208 son virus o priones; 538, bacterias; 317, hongos; 57, protozoos y 287, helmintos. De ese total, 177 (13%) especies se consideran emergentes o reemergentes y, de ellas, 77 (37%) son virus o priones; 54 (10%), bacterias; 22 (7%), hongos; 14 (25%), protozoos y 10 (3%), helmintos.

Aunque los virus patógenos que afectan a seres humanos se distribuyen entre más de 20 familias, más de la mitad de esas especies —y de los virus emergentes y reemergentes— se concentran en solo cuatro de ellas (Bunyaviridae, Flaviviridae, Togaviridae y Reoviridae). De manera similar, las especies de bacterias patógenas están repartidas entre más de 60 familias, pero la mayor parte de ellas, así como de las bacterias emergentes y reemergentes, pertenecen a solo dos de ellas (Enterobacteriaceae y Mycobacteriaceae).

Los patógenos asociados con enfermedades emergentes y reemergentes tienen algunas características comunes. En primer lugar, en ambos casos predominan los virus, en particular los virus de ARN (37% de las especies virales asociadas con enfermedades emergentes y reemergentes). En segundo lugar, estos patógenos no están asociados con un hospedero animal específico y pueden vivir en las más disímiles especies animales, ya sean mamíferos o no. Además, los patógenos emergentes y reemergentes poseen una flexibilidad biológica que les permite aprovechar las oportunidades epidemiológicas que se presentan. Esta característica se manifiesta en la amplia gama de situaciones que llevan a la aparición de enfermedades emergentes o reemergentes, desde los cambios en el terreno y la agricultura hasta el número de hospitalizaciones y el tráfico internacional de personas.

La magnitud de un brote infeccioso está relacionada con la reproducción del patógeno. En el caso de los patógenos que se transmiten muy poco dentro de una población humana, el tamaño de los brotes está determinado en gran medida por el número de patógenos introducidos en ella. Cuando el patógeno es altamente transmisible, el tamaño del brote está determinado fundamentalmente por el tamaño de la población susceptible. Sin embargo, cuando la capacidad de transmisión del patógeno dentro de una población es moderada, el tamaño del brote puede variar ampliamente a partir de pequeños cambios en el número de patógenos introducidos. No obstante, hasta el momento no se conocen factores que permitan predecir si un nuevo patógeno se comportará como el virus de la rabia (que una vez introducido en una población humana no causa grandes epidemias) o como el virus de la inmunodeficiencia humana (que una vez introducido, aun en mínimas cantidades, puede ocasionar grandes pandemias).

Este estudio permite concluir que es posible conocer las características biológicas y epidemiológicas que llevan a la emergencia o reemergencia de un patógeno. Sin embargo, la principal característica de los patógenos emergentes y reemergentes es su gran diversidad. Por esta razón, la vigilancia de las tendencias que manifiestan las enfermedades infecciosas debe intensificarse. Dado que alrededor de 75% de los patógenos que ocasionan enfermedades emergentes o reemergentes utilizan algún vector u hospedero animal, la vigilancia debe extenderse más allá de las poblaciones en riesgo y abarcar los posibles reservorios de estos animales. (Woolhouse MEJ, et al. Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerg Infect Dis* [publicación periódica en línea]. 2005;11:1842-7. Hallado en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no12/05-0997.htm>. Acceso el 1 de diciembre de 2005).

Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe

Se calcula que alrededor de 3 a 6% de las personas de 65 a 74 años de edad que viven en los Estados Unidos de América presentan dificultades para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD) o una actividad de la vida diaria (AVD) y que este porcentaje es de 10-20% en personas de 75 años o más. La discapacidad de las personas de mayor edad está asociada con su mayor riesgo de hospitalización, morbilidad y muerte. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud promovió un estudio multinacional con el objetivo de evaluar las tasas de dificultad para realizar AIVD y AVD en adultos mayores de América Latina y el Caribe y evaluar los factores sociodemográficos y sanitarios asociados con estas discapacidades.

El estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) se basó en una encuesta transversal realizada entre 1999 y 2000 a 10 970 hombres y mujeres de 60 años de edad o más que vivían en siete ciudades. Para el presente análisis se utilizaron los datos de 3 225 personas de 75 años o más que fueron entrevistadas (290 de Buenos Aires, Argentina; 581 de Bridgetown, Barbados; 791 de São Paulo, Brasil; 389 de Santiago, Chile; 555 de La Habana, Cuba; 245 de México, D.F., México; y 374 de Montevideo, Uruguay).

Se encontró que la dificultad para realizar AIVD y AVD aumentaba con la edad en todos los países, era mayor en las mujeres que en los hombres y estaba asociada con una menor escolaridad, un índice de masa corporal <20 y el padecimiento de un mayor número de enfermedades. Las personas de mayor edad de São Paulo y Santiago presentaron mayores dificultades para realizar AIVD (33,8% y 30,3%, respectivamente) que las de otras ciudades, mientras que en Montevideo y Bridgetown se encontró el menor número de personas con estas dificultades (12,0% y 18,1%, respectivamente). En cuanto a la dificultad para realizar AVD, las ciudades con mayor prevalencia fueron Santiago (34,7%) y Buenos Aires (32,1%) y las menos afectadas fueron Bridgetown (16,9%) y Montevideo (23,5%). Las mayores dificultades estuvieron relacionadas con caminar, trasladarse y bañarse. El ser mujer mostró una asociación significativa con la dificultad para realizar AIVD, pero no AVD.

La gran heterogeneidad encontrada en cuanto a las dificultades para realizar AIVD y AVD en los diferentes países estudiados puede deberse a las diferencias en la escolaridad media de sus adultos mayores, a factores culturales (algunas sociedades protegen más a las personas de mayor edad) o al diferente nivel de desarrollo de las infraestructu-