

PÁGINAS DE SALUD PÚBLICA



Gwatkin D, Guillot M. The burden of disease among the global poor. Current situation, future trends, and implications for strategy. Washington, D.C.: The World Bank, 2000, 44pp.

El ingreso en el mundo se ha concentrado en forma dramática. Según cifras del Banco Mundial, hoy, el 20% de la población mundial más rica concentra 82.7% del ingreso, mientras que el 20% más pobre concentra apenas 1.4%.¹ No es de sorprender, por lo tanto, que las condiciones de salud en el mundo también se hayan distribuido de manera muy desigual. Así, la esperanza de vida para las mujeres y la tasa de mortalidad infantil en los países europeos es de 77 años y 21/1 000, respectivamente. En contraste, estas mismas cifras para África ascienden a 51 años y 91/1 000, respectivamente.² Además, la dis-

tribución del acceso diferencial a los avances recientes de la ciencia y la tecnología entre y dentro de los países le ha conferido a esta secular desigualdad en salud una naturaleza no únicamente cuantitativa: “Hoy los pobres, sobre todo del medio rural, no sólo mueren con mayor frecuencia que el resto de la población, sino que además lo hacen principalmente por causas que han sido resueltas desde el punto de vista técnico”³ y que típicamente no afectan a las poblaciones de ingresos medios y altos, es decir, enfermedades infecciosas y padecimientos relacionados con la reproducción y la nutrición.

En los años setenta, ochenta y principios de los noventa, los problemas de salud de los pobres recibieron una atención considerable y específica. La Declaración de Alma-Ata, que data de 1978, señala en sus párrafos iniciales que “el estado de salud de miles de millones de personas en el mundo, la mayoría de las cuales viven en los países en vías de desarrollo, es inaceptable”.⁴ En esa misma declaración se proponía “diseñar una nueva estrategia para cerrar la brecha entre ‘los que tienen’ y ‘los que no tienen’”.

De la misma manera, en el informe sobre el *Estado de la Infancia en el Mundo* para 1981-1982, el Fondo de las Naciones Unidas para la In-

fancia (UNICEF) propuso “un mayor y más sabio gasto en actividades orientadas a ayudar a los 500 millones de madres y niños más pobres del mundo”.⁵

En el informe de 1990 de la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, *-Investigación en Salud: Vínculo Esencial para la Equidad en el Desarrollo-*, la equidad y la pobreza constituyen temas centrales.⁶ Lo mismo sucede en el *Informe Mundial para el Desarrollo 1993* del Banco Mundial, en el que incluso se propone el diseño de paquetes de servicios de salud especialmente dirigidos a los pobres.⁷ Finalmente, en 1996, se crea el Foro Global para la Investigación en Salud que se define como una “Iniciativa para la Investigación en Salud y el Desarrollo de los Pobres”.

Sin embargo, esta preocupación empieza a diluirse a principios de los años noventa. En el propio informe de la Comisión de Investigación para el Desarrollo, las causas de muerte se presentan ya para el mundo en su conjunto. Lo mismo sucede con el *Informe Mundial para el Desarrollo 1993*. En este último caso, aunque los datos sobre daños a la salud se presentan desagregados por regiones, se habla ya de manera recurrente de la “carga global de la enfermedad”. Este término adquiere una naturaleza todavía más cons-

picua en el informe de 1996 del Comité Ad Hoc para la Investigación en Salud de la Organización Mundial de la Salud.⁸

Dados estos cambios recientes, resultan muy relevantes los esfuerzos –como los de este libro– dirigidos a desagregar la información sobre las necesidades de salud de la población mundial por grupos de ingreso. El objetivo de este trabajo, de hecho, es proporcionar información sobre la carga de la enfermedad en la población pobre del mundo que pudiera complementar la información, que se ha privilegiado en años recientes, sobre la población mundial en su conjunto. Se trata de información de 1990 con proyecciones para 2020.

Por lo que respecta a 1990, el principal hallazgo del estudio que da origen a este libro es que los padecimientos transmisibles son considerablemente más importantes para los pobres del mundo que lo que sugieren los promedios globales. Así, estos padecimientos producen 59% de las muertes y 64% de los años de vida saludable (AVISA) perdidos en 20% de la población mundial con los ingresos per cápita más bajos del mundo, en comparación con 34% de las muertes y 44% de los AVISA perdidos en la población global. Además, son responsables de 77% de la brecha en mortalidad y de 79% de la brecha de AVISA perdidos entre el 20% más pobre de la población mundial y el 20% más rico, en contraste con 15 y 9% atribuible a las enfermedades no transmisibles, respectivamente.

Por lo que toca a las lesiones, éstas también tienden a afectar de manera desproporcionada a los pobres. El 20% más pobre de la población mundial concentraba en 1990 25.9 y 29.8% de las muertes y los AVISA perdidos por lesiones, respectivamente. En contraste, el 20% más rico concentraba 13.1 y 9.1% de

las muertes y de los AVISA perdidos por lesiones, respectivamente.

De acuerdo con las proyecciones de este estudio, en el 2020, los padecimientos infecciosos serán responsables de 44% de las muertes y de 43% de los AVISA perdidos, contra 42 y 43% por enfermedades no transmisibles, respectivamente. Los porcentajes de muertes y AVISA perdidos para la población mundial en su conjunto ascenderán a 15 y 20%, respectivamente, y a 7 y 8% entre el 20% más rico.

Por su parte, el porcentaje de muertes atribuible a las lesiones se incrementará de 9 a 14% para los pobres, de 10 a 12% para la población en su conjunto y de 7 a 10% para la población de mayores ingresos. El porcentaje de AVISA perdidos atribuible a las lesiones ascenderá de 13 a 17% entre los pobres y de 15 a 20% en la población mundial, y descenderá de 13 a 11% entre la población más rica.

Las principales conclusiones que pueden desprenderse de estos hallazgos son las siguientes:

- Dada la distribución de la mortalidad y de los AVISA perdidos entre los diferentes grupos de ingreso, es importante asignarle la mayor de las prioridades a los padecimientos infecciosos y las lesiones en las estrategias para mejorar la salud de los pobres y disminuir las brechas en salud entre pobres y ricos. Por supuesto que esta conclusión general puede no aplicarse a aquellos países en desarrollo en los que los padecimientos no transmisibles juegan ya un papel dominante, incluso entre los grupos de menores ingresos.
- La información disponible también indica que las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad y la discapacidad generadas por las enfermedades

transmisibles son más costoefectivas que las intervenciones que buscan reducir los daños producidos por los padecimientos no transmisibles. Por lo tanto, desde la perspectiva de las políticas con preocupación por hacer el mejor uso posible de los escasos recursos disponibles, la atención de las necesidades de los pobres también debería considerarse prioritaria.

Sin querer menospreciar la creciente importancia que los “problemas emergentes” o las “epidemias ignoradas” de padecimientos no transmisibles pudieran tener en el perfil de salud global, los autores concluyen:

Cualquier desplazamiento de énfasis en las prioridades de salud mundial de la agenda del rezago hacia la agenda emergente representaría un desplazamiento de los problemas que son más importantes para los pobres hacia los problemas que son más importantes para las poblaciones de mayores ingresos.

Octavio Gómez Dantés,
Centro de Investigación en Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública, México.

REFERENCIAS

1. Smith R. The champagne glass of world poverty. *BMJ* 1999;318.
2. World Health Organization. The World Health Report 1999. Making a difference. Ginebra:WHO, 1999.
3. Frenk J, Bobadilla JL. Los futuros de la salud. *Nexos* 1991;(157).
4. World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, URSS. Ginebra: WHO, 1978:16.
5. Grant J. The State of The World's Children 1981-1982. Nueva York: UNICEF, 1981:9.
6. Commission on Health Research for Development. Health research: Essential link to equity in development. Nueva York: Oxford University Press, 1993.

7. The World Bank. World Development Report 1993. Investing in health. Washington, D.C.: Oxford University Press, 1993.

8. World Health Organization. Investing in health research and development. Report of the Ad Hoc Committee on health research relating to future intervention options. Ginebra: WHO, 1996.



Czeresnia D. Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, 123 pp.

What does not change/ is the will to change.

Charles Olson

Reflexiones filosóficas en torno a la vida y de sus relaciones con la salud

La fundación brasileña Osvaldo Cruz ha puesto a disposición del público latinoamericano el trabajo de Dina Czeresnia elaborado en torno a la historia de dos conceptos centrales de la medicina: la transmisión y el contagio. El análisis de la ciencia como un conjunto de metáforas –corriente en el que se inscribe el texto que ahora se presenta– proviene básicamente de la tradición de la filosofía analítica anglosajona, aunque ha tenido desarrollos paralelos, si bien diferentes, en la corriente encabezada por el pensador francés George Canguilhem.

La publicación de este libro muestra que el campo de la salud no es inmune al debate de la posmodernidad. Por lo menos desde la experiencia del Holocausto, la modernidad –entendida como el dominio de la razón en lugar de la metafísica del medioevo y, por lo tanto, de la ciencia en lugar de la experiencia– ha sido cuestionada como la fuerza hegemónica propulsora de la libertad, la felicidad y la abundancia.* Para muchos científicos sociales y filósofos (Bauman,¹ Touraine,² Melucci,³ Habermas⁴ y Lyotard,⁵ por citar algunos) y también para Czeresnia, poner a la modernidad en el “banquillo de los acusados”, no significa tratar de “reivindicar un retorno al pasado, en el sentido de interpretar los fenómenos de la vida tal cual los hombres lo hicieron en tiempos antiguos, sino, (...) reencontrar cuestiones fundamentales para la vida humana que fueron olvidadas o significadas según una creencia desmedida en las posibilidades de la razón”.

La hipótesis central del libro es que la emergencia de la pandemia del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como amenaza a la estabilidad del mundo ha planteado problemas para la sociedad que la visión antropocéntrica del humanismo, que orientó el pensamiento médico y biológico del siglo XIX en el Occidente, no consigue resolver. Uno de los problemas identificados es que las normas preventivas reguladoras del comportamiento no funcionan para el SIDA, debido a que al “confrontarse con situaciones singulares afectivas, (se) encuentran mediaciones que evidencian, en la mayor parte de las veces, que lo aparentemente razo-

nable y correcto no siempre es viable en las condiciones concretas de los sujetos”. De ahí que las personas puedan adquirir conocimientos sobre la enfermedad y sus riesgos sin modificar, al mismo tiempo, sus modos de vida. El mundo, entonces, en cierta medida, se encuentra a merced de estos individuos.*,⁶

Para la autora, la cuestión central es que la medicina dejó hace mucho de considerar los sentimientos, y todo lo referido a los sentidos, como parte de su campo científico. Sin embargo, fenómenos como el SIDA ponen en primer plano la dimensión cultural de la acción humana. Consecuentemente, lo que se requiere es la aproximación de la medicina con la filosofía de forma tal que hablen una con la otra y, así, sea posible sustituir el discurso normativo y regulador –apoyado en una explicación biológica de la enfermedad– por otro que, según Richard Rorty,⁷ incorpore los valores, que infelizmente, no se descubren, sino se crean por medio de la reflexión.

La argumentación del libro busca demostrar que el concepto de organismo significó una ruptura radical en las teorías y conceptos de enfermedades epidémicas que “tuvieron como elemento común la problematización de las interfases del cuerpo”, excluyendo, así, la posibilidad de que la enfermedad esté organizada desde el exterior. Es decir, el surgimiento del concepto de organismo cristaliza la autonomía de la dimensión biológica con rela-

* Beck, al estudiar el fenómeno Chernobil, hace preguntas que podríamos hacer con relación al SIDA en África y ahora en Camboya: ¿se puede tener en cuarentena a grupos enteros en un país? ¿Qué pasa con la población de todo un continente cuando 200 personas se contagian diariamente del virus? Para él, “estas preguntas ponen en claro una implicación objetiva en la que el diagnóstico del peligro coincide con el conocimiento de que se está ineluctablemente a merced del mismo”.

* Para una perspectiva histórica del origen de la noción de posmodernidad véase: Anderson P. The Origins of Postmodernity. Londres: Ed. Verso, 1998.

ción a la naturaleza, posibilitada por la escisión entre cuerpo y alma, y razón y espíritu. En este proceso, no sólo triunfa la razón, sino que el ser vivo es comprendido en sí mismo como poseedor de su propio centro de gravedad. El conocimiento sobre el cuerpo como una estructura material muerta, sin emociones y sin movimiento, pasó a ser objeto de la razón, y todo lo que decía respecto al espíritu y a la emoción fue confinado al campo de la experiencia y de los sentidos, debiendo así ser ignorado.

Al adoptar tal hipótesis de trabajo, Czeresnia sigue los pasos de Canguilhem y Foucault, quienes sostienen que la historia de la ciencia es la historia de sus conceptos. Para Czeresnia, un concepto científico representa, antes que todo, una realidad simbólica del ser humano en su intento de domesticar la realidad absoluta, amenazadora y vacía de sentido propio. En principio, un concepto debe ser analizado en el universo intelectual del cual forma parte y no en una perspectiva evolutiva darwiniana de la ciencia, donde cada nuevo concepto representaría una parte de una edificación.

Como indica el título del libro, *Del contagio a la transmisión*, la autora rastrea la intrincada génesis de los conceptos epidemiológicos de contagio y de transmisión en el universo intelectual de cada uno, recuperando sus cargas simbólicas, discontinuidades y elementos de continuidad, con sus fuerzas polémicas frente a la problemática para la cual fueron contruidos, teniendo como eje la cuestión de la autoconservación de la vida. En ese rastreo, la propia autora demuestra que los conceptos

que confluyen en la formación del léxico básico de la medicina reúnen un aspecto de nuestra vida, la biológica, y es, sobre esa base, que las ciencias médicas intervienen en la enfermedad para suprimir los síntomas. Czeresnia también reúne evidencias que confirman la permanencia de concepciones que establecen que 'la enfermedad deriva de un desequilibrio en la integración entre la constitución del cuerpo y el medio ambiente' y que plantean cuestiones todavía abiertas, como en los casos de Crookshank (1929), Hamer (1928) y Hirst (1953). Para ellos, la enfermedad es un aviso de la naturaleza que debe ser escuchado.

En ese sentido, lo atractivo de la reflexión de Czeresnia está en la sinergia que establece por una parte, entre el presente y el pasado, y por otra, con utopías futuras al despertar la duda acerca de una ciencia que cada vez gasta más recursos en investigación y acumula descubrimientos dirigidos a identificar el virus y su sistema de transmisión. En este punto, une su voz a muchos inmunólogos, particularmente aquellos que consideran que el virus es una consecuencia, según planteó la teoría de Jerne, en 1974. También a los ecologistas, que vienen preguntando ¿por qué un virus que parece que siempre ha estado en la naturaleza, tiene ahora un efecto letal?, o ¿qué procesos ocurrieron en las interacciones entre los hombres y la naturaleza que hicieron emerger esa nueva epidemia? Esas mismas preguntas son probablemente las que están haciendo algunos investigadores frente al misterioso declive de los sapos, vertebrados contemporáneos de los dinosaurios, que debi-

do a un debilitamiento en su sistema inmunológico están sin defensas frente a las infecciones de virus y hongos, que siempre han estado en la naturaleza, pero que ahora tienen un efecto tóxico para ellos.*

Tal vez lo más importante del libro sea poner en duda la posibilidad de una visión acumulativa capaz de reunir todos los aspectos de la vida y demostrar que hay un hiato entre el acontecimiento (emoción) y el concepto (razón), y que ese hiato crea la posibilidad de afirmar que "el pensamiento no es capaz de aprehender el acontecimiento en su totalidad". En ese sentido, parafraseando a Rorty, la autora nos conecta con utopías ulteriores, dejando abierta la posibilidad de realizar los sueños como un proceso sin término, "como realización incesante de la libertad".

Raquel Abrantes Pego,
Investigadora del Centro de Investigación en
Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública, México

REFERENCIAS

1. Bauman, Z. Intimation of postmodernity. Londres/Nueva York, Routledge, 1992.
2. Touraine A. Crítica de la modernidad. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1994.
3. Melucci A. Acción colectiva, vida cotidiana y democracia. México, D.F.: El Colegio de México, 1999, 131-160
4. Habermas J. El discurso filosófico de la modernidad. 4a. edición. Madrid: Taurus, 1993.
5. Lyotard JK. La condición post-moderna. Informe sobre el saber. Madrid: Cátedra, 1987.
6. Beck U. La sociedad del riesgo. México, D.F.: Paidós, 1998.
7. Rorty R. Contingencia, ironía y solidaridad. México, D.F.: Paidós, 1991.

*El País 2000 abril 20; Madrid, España