

**Cuadro 1. Casos de peste en las Américas, 1970-1980.**

País	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Bolivia	54	19	0	0	14	2	24	29	68	11	26
Brasil	101	146	169	152	291	496	97	1	0	0	98
Ecuador	30	27	9	1	0	0	8	0	0	0	0
Estados Unidos de América	13	2	1	2	8	20	16	18	12	13	18
Perú	128	22	118	30	8	3	1	0	6	0	0
Total	326	216	297	185	321	521	146	48	86	24	142

epizootia entre los pequeños mamíferos. O sea, que este sistema de vigilancia permitiría predecir si ha aumentado la actividad de la peste en los animales y podría ser de utilidad en la evaluación de la eficacia de los procedimientos de control que se están aplicando.

Las investigaciones ecológicas necesarias para describir la historia natural de la enfermedad en las zonas en las que ocurre la peste selvática en las Américas se han dificultado debido a que se trata de regiones muy apartadas. Sin embargo, el constante fortalecimiento de

los laboratorios nacionales y de los sistemas epidemiológicos gradualmente allanará el camino para lograr un mejor entendimiento de la ecología de la peste en esas zonas relativamente desconocidas, lo que a su vez permitirá la adopción de medidas más eficaces de control.

(Fuente: Control de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS.)

## Características del consumo de bebidas alcohólicas en cinco ciudades latinoamericanas

En 1975, la OPS, con una subvención del Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos, realizó una encuesta domiciliaria en gran escala sobre las características del consumo de bebidas alcohólicas en cinco ciudades de América Latina. La encuesta siguió el modelo de estudios análogos realizados por D. Cahalan, I. H. Sisin y H. M. Crossley<sup>1</sup> en los Estados Unidos y se centró en las características de dicho consumo más bien que en la prevalencia del "alcoholismo" como tal. En el estudio de la OPS se definió el "consumo alto" utilizando un índice de cantidad/frecuencia/variabilidad que permitía clasificar a una persona como "muy bebedora" si se embriagaba o tomaba 10 copas como mínimo en cada ocasión, por lo menos una vez al mes, o cinco copas mínimo en cada ocasión, por lo menos dos veces al mes. En realidad, la clasificac-

ión de bebedores era algo más moderada en el estudio de la OPS que en el de Cahalan y cols. En Bogotá, Caracas, Santo Domingo y San José los "muy bebedores" suelen consumir cerveza, licores o ambas cosas en grandes cantidades alrededor de 1-4 veces al mes, mientras que en los Estados Unidos, la cantidad en cada ocasión es inferior, pero el número de ocasiones al mes es mucho más elevado. La comparación con las características del consumo de bebidas alcohólicas en los Estados Unidos indica además que los latinoamericanos tienen mayor propensión a caer en uno de los dos extremos (abstención o consumo alto), mientras que entre los norteamericanos la bebida está más difundida pero es moderada.

La investigación reveló que en cuatro de las ciudades estudiadas (Santo Domingo, San José, Caracas y Bogotá) había una elevada proporción de personas "muy bebedoras", mientras que en São Paulo procedían relativamente con mayor moderación. El número de grandes bebedores varones de 15 a 64 años llega a representar hasta el 39% de ese grupo de población en Bogotá, con el

<sup>1</sup>American Drinking Practices. A National Study of Drinking Behavior and Attitudes. Monograph of the Rutgers Center of Alcohol Studies, No. 6. College and University Press, New Jersey, 1969.

mayor porcentaje de grandes bebedores en los varones de 30-39 años. Además, el 35-47% de esas personas en Bogotá, Caracas, Santo Domingo y San José confesaron tener problemas relacionados con el consumo de alcohol, particularmente de relación personal (familia o amigos) y de gastos que les suponía el hábito. Solo el 6-7% de las mujeres declararon tener problemas de esa índole. En general, los hombres beben alrededor de tres veces más que las mujeres y son mucho más propensos a hacerlo con exceso y a experimentar problemas sociales, médicos o económicos como consecuencia.

El estudio reveló la gran necesidad de programas de tratamiento y prevención destinados a la población masculina bebedora. Dado que la mayoría de los varones están empleados y tienen el hábito en el período más productivo de sus vidas, los programas tendrían una eficacia óptima si se desarrollaran en los lugares de trabajo.

Aunque se examinaron diversas variables para determinar su relación con las características del consumo de bebidas alcohólicas (por ejemplo edad, situación socio-económica, migración, empleo, educación, actitudes, etc.), la única que reveló una influencia sistemática en el consumo elevado (a veces con problemas consecutivos) fue la medida en que se consumían bebidas alcohólicas en el círculo personal. En otras palabras, el consumo

fuerte era más frecuente entre personas que manifestaron tener amigos muy bebedores o pertenecer a círculos donde se solía beber en la mayor parte de las ocasiones de contacto social. Ese resultado coincide con los de algunos otros estudios reveladores de que la disponibilidad general de bebidas alcohólicas en una sociedad parece tener de por sí un efecto en el consumo.

En general, y como se ha sugerido en recientes informes de la OMS, cabe deducir, por tanto, que las actividades de prevención podrían tener eficacia óptima si se encaminaran a reducir la disponibilidad de alcohol en la población. Aunque las medidas legislativas parecerían indicadas, ha de recordarse que tienen que ir acompañadas de programas de educación y propaganda que modifiquen a largo plazo los hábitos y las actitudes sociales en lo que respecta al consumo de bebidas alcohólicas.

Para fines de 1981 está prevista la publicación de una monografía basada en el estudio precitado.

(Fuente: Programa de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas, Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS.)

## Infecciones hospitalarias

Las infecciones adquiridas en los hospitales<sup>1</sup> son en la actualidad una de las principales causas de complicaciones en los pacientes internados y resultan en un importante aumento de la mortalidad entre los mismos (en muchos casos es la causa directa de la muerte del paciente y por lo tanto responsabilidad de la institución) y del costo de la atención médica hospitalaria y en un riesgo adicional para la salud de la comunidad.

A pesar de que se han obtenido algunos éxitos en el control de las infecciones en los hospitales, los avances alcanzados en la tecnología biomédica y en la terapéutica están produciendo un gran número de pacientes muy

susceptibles, lo que es agravado por la aparición en ciertos organismos patógenos de resistencia a los antibióticos.

En investigaciones efectuadas recientemente en América Latina<sup>2</sup> se han encontrado tasas de infección que oscilan entre el 5 y el 70%. El mayor impacto se refleja en la salud humana y se manifiesta por una elevada letalidad, sobre todo en la población infantil. Además, el efecto que tienen en los costos de la atención en el hospital es enorme. Según datos obtenidos en América Latina en los últimos años los gastos anuales derivados de la atención hospitalaria de casos de infección fueron de US\$196

<sup>1</sup>Las infecciones adquiridas en los hospitales pueden ser definidas como cualquier enfermedad microbiológica clínicamente reconocible que afecta al paciente como consecuencia de su admisión o concurrencia a un hospital, o al personal del hospital como consecuencia de su trabajo, independientemente de si los síntomas de la enfermedad aparecen durante o después de la permanencia de la persona afectada en el hospital. OMS, European Series No. 4, 1978.

<sup>2</sup>Organización Panamericana de la Salud. Grupo multidisciplinario sobre control de infecciones hospitalarias en América Latina y el Caribe. *Bol Ofic Sanit Panamer*, Vol. LXXXVIII, No. 6, junio de 1980.