

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 7, No. 2, 1986

Uso de drogas en América Latina y el Caribe

Introducción

En numerosos países existe una creciente preocupación por el alcance y los efectos del uso indebido de sustancias químicas entre sus habitantes. La 37ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1984) expresó su inquietud al respecto en su decimocuarta sesión plenaria y en el último informe dado a conocer por la Junta Central Internacional de Narcóticos (International Narcotics Central Board o INCB) se afirma que la amenaza del uso indebido de drogas ha alcanzado dimensiones sin precedentes. Tanto la OMS como la INCB y otros organismos internacionales han instado a que se actúe en forma sostenida y enérgica a fin de contrarrestar esta situación, sobre todo en lo que respecta al uso indebido de sustancias por los adolescentes.

Los datos epidemiológicos son especialmente útiles tanto en la planificación de los programas asistenciales para los farmacodependientes así como en los programas de prevención y las investigaciones realizadas acerca de este tema han demostrado que existen considerables variaciones entre un país y otro de las Américas. Canadá y los Estados Unidos de América han elaborado sistemas de vigilancia epidemiológica con énfasis especial en la juventud; son pocos los países restantes que han intentado obtener datos de manera sistemática. En vista de su importancia como problema de salud pública, se consideró pertinente divulgar los datos disponibles sobre el consumo ilícito de drogas en América Latina y el Caribe.

A continuación se presenta una reseña y evaluación metodológica de los principales estudios sobre el consumo de drogas realizados en los países de la Región y una discusión de la naturaleza y el alcance de los problemas relacionados

con las drogas. Se describen las modalidades del consumo de las principales drogas que son objeto de abuso: cocaína, marihuana, inhalantes, tranquilizantes y estimulantes. Finalmente se hace un comentario general basado en los datos epidemiológicos existentes, en el que se incluyen recomendaciones para las investigaciones adicionales que se consideren necesarias.

Reseñas por países

México

Desde 1974 se han realizado numerosas encuestas sobre el uso de drogas entre la población general y estudiantil de México. Las encuestas de hogares fueron todas basadas en muestras aleatorias estratificadas extraídas de la información de los censos mediante un procedimiento de selección en varias etapas. La población participante incluyó a todos los habitantes de 14 años de edad en adelante. Las encuestas han tenido, según se informó, una tasa de respuestas bastante alta, entre 83 y 93%; el tamaño de las muestras varió de 250 a 2.800 casos. En su mayoría, los estudios realizados en México fueron bien diseñados y se utilizaron cuestionarios confeccionados por personal capacitado. Este tipo de encuesta contiene preguntas derivadas complejas cuya debida administración requiere de entrevistadores adecuadamente seleccionados y adiestrados.

Las encuestas muestran que las drogas lícitas más frecuentemente usadas en México son el alcohol, tabaco y los tranquilizantes obtenidos con prescripción médica, especial-

EN ESTE NUMERO . . .

- Uso de drogas en América Latina y el Caribe
- Vigilancia de SIDA en las Américas: Informe hasta el 31 de diciembre de 1985
- Informe de la Segunda Reunión de los Centros Colaboradores de la OMS para el SIDA
- Después de Lalonde: Hacia la generación de salud

mente por las mujeres. Las drogas ilícitas no médicas son consumidas preferentemente por los jóvenes. El uso indebido de drogas comprende el uso de cannabis y drogas psicotrópicas entre adolescentes y jóvenes y el uso de inhalantes entre los niños. Sin embargo, las tasas globales de prevalencia son muy inferiores a las notificadas por el Canadá y los Estados Unidos de América. Una encuesta de la Ciudad de México, por ejemplo, reveló que ninguna de las drogas ilícitas había sido usada últimamente por más del 5% de la población de la muestra y la proporción de usuarios en general era inferior al 1%. Uno de los pocos estudios transculturales disponibles muestra que los estudiantes de secundaria del Canadá usan todos los tipos de drogas con mayor frecuencia que los de México y concluye que el uso de drogas ilícitas no está tan difundido en México como en algunos países vecinos.

La experiencia de México demuestra la validez de la metodología de las encuestas como forma de desarrollar un acervo de datos nacionales sobre el uso indebido de drogas. Agregando los datos procedentes de diversos estudios locales (urbanos), se han podido visualizar las tendencias nacionales. Los estudios mexicanos son aparentemente los más completos que se han realizado en América Latina y el Caribe, y deben seguir desarrollándose, ya que constituyen una buena fuente de datos epidemiológicos sobre el consumo de drogas.

Centroamérica y el Caribe

Casi todos los estudios publicados sobre el uso de drogas en los países de Centroamérica señalan la elevada prevalencia del fuerte consumo de alcohol. Uno de ellos, llevado a cabo por el Instituto Nacional sobre Alcoholismo de Costa Rica, revela investigaciones interesantes y valiosas en el área más amplia de la farmacodependencia, con resultados similares a los obtenidos en otras partes de América Latina y el Caribe. La marihuana es aparentemente la droga ilícita de uso más común, especialmente entre los jóvenes, siguiéndole en importancia los inhalantes entre los grupos todavía más jóvenes. El uso de cocaína se ha notificado solo en Panamá, lo que guarda relación con datos de la INCB que señalan un intenso tráfico de drogas en ese país.

En su mayoría, los países de Centroamérica siguen siendo lugares de tránsito para el tráfico ilícito de cocaína y cannabis. Después de una fructífera campaña de erradicación en México, se ha notificado el cultivo ilícito de opio y cannabis en Guatemala. En Belice, la visiblemente rápida expansión del cultivo y tráfico ilícitos de cannabis ha llevado a que se emprenda la erradicación aérea con asistencia de las autoridades mexicanas. Panamá desempeña un importante papel como país de tránsito, debido a su ubicación geográfica en el cruce de las rutas principales de contrabando. Las enérgicas medidas puestas en vigor en contra del tráfico de drogas han dado como resultado una extensa confiscación de cocaína, cannabis y metacualona.

El uso de embarcaciones pequeñas para el tráfico marítimo de drogas en el Caribe ha facilitado las transacciones ilegales. Según se informa, las islas de las Antillas Neerlandesas han servido de estaciones de reabastecimiento de combustible para las embarcaciones que transportan cannabis de la costa septentrional de Colombia a otros países. También se ha recibido información sobre el suministro de cannabis mediante paracaídas a los barcos que esperan en la proximidad de las Bahamas. A raíz de esta práctica, en marzo de 1983 el Gobierno de las Bahamas patrocinó un seminario sobre aplicación de las leyes dirigido por la División de Drogas Narcóticas de la Organización de las Naciones Unidas.

No se cuenta con datos epidemiológicos sobre el uso indebido de drogas en los países del Caribe, excepto Jamaica, donde el uso de *ganja* (nombre local de la cannabis) es muy común, aceptado entre los campesinos y se remonta por lo menos a 130 años. No se disponía de dichos estudios en el momento de preparar este informe. Según la INCB, Jamaica se ha convertido en un importante centro de producción de cannabis de alta potencia, cultivada ilícitamente con fines comerciales. El volumen del tráfico de cannabis está demostrado por la existencia de un gran número de pistas de aterrizaje de aviones utilizadas en la isla por los contrabandistas de drogas. Además del uso de cannabis, últimamente se ha detectado en la isla el uso indebido de cocaína entre los habitantes locales.

Venezuela

Son pocos los estudios publicados sobre el tema del uso de drogas en Venezuela y no se puede verificar la calidad de la metodología empleada en ellos. En una muestra aleatoria de 14.300 estudiantes de secundaria de 24 zonas metropolitanas importantes se encontró una tasa de consumo general del 2,2%; la marihuana era la sustancia de que más se abusaba (1,7%). En un estudio comparativo de 100 usuarios de drogas, 32% de ellos usaban marihuana, 20%, ácido lisérgico y 16%, cocaína.

El Secretariado Permanente del Acuerdo Sudamericano sobre Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas informa que en Venezuela hay una tendencia hacia el uso indebido de múltiples drogas. Las drogas de uso más difundido son, en orden decreciente de frecuencia, alcohol, marihuana, metacualona y cocaína. El tráfico de estas últimas ha aumentado en los últimos tiempos, pero el uso de pasta básica de cocaína es limitado.

Colombia

Las encuestas sobre el uso indebido de drogas en la población general de Colombia son pocas y muy recientes, como las que se llevaron a cabo en Medellín. Casi todos los estudios publicados se refieren a poblaciones estudiantiles (escuela secundaria y grupos de universitarios). En algunos se

evidencia el empleo de una metodología de muestreo, mientras que en otros se han agregado datos de varias ciudades (Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga). También hay varios estudios descriptivos sobre grupos de pacientes hospitalizados que reciben tratamiento en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Mental de Antioquia en Medellín.

Las modalidades que emergen de los datos aislados disponibles muestran un fuerte consumo de alcohol (4,7% de la población mayor de 15 años de edad bebe más de una botella de licor de una a tres veces por semana) y tabaco (43,2% de los adultos fuman). Aunque no se dispone de datos nacionales sobre el consumo de drogas, los estudios basados en poblaciones de grandes ciudades (especialmente Bogotá y Medellín) indican que la marihuana y la pasta básica de cocaína o *basuco* (mezcla de sulfato de cocaína, alcohol y otras sustancias químicas, usada en forma de cigarrillo) son las sustancias que más se usan en forma indebida. El uso de marihuana aumentó durante los decenios de 1960 y 1970, y el hábito de fumar pasta básica de cocaína se ha convertido en un problema de salud en los años ochenta. De acuerdo con uno de los estudios, las hospitalizaciones debidas al uso de *basuco* en Medellín se han triplicado entre 1981 y 1983. La situación es aparentemente similar en Bogotá y Cali.

Ecuador

En el Ecuador no se ha publicado información acerca del uso indebido de drogas. En un informe reciente, un consultor de la OPS afirma que el Ecuador no tiene la cantidad mínima de información requerida en el campo de la salud mental y del uso indebido de drogas para hacer un diagnóstico que permita diseñar programas adecuados. Sin embargo, la recientemente creada Dirección Nacional de Salud Mental aparentemente posee los conocimientos técnicos especializados que se precisan para obtener la información necesaria en el futuro.

Perú

Se ha observado que los problemas de la farmacodependencia más importantes en el Perú se relacionan con el consumo de alcohol y de coca. En 1979 se efectuó en la ciudad de Lima una encuesta por medio de entrevistas de hogares bajo el patrocinio conjunto del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID) y la OPS. Se estudió el grupo de 12 a 45 años de edad por muestreo aleatorio de 2.167 familias. Los investigadores tuvieron acceso a información bien fundada y a los servicios de estadísticos del Ministerio de Trabajo capacitados en técnicas de muestreo; la tasa de respuestas fue muy alta (94%). Aunque se pretendía abarcar el segmento más joven de la población, creyéndose que la prevalencia del uso de pasta de cocaína era mayor en ese grupo, contra-

riamente a lo previsto los compuestos de mayor uso resultaron ser los inhalantes y el tabaco, el alcohol y los tranquilizantes, sustancias preferidas de los adultos.

Otros estudios realizados en el Perú se han concentrado en grupos especiales de la población. En uno de ellos, llevado a cabo en el norte del Perú, se documenta la frecuencia del hábito de masticar coca, o *coqueo*, especialmente entre los inmigrantes indígenas andinos. Los estudios de grupos de estudiantes tendieron a comprobar una vez más que el alcohol y el tabaco son las drogas preferidas y, en segundo lugar, la marihuana y las anfetaminas. El uso de cocaína y pasta básica de cocaína es mucho más frecuente que en los países no andinos.

Bolivia

Hay solo unos pocos estudios que proporcionan datos estadísticos fidedignos sobre Bolivia. Los principales problemas relacionados con las drogas en este país andino son el cultivo, la producción y el consumo de coca (ya sea masticando hojas de coca o fumando pasta de cocaína) y el uso de marihuana. La situación es parecida a la del Perú en cuanto a características étnicas y culturales, ya que el cultivo de arbustos de coca también es tradicional en Bolivia. Casi todas las investigaciones realizadas sobre la coca se refieren a cuestiones de legitimidad de las plantaciones y los procedimientos, confiscación de drogas y arrestos, y las cifras ya son obsoletas.

Chile

No se han efectuado encuestas de la población general de Chile y solo unos pocos estudios entre grupos de estudiantes de secundaria. Por lo común, se han basado en el método de cuestionarios autoadministrados por la muestra total de población estudiada o una muestra aleatoria estratificada.

Las tasas generales de consumo resultaron ser altas en lo referente a sustancias de venta legal (alcohol y tabaco) y mucho más bajas para las ilegales. De estas últimas, la marihuana fue la más común. Del 4% al 7% de los habitantes admitieron haberla usado y la proporción de usuarios frecuentes fluctuó entre 1,0% y 3,5%. Los tranquilizantes y los estimulantes están mucho menos difundidos. El uso de inhalantes ha aumentado en los últimos cinco años, especialmente entre niños de los estratos socioeconómicos más bajos. Los documentos examinados no se refieren al uso de coca y sus derivados, aunque hay informes frecuentes de confiscación de cocaína, generalmente de los traficantes.

Otro motivo de preocupación en Chile es el control de drogas sujetas a prescripción médica. Últimamente, el Ministerio de Salud y el Instituto de Salud Pública han establecido un sistema completamente computadorizado que permite vigilar el expendio de esas sustancias.

Paraguay

De acuerdo con un informe de la OPS, no existe en el Paraguay un sistema centralizado para obtener información sobre el uso y abuso de drogas. Pero en un estudio bien diseñado de una muestra representativa de estudiantes de la Universidad Nacional Paraguaya y de las escuelas secundarias de Asunción se encontró que el alcohol y el tabaco son las drogas legales más frecuentemente usadas. Los estudiantes encuestados declararon que las drogas ilegales de mayor uso son la marihuana, los estimulantes y la cocaína. Un problema que ha resurgido últimamente es la inhalación de compuestos o sustancias volátiles. Los datos secundarios de fuentes clínicas y policiales confirman que la disponibilidad de alcohol y marihuana constituye el problema principal.

Argentina

Los informes con datos de la Argentina son muy escasos. Existen algunas descripciones de grupos tratados por farmacodependencia, especialmente en el Centro Nacional de Rehabilitación Social (CENARESCO). En otros estudios se documentan las impresiones subjetivas de personal clínico en ciudades provinciales tales como Tucumán y también se tiene acceso a algunos datos provenientes de la policía.

De cualquier manera, según la información disponible, la droga ilícita de mayor uso general es la marihuana y luego los estimulantes y tranquilizantes. Les siguen la cocaína y el ácido lisérgico, cuyo consumo, sin embargo, es bastante limitado. Pero la calidad de los datos, procedentes de grupos especiales, no permite hacer generalizaciones con respecto a la población total.

Uruguay

No se han encontrado estudios epidemiológicos publicados sobre el uso indebido de drogas en el Uruguay. Según se informa, el problema de la coca y sus derivados es prácticamente inexistente en ese país. La cocaína en forma de sales circula en muy pequeñas cantidades y el número de usuarios es bajo.

Brasil

Los únicos estudios publicados son dos encuestas de la población estudiantil de Belo Horizonte, que revelan tasas generales de consumo de drogas del 16% en el caso de los estudiantes del ciclo secundario y del 24% entre los universitarios. Las drogas más frecuentemente usadas por estos dos grupos son las anfetaminas (37% y 39,6%) y marihuana (29% y 30,6%, respectivamente). No se han dado a conocer datos sobre la población en general.

Se han encontrado grandes plantaciones de coca en la zona de Alto Río Negro, en los campos circundantes de

Manaus, en las orillas de los ríos Solomões, Wampes y Papuri, y en docenas de otros pueblos situados al margen de esos ríos. Aunque el *epodú* (de la familia Erythroxylaceae) ha sido cultivado tradicionalmente desde tiempos remotos por los aborígenes tucanos y de habla macú, últimamente se ha iniciado el cultivo en gran escala con fines comerciales ilícitos.

Las semillas de cannabis fueron introducidas en el Brasil por los esclavos traídos del Africa, sobre todo de Angola, en la primera mitad del siglo XVII. Como resultado, casi todos los sinónimos tradicionales para la marihuana en el Brasil (*maconha*, *doamba*, *liamba*, *moconha*) tienen su origen en las lenguas habladas en Angola. Durante el período colonial, los propietarios de las plantaciones solían permitir que sus esclavos sembraran cannabis entre la caña de azúcar, especialmente en la zona nordeste. En una proclama del siglo XIX se prohibía el uso de marihuana en las zonas urbanas, incluso en Río de Janeiro, la capital, donde se penaba a los transgresores con la cárcel. Actualmente, según informa la policía, es poco frecuente el uso crónico de marihuana y los encarcelados por violar la ley son generalmente usuarios de múltiples drogas.

Drogas que son objeto de abuso

Cocaína

En América del Sur, el hábito de masticar hojas de coca es una tradición cultural largamente arraigada en la región montañosa andina, en forma muy parecida a lo que ocurre en otras partes con el alcohol y el tabaco. Pero esta costumbre tradicional ha dado paso al uso de cocaína en el medio urbano. El Perú y Bolivia son los productores principales del arbusto de coca (*Erythroxylon coca*), cuyas hojas se tratan para obtener clorhidrato de cocaína. El producto se vende en esos países o, lo que es más frecuente, se introduce de contrabando en América del Norte y Europa.

En Colombia se cultiva una variedad diferente de coca que, como ya se mencionó, suele prepararse en forma de *basuco*. La tasa de absorción mucho mayor (90-95%) del sulfato la convierte en una sustancia más peligrosa que el clorhidrato, que al aspirarse por la nariz se absorbe menos. Últimamente se han dado a conocer varios informes en los que se indican las consecuencias adversas que tienen para la salud no solo el clorhidrato de cocaína, sino también la pasta básica de cocaína y aun el masticar hojas de coca. Los resultados resumidos en uno de dichos informes señalan ese hábito tan tradicional y aceptado como la causa de cambios permanentes en el funcionamiento del cerebro, que pueden llevar a un déficit cognoscitivo.

En países como el Perú y Bolivia se han dedicado bastantes investigaciones a este tema en un esfuerzo por distinguir los efectos perjudiciales directos de la pasta de coca de los de la malnutrición, que es una de las consecuencias del uso excesivo de esa sustancia. En Bolivia se ha estudiado el uso

de sulfato de cocaína y sus consecuencias. Existe un efecto anoréxico neto que parece regir el grado extremo de malnutrición aparente en los usuarios crónicos de la droga. El efecto de refuerzo de la cocaína lleva a los usuarios a reincidir en el abuso de la droga a pesar de su emaciación y a conseguirla por medios ilícitos. Puede sobrevenir la muerte debido a sobredosis accidentales o al *empacado* (transporte de la droga envasada dentro del cuerpo), hecho que se notifica con bastante frecuencia. La administración intravenosa puede desencadenar las complicaciones usuales relacionadas con dicha práctica, como hepatitis, tromboflebitis y una variedad de infecciones. El uso indebido de cocaína se combina a menudo con el de alcohol y otras drogas, con los consiguientes riesgos para la salud que entraña el abuso de múltiples drogas.

A pesar de los frecuentes informes procedentes de varios países de América del Sur respecto del incremento del consumo de la coca y sus derivados, no hay estudios de poblaciones nacionales que lo corroboren. La mayor parte de los estudios efectuados se han basado en grupos especiales, generalmente de estudiantes de secundaria y universitarios. El consumo de cocaína en ese grupo de edad es elevado en países andinos como Colombia y Bolivia. Hay pocos datos sobre el Ecuador donde, según se informa, el hábito de masticar coca se suprimió desde 1938. La inhalación de cocaína es aparentemente una práctica elitista de las clases media alta y alta, que raras veces tienen problemas con la policía. Casi todos los datos disponibles provienen de centros de tratamiento que informan acerca de la frecuencia relativa del uso de drogas entre los pacientes y de las estadísticas policiales referentes a los transgresores o los allanamientos para confiscación de drogas. El uso indebido de cocaína parece concentrarse en los países andinos ya mencionados. Los países restantes de América Latina y el Caribe no han notificado problemas de uso indebido de cocaína, aunque el narcotráfico es común en muchos países.

Cannabis

La droga ilícita de uso más frecuente en América Latina es la cannabis, que de ordinario se fuma en forma de marihuana (o marijuana). La especie botánica *Cannabis sativa* es original del Asia Central, pero se ha cultivado en Hispanoamérica desde principios del siglo XVII. También se llevó de Africa al Brasil, donde se introdujo con el nombre de *maconha*, término acuñado en Angola. Otra variedad, *Cannabis indica*, fue introducida en Jamaica por inmigrantes indostaneses en el siglo XIX. El uso de cannabis como intoxicante fue poco común hasta los años cincuenta, pero alcanzó proporciones epidémicas en los sesenta, cuando se adoptó como símbolo de rebelión de los "hippies" contra el orden establecido. Las tasas de incremento del uso en América Latina y el Caribe no son tan elevadas como las que exhiben los Estados Unidos y el Canadá, pero son bastante

importantes como para causar inquietud en casi todos los países de esas subregiones.

Es ahora evidente que el uso intenso y crónico de cannabis provoca tanto dependencia psicológica como tolerancia, pero esta condición vuelve rápidamente a lo normal después de interrumpirse el uso de la droga. Se han registrado síntomas de abstinencia y de inversión de la tolerancia, así como reacciones de regresión de síntomas. Es característico de la intoxicación crónica por cannabis el síndrome letárgico o apático que se manifiesta en el abandono de las actividades escolares o laborales. Se han notificado casos de lesión cerebral y también se ha documentado el déficit residual de las funciones intelectuales cognoscitivas. La cannabis también puede contribuir a desencadenar diferentes tipos de trastornos psiquiátricos, algunos de ellos de naturaleza psicótica. Los datos de que se dispone corroboran el hecho de que la marihuana es una sustancia peligrosa y no tan inocua como se proclamaba en el apogeo de su popularidad.

El cuadro del uso de marihuana en América Latina y el Caribe se halla tan incompleto como el de otras sustancias psicotrópicas. No existen estudios generales de población excepto en México y el Perú, y casi todos los datos disponibles se basan en encuestas de jóvenes (principalmente estudiantes). Dichos estudios muestran que la marihuana es la sustancia química ilícita empleada con mayor frecuencia en países como la Argentina, el Brasil, Colombia, Chile, México, el Paraguay, el Perú y Venezuela y los de Centroamérica. Existen pruebas adicionales basadas en los estudios de la distribución relativa del uso de sustancias químicas entre pacientes tratados en unidades de farmacodependencia en Chile, Colombia y el Paraguay.

El problema se relaciona con la relativa dificultad de controlar la producción y el tráfico de cannabis. Colombia todavía parece ser el principal proveedor de la Región. Aunque se desconoce la extensión total del cultivo de cannabis, hay indicios de nuevas plantaciones en la parte noroeste de ese país. Jamaica también se ha convertido en un importante centro de producción de cannabis de gran potencia, ilícitamente cultivada con fines comerciales. No existen pruebas epidemiológicas irrefutables respecto de la extensión o tendencias del uso de la marihuana en América Latina y el Caribe. Se trata en su mayoría de estudios aislados y en ninguno de los países se han realizado estudios sobre las tendencias. Sin embargo, casi todos los países han organizado campañas de prevención primaria, algunas de ellas a nivel nacional, como es el caso en México y Venezuela. Es necesario evaluar sistemáticamente los resultados de esos esfuerzos y se necesita con urgencia contar con bases adecuadas de datos epidemiológicos a fin de controlar el uso de la marihuana.

Tranquilizantes

El uso no médico de sustancias psicotrópicas recibe menos publicidad que el de narcóticos y otras drogas ilícitas, pero

no por eso deja de ser un problema importante. En la mayoría de los países de América Latina, la benzodiazepina y sus derivados se hallan entre los compuestos más lucrativos que produce la industria farmacéutica. Sin embargo, no existen datos fidedignos sobre las modalidades nacionales del uso no médico de drogas psicofarmacológicas. Los estudios efectuados entre los jóvenes revelan que su uso es menor que el de la marihuana, pero equivalente al de otros estimulantes. Al menos en dos países (Colombia y Chile) se han diseñado últimamente sistemas de fiscalización de la distribución de drogas, que pronto comenzarán a funcionar. Dentro de poco tiempo podrán obtenerse datos valiosos provenientes de esos sistemas.

La experiencia clínica y los datos oficiosos indican que las modalidades del abuso de tranquilizantes son diferentes de las de otras drogas psicotrópicas. Aparentemente en el uso indebido de tranquilizantes predominan los adultos y no los jóvenes, y las mujeres más bien que los hombres.

Estimulantes

El uso de cocaína ya se ha descrito como una tendencia emergente en la Región. Además, hay otras clases de estimulantes—mayormente anfetaminas y sus derivados—de los que hacen uso indebido dos grupos diferentes: los estudiantes que los usan ocasionalmente para reducir la fatiga durante los exámenes o por otras razones y las mujeres, que los toman para perder peso (las anfetaminas se toman con autorización médica para suprimir el apetito). Los usuarios de múltiples drogas también toman estimulantes como parte de la mezcla de drogas que consumen. El uso de dichas drogas es tan difícil de evaluar como el de los tranquilizantes y se espera que los sistemas de control y vigilancia de drogas actualmente en preparación en Colombia y Chile arrojen luz sobre esta cuestión.

El uso de anfetaminas parece estar más difundido en las grandes ciudades donde es considerable el número de estudiantes de secundaria y universitarios. La Argentina, el Brasil, México y el Perú han notificado tasas elevadas de consumo en esos grupos. A principios de los años setenta hubo un resurgimiento del uso de metildextroanfetaminas (MDA) y otras sustancias muy potentes en América del Norte. La declinación actual quizá se deba al reconocimiento de la gran toxicidad de esas sustancias químicas, especialmente cuando se administran por vía intravenosa.

Inhalación de solventes volátiles

En el último decenio, la inhalación de sustancias adhesivas y otros compuestos volátiles ha aumentado en todas las grandes ciudades de América Latina, especialmente entre los preadolescentes de los estratos socioeconómicos inferiores. Un grupo de la Universidad de Chile estudió los antecedentes clínicos y la psicopatología de los niños adictos al uso de solventes en Santiago, entre los que se encontró un

alto porcentaje de problemas sociales y disfunción familiar. La mayoría de los 33 niños estudiados vivían en barriadas marginales, tenían tendencias sociopáticas y respondían bien a las técnicas de rehabilitación social. Algunos exhibían psicopatologías graves que requerían tratamiento especializado. La recolección sistemática de datos sobre inhalación de solventes es muy difícil porque la mayoría de los consumidores están fuera del sistema escolar. Se estima, sin embargo, que del 7% al 10% de los niños de las barriadas de Santiago hacen uso indebido de los solventes ocasionalmente y que el 1% de ellos son usuarios frecuentes.

Discusión y conclusiones

En vista de la inquietud general causada por el aumento en el uso indebido de drogas en América Latina y el Caribe, la presente reseña pone de relieve la falta de información sistemática disponible que contribuya ya sea a corroborar o a refutar dicha suposición. No se han realizado encuestas generales de población excepto en dos países, e incluso en esas no se tomaron muestras representativas de la población, ya que enfocan solo grandes ciudades como Ciudad de México y Lima.

Casi todos los estudios disponibles se centran en el consumo de drogas entre los jóvenes, y más específicamente, entre los estudiantes. Se han realizado numerosas encuestas sobre el uso de drogas en escuelas y universidades aisladas, y muy pocas de muestras representativas de los sistemas escolares y universitarios en ciudades o lugares geográficos determinados. Son muy pocos los datos disponibles, si los hay, sobre el consumo de drogas entre los adolescentes que están fuera del sistema escolar.

Las encuestas de otros grupos especiales incluyen grupos de pacientes tratados por farmacodependencia, poblaciones psiquiátricas y niños o jóvenes detenidos por las autoridades. El problema principal de los estudios de grupos especiales es que no admiten la generalización de los resultados y su aplicación a poblaciones más amplias. Con frecuencia, sin embargo, dichos estudios parecen ser las únicas fuentes disponibles de datos. Los estudios que describen a fondo el uso de ciertas sustancias (uso indebido de pasta de coca en el Perú, Bolivia y Colombia, y uso indebido de solventes volátiles en Chile) han proporcionado información útil acerca de los aspectos clínicos y antropológicos de las nuevas tendencias en el uso indebido de drogas.

Los estudios transculturales son especialmente valiosos porque facilitan las estimaciones comparativas del consumo de drogas entre países o subregiones. Lamentablemente, son muy pocos los estudios transculturales con marcos de referencia y sistemas de recolección de datos comunes y la mayoría se limitan a México y los Estados Unidos de América, o el Canadá. Dichos estudios indican que el nivel de consumo de la mayoría de las sustancias químicas es mucho más bajo en México que en los otros países de América del

Norte. Sería sumamente útil poder hacer más comparaciones de este tipo entre otros países.

A pesar de los diferentes sistemas utilizados para la recolección de datos, casi todos los resultados tienden a agruparse mostrando que el alcohol y el tabaco son las sustancias químicas cultural y legalmente aceptadas cuyo uso (y abuso) es más común. Aparentemente le sigue en frecuencia el uso no médico de sustancias psicotrópicas tales como los tranquilizantes y los estimulantes. El uso de estas drogas parece estar concentrado en las grandes zonas metropolitanas. Los principales usuarios de las cuatro sustancias ya mencionadas son los adultos, pero su uso está aumentando entre los grupos más jóvenes. La marihuana es la sustancia de uso indebido más frecuente en toda la Región. Son usuarios típicos los jóvenes de zonas urbanas de clase media, excepto en países como el Brasil y Jamaica, donde hace tiempo que su uso es tradicional entre los campesinos y, por tanto, culturalmente aceptado. En la mayoría de los países, sin embargo, su uso se difundió en los años sesenta convirtiéndose en epidemia mundial.

El consumo de cocaína también es muy común dentro de los confines de la subregión andina (Bolivia, el Perú, norte de la Argentina y Chile, el Ecuador, partes del Brasil y Colombia). Los productores tradicionales de coca han tratado de desalentar esa práctica, pero persiste la costumbre tradicionalmente aceptada de masticar hojas de coca y el hábito de fumar pasta básica de cocaína se ha convertido en una cuestión cada vez más problemática para ellos.

El uso indebido de múltiples drogas es otro tema que no se ha investigado debidamente. Los informes oficiales al respecto indican que el hábito se halla concentrado en pequeños grupos bien identificados con características sociales y psicológicas bien definidas. El abundante uso de alcohol y solventes volátiles descrito en dichos informes ha sido corroborado en Chile, lo que ha llevado a la elaboración de métodos para poder identificar los individuos de alto riesgo en los diferentes grupos de población.

La literatura examinada ha permitido diferenciar claramente los siguientes subgrupos entre los usuarios de drogas:

- Los usuarios tradicionales de drogas de las zonas rurales, que consumen hojas de coca, *maconha* y hongos alucinógenos por razones culturalmente aceptadas. Las prácticas alimentarias y religiosas de la población indígena han sido

factores que han contribuido de manera importante a reforzar esos hábitos.

- Los individuos de clase media y alta, generalmente adultos jóvenes, de las grandes zonas metropolitanas, quienes siguen las tendencias y modas internacionales en materia de uso de drogas. Esos individuos eran los usuarios típicos de ácido lisérgico en los años sesenta, MDA en los años setenta y cocaína en los años ochenta.

- Los residentes de las barriadas marginales con muy poca instrucción, para quienes los estimulantes químicos forman parte de la "vida de pobreza" en que están sumidos. De niños inhalan los vapores de las sustancias volátiles y más adelante se dedican a consumir bebidas alcohólicas.

Actualmente se cuenta con la tecnología necesaria para realizar estudios metodológicamente adecuados que contribuyan a iluminar algunas de estas áreas y la Organización Mundial de la Salud se ha encargado de divulgarlas de manera sistemática. El Instituto Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas de los Estados Unidos de América (United States National Institute of Drug Abuse, NIDA) también ha dedicado varias publicaciones al tema de la metodología de los estudios sobre el uso indebido de drogas y las tendencias internacionales. En América Latina y el Caribe hay varios grupos de investigación que podrían colaborar en esta área mancomunando esfuerzos. La OMS ha delineado proyectos y actividades sobre la prevención y otros aspectos de la dependencia de las drogas. La eficacia de dichos esfuerzos depende, sin embargo, de la estimación correcta del grado de consumo de una droga determinada en cada país y de una percepción realista de la situación local.

Algunos grupos de investigación han publicado estudios bien planeados en Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, México y Perú. Quizás haya otros, no mencionados en esta reseña, que podrían participar en la tarea de mejorar la cantidad y calidad de la información sobre el uso indebido de drogas en los países de las Américas.

Pueden solicitarse las referencias bibliográficas sobre este tema al Programa de Salud de los Adultos (HPA), OPS.

(Fuente: Extraído de: *Epidemiology of Drug Use in Central and South America*, por Ramón U. Florenzano, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.)

Vigilancia de SIDA en las Américas: Informe hasta el 31 de diciembre de 1985

Cuadro general

Continúan aumentando en la Región de las Américas los casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA),

correspondiendo a América del Norte la vasta mayoría de casos registrados (93,1%). Todos los países combinados, excluidos los Estados Unidos de América y el Canadá, han notificado 1.250 casos. El área del Caribe (latina y no latina)

ha confirmado un total de 538 casos, o sea 17,5 casos por millón de habitantes. Los países de América Latina, incluido el Istmo Centroamericano, Brasil y México, han notificado un total de 685 casos, o sea 2,1 casos por millón de habitantes. Los países con el mayor número de casos son los Estados Unidos de América (16.130), el Brasil (540), el Canadá (435) y Haití (377), que en conjunto representan 17.482 casos, o sea 98,1% del total de la Región. En el cuadro 1 se presenta el número de casos y defunciones por SIDA registrado en la Región hasta el 31 de diciembre de 1985 inclusive.

Por primera vez desde 1983, año en que la OPS inició el sistema de vigilancia actual, muchos países no notificaron los casos nuevos diagnosticados durante el segundo semestre (1 de julio a 31 de diciembre de 1985) con tiempo suficiente para incluirlos en el informe anual. Dichos países son Anguila, Argentina, Costa Rica, Grenada, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago. El presente informe, por tanto, puede subestimar el verdadero total de casos de SIDA en la Región.

Al 31 de diciembre de 1985 no se habían diagnosticado casos de SIDA en los siguientes países: Antigua, Belice, Cuba, Dominica, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Nicaragua y Paraguay.

Discusión

El problema del síndrome de inmunodeficiencia adquirida sigue aumentando en magnitud e importancia a medida que se reduce de manera notable la lista de países que todavía no han notificado casos de esa enfermedad. Queda mucho por aprender acerca de la epidemiología de la enfermedad en cada uno de los países, puesto que los grupos de población en riesgo pueden ser diferentes. En Brasil, por ejemplo, más del 85% de los pacientes son varones homosexuales, y muy pocos (menos del 2%) son farmacodependientes. En las Bahamas, en cambio, se da lo contrario. La disponibilidad creciente de la prueba serológica ELISA en la Región contribuirá a que se conozcan mejor la epidemiología del SIDA y sus formas de transmisión.

La OPS ha distribuido "Pautas para el SIDA" a todos los Gobiernos Miembros, Oficinas de los Países y Centros. Puede obtenerse un ejemplar escribiendo al Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS. Además de examinar numerosos aspectos del SIDA, las Pautas recomiendan obtener información más detallada y frecuente mediante la vigilancia de esa enfermedad. A partir del 1 de julio de 1986, la OPS inició la vigilancia trimestral solicitando datos mínimos, incluidos edad, sexo y características generales de los pacientes o grupos en riesgo (p. ej., homosexuales, farmacodependientes, hemofílicos, personas que han recibido transfusiones, etc.). A partir de esa misma fecha, el Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS coordina todas las actividades de vigilancia de los países no latinos del Caribe. La colaboración de los países será

Cuadro 1. Casos y defunciones por SIDA, Región de las Américas, hasta el 31 de diciembre de 1985.

Subregión y país	Casos	Defunciones
América Latina, Grupo Andino		
Bolivia	1	1
Colombia	5	3
Ecuador	4	3
Perú	9	4
Venezuela	32	22
Subtotal	51	33
América Latina, Cono Sur		
Argentina	26 ^a	13 ^a
Chile	7	4
Uruguay	10	4
Subtotal	43	21
Brasil	540	252
Istmo Centroamericano		
Costa Rica	6 ^a	2 ^a
El Salvador	1	1
Guatemala	2	2
Honduras	1	1
Panamá	8	3
Subtotal	18	9
México	33	11
Caribe Latino		
Haití	377 ^a	88 ^a
República Dominicana	39	22
Subtotal	416	110
Caribe no Latino		
Bahamas	38	7
Barbados	4	4
Grenada	2 ^a	0 ^a
Guadalupe, San Bartolomé y San Martín	12 ^b	0 ^b
Guayana Francesa	31	15
Jamaica	2 ^a	1 ^a
Martinica	2 ^b	0 ^b
San Cristóbal y Nieves	1	0
Santa Lucía	10	2
San Vicente y las Granadinas	1 ^a	1 ^a
Suriname	3	1
Trinidad y Tabago	16 ^a	0 ^a
Subtotal	122	31
América del Norte		
Bermuda	27 ^c	17 ^c
Canadá	435	207
Estados Unidos de América	16.130	8.216
Subtotal	16.592	8.440
Total	17.815	8.907

^aNo se recibió información para el último semestre de 1985 (1 de julio hasta el 31 de diciembre).

^bDatos hasta abril de 1985.

^cDatos hasta el 31 de octubre de 1985.

muy importante para el intercambio rápido de información acerca de la situación del SIDA en las Américas.

(Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

Informe de la Segunda Reunión de los Centros Colaboradores de la OMS para el SIDA

Del 16 al 18 de diciembre de 1985 se reunieron en Ginebra los representantes de los centros colaboradores de la OMS para el SIDA a fin de examinar la situación del SIDA en el mundo. Se recomendaron las siguientes medidas:

- La vigilancia del SIDA debe fortalecerse y uniformarse todo lo posible. Los países notificarán los casos de SIDA a las Oficinas Regionales respectivas para su envío a la OMS de acuerdo con las pautas regionales. Se reunirá información más detallada con énfasis especial en los grupos de pacientes vulnerables.

- Se elaborarán y difundirán ampliamente pautas para la protección de los que ejercen ciertas ocupaciones (personal de salud, por ejemplo) y para la prevención y control del SIDA a través de programas de educación para la salud destinados a una gran diversidad de personas (pacientes y sus familias y las personas con quienes tienen contacto sexual, personal de laboratorio, personas infectadas pero asintomáticas, con énfasis especial en las mujeres de edad fértil y otros).

- No se justifica imponer restricciones en los viajes internacionales y se pidió a los Estados Miembros que no apliquen ese tipo de medidas.

- Se proveerá de sueros de referencia a los laboratorios apropiados. Dichos sueros pueden obtenerse en cantidades limitadas en el centro colaborador de la OMS de los Centros para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia 30333, EUA. En el Instituto de Virología Clínica y Experimental de la Asociación Alemana contra Enfermedades Víricas, Berlín, Alemania Occidental, se ha preparado una serie más grande y permanente de sueros para su distribución general. Dichos sueros están siendo caracterizados por el Instituto Nacional de Estándares y Control Biológicos, Reino Unido, centro colaborador de la OMS para el SIDA. Se está preparando otro grupo de sueros que representan un espectro de reacciones a los antígenos individuales en el Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria, Madrid, España, centro colaborador de la OMS para el SIDA, y se pondrá a disposición de otros centros colaboradores.

- La OMS asistirá en la organización de talleres sobre técnicas laboratoriales para el diagnóstico del SIDA, el examen colectivo para la búsqueda de casos y los programas de eficiencia de las pruebas.

- La OMS deberá promover una mayor estandarización en los laboratorios y más investigaciones sobre posibles medidas de control y continuar prestando colaboración técnica a los países miembros.

Además, los participantes aprobaron los siguientes desinfectantes y procedimientos de desinfección para prevenir la transmisión del virus del SIDA (LAV/HTLV-III):

Cloro-hipoclorito de sodio. Una solución desinfectante general para todo uso deberá tener una concentración de 1 g/l (1.000 ppm) de cloro disponible. Para desinfección en presencia de derrame de sangre o de materia orgánica en cantidad macroscópica se recomienda una solución más fuerte que contenga 10 g/l (10.000 ppm) de cloro disponible. En el diagnóstico de virus y laboratorios de investigación se recomienda una solución de 5 g/l (5.000 ppm) de cloro disponible.

Formaldehído como formalina: 50 g/l (5%).

Etanol: 700 g/l (70%).

Glutaraldehído: 20 g/l (2%). Idealmente, todo el equipo e instrumentos no desechables utilizados en la atención de pacientes se esterilizarán con vapor bajo presión (en autoclave) o mediante técnicas reconocidas de esterilización gaseosa si el equipo es termolábil. No se reconoce universalmente el uso de óxido de etileno en la esterilización gaseosa. Se hace necesario, por tanto, someter el equipo e instrumentos termolábiles a un alto grado de desinfección. La técnica requiere una escrupulosa limpieza de los materiales antes de procederse a la desinfección. El desinfectante de preferencia es glutaraldehído al 2% con un período de contacto de 30 minutos. A continuación, el equipo se enjuagará muy bien con agua estéril. Pueden usarse otros desinfectantes, pero no son los preferidos debido a diversas propiedades adversas como la corrosión. Pero si se usan, el último enjuague con agua estéril es sumamente importante.

(Fuente: Informe de la Segunda Reunión de los Centros Colaboradores de la OMS para el SIDA, OMS, Ginebra, 16-18 de diciembre de 1985.)

Después de Lalonde: Hacia la generación de salud

Nota del editor:

En 1974, el documento de Lalonde titulado "A New Perspective on the Health of Canadians" (Nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses) (1), conocido también como el Informe Lalonde, proporcionó un marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud y elegir los medios que puedan satisfacerlas. Dicho marco conceptual se basa en la subdivisión de la salud en cuatro elementos generales: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud. El capítulo del Informe en el que se describe este planteamiento y sus características principales se reprodujo en el Boletín Epidemiológico, Vol. 4, No. 3, 1983, con el título "El concepto del campo de salud—una perspectiva canadiense".

En el artículo que se presenta a continuación la Profesora Carol Buck, de la Universidad de Western Ontario, Canadá, analiza las recomendaciones y decisiones sobre políticas basadas en los conceptos de Lalonde. Se decidió publicar este artículo por tratarse en él uno de los nuevos y controversiales métodos de aplicación de la epidemiología en la solución de problemas sanitarios y porque la difusión de dichos métodos constituye uno de los objetivos principales del Boletín Epidemiológico de la OPS.

Han transcurrido diez años desde la publicación del Informe Lalonde (1). ¿Eran atinadas y se han llevado a la práctica sus mejores recomendaciones? La respuesta es no. Tanto el Informe como las decisiones normativas subsiguientes no se ocuparon en forma debida del medio ambiente. Me propongo demostrar que, de los cuatro elementos del concepto del "campo de salud" de Lalonde, este es el más importante. Si el medio ambiente es inadecuado, también serán inadecuados los elementos relativos a la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención de salud.

Es instructivo observar qué es lo que preocupa a la gente, ya que es posible percibir así si comprenden o no la naturaleza de sus problemas. ¿Qué es lo que inquieta hoy a los habitantes de este país? Les inquieta la posibilidad de una guerra nuclear, la contaminación ambiental, el desempleo, la pobreza y la delincuencia. ¿Les causa preocupación la salud? Sí, y especialmente el cáncer, la enfermedad de Alzheimer, el SIDA y la escasez de órganos de transplante. Como sus inquietudes acerca de la salud son tan específicas, no pueden ver la íntima relación que esta guarda con algunas de las otras cosas que les preocupan. Hasta no hacerse esta conexión, no se tomarán las medidas necesarias para generar salud.

Examinaré a continuación los factores que deben modificarse si ha de mejorarse el estado de salud. En la elección de esos factores ha influido el concepto de coherencia como fundamento para la salud enunciado por Antonovsky. Según su definición, coherencia es "una orientación global que expresa la medida en que se tiene un sentido de confianza profundo, constante y a la vez dinámico de que tanto el propio medio interno como el externo pueden predecirse y de que existe una alta probabilidad de que las cosas anden tan bien como es razonable esperar (2). No se trata de un concepto utópico. En nuestra sociedad es posible reconocer una serie de factores que constituyen graves obstáculos para la salud.

1. Ambientes peligrosos

La violencia sigue siendo una de las causas principales de mortalidad. Por cada muerte hay numerosos sobrevivientes incapacitados en forma permanente. En su mayoría las muertes violentas se califican de accidentes porque no son el resultado de una acción deliberada, pero en un sentido más amplio no son accidentales; se originan en condiciones peligrosas que la sociedad tolera. Nuestros caminos, automóviles, trenes, aviones y edificios podrían ser mucho menos aptos para provocar accidentes. Casi todos los desastres que ocurren en las minas, construcciones y otras industrias no son consecuencia de fuerza mayor, sino resultado de la negligencia. El hundimiento de la torre petrolera Ocean Ranger, en aguas cercanas a la costa de Terranova, es un ejemplo inequívoco. En muchas ocasiones los trabajadores se ven inducidos, por temor al desempleo, a aceptar condiciones manifiestamente peligrosas. Esto es especialmente cierto en las zonas pobres del Canadá. Los mineros de Nueva Escocia han declarado que tener un trabajo peligroso es mejor que no tener ninguno. ¿Cómo puede tener sentido de coherencia una persona que llega a semejante conclusión?

En el centro de las grandes ciudades las agresiones violentas se han vuelto tan frecuentes que la gente no puede ya moverse libremente en su medio ambiente. Tal ambiente no tiene coherencia. Aunque este problema ha llegado al máximo extremo en ciertas ciudades de los Estados Unidos, es preciso ver que también se perfila en el horizonte del Canadá. Algunos de los perpetradores de la violencia urbana son ellos mismos víctimas de la incoherencia del ambiente que los rodea. En forma menos impresionante, la contaminación también hace peligroso el ambiente. Aunque no entendamos todas las consecuencias que la contaminación del aire y del agua entrañan para la salud, podemos hacer frente a riesgos definidos tales como la contaminación por el mercurio y el plomo. Este problema exige estudios previsores ya que, una vez producida, la contaminación no puede de-

tenerse de golpe. Es importante recordarlo, sobre todo en momentos en que enfrentamos el problema de la eliminación de residuos nucleares.

2. La falta de necesidades básicas y de comodidades

Se dice que el sustento, la ropa y el abrigo constituyen las necesidades básicas de la vida. En realidad, la ropa es un aspecto del abrigo y además una especie de arte. Hay quienes creen que la falta de estas necesidades es privativa del Tercer Mundo. Si bien es cien veces más común en el Tercer Mundo, no se halla circunscrita a sus límites. En nuestro país hay un número considerable de personas cuyo consumo de alimentos es inadecuado y cuya vivienda es deplorable. Esto era evidente aun antes de la reciente recesión económica. La recesión ha impartido visibilidad a la nueva oleada de desempleados que ya no pueden costearse ni alimentos ni vivienda adecuados. Para aliviar esta situación aflictiva se han establecido albergues y cocinas populares. Pero es evidente que estos lugares son frecuentados por un gran número de personas que desde hace mucho tiempo perciben salarios o prestaciones de asistencia social insuficientes para satisfacer sus necesidades vitales.

¿Qué efectos tiene sobre la salud la alimentación inadecuada? Es bien sabido que una dieta que no suministra suficientes calorías, vitaminas y minerales perjudica el crecimiento físico y la resistencia a las infecciones. Lo que no es tan bien sabido es que una dieta semejante durante la infancia y los primeros años de la niñez es causa de retraso irreparable del desarrollo mental (3). Es lamentable que se oiga hablar tanto de los efectos de la alimentación opulenta sobre las cardiopatías y tan poco acerca de los efectos de la alimentación deficiente sobre uno de los atributos humanos más importantes. Sobre el abrigo, la otra necesidad básica, poco es lo que cabe comentar. Los problemas de las personas sin hogar son evidentes para todos. Algo menos evidente son los efectos que produce en la salud vivir en un lugar demasiado frío en invierno y demasiado caluroso en verano, con espacio insuficiente para los que lo habitan e instalaciones deficientes para la refrigeración y cocción de alimentos. Estas son las características de los tugurios. Por no estar obviamente relacionados con el cáncer, el SIDA, la enfermedad de Alzheimer y otros males de interés periodístico, se suele olvidar que la vivienda precaria causa y perpetúa muchos problemas sanitarios más importantes pero menos de moda.

He hablado acerca de la privación de las necesidades básicas. Me referiré ahora a la falta de comodidades, es decir, las cosas que hacen la vida más fácil y amena. A fin de realizar el potencial humano se necesitan comodidades tales como transporte, recreación, belleza y estímulo. La evidencia en fisiología y psicología indica que las actividades, imágenes y sonidos agradables contribuyen al funcionamiento óptimo del cuerpo y de la mente. Así, por ejemplo, en un estudio reciente de pacientes quirúrgicos se encontró que los que

podían contemplar la naturaleza desde la ventana del hospital se recuperaban más rápidamente (4).

La necesidad de transporte era menor en la época en que casi todos vivían en comunidades pequeñas. Un paseo de una milla brindaba al caminante distracción y belleza naturales. El transporte se convirtió en una importante comodidad a medida que la especie humana se congregaba en grandes centros urbanos, donde caminar ya no era ni factible ni idílico. El transporte no solo se ha vuelto caro para todos sino que consume demasiado tiempo, sobre todo cuando se trata de trabajadores pobres que deben marcar la hora en el trabajo, llevar los niños a la guardería, tratar de encontrar comestibles baratos, lavar la ropa en lavanderías de autoservicio y concurrir a establecimientos médicos muchas veces alejados del hogar. Para los desempleados obligados a visitar diariamente cierto número de lugares en busca de trabajo, el precio del transporte es prohibitivo. Tienen tiempo pero no dinero.

La recreación es una comodidad que no se consigue fácilmente en el ambiente urbano moderno. El tenis, el golf; el juego de pelota y los gimnasios son caros y fuera del alcance económico de la mayoría de la gente. Además, es difícil que un obrero que ha trabajado duramente todo el día vea la necesidad de hacer más ejercicio, por saludable que este sea. Para los niños, el hockey y el béisbol tienen más importancia por el equipo que requieren que por la agradable distracción que brindan en una laguna helada o en un campo de juego. En realidad, el hockey se ha transformado en un deporte sanguinario. A raíz de todo esto, mucha gente opta por ver los deportes en la televisión en lugar de practicarlos.

Algunas de las influencias que dificultan la recreación física se aplican también a la recreación intelectual. La televisión se ha vuelto el medio principal de acceso a la literatura, el arte y la música. La meta de la televisión comercial es vender productos. El contenido de los programas está por lo tanto dirigido al potencial de consumo del televidente y no a su enriquecimiento intelectual y emocional.

En lo que a la belleza se refiere, la urbanización industrializada nos ha privado de ella. Lo que resta de bello está concentrado en centros de interés turístico vistos más por los forasteros que por la población residente. Mucha gente vive en lugares sombríos y trabaja en sitios sin ventanas donde rara vez se siente el soplo de la brisa o el trino de un ave. En las ciudades más grandes, se trasladan de un lugar a otro a través de un túnel. La belleza ha sido reemplazada por una profusión de ruidos tan perjudiciales para el oído como perturbadores para la mente.

3. Trabajos estresantes, ingratos y despersonalizadores

La revolución industrial eliminó algunos de los trabajos más agobiadores para el hombre, pero trajo consigo un problema diferente. Para muchos, el trabajo ya no ofrece la satisfacción de crear. La contribución del trabajador al producto terminado es limitada y se lleva a cabo por procedimientos

que se repiten hasta el hastío. El alivio de esta monotonía quizá solo se logre a costa de ser reemplazado por un robot. En favor de la eficiencia se ha difundido el trabajo por turno, especialmente la rotación semanal en serie que continuamente interrumpe los ritmos circadianos naturales del organismo (5). En un estudio de obreros fabriles se mostró que el trabajo por turno y especialmente el trabajo a destajo tiene efectos desfavorables en la salud física y mental (6). El problema del trabajo se complica con la reiterada amenaza de desempleo. Es poca la coherencia que puede tener una vida que oscila entre un trabajo ingrato y el desempleo.

Samuel Butler dijo que el pollo es solo la manera en que un huevo produce otro huevo. La filosofía de nuestro sistema económico es que una persona es solo la manera en que un dólar produce otro dólar.

4. Aislamiento y alienación

El hombre es gregario por naturaleza y necesita la oportunidad de dar y recibir afecto, ayuda e información. Apoyo social es la expresión acuñada para describir la satisfacción de esas necesidades. Cada vez se reúnen más pruebas de que las personas que viven aisladas y sin el apoyo social adecuado tienen más probabilidades de enfermar (7). Hay muchas personas aisladas y uno piensa especialmente en los ancianos, los viudos, los padres sin pareja y los trabajadores desarraigados en busca de empleo.

Más angustioso aún que el aislamiento es la experiencia de vivir al margen de una sociedad, donde las oportunidades, valores, expectativas y costumbres propias no son los de la mayoría. Esta es la situación de alienación en que se hallan las minorías étnicas, los inmigrantes recién llegados, los trabajadores migrantes y todos los que se sienten rechazados o desplazados por un cambio de cultura. El famoso estudio de Cassel sobre la introducción de industrias en una población de las montañas Apalaches demostró que la alienación tiene un profundo efecto en la salud (8).

5. Pobreza

He puesto la pobreza en último lugar porque esta condición trae como secuela todos los obstáculos a la salud ya descritos. Son los pobres los que más que nadie viven en ambientes peligrosos, carecen de las necesidades y comodidades básicas, trabajan, si lo hacen, en empleos estresantes e insatisfactorios y están aislados de las fuentes de información y estímulo. Además de todo esto, la pobreza es intrínsecamente degradante y alienante, especialmente cuando los pobres tienen conciencia de que la pobreza no es el destino natural del hombre y, sería imposible no darse cuenta de ello, cuando los medios de difusión muestran constantemente la forma en que vive la mayoría pudiente. Rollo Walter Brown describió el fenómeno de manera elocuente: "...la pobreza embrutece al hombre tan inevitablemente

como una incesante inyección de veneno en la sangre. Insensibilizando gradualmente sus facultades, lo vuelve incapaz de discernir con claridad las mejores cualidades de su propia personalidad, lo despoja del sentido de iniciativa, erosiona su confianza y le impide proyectar sus rasgos esenciales hacia la vida del mundo que lo rodea. Desequilibra al hombre en la dirección equivocada, saturando su vida con las consideraciones ineludibles de la miseria, de lo mezquino y de la actitud de desaliento del de abajo (9). Brown se refería a la pobreza crónica, no a la pobreza pasajera del estudiante y de otros que se hallan en ascenso. Los ex-pobres son quienes hablan de las virtudes de la austeridad para imprimir carácter. Los pobres crónicos guardan silencio sobre este tema.

En todos los países donde se ha examinado la relación entre clase social y mala salud se ha encontrado que los pobres exhiben tasas más elevadas de mortalidad e invalidez. Esto ocurre aun en países donde la atención de salud es financiada por el estado (10-12).

Hasta aquí he descrito los efectos de los ambientes nocivos sobre la salud. Los demás elementos del campo de salud de Lalonde no pueden mejorarse si el ambiente es inapropiado ya que se hallan inextricablemente ligados a este.

Medio ambiente y biología humana

Las células, tejidos y órganos del cuerpo humano son sensibles al medio ambiente. Si este es peligroso, pueden ser lesionados y destruidos. Si el ambiente no proporciona la nutrición adecuada, no se desarrollarán debidamente. Más sutil, sin embargo, es el efecto de los factores ambientales estresantes en los reguladores principales del cuerpo humano: el sistema nervioso central y las glándulas endocrinas. Cassel examinó pruebas apremiantes de que los factores ambientales estresantes actúan sobre los reguladores del organismo aumentando la susceptibilidad a todas las enfermedades, tanto físicas como mentales (13).

Medio ambiente y estilo de vida

Un estilo de vida saludable puede ser adoptado solo cuando se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello. En un ambiente empobrecido existen barreras contra el conocimiento y la oportunidad. Pero tal vez sea aun más importante la erosión de la voluntad. No es fácil dedicarse a la búsqueda positiva de la salud si hay que invertir grandes energías en la lucha diaria por la vida. Más bien hay una gran tentación de buscar solaz en hábitos malsanos. House descubrió que, entre los obreros fabriles, los que trabajaban por turno y a destajo eran los mayores consumidores de alcohol y tabaco (6).

Medio ambiente y atención de la salud.

Aun cuando la atención de la salud es financiada por el erario público, siempre persisten las desigualdades de acceso y calidad ocasionadas por el medio ambiente. En los Estados Unidos de América, el pago medio de Medicaid por beneficiario es significativamente más alto para los blancos que para los negros (14). En Gran Bretaña hay variaciones apreciables en el tipo de atención dispensada a los ricos y a los pobres. En los niños de la clase social más baja, hubo una mayor proporción de admisiones hospitalarias para atención de urgencia que para la atención diagnóstica y terapéutica planeada (15).

Rundle y Wheeler rechazan la opinión de que los pobres reciben atención de salud inadecuada porque son poco cultos (16). Estos dos autores encontraron que a menudo los pobres eran enviados a profesionales que no fomentaban la medicina preventiva.

Finalmente cabe destacar que el daño que inflige a la salud un medio ambiente nocivo es acumulativo. Existe un formidable efecto multiplicador. El hijo de una madre de bajo peso de clase económica baja es más propenso a nacer con insuficiencia ponderal. El bajo peso al nacer aumenta el riesgo de una amplia variedad de lesiones cerebrales, desde la parálisis cerebral hasta el retraso mental. Pero el bajo peso al nacer contribuye a aumentar este riesgo *mucho más* si el lactante pertenece a una familia pobre (17). Como dice Blaxter, el ambiente social crea desventajas potenciales y luego refuerza su efecto (18). Lo más pernicioso del aspecto acumulativo es que continúa a lo largo de las generaciones. La pobreza de una generación reduce las probabilidades de un nacimiento sano y deteriora el medio ambiente de los niños que nacen. Los niños de la segunda generación, con mayor desventaja en lo relativo a la salud, educación y empleo, crean un ambiente todavía más desfavorable para la tercera generación. Finalmente, nos encontramos con personas en condiciones tan desesperadas que perdemos la esperanza de poder ayudarlas.

Soluciones

Me he detenido en la descripción de los problemas. Ahora me referiré a las soluciones. No sorprenderá que tenga más confianza en remedios dirigidos al medio ambiente que a los demás elementos del campo de salud de Lalonde. Mi objeción al Informe Lalonde estriba en que las recomendaciones para mejorar el medio ambiente eran débiles. Pero este no es el único informe que adolece de ese defecto. Draper y colaboradores encontraron una falta similar en el informe de la Comisión Real de Merrison (Merrison Royal Commission) de Inglaterra, el cual no hacía hincapié en que el ambiente insalubre debe ser combatido en forma continua y constructiva en lugar de ser aceptado en forma pasiva (19). La mayoría de las declaraciones oficiales referentes a la salud aceptan el ambiente como un elemento dado, como

una serie de problemas a los que hay que adaptarse. La responsabilidad del cambio se impone sobre el individuo, y a menudo se expresa la convicción de que podrían ahorrarse millones de dólares en la atención de la salud si la gente abandonara su conducta refractaria. Es indudable que ciertos hábitos como el de fumar y el exceso de bebidas alcohólicas en particular, son causa de serios problemas sanitarios que dan lugar a grandes gastos en atención médica. Pero la corrección de estos hábitos no prevendría todos nuestros males. Tampoco podemos esperar que estos hábitos se corrijan merced al exclusivo esfuerzo de los individuos. Como señalan Draper y cols., es menester abordar las cuestiones ambientales más amplias que determinan las decisiones individuales, pero que están fuera del control del individuo (20). Hay que lograr el mejoramiento de la salud del individuo proporcionándole un medio que no le cause daño físico ni psicológico. En semejante ambiente se reducirían tanto el deseo como la oportunidad de caer en hábitos malsanos.

Si se pone demasiado énfasis en la responsabilidad del individuo por su propia salud, el resultado es aumentar la sensación de alienación en aquellas personas que ya sufren por su posición de marginados en la sociedad. Esto, literalmente, sería golpear al caído. No puede esperarse que los beneficiarios de la asistencia social se sientan inspirados por la exhortación a incrementar el contenido proteico y vitamínico de la dieta cuando su problema más apremiante es defenderse del hambre. Naturalmente es posible, usando el ingenio al hacer las compras y con un poco de habilidad en la cocina, sacar el máximo rendimiento nutricional de una dieta barata. Esto es posible para una persona que tenga conocimientos culinarios, persistencia, tiempo libre y medios adecuados para cocinar, características estas de las que no gozan la mayoría de los que reciben asistencia social. Algunas de las actividades de promoción de la salud mediante prevención de accidentes carecen igualmente de realismo. Los accidentes en el hogar y en la calle son una importante causa de defunción e incapacidad entre los niños pequeños. Pero, ¿qué sentido tiene insistir en la capacidad de prevención de las madres que crían a sus hijos en un medio propenso a producir accidentes? Como dice Blaxter: "...Se buscan curas mediante la educación en seguridad general o mediante la educación y supervisión más específicas ofrecidas a las familias por enfermeras de salud pública. Pero parece obvio que los remedios radican más bien en las políticas públicas referentes al ambiente en que viven las familias pobres: la provisión de espacios seguros para jugar, el control del tráfico a través de las urbanizaciones, la eliminación de viviendas carentes de medios de escape en caso de incendio, las políticas que velan por que las familias no tengan que recurrir a formas peligrosas de calefacción barata, y el diseño de vivienda pública para familias jóvenes de modo que las madres puedan vigilar a hijos de distintas edades a la vez. Es indudable que en esta área interviene el factor comportamiento, pero se trata de un comportamiento inevitable en ciertos ambientes (18).

Recordemos también que es mucho menos eficiente actuar

sobre el individuo que sobre el ambiente. ¿Puede imaginarse el tratar de prevenir la fiebre tifoidea instando a la gente a que hierva el agua? Como lo expresara Syme, la tarea de cambiar a la gente es interminable, mientras que los cambios efectuados en el ambiente son más duraderos (21). Esto se nota claramente en la prevención de las caries dentales. La fluoruración del agua es muy superior en eficiencia a los programas basados en el cambio de dieta y el cepillado de los dientes.

El Informe Lalonde era un documento político cuyo autor titular era ministro de gabinete del gobierno federal del Canadá. No es sorprendente que en él se recomendara muy poco que pudiera poner en apuros financieros al gobierno, pese a declarar su interés por todos los aspectos de la salud. La amplia aclamación recibida por el Informe Lalonde denota la falta de deseo prevaleciente en otras partes del mundo de abordar en toda su gama los obstáculos que se oponen a la salud.

Hay quienes piensan que la solución de los problemas de salud todavía puede encontrarse en una mejor atención de salud. Por "mejor" se entiende un mayor acceso al tipo de atención actualmente disponible y un mejoramiento de la capacidad tecnológica de la medicina. Si se pierden manos y brazos por heridas accidentales, la respuesta es una mejor microcirugía para volverlos a suturar. Si una acumulación de factores personales y ambientales conduce al desarrollo de enfermedad vascular, la respuesta es una mejor cirugía de trasplante. Pero los remedios tecnológicos ya están llegando a sus límites económicos y logísticos. Por lo tanto, es casi inconcebible que puedan coexistir el mayor acceso a la atención de la salud y la provisión de atención cada vez más avanzada tecnológicamente.

Algunos de los que se oponen a la solución tecnológica proponen en cambio un mayor énfasis en los aspectos humanitarios de la medicina y que se preste más atención al fortalecimiento del apoyo social ofrecido a la población vulnerable. Por atractivo que sea este planteamiento, contiene un elemento peligroso. Aunque la asistencia social es importante, se corre el peligro de que se transforme en un sucedáneo de la reforma fundamental. En realidad los residentes de tugurios podrían ser tratados más cuidadosamente por médicos y asistentes sociales y podría ayudárseles para que se presten mayor apoyo mutuo. Esto tal vez lograría mitigar la inclemencia de sus condiciones de vida, pero no eliminar las causas. Para ser realmente eficaz, la asistencia social debe fundarse en tal grado de respeto por los seres humanos que no se les permita exponerse a condiciones que los predisponen a las enfermedades y lesiones. La cuestión fundamental es de índole moral, como se reconoció claramente en la declaración de Año Nuevo de 1983 de los Obispos Católicos del Canadá.

Finalmente debemos considerar las barreras que impiden lograr un medio ambiente que genere salud. Se trata de grandes barreras, profundamente arraigadas. Pero si comprendemos su naturaleza y comenzamos a atacarlas sin tregua, hay la esperanza de que al fin triunfemos.

Posiblemente la barrera más arraigada de todas sea la filosófica: la creencia de que un componente de sufrimiento es parte de la condición humana. Hasta cierto punto se trata de una creencia justificada, ya que el dolor, la congoja y la soledad nunca podrán eliminarse totalmente. Pero otra cosa es creer que el sufrimiento en gran escala es inevitable. El pasaje bíblico "porque los pobres siempre estarán contigo" no debe ofrecerse como excusa para seguir tolerando la pobreza crónica. La idea de que hay ganadores y perdedores cierra la puerta a cualquier reforma. Esa puerta se cierra con más firmeza si la idea se apoya en el argumento erróneo de que los perdedores son los que tienen, por dictado del destino, un conjunto inadecuado de genes. Aunque un solo gen puede ser el autor de terribles jugarretas, dichos genes son raros. La mayor parte de las cualidades humanas se hallan influidas por múltiples genes que determinan el desarrollo potencial físico y mental. Algunas personas tienen menos potencialidades que otras, pero en un buen ambiente cada cual puede por lo menos realizar plenamente sus posibilidades. Un ambiente saludable puede reducir la brecha entre ganadores y perdedores. Además, el mejoramiento de ciertos aspectos ambientales es bueno para todos, cualquiera que sea su dote genética. La purificación del agua contribuye a prevenir la fiebre tifoidea y el cólera, independientemente de la inteligencia de quien beba el agua.

La inercia es la siguiente barrera que hay que considerar. El mero esfuerzo de introducir reformas básicas es un freno intrínseco para cualquier acción. Nuestros impulsos humanitarios se satisfacen en forma más conveniente con remedios fáciles. Lamentablemente, estos generalmente llegan demasiado tarde en la cadena de acontecimientos para ser eficaces. La entrega de limosna a los pobres a condición de que puedan demostrar su pobreza es un ejemplo de lo que quiero decir. Podríamos pensar que este sistema desapareció en el siglo XX al reemplazarse las Leyes de los Pobres de la época victoriana con la seguridad social. Desapareció hasta cierto punto. Pero el problema de nuestros programas de complementos al ingreso es la discontinuidad. Se traza una línea muy definida e inhumana entre los pobres que trabajan y los pobres que reciben asistencia social. Entre los dos grupos existe un abismo donde debería haber un puente.

La inercia adopta una forma diferente cuando nos embarcamos en un programa de reformas cuyo alcance es demasiado limitado o de duración demasiado breve como para lograr un efecto completo. Esto es lo que ocurrió con el programa Headstart en los Estados Unidos. Dicho programa estaba destinado a enriquecer intelectual y emocionalmente a niños preescolares culturalmente desposeídos. Se esperaba que aun unos pocos meses de enriquecimiento serían suficientes. El consenso de los que han evaluado los programas de Headstart es que los beneficios obtenidos fueron proporcionales al tiempo pasado por el niño en el programa (22). No se trata de una conclusión completamente inesperada. Los resultados de Headstart muestran que un esfuerzo menor es una forma de inercia.

Otra barrera contra la reforma es la estructura fragmentaria

del aparato político y burocrático. La salud, la educación, el trabajo, el medio ambiente, el seguro social y la beneficencia están bajo jurisdicciones diferentes. Esto restringe la oportunidad para acciones coordinadas. A raíz de ello nadie tiene una visión integral de lo que anda mal y de lo que debe hacerse para remediarlo. Dudo que la solución de este problema resida en la creación de departamentos gubernamentales de escala cada vez mayor. La fragmentación debe resolverse buscando mejores mecanismos de comunicación entre los departamentos gubernamentales que comparten la responsabilidad por el medio ambiente humano. Esa mejor comunicación tiene que abarcar desde el nivel central en que se formulan las políticas, hasta los niveles periféricos, donde los funcionarios públicos se ocupan de los complejos problemas de un solo ser humano. Los estudios teóricos sobre organización y comunicación han avanzado mucho en estos últimos decenios. Es hora de que esos conocimientos se apliquen a la barrera de la fragmentación. El impedimento de la fragmentación podría reducirse de otra manera. Cuando muchos grupos no relacionados hacen planes, cada uno de ellos debiera preguntarse: ¿cómo influirá nuestro plan en la salud de la población objeto? La salud debe ser incluida en todas las agendas políticas.

He dejado para el final la poderosa barrera de los intereses creados. Para los empleadores, propietarios, inversionistas y contribuyentes, el costo de las reformas es un importante factor disuasivo. Podemos tener la mejor intención, pero un examen de nuestra billetera nos frena. Es concebible, sin embargo, que gran parte del dinero que gastamos en "redes de seguridad" podría reorientarse provechosamente a reformas más básicas. Lo más eficaz no siempre es lo más costoso. Pero aunque fuera más costoso, una transferencia apreciable de dinero sería factible en nuestra sociedad sin que nadie tenga que sacrificar mucha felicidad. La acumulación de dinero como fin en sí mismo es una carga de la cual tal vez algunos desearían deshacerse si no fuera porque se les ha inculcado en la creencia de que la adquisición de riqueza es la meta suprema del hombre.

Es importante darse cuenta de que las reformas podrían constituir la red de seguridad para todos los que nos oponemos a ellas a causa de intereses creados. La existencia de un grupo desposeído es una amenaza para la mayoría confortable. En este contexto, las observaciones de Geoffrey Vickers son dignas de reflexión: "Se necesita algún activador que convenza al atareado y confortablemente protegido occidente de las inestabilidades que son patentes para el desposeído, el impotente, el desilusionado y el desesperado, aun en sus propios países (23).

En el proceso de mejorar el ambiente humano, dos ideas serán de utilidad. La primera es que las reformas muy innovadoras deben llevarse a cabo en forma experimental (24). La manera prudente de aprender de la experiencia es introduciendo una reforma en pequeña escala y planeando sistemáticamente una evaluación tanto de sus efectos positivos como negativos. La aplicación del método científico en la realización de reformas no denota insensibilidad. Nos pro-

tege en cambio de hacer daño cuando intentamos hacer un bien. Por otra parte, el enfoque experimental nos puede arrastrar por el resbaladizo camino de la inercia si se considera que un experimento fructífero es la meta final. El éxito debe ser capitalizado lo más velozmente posible.

La otra idea es el establecimiento de objetivos que permitan medir el progreso alcanzado por las reformas. La medición de este progreso es un antídoto contra la inercia. Terris destaca la importancia de establecer metas que especifiquen no solo lo que se ha de lograr sino cuándo se ha de lograr (25).

Referencias

- (1) Lalonde, M. A. *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Information Canada, 1974.
- (2) Antonovsky, A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
- (3) Birch, H. G. Malnutrition, Learning and Intelligence. *Am J Public Health* 62:773-784, 1972.
- (4) Ulrich, R. S. View through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science* 224:420-421, 1984.
- (5) Moore-Ede, M. C., C. A. Czesler y G. S. Richardson. Circadian Timekeeping in Health and Disease: Part 2. Clinical Implications of Circadian Rhythmicity. *N Engl J Med* 309:530-536, 1983.
- (6) House, J. S. *Occupational Stress and the Mental and Physical Health of Factory Workers*. Ann Arbor, Michigan, Survey Research Center, 1980.
- (7) Berkman, L. F. y S. L. Syme. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-year Follow-up Study of Alameda County Residents. *Am J Epidemiol* 109:186-204, 1979.
- (8) Cassel, J. y H. A. Tyroler. Epidemiological Studies of Culture Change. *Arch Environ Health* 3:25-33, 1961.
- (9) Brown, R. W. *I Travel by Train*. New York, Appleton-Century, 1939.
- (10) Registrar General. *Decennial Supplement for England and Wales 1970-71*. London, HMSO, 1978.
- (11) Wilkins, R. *L'Espérance de Vie par Quartier à Montréal*. Montreal, Institut de Recherches Politiques, 1979.
- (12) Forster, D. P. Social Class Differences in Sickness and General Practitioner Consultations. *Health Trends* 8:29-32, 1976.
- (13) Cassel, J. The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *Am J Epidemiol* 104:107-123, 1976.
- (14) Davis, K. y C. Schoen. *Health and the War on Poverty*. Washington, D. C., The Brookings Institution, 1978.
- (15) Earthrowl, B. y M. Stacy. Social Class and Children in Hospital. *Soc Sci Med* 11:83-88, 1977.
- (16) Rundle, T. G. y J.R.C. Wheeler. The Effect of Income on Use of Preventive Care: An Evaluation of Alternative Explanations. *J Health Soc Behav* 20:397-406, 1979.
- (17) Davie, R., N. Butler y H. Goldstein. *From Birth to Seven: the Second Report of the National Child Development Study*. Londres, Longman, 1972.
- (18) Blaxter, M. Health Services as a Defense against the Consequences of Poverty in Industrialized Societies. *Soc Sci Med* 17:1139-1148, 1983.
- (19) Draper, P., J. Dennis, J. Griffiths y J. Popay. The Royal Commission and Prevention. *Lancet* 2:425-426, 1979.
- (20) Unit for the Study of Health Policy. *Rethinking Community Medicine*. Londres, Guys Hospital, 1979.

(21) Syme, L. S. Cassell Memorial Lecture. Winnipeg, Sociedad para la Investigación Epidemiológica, 1983.

(22) Consortium for Longitudinal Studies. *As the Twig is Bent*. New Jersey, Erlbaum Hillside, 1983.

(23) Vickers, G. *Freedom in a Rocking Boat*. Londres, Allan Lane, Penguin Press, 1970.

(24) Campbell, D. T. Reforms as Experiments. *Am J Psychol* 24:409-429, 1969.

(25) Terris, M. Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report. Universidad de Toronto, Rosenstadt Lecture, 1984.

(Fuente: Carol Buck, Department of Epidemiology and Biostatistics, The University of Western Ontario, London, Canadá.

Reimpreso con el permiso de la autora, este artículo se publicó por primera vez en el *Canadian Journal of Public Health* 76, Suplemento 1, mayo/junio de 1985.)

Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

Casos y defunciones por cólera, fiebre amarilla y peste notificados en la Región de las Américas, hasta el 30 de junio de 1986.

País y división administrativa principal	Cólera Casos	Fiebre amarilla		Peste Casos
		Casos	Defunciones	
BOLIVIA	-	3	3	26
La Paz	-	3	3	26
COLOMBIA	-	2	2	-
Arauca	-	1	1	-
Meta	-	1	1	-
PERU	-	43	40	-
Junín	-	6	6	-
Madre de Dios	-	9	9	-
San Martín	-	28	25	-

Nota: Desde la publicación del último *Boletín Epidemiológico* (Vol. 7, No. 1, 1986) *Bolivia* notificó 2 casos adicionales de fiebre amarilla en el Departamento de la Paz, alcanzando un total parcial de 53 casos y 37 defunciones para 1985. También se notificaron casos adicionales de peste en el Brasil, que añadió 9 casos a la cifra anual (2 en el Estado de Bahía y 7 en el de Ceará) dando un total parcial de 71 casos sin defunciones en 1985.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.