

## Revisión de la salud mundial

Dra. Milena Sardi de Selle

La salud es el bien resultante de las relaciones que el hombre establece con su mundo natural y social. Nace dotado para sobrevivir en la naturaleza y el contexto social es creado por él; por eso, para entender el problema de la salud, el enfoque debe hacerse partiendo de criterios amplios y flexibles, que nos sitúen más allá del hombre y su entorno inmediato, para llegar hasta los factores subyacentes y mediatos más importantes.

Cuando se trata de salud mental, estas premisas se convierten en exigencias, pues la conducta es la vida y porque en la naturaleza de lo psíquico, la conjunción entre lo físico y lo funcional, lo individual y lo social, ensancha el campo de estudio, ya que se multiplican los aspectos a considerar, aun cuando a simple vista las relaciones entre ellos no sean aparentes, directas o unívocas.

Hoy se acepta que entre salud, economía, política y cultura de la comunidad, existe una relación directa.

Al principio fue una afirmación intuitiva a partir de hechos clínicos y experiencias en consultorios y salas de hospital. Actualmente existen trabajos epidemiológicos donde estas relaciones se han comprobado. Hace 150 años se publicó el trabajo pionero de John Snow sobre el cólera (1) donde el autor plantea la relación entre enfermedad y condiciones sanitarias de la pobreza. Desde entonces son múltiples los trabajos sobre el tema; se ha estudiado la contribución del saneamiento ambiental, los dispositivos para basura y excretas, el transporte, la vivienda, la producción de alimentos, la dieta, el agua potable, la educación, el trabajo, etc.

La disponibilidad de agua potable es un indicador de la salud comunitaria, pues las aguas contaminadas ingeridas son el vehículo para el cólera, la hepatitis, las diarreas, los huevos y larvas de parásitos, etc. Cuando se usan para lavarse o bañarse, transmiten conjuntivitis, dermatitis, piodermatitis, sarna, etc. Una

Conferencia del ciclo de actualizaciones en Medicina Tropical 1993.

de las metas de la Organización Mundial de la Salud, para el año 1990, fue dotar de aguas limpias en el mundo al 87% de las áreas urbanas y al 61% de las rurales.

La producción de alimentos y su accesibilidad para los integrantes de la comunidad son otra medida de bienestar comunitario, pues la mal nutrición es otra patología asociada a las condiciones de poca productividad y bajo nivel socio-económico. Esrey y Habicht (2) han sugerido que indicadores antropométricos en la población, los cuales están íntimamente ligados con la nutrición, son tan sensibles como las diarreas y más precisos, para medir el estado sanitario y el bienestar global de la población.

No es extraño pues, que una revisión del estado mundial del binomio salud-enfermedad, nos muestre patologías diferentes de acuerdo al grado de desarrollo industrial y tecnológico, en las dos desiguales porciones en las que el mundo se ha dividido: los países desarrollados y los países en “vías de desarrollo”,

Los países con ventajas económicas forman un grupo de treinta y tres, incluyen a toda Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelandia, Japón e Israel (3). Están habitados por un cuarto de la población total del mundo, equivalente a 1 200 millones de personas.

El mundo en “vías de desarrollo” está integrado por un heterogéneo conjunto formado por Sud Sahara, países del Norte y el Este Medio de Africa, Latinoamérica y el Caribe, India, China y Asia del Pacífico, los cuales agrupan a 3 668 millones de personas de las cuales el 50% está constituido por China e India.

Estas cifras nos dicen que tres cuartas partes de la población mundial vive en estado de subdesarrollo y su distribución de acuerdo al Banco Mundial y a la Organización Mundial de la Salud, como lo reporta Alan D. López, (4) es como sigue:

REVISION DE LA SALUD MUNDIAL

Región	Población*	Porcentaje
Sud Sahara Norte y Este	456	12,4
Medio Africa Latino América y el Caribe	376	10,2
India	402	11,0
China	765	20,9
Asia del Pacífico	1065	29,0
	604	16,5
Total	3668	

\* Millones

Como las causas de muerte han servido de piedra angular para determinar el progreso de la salud y las prioridades a atender en las diferentes regiones, las revisaremos tanto en países desarrollados, como en los que no lo son. Para ello el mismo autor recurre a la clasificación de la patología en amplias categorías, hecha por la Organización Mundial de la Salud.

De los 11 millones de defunciones anuales del mundo desarrollado 5 930 000, se deben a enfermedades del aparato respiratorio y 2 392 000 a isquemia cardíaca. Ellas representan el 53,7% y 21,7%, respectivamente, de las muertes. El otro 13,6% se debe a accidentes cerebrovasculares. Por las mismas razones mueren en el mundo subdesarrollado 6 500 000 personas, pero el porcentaje de isquemias es mínimo.

En Latino América, por enfermedades circulatorias, mueren anualmente entre 800 y 900 mil personas.

Los porcentajes de muertes por neoplasma no muestran muchas diferencias entre países desarrollados o no. En 1985, murieron de cáncer 2 300 000 personas en el mundo industrializado (20,8%) y se calculan aproximadamente 2 500 000 para el mundo en vías de desarrollo, ya que debe existir un aumento en su incidencia por la carencia de servicios médicos adecuados y oportunos y por incremento del consumo de cigarrillos.

La gran diferencia, en cuanto a mortalidad se refiere, está en el comportamiento de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias y en las complicaciones del embarazo, parto, período neonatal y primera infancia.

La diferencia en cifras, en cuanto a mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, entre países desarrollados y en vías de desarrollo, es dramática. Un total de 560 000 defunciones por esta etiología

ocurrieron en los desarrollados y 17 000 000 en los subdesarrollados, de estos, 10 500 000 acaecieron en niños menores de cinco años. En los otros 4 000 000 la diarrea fue la enfermedad fatal.

De enfermedades respiratorias agudas murieron 4 800 000 personas, la mitad de ellos antes de cumplir cinco años. La neumonía hace sus estragos en los varones de un año y produce alta morbilidad, es la responsable de un rango entre 30% y 50% de las consultas de los ambulatorios y entre el 30 y 40% de las causas de hospitalización. Otro millón de niños muere por diarreas después de los cinco años.

Dentro del grupo de enfermedades fatales respiratorias están la tosferina, la difteria, el sarampión, todas prevenibles por vacunaciones, pero lamentablemente en el subdesarrollo no se protege eficazmente a los niños contra ellas, mientras que en la región desarrollada, el porcentaje de defunciones causadas por ellas es casi cero, pues la cobertura de las vacunaciones es del 100%. La neumonía, la influenza, la bronquitis aguda y la bronqueolitis, tan nocivas contra el niño del subdesarrollo, en el desarrollado son apenas 0,7% de las causas de defunción y todo el conjunto de defunciones por enfermedades respiratorias agudas es de 3,3%.

En los países en vías de desarrollo, la tuberculosis es otra de las enfermedades devastadoras de la población, pues anualmente, mueren 3 000 000 de personas de todas las edades por su causa, 300 000 antes de cumplir quince años y el 15% después de quince años.

En los países desarrollados por la misma tuberculosis, mueren anualmente unas 40 000, lo que equivale a cuatro quintos de las defunciones totales por enfermedades del aparato respiratorio que todavía ocurren y que alcanzan un 3,5%.

La suma total de muertes infantiles perinatales mundiales, alcanza la cifra de 7 300 000 niños/año. Sólo 300 000 suceden en los países desarrollados, asociados a malformaciones congénitas, enfermedades heredadas o condiciones relacionadas con el parto, difíciles de eliminar. Los otros 7 000 000 se dan en los países en vías de desarrollo y de ellas el 50% sucede en la primera semana de vida. El tétanos por sí es responsable de 800 000 de esas muertes, de las cuales 300 000 acaecen en América Latina y el Caribe. También las cifras de mortalidad materna marcan otra de las grandes diferencias de la salud entre los dos contingentes poblacionales a los que nos venimos refiriendo. El total mundial de muertes maternas por complicaciones del embarazo y parto

es de medio millón y de ellas, 6 000 corresponden al mundo desarrollado, el resto por supuesto, al subdesarrollado y de ellas, aproximadamente 35 000 corresponden a América Latina y el Caribe. En 22 países latinoamericanos la principal causa de muerte para mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, son las patologías que acompañan a los procesos de embarazo, parto y puerperio. El 60% de las mujeres embarazadas no tienen atención médica (5).

Otras patologías, provenientes de la violencia y los venenos, complican más la situación de la salud en los países en vías de desarrollo, por el aumento de los accidentes y muertes violentas, las cuales pueden ascender hasta 2 400 000 anuales y de ellas el 19% hacen víctimas a niños menores de cinco años. La mujer es otra de las víctimas de la violencia en los países latinoamericanos, donde los accidentes, los homicidios y los suicidios son la causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años.

El crecimiento de pacientes que sufren enfermedades crónicas, son una nueva carga para los comprometidos recursos de que disponen los programas de atención médica en los países subdesarrollados y la desnutrición sigue siendo el amenazante enemigo de la salud que se asocia a la pobreza.

Por todo lo expuesto podemos decir que no sólo la salud, sino la vida en los países en vías de desarrollo está en situación de alto riesgo, aunque existan entre ellos algunas excepciones, pues constituyen un todo heterogéneo que permite generalizaciones, por ejemplo, la mortalidad infantil en África y Asia llega a 200 de 1 000 nacidos vivos y existe la amenaza de que estas cifras asciendan al 50 ó 60% del total de muertes, mientras que en Venezuela la mortalidad infantil es de 22,7 por mil (1988) (6). Por otra parte, Argentina, Uruguay, Cuba, Chile y China, a pesar de su subdesarrollo, han logrado una expectativa de vida igual a la de los países desarrollados, donde el promedio es de 74 años para las mujeres y 70 para los hombres.

En resumen, de acuerdo a las condiciones socioeconómicas, un grupo de la población mundial, que es el menor, ha logrado posponer la muerte para edades cada vez más avanzadas, mientras que la mayoría de los pobladores de la tierra aún lucha por su sobrevivencia, por superar las edades infantiles, por defenderse de las infecciones, la desnutrición, la tuberculosis y la violencia.

Los privilegiados del mundo desarrollado, industrializado y tecnológico enferman y mueren por el sedentarismo, exceso de alimentación, consumo de

cigarrillos, otros venenos y estrés, que afectan fundamentalmente al sistema cardiovascular, mientras que los subdesarrollados padecen de infecciones agudas, diarreas y afecciones pulmonares, siendo el más lesionado el aparato respiratorio. Los accidentes, la violencia y la desnutrición completan el cuadro patológico.

Como un mecanismo de defensa al ambiente hostil y asociado a la industrialización está el fenómeno demográfico mundial más importante, la urbanización de la población, el cual ha sido constante y progresivo, ha atraído a las grandes ciudades a casi toda la población rural y sobre todo la de los pueblos pequeños, sin que ellas tuvieran la infraestructura de servicios necesarios para acogerla. Las cifras siguientes nos ilustrarán sobre la magnitud de este fenómeno (7).

En 1975 el 38,5% de la población mundial era urbana, en 1990 fue de 42,7%. Para el año 2000 se anticipa que representará el 46,7% y para el 2025, el porcentaje de urbanización será de 60,5%. En 1990 la población urbana en los países subdesarrollados llegó al 33,9% y se espera que para el año 2000 sea de 39,5% (8).

En el lapso comprendido entre los años 1975 y 2000, se duplicará la cantidad de pobres que viven en las ciudades, en las zonas de pobreza urbana, donde se han deteriorado más las condiciones de vida. Aproximadamente un tercio de la población subdesarrollada habita en ellas.

Si las diferencias del desarrollo crean esta macrodivisión de la morbilidad y mortalidad mundiales, podemos esperar que la productividad, la educación, la organización social, los estilos de vida, la política, el desarrollo comunitario, etc., también sean diferentes en uno u otro contingente humano, haciendo ellos también diferencias en la salud poblacional.

Dentro de ese macromundo social y económico, determinado por las culturas desarrolladas y en vías de desarrollo, en lo que respecta al proceso salud-enfermedad, el individuo es un agente importante, pues aun sumido en grupos multitudinarios deja la huella de su hacer único, en concordancia con las características de su calidad de vida.

Estudios recientes han demostrado que la posesión de conocimientos médicos y las programaciones asistenciales y preventivas de los riesgos de la salud, provenientes de los organismos centrales y administradores de ella, son raramente eficaces por sí mismas. Se necesitan los protagonistas comunitarios, se necesita que cada quien sea un agente de la

salud y en este sentido ya han aparecido programas dirigidos a satisfacer la necesidad de que cada sujeto desarrolle estas competencias, que no son simples conocimientos en los cuales se basaría para tomar decisiones saludables, sino que enriquecieran sus alcances psicológicos y conductuales. Estos logros serían muy importantes para enfrentarse a las presiones grupales que incitan, por ejemplo, al consumo de drogas, a las exigencias sociales, la curiosidad por lo desconocido, el estrés, la atracción por la velocidad y en fin para todas las situaciones de riesgos, tan importantes, como saber que la reducción de sal y grasas polisaturadas en la alimentación, el hábito de hacer ejercicios y no fumar, tienen influencia beneficiosa en la prevención de accidentes cerebro-vasculares (9).

Hoy hablamos del estilo de vida, como fuente de salud o patología y de allí la influencia individual en estos procesos. Las conductas nuestras podríamos agruparlas en pro de la salud y otras que la comprometen. De allí la necesidad de programas educativos que promueven estilos de vida, saludables y comunitarios, cuyo ámbito iría más allá de los logros individuales. El resultado final de lo que sería salud, es una combinación de logros médicos individuales y de la comunidad, no sólo en el sector sanitario, sino en el educativo, económico, político y cultural con sus estilos de vida que hacen de la salud más que un factor, el producto final de la conjunción de muchos aspectos relacionados con el desarrollo global de los pueblos.

Esta es la explicación de las grandes diferencias observadas entre la salud de países desarrollados y los no desarrollados. Por eso, también las diferencias de concepción de ayer y de hoy, sobre lo que es el campo de la medicina, la salud mental, pues esta última se expresa en el hombre que ha desarrollado todo su potencial humano, se ha integrado a su sociedad y es agente del progreso de ella, además de generar bienestar para sí mismo y su comunidad.

Estos conceptos, más epidemiológicos que clínicos, cambiaron los enfoques clásicos del binomio salud-enfermedad. A partir de la Asamblea Mundial de la Salud en 1977, la meta para los ciudadanos de cada nación es “lograr un nivel de salud que les permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva”.

En 1978, en la Declaración de Alma Ata (10), animados por un espíritu de justicia social, se enfatizaron estos objetivos. Aunque no se reproducirá todo el contenido de la declaración, encontramos o-

portuno citar algunos conceptos relevantes:

- a) “Reducir las enormes desigualdades del estado de salud entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo”.
- b) “Dar al pueblo el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su propia asistencia sanitaria”
- c) “Al encarar los problemas de salud deben tomarse en cuenta las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas de cada país”.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud estableció en 1980, metas precisas en cuanto a mortalidad general, inmunizaciones, expectativas de vida, cobertura de servicios, aguas potables, etc. y aunque la nueva definición de salud hace referencia específica a una vida “social y económicamente productiva”, no se hacen señalamientos claros sobre los aspectos psicológicos a incluir en cualquier programación que intente lograr esos hipotéticos sujetos, plenos de salud mental, condición indispensable y necesaria para ser “social y económicamente productivos”.

Sin embargo, tenemos que decir que estos nuevos enfoques vienen a llenar el vacío que existía para entender la problemática, no sólo de la salud mental, sino de todo el proceso de salud-enfermedad, como expresión de las condiciones de vida y su articulación con procesos sociales más generales, lo que a su vez ha planteado reconceptualizaciones más integrales entre sociedad y fenómenos de la salud, para así aprehender la complejidad de las manifestaciones individuales y grupales, pues tanto la salud, como la enfermedad se expresan en ambas.

Muy actuales son los enfoques sistémicos, partiendo de que la vida es la resultante de sistemas interactuantes, mediante los cuales los individuos se adaptan a los constantes cambios ambientales físicos y humanos, creando equilibrios vitales dinámicos, más que coagulados estados de salud, generados en la relación que el hombre tiene con su mundo interior y su conducta, con el resultado comunitario de su hacer social y con el ambiente físico que ha dominado (11). Es un yo multifacético de círculos concéntricos que parten de la intimidad de lo biológico, para estirarse hasta máxima expresión de lo social y el nosotros, arropando un territorio de esta tierra.

Este equilibrio ha sido definido por Noack, (12) en una concepción más bien ecológica, como “balance de la salud”, producto de las interacciones entre el potencial para la salud y los retos y desafíos a los

que puede estar expuesto y entre las condiciones de vida y los recursos disponibles para los logros positivos.

La importancia que estos recursos tienen no es discutible, todo lo que significa vida sana es por sí mismo evidente: relaciones interpersonales positivas, agua y aire limpios, conducta adaptable de cada quien, estilo de vida, hábitos, motivaciones, conocimientos, condiciones sanitarias de trabajo y del hogar, que son tan significativos como el sistema educativo, medios de comunicación, legislación, distribución de recursos, planificación urbana, transporte, redes de soporte social, de cuyas interrelaciones nacerá la salud, para mostrarse en una multiplicación de manifestaciones personales, que pueden ir desde la resistencia a las infecciones o un buen desarrollo pondo-estatural, hasta la coherencia en la conducta, el logro de una autoestima satisfactoria o el máximo desarrollo del pensamiento y la creatividad. En el nivel social la apreciaremos en la capacidad para la participación y cooperación, en el cumplimiento de responsabilidades, el intercambio de afectos, el respeto a los valores y las conductas éticas.

En resumen, diremos que la salud es el producto de múltiples factores individuales, sociales y comunitarios, que se expresan como un balanceado equilibrio, integral y dinámico, en el cual salud física y salud mental se confunden para arribar al ideal de hombre sano (13).

Tan amplio espectro de condiciones y resultados, ha tenido que ser parcelado, no sólo para su mejor comprensión sino para poder actuar con eficacia. El concepto de espacios (14) jerarquizados de acuerdo a su complejidad, es un intento atractivo, pues considera la dinámica de los determinantes y condicionantes, sus efectos, sus leyes y su ámbito. Los espacios singulares se refieren al individuo y a los individuos, tiene su propia forma de organización que determina la conducta y formas de vida de los sujetos. En relación con la patología, se trata de personas, o grupos de riesgo.

En el espacio particular, el énfasis se hace en los procesos de reproducción de las condiciones sociales, que califican la calidad de la vida y, desde el punto de vista biológico en los eventos de gestación, crecimiento y desarrollo que ocurren en medio de múltiples sistemas ecológicos y donde se interactúa con otros grupos humanos.

La reproducción de un grupo implica la valorización de la conducta propia de cada uno, de las conductas colectivas y de la conducta de todos frente

a la naturaleza y a las organizaciones humanas. Es una toma de conciencia de muchos aspectos individuales o compartidos con otros, en el grupo, el estrato, la sociedad, la nación, que implica el conocimiento y la identificación con los procesos sociales que se viven. Conciencia en este caso es mucho más que percibir lúcidamente el ambiente, se trata de compromisos de cada quien con los otros hombres de cuyas particularidades nace la productividad asociada a la capacidad laboral y a la creación de bienes y servicios para satisfacer necesidades y producir bienestar. Es en este espacio particular donde el individuo tiene más posibilidades para realizarse, pues los procesos reproductivos incluyen los componentes biológicos, económicos, conductuales, ecológicos y de formas de conciencia

El espacio general es el de las decisiones políticas. Se trata de escoger entre prioridades y encontrar la forma de insertar los programas de la salud entre los otros y mejorar la calidad de vida. No son sólo relaciones político-económicas, sino que incluyen también al marco histórico y los eventos del momento, ya sean impactos bélicos o catástrofes naturales.

Después de todo lo dicho, podemos captar mejor el sentido de frases como “la salud es de todos” o “la salud trasciende los límites de la medicina”, etc., que resumen la complejidad de ella como el logro máximo de toda la actividad comunitaria, cuya mejor expresión es la vida buena. Hasta ahora se medía el desarrollo de los pueblos a través de índices económicos, como el producto territorial bruto o el ingreso per cápita, pero los mismos logros económicos de los países desarrollados nos han demostrado que el dinero, aunque es parte importante de la salud no es el determinante de ella, sino la calidad de vida que el hombre tenga a su disposición. Esto quiere decir, que los indicadores actuales de bienestar están relacionados con valores como la justicia y la equidad (15), los cuales regirán las actividades grupales de la humanidad. Sobre ellos se asienta el desarrollo personal y social.

Una sociedad estará mucho más desarrollada cuanto mayor sea su capacidad para asegurar la igualdad en la satisfacción de las necesidades primarias de sus integrantes, cuanto más protección pueda ofrecer a sus débiles y cuanto mayor sean sus posibilidades para atender a los derechos básicos de la condición humana, entre ellos la salud y la vida.

Sin estas premisas, los esfuerzos hechos en asistencia médica, podrían tener éxito a nivel de cada paciente, pero influirán muy poco en la salud de la

comunidad y posiblemente esto explique la falta de correlación en cualquier parte del mundo, entre lo invertido en asistencia médica y los indicadores de salud (16). En cambio, otros indicadores del desarrollo como la alfabetización, muestran una relación directa con la expectativa de vida. El ingreso per cápita y la vida urbana y una relación inversa con la mortalidad general e infantil y la natalidad. Bien conocidos son también, los efectos beneficiosos de la llegada de aguas limpias y bien servidas a la comunidad, así como la aparición de otras medidas sanitarias que mejoren las condiciones de vida. Daniels y col. (17) evaluando los efectos de un programa de dotación de letrinas, encontraron que los niños que crecían en las viviendas donde ellas se usaban, tenían la mayor estatura para su edad.

Los nuevos enfoques que están apareciendo sobre lo que es salud, integrando concepciones viejas y nuevas, nos la presentan como un "continuum" de etapas en estrecha relación, donde una prepara a la otra y la siguiente es la consecuencia de lo que ha pasado en la anterior. Mientras menos enfermedades y menos condiciones negativas haya vivido la persona, mejor será su salud en cualquier etapa de su vida, o lo que es lo mismo, la infancia prepara para la juventud y la vejez. Aquí nos encontramos nuevamente con el concepto de vulnerabilidad. ¿Quiénes son los más vulnerables, los habitantes de países desarrollados o los de los subdesarrollados? Nos recuerda también a Hans Selye (18) y su "caudal de energía de adaptación" cuyo agotamiento lento o rápido, más rápido cuanto más estresantes sean las condiciones en que se crece y vive, conducen a la enfermedad y a la muerte.

La salud es pues, un estado de bienestar físico y psíquico, dependiente de un potencial humano y comunitario, que encontrará las posibilidades para realizarse en la eficaz administración de recursos y políticas para la prevención de enfermedades, la evolución personal y las manifestaciones gregarias. Será la expresión del equilibrio entre ambiente e individuo en conjunción, para lograr el desarrollo armónico de la personalidad, lo cual es aún un ideal, pues si en nuestro subdesarrollo, al contingente humano, las infecciones y la violencia nos diezman, en el desarrollado, son precisamente las deficiencias en la salud mental, en la deformación de los hábitos, la tendencia a la concreción, el egocentrismo, las que causan la muerte: vida sedentaria, glotonería, desconocimiento de principios básicos para la salud, estrés por antagonismo y carencias en el desarrollo intelectual, social, emocional y educativo, enferman

al sistema cardiovascular, así como el poco compromiso de cada quien con los otros hombres, para lograr el máximo de bienestar y organizar sus vidas alrededor de los altos valores de la probidad y respeto de lo humano.

Es precisamente este nivel, donde se borran diferencias entre desarrollados o no, pues por mucho bienestar encontrado en algunas regiones, no se ha llegado a altos niveles de desarrollo, que favorezcan el ejercicio de los valores, justicia y equidad, pues la acumulación de riqueza entre privilegiados ha llevado más bien a una exclusión paralela de los beneficios de la salud a los no privilegiados, muchos más aparente cuando se trata del acceso a la tecnología aplicada. La frialdad efectiva con que estas situaciones se toleran por quienes podrían mejorarlas, dueños de los recursos, los intentos de disfrazarlas con el ropaje de palabras y frases acuñadas que intentan justificar las injusticias sociales, finalmente se transforman en el índice que señala el atraso en el ejercicio de las altas manifestaciones del espíritu humano, aunque estemos hablando de desarrollados.

La pintura que hemos hecho de la salud en el mundo y la crisis económica mundial, nos está haciendo vivir momentos anti-salud, enfrentando desigualdades contra derechos, salubridad social contra pobreza y desnutrición, atención estatal contra privatización, que expresan el menguado desarrollo social en que vivimos, muy lejano del logrado por la medicina como ciencia para la solidaridad humana, convertida en reto urgente para nuestras sociedades: que son las que deben evolucionar. Las ciencias médicas hace tiempo que son evolucionadas, igualadoras y equitativas.

## REFERENCIAS

1. Sharon RA, Henttly. The impact of inadequate sanitary conditions on health in developing countries. *Ginebra World Health Statistics Quarterly*. 1990;43:118-126.
2. Esrey SA, Habicht JP. Epidemiologic evidence for health benefits from improved water and sanitation in developing countries. *Ginebra, Epidemiol review* 1986;8:117-128.
3. López AA. Causes of death. An assessment of global patterns of mortality around 1985. *Ginebra World Health Statistics Quarterly* 1990;43:105-114.
4. López AD. Who dies of what? A comparative analysis of mortality conditions. *Ginebra World Health Statistics Quarterly* 1990;43:105-114.

5. Royston E, López AD. On the assessment of maternal mortality. Ginebra, World Health Statistics Quarterly 1987;40:214-224.
6. Principales causas de muerte en Venezuela 1988. Caracas. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Oficina Sectorial de Planificación y Presupuesto. Dirección de Planificación y Estadística. División de Sistemas Estadísticos.
7. Williams BF. Assessing the health impact of urbanization. Ginebra, World Health Statistics Quarterly 1990;43:145-152.
8. Harpham F, Stephens C. Urbanization and health in developing countries. Ginebra. World Health Statistics Quarterly 1991;44:62-69.
9. Labange R, Aboobaker-Labange F. Mode de vie et preventions des accidents vasculaires cerebral. Ginebra, World Health Statistics Quarterly 1991;44:74-79.
10. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. UNICEF y OMS. Kazakstan. Rusia, 1978.
11. Abelin T. Positive indicators in health promotion and protection. Ginebra, World Health Statistics Quarterly 1986;39:353-364.
12. Noack H. Citado en (11).
13. Abelin F. Measurement in health promotion and protection. Copenhagen, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe.
14. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud enfermedad. IV Congreso Latinoamericano y V Congreso de Medicina Social. Medellín, Colombia. Julio, 1987.
15. Noack H. Citado en 13. Capítulo I.
16. Manzanilla LM. Indicadores de salud en el mundo. Caracas 1988. Unidad de Publicaciones y Fotografía. Dirección General Sectorial de Malariología y Saneamiento Ambiental.
17. Daniel DL, et al. A case-control study of the impact on diarrhea morbidity of improved sanitation in Lesotho. Ginebra Bull of the World Health Organization 1990; 68:455-463.
18. Selye H. The stress of life. New York: Mc Graw Hill, 1956:52-67.

### “Síndrome de dependencia a la cafeína”

“La cafeína ha sido consumida por los humanos por cientos, sino miles de años y, actualmente es la más ampliamente utilizada droga psico-activa en el mundo. A través de éste, el modo preferido de consumir la cafeína ocurre en formas marcadamente diferentes (ejemplo, toma de café, té, mate, refrescos; chicles de cola; consumo de productos de cacao y guaraná) y en marcadamente diferentes, pero bien integrados contextos socio-culturales (ej. el lapso para el café en Estados Unidos, la hora del té en el Reino Unido, la mascada de chicle de cola en Nigeria). La amplia generalidad del consumo de cafeína también se refleja en la alta prevalencia de su uso en los Estados Unidos, donde más del 80% de los adultos consumen, dentro de su comportamiento, dosis activas de cafeína y el consumo diario promedio de café se estima en 280 mg por adulto consumidor.

La cafeína tiende a producir un patrón de efectos subjetivos que varían en función de la dosis. Aun cuando a bajas dosis, en el rango de 20 a 200 mg, generalmente produce efectos subjetivos medianamente positivos (ej. aumentada sensación de bienestar, de estado de alerta, energía), dosis más altas, en el rango de 200 a 800 mg, pueden producir

efectos negativos (ej. nerviosidad, ansiedad), especialmente en voluntarios que son usualmente abstinentes. Consistentes con los efectos subjetivos medianamente positivos de la cafeína, observados a bajas dosis, los estudios humanos también han mostrado que la cafeína puede funcionar como un reforzador (esto es, mantiene la auto-administración o es preferencialmente elegido en vez de un placebo), y los estudios en animales también han demostrado que la cafeína puede funcionar como un reforzador bajo ciertas condiciones experimentales. Los estudios que han examinado la relación entre la cafeína y varias enfermedades (ej. cardio-vasculares, cáncer, aumento del colesterol, bajo peso al nacer) han fallado en encontrar evidencias que sugieran que las dosis diarias típicas de cafeína, estén etiológicamente relacionadas o han dado resultados ambiguos y contradictorios. Así, el amplio uso y la aceptación cultural de la cafeína deben ser entendidos en el contexto de esta combinación de efectos subjetivos positivos y de refuerzo, con relativamente pocos efectos adversos” (Strain EC, Munford GK, Silverman K, Griffiths RR. JAMA 1994;272:1043-1048 ).