

## ***Tendencias seculares de la epidemiología en América ibérica. Ensayo Crítico*** **Pelayo Correa, M.D.\***

### **RESUMEN**

*Se presenta un ensayo crítico del panorama sanitario a través de los siglos en América ibérica. Se describen los cambios demográficos ocurridos desde el descubrimiento de América y su posible impacto sobre la salud de los habitantes. Se destaca la importancia de las epidemias de viruela durante la época de la conquista y la colonia. Se describe la evolución de las epidemias de malaria y fiebre amarilla, especialmente durante la colonia y la independencia. Se relata el cambio del predominio de las enfermedades infecciosas a principios del presente siglo, al de las enfermedades crónicas en las últimas décadas. Por último, se comentan las nuevas epidemias contemporáneas: la violencia, la adicción a las drogas ilícitas y el SIDA.*

Hace 500 años la cultura europea se hizo presente en América gracias a una magna empresa española que cambió la historia de la humanidad. El impacto de este encuentro en las culturas americanas precolombinas ha sido objeto de análisis por escritores contemporáneos con el matiz del estado emocional del momento histórico que representa la última década del Siglo XX. Uno de los aspectos más comentados es el impacto del encuentro de ambas culturas sobre el estado de la salud de los habitantes del Nuevo Continente. El Primer Congreso Iberoamericano de Epidemiología (Granada, octubre de 1992) representa una ocasión propicia para un análisis más profesional del impacto nosológico de las semillas del cambio, sembradas a partir del descubrimiento de América.

### **LA AMERICA IBERICA**

**Geografía.** El continente cuya historia se fundió con Europa en 1492 tiene características geográficas de una enorme extensión (42 millones de km<sup>2</sup>) y una variedad ecológica quizá no igualada en otros continentes. Elevadas montañas, desiertos y extensas selvas tropicales son parte de la ecología de este subcontinente. La notable capacidad de adaptación del hombre se ha manifestado por sus asentamientos en condiciones físicas tan desfavorables como las de los cerros andinos a más de 4,000 metros de altura y las selvas inhóspitas de los trópicos.

**Demografía.** El continente americano fue inicialmente poblado por varias ondas de inmigrantes asiáticos a través del estrecho de Bering. La primera ola migratoria se cree que ocurrió hace 25,000 años y la última aproximadamente en el año 5,000 antes de Cristo, en coincidencia con el desarrollo agrícola de México y Perú. En aquellos siglos el hombre asiático se adaptó a la ecología americana y desarrolló la tecnología necesaria para su sobrevivencia.

En la época del descubrimiento y de la conquista gran parte

del continente estaba habitado por tribus primitivas, que tenían técnicas agrícolas rudimentarias pero con muy pocas comunicaciones entre sí. Muchas de ellas persisten en la actualidad. Al lado de estas tribus florecieron 3 culturas mucho más desarrolladas: los mayas, los incas y los aztecas. La cultura maya floreció en Guatemala y Yucatán principalmente entre los siglos IV y X, con cierto resurgimiento en el Siglo XIII. Pero para la época de la inmigración europea el imperio maya estaba en franca decadencia por razones poco claras, una de las cuales puede haber estado relacionada con las sangrientas invasiones aztecas. Los aztecas inmigraron del norte, conquistaron, asimilaron o destruyeron las culturas menores que encontraban a su paso. En 1325 fundaron la ciudad de Tenochtitlán que para la época de la invasión de Hernán Cortés era una floreciente y bien organizada metrópoli. Los aztecas eran guerreros, imperialistas y sanguinarios. En Tenochtitlán se sacrificaban cada año más de 20,000 víctimas en ritos religiosos; casi todos eran prisioneros de guerra capturados en las batallas contra tribus indígenas menos poderosas.

Los incas desarrollaron su imperio a partir de la ciudad de Cuzco e invadieron hacia el occidente y el norte, conquistando y destruyendo otras culturas como la chimú, imponiendo su lengua y su sistema político<sup>1</sup>. Al tiempo de la invasión europea los dos hermanos herederos del trono inca se encontraban en guerra a muerte. En una de las batallas, poco antes de la llegada de Francisco Pizarro, uno de los principales lagos de la zona limítrofe entre los dos ejércitos se enrojeció con miles de soldados muertos en batalla, lo que le mereció el nombre actual de Yaguar-Cocho (lago de sangre).

A este escenario guerrero, imperialista y expansionista, llegaron los españoles que traían como bagaje, no sólo toda la cultura y tecnología europeas, sino también una vivencia omnipresente de siglos de guerra contra los moros. Se deben tener en cuenta las características de esta guerra contra los moros ya que ella determinó el estilo de la conquista española de América. La lucha era de atrición y consistía en incursionar al territorio moro para luego replegarse a sus fortines originales<sup>2</sup>. En estas

\* Profesor de Patología, Jefe, Sección de Epidemiología, Louisiana State University Medical Center, New Orleans, LA, USA.

circunstancias se justificó el pillaje de los tesoros que se pudieran arrebatar al enemigo para luego aprovecharse de su valor monetario.

Se dice que los generales usualmente están peleando la guerra que ya pasó (muy evidente en el panorama universal de esta última década del Siglo XX). Se podría decir que los generales españoles pelearon en América la guerra contra los moros. Los tesoros y las obras de arte de las civilizaciones indígenas fueron arrebatados, fundidos, destruidos y vendidos como botín de guerra. Esta característica de la conquista la han aprovechado los enemigos de España para desprestigiar la conquista y opacar los grandes beneficios que trajo al fusionar dos culturas milenarias. Infortunadamente esta visión tubular, fruto de antagonismos milenarios europeos, se ha ampliado con fines de propaganda y se acepta como el hecho primordial de la inmigración europea por escritores iberoamericanos, aun en algunos con mentes privilegiadas que han conseguido sus altas metas gracias a la cultura europea traída por primera vez al continente por sus antecesores españoles.

Otra causa de la actual visión distorsionada de la historia del descubrimiento de América, especialmente en América ibérica, es el estado de ánimo que la gran crisis económica de la década de 1980 ha imprimido en la conciencia colectiva de las naciones. Esta es una época de desencanto y sufrimiento económico-social que estimula la búsqueda de chivos expiatorios. En América ibérica este sentimiento es muy profundo y ha durado varias décadas. En un caso clásico de agresividad mal dirigida se asocian los fracasos en la organización social con el común ancestro español. Este clima mental se universaliza al mezclarse con las frustraciones de otras culturas y encuentra su expresión en movimientos organizados tan absurdos como las protestas de las organizaciones internacionales contra el uso de los animales en experimentación médica. Esta necesidad sentida de reaccionar contra cualquier suceso extraordinario se ha canalizado para «protestar» contra el descubrimiento de América hace 500 años.

La invasión europea trajo drásticos cambios demográficos a las Américas. Desde el comienzo se delinearon dos estilos completamente distintos. Los primeros inmigrantes anglosajones venían en parte huyendo de persecuciones religiosas que en Europa habían creado enfrentamientos entre grupos poblacionales de raza blanca, la cual creían ser superior a las demás. Ellos establecieron en Norte América asentamientos basados en núcleos familiares, cuyo patrón de aceptación en sociedad era el color de la piel, siguiendo inconscientemente leyes biológicas que basan la aceptación social en características identificables por el grupo<sup>3</sup>. De esta dinámica resultaron sociedades blancas con libertad religiosa. Los inmigrantes españoles, de gran predominio masculino, se identificaban por pertenecer a la religión católica y establecieron una sociedad que requería ser católico (bautizado) para ser plenamente aceptado en ella. En esta sociedad los prejuicios raciales eran mínimos.

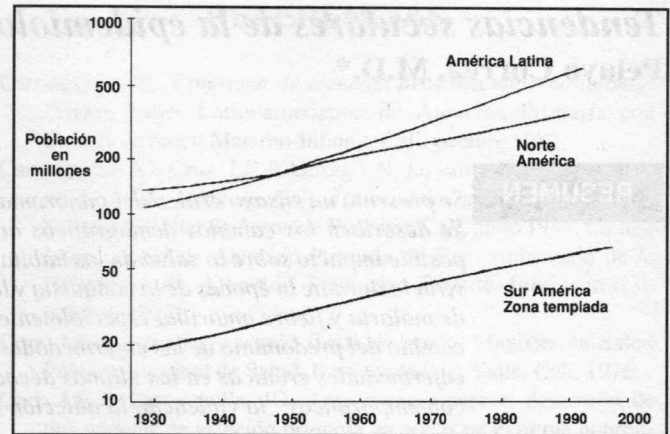


Figura 1. Crecimiento de la población de Norte y Sur América de 1930 a 1960 y estimativos del crecimiento de 1960 al año 2000. Reimpreso con permiso de *Health conditions in the Americas*. P. 1. Pan American Health Organization, 1970. Copyright Pan American Health Organization, Washington.

Estas características han tenido enormes repercusiones en los últimos 5 siglos, muy especialmente en la salud, como resultado del impacto de los prejuicios raciales y religiosos en el crecimiento demográfico, controlado en el norte y desorbitado en el sur.

Dentro de América ibérica, sin embargo, otras fuerzas demográficas han tenido un enorme impacto, que se puede observar más fácilmente cuando se analizan las tendencias seculares demográficas por bloques de países, como se aprecia en la Figura 1.

Las diferencias regionales se han acentuado sobre todo en las últimas 5 décadas. Antes de 1940 la mortalidad infantil era muy elevada y resultaba en un menor crecimiento vegetativo de la población. Con el advenimiento de mejores medidas de tratamiento y prevención, especialmente de los antibióticos y de las soluciones de electrolitos para tratar los desequilibrios metabólicos de la diarrea infantil severa, la mortalidad ha descendido de modo considerable, como lo ilustra la Figura 2 para países seleccionados<sup>4</sup>.

Varias décadas pasaron ante que se pudieran generalizar las técnicas de control de natalidad. La constante tasa alta de nacimiento y la reducción de las tasas de mortalidad infantil han resultado en una explosión demográfica que hoy ha traído a la sociedad un enorme exceso de adolescentes y adultos jóvenes sin educación, sin trabajo y con una enorme carga de frustraciones. Por eso les resulta tan fácil a los criminales reclutar ejércitos para guerrillas y organizaciones criminales como los fatales carteles de la droga. Estos desequilibrios demográficos se observan claramente en el Cuadro 1 que muestra la población estimada para América Latina en comparación con los Estados Unidos desde 1950 hasta 1990<sup>4</sup>. Mientras la población de los Estados Unidos crecía 1.65 veces en 40 años, la población de Latinoamérica y el Caribe creció 2.7 veces en el mismo período. La población mayor de 15 años es proporcionalmente mayor en



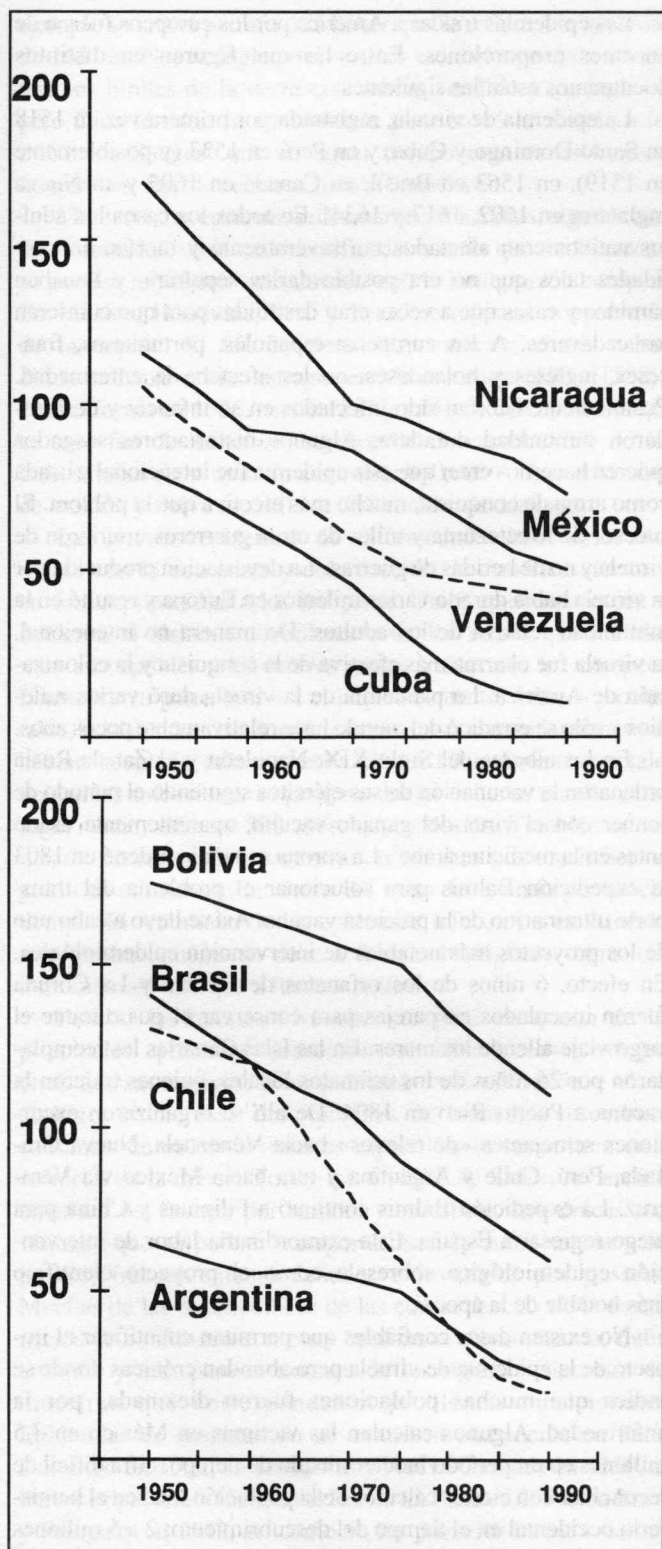


Figura 2. Mortalidad infantil en países seleccionados de América Latina, 1950-1990. Reimpreso con permiso de *Las condiciones de salud en las Américas*. P. 59. Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación Científica N° 524, 1990. Copyright Pan American Health Organization, Washington.

los Estados Unidos que en Latinoamérica y el Caribe. En estadísticas recientes se descubre un ligero aumento de la población adulta en América Latina.

**Cuadro 1**  
Población Estimada (Millones).

	1950	1960	1970	1980	1990
Estados Unidos					
Total	152	181	205	228	251
% ≥ 15 años	73	69	72	77	78
América Latina y el Caribe					
Total	166	218	286	363	450
% ≥ 15 años	59	57	57	61	64

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Publicación Científica N° 524, Washington, 1990.

Otros índices demográficos que demuestran los problemas existentes se pueden observar en el Cuadro 2. Según los datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el número de personas pobres aumentó en América Latina de 130 millones en 1970 a 144 millones en 1980 y a 204 en 1990. El hambre crónica se incrementó en 4 millones de personas en América Latina. La desnutrición es el efecto más devastador de la pobreza extrema. La economía ha demostrado un deterioro absoluto en América Latina en la década de 1980<sup>5</sup>.

**Cuadro 2**  
Índices Demográficos\*

	EE.UU.	América Central	Caribe	América del Sur
Población (millones)	256	118	35	300
Tasa de natalidad (por mil)	16	28	26	26
Tasa de mortalidad (por mil)	9	6	8	7
Crecimiento (% por año)	0.8	2.5	1.8	1.9
Años para doblar población	89	28	38	36
Tasa de mortalidad infantil <sup>a</sup>	9	50	54	56
Tasa general de fecundidad <sup>b</sup>	2.0	4.1	3.1	3.2
Esperanza de vida en años (H/M)	72/79	60/71	67/71	64/70
Uso de anticonceptivos modernos <sup>c</sup>	69	42	48	50
Producto nacional bruto <sup>d</sup>	21.700	2.170	2.900	2.180

\* World Population Data Sheet, 1992.

a Por 1000 nacidos vivos.

b Número promedio de hijos por mujer.

c % mujeres casadas

d Per capita en US dólares

Todo esto ocurre en un subcontinente con enormes recursos económicos y humanos en el cual el futuro se muestra

incierto. Es posible que el Siglo XXI lleve a América ibérica al modelo del subcontinente hindú, con hambrunas y destrucción irreparable de los recursos naturales. Es también posible que con un gran esfuerzo de gobiernos, instituciones e individuos, la situación social mejore y se logren conservar los recursos naturales más importantes. Muchos factores entran en juego en esta disyuntiva. Lo que parece seguro es que si el crecimiento demográfico sigue al ritmo de las últimas décadas y no se reactiva el desarrollo económico de los pueblos latinoamericanos, detenido y deteriorado en la década de 1980, no habrá recursos suficientes para mantener la dignidad humana de grandes grupos humanos en la América Latina.

## TENDENCIAS SEculares EN LA EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA

• *Epidemias de la conquista.* El encuentro de ambas culturas tuvo un efecto inmediato devastador para los aborígenes americanos. Su aislamiento milenario de otros continentes resultó en la carencia de inmunidad contra las grandes plagas que habían diezmando otras poblaciones, especialmente las europeas y las de las rutas de las caravanas.

Las culturas inca y azteca habían alcanzado un alto nivel de organización social a fin del Siglo XV. Los problemas de salud, la vivienda y las fuentes de trabajo eran atendidos por códigos y regulaciones altamente organizadas. Estas estructuras, aparentemente adecuadas para la época precolombina fueron insuficientes para atender los problemas de salud que resultaron de la conquista y la colonia. Varios cronistas de la época mencionaron las condiciones de salud de las tribus indígenas al arribo de los españoles. Algunos se maravillaron de las excelentes condiciones de salud de los aborígenes, con una casi total ausencia de enfermedades crónicas. Esta observación suscita dudas sobre la capacidad de sobrevivir en tales sociedades de sujetos deformes o con dolencias crónicas incurables. Otros cronistas describieron con detalle enfermedades comunes entre los indígenas, que después se documentaron en la cerámica local y en los huesos estudiados por los arqueólogos y paleopatólogos. Notables entre estas descripciones eran la leishmaniasis americana (uta), la tuberculosis, la verruga peruana, la hiperostosis espongiosa del cráneo (que algunos consideran una manifestación del escorbuto), las fracturas craneanas curadas (posiblemente por heridas de guerra) y las enfermedades mentales. Considerable controversia existe sobre el origen de la sífilis, que aparentemente existía entre los indígenas y pudo haber sido transmitida a los europeos. Sin embargo, en Europa y el oriente medio se han descrito lesiones de posible origen sífilítico en la época pre-colombina. Tal vez los marineros que regresaban de América no llevaron a Europa una especie nueva sino una cepa de espiroqueta bien tolerada por los indígenas pero más patógena para los blancos.

Las epidemias traídas a América por los europeos fueron de enormes proporciones. Entre las que figuran en distintos documentos están las siguientes:

La epidemia de viruela, registrada por primera vez en 1518 en Santo Domingo y Cuba, y en Perú en 1533 (y posiblemente en 1519), en 1563 en Brasil, en Canadá en 1603 y en Nueva Inglaterra en 1602, 1617 y 1634<sup>6</sup>. En todos los casos los adultos nativos eran afectados tan severamente y morían en cantidades tales que no era posible darles sepultura, y llenaban caminos y casas que a veces eran destruidas para que cubrieran los cadáveres. A los europeos: españoles, portugueses, franceses, ingleses y holandeses, no les afectaba la enfermedad. Posiblemente habrían sido infectados en su infancia y desarrollaron inmunidad duradera. Algunos historiadores sesgados quieren hacernos creer que esta epidemia fue intencional y usada como arma de conquista, mucho más efectiva que la pólvora. El sucesor de Moctezuma y miles de otros guerreros, murieron de viruela y no de heridas de guerras. La devastación producida por la viruela había durado varios milenios en Europa y resultó en la inmunidad relativa de los adultos. De manera no intencional, la viruela fue el arma más efectiva de la conquista y la colonización de América. La pandemia de la viruela duró varios milenios y sólo se erradicó del mundo hace relativamente pocos años.

En los albores del Siglo XIX, Napoleón y el Zar de Rusia ordenaron la vacunación de sus ejércitos siguiendo el método de Jenner con el virus del ganado vacuno, aparentemente usado antes en la medicina árabe<sup>7</sup>. La corona española ordenó en 1803 la expedición Balmis para solucionar el problema del transporte ultramarino de la preciosa vacuna. Así se llevó a cabo uno de los proyectos más notables de intervención epidemiológica. En efecto, 6 niños de los orfanatos de Galicia y La Coruña fueron inoculados en parejas para conservar el pus durante el largo viaje allende los mares. En las Islas Canarias les reemplazaron por 26 niños de los orfanatos locales, quienes trajeron la vacuna a Puerto Rico en 1804. De allí se organizaron excursiones semejantes «de relevos» hacia Venezuela, Nueva Granada, Perú, Chile y Argentina y otra hacia México vía Veracruz. La expedición Balmis continuó a Filipinas y China para luego regresar a España. Esta extraordinaria labor de intervención epidemiológica sobresale como el proyecto científico más notable de la época<sup>7</sup>.

No existen datos confiables que permitan cuantificar el impacto de la epidemia de viruela pero abundan crónicas donde se indica que muchas poblaciones fueron diezgadas por la enfermedad. Algunos calculan las víctimas en México en 3.5 millones en un período indeterminado de tiempo, cifra difícil de reconciliar con ciertos cálculos de la población total en el hemisferio occidental en el tiempo del descubrimiento: 2 a 5 millones de habitantes<sup>6</sup>. Los muertos por viruela en Perú alrededor de 1533 se han estimado en 200,000. En Bahía, Brasil, se calcula que 30,000 indios murieron en 6 colonias jesuitas. Experiencias similares se registraron en todo el continente. Como un



ejemplo se cita el párrafo de Mather que se refiere a la epidemia de 1631 en Nueva Inglaterra: «...los indios empezaron a regatear los límites de la tierra que habían vendido a los ingleses, pero Dios terminó la controversia pues envió la viruela a los indios de Saugust que en aquel tiempo eran excesivamente numerosos. Pueblos enteros fueron barridos»<sup>7</sup>.

Muchas otras epidemias diezmaron a los indios, algunas bien documentadas, otras mal identificadas y otras que dudosamente se pueden relacionar causalmente con la inmigración europea<sup>8</sup>. En México, Honduras, Perú y Brasil se registraron epidemias de sarampión. El tifo exantemático, conocido como «tabardillo» en España, hizo estragos en México entre 1520 y 1588, y en California en 1526. Entre 1537 y 1546 de una epidemia que se cree fue de influenza, se dice haber matado 80% de los indios mexicanos, aproximadamente 800,000<sup>6,7</sup>. Las epidemias de malaria y fiebre amarilla se discutirán más adelante.

Las grandes epidemias de enfermedades infecciosas asociadas con la conquista y colonización de América afectaron en forma primordial a los indígenas. Tales epidemias quizá se debieron al aislamiento milenar de los indios que los hizo muy susceptibles a las nuevas toxas traídas por los europeos. Estos, por su parte, con sus múltiples contactos bélicos y culturales, habían sido extensamente expuestos a esas infecciones y se habían adaptado más o menos bien a ellas. Pensar que tales epidemias infecciosas se pudieran haber evitado, con la tecnología médica de hace 500 años, es una ilusión. También es otra ilusión pensar que el continente americano pudiera haber seguido en absoluto aislamiento del resto del mundo por mucho tiempo. El fenómeno de las epidemias infecciosas en América muy probablemente se debe a fuerzas biológicas, sobre todo inmunitarias, más que a fuerzas políticas.

Pero si las huestes invasoras europeas escaparon de las principales epidemias infecciosas, en ellas hicieron estragos otras fuerzas nocivas, principalmente la desnutrición y el escorbuto. Numerosas descripciones de hambre y escorbuto, causantes de miles de muertos españoles, se encuentran en la crónicas de la época. Todos los 4 viajes de Colón tuvieron la amenaza del fracaso por hambre y escorbuto. Las únicas provisiones que se podían transportar eran la carne salada y los granos, frecuentemente dañados e invadidos por gusanos. Muchas de las descripciones de las consecuencias de la desnutrición se confunden con otras epidemias como malaria, fiebre amarilla y tifo, pero el examen de los signos y síntomas demuestran que corresponden a problemas nutricionales. Epidemias de desnutrición se describen claramente en Santo Domingo en 1502, en Honduras y Nueva Granada en 1550, en Perú y Popayán en 1539, en el Río de La Plata en 1526, en Brasil y Paraguay en 1542, así como en los primeros intentos colonizadores de ingleses, alemanes y holandeses. Los indios frecuentemente dejaban de sembrar sus cultivos en la esperanza de hacer que los europeos abandonaran sus tierras. Según Ashburn: «Quienes se aventuraban al Nuevo Mundo en los

siglos XVI y XVII siempre arriesgaban su vida, y el mayor riesgo era perderla por insuficiencia o falta de alimentos. La guerra, el canibalismo, la tortura, el fuego y las inundaciones eran riesgos menores»<sup>6</sup>.

## LAS PLAGAS DE LA COLONIA Y LA INDEPENDENCIA

**Malaria.** Las plagas de la época de la conquista se prolongaron a la colonia y además se agregaron algunas nuevas, siendo la más notoria la malaria. Aunque hay opiniones encontradas, no hay evidencia clara de su existencia en América precolombina. Aunque la malaria era endémica en España, Inglaterra y los demás países europeos en los siglos XV y XVI, brillan por su ausencia las menciones de enfermedades que se pudieran interpretar como malaria en muchos relatos de las excursiones españolas a tierras que posteriormente han sido de alta endemicidad malarica. La excursión de Gonzalo Pizarro desde Quito hacia el norte, en busca de El Dorado, atravesó la selva amazónica en zonas hoy altamente malaricas. Esta aventura estuvo amenazada principalmente por el hambre, lo que llevó a la construcción de un barco, que comandado por Francisco de Orellana navegó el Amazonas en casi toda su extensión en busca de alimentos. Durante esta travesía no se describió ninguna enfermedad que se pudiera interpretar como malaria. Lo mismo se puede decir de las excursiones al mar Caribe y al sur de lo que hoy son los Estados Unidos, donde la malaria hizo estragos posteriormente. Algunos historiadores hablan de malaria precolombina en Perú, en parte por el descubrimiento de la quinina, pero la corteza del árbol de la quina no se conocía como medicina ni siquiera en los tiempos de la expedición de Humboldt, 3 siglos después de la conquista.

La introducción de la malaria en proporciones epidémicas fue muy probablemente fruto de la importación de esclavos negros africanos, recomendada por Fray Bartolomé de Las Casas después de observar las vicisitudes y epidemias de los indios y por considerar que los negros eran más fuertes que los indios para resistir las plagas que los estaban diezmando. Los esclavos negros resistían mejor los embates de la fiebre amarilla por su exposición previa y los de la malaria, en parte por la resistencia a la enfermedad de los eritrocitos falciformes. Pero los indios, los blancos y los mestizos no tenían esa protección y se podría decir, en términos de salud pública, que el remedio resultó peor que la enfermedad debido a los efectos devastadores de la malaria y de la fiebre amarilla en las poblaciones que habitaban el nuevo continente en los siglos posteriores a la conquista.

Una vez introducida, la malaria se diseminó de manera lenta pero segura en grandes extensiones del continente. Ella posiblemente determinó que los asentamientos coloniales en Sur y Centro América se hicieran en tierras altas, menos vul-

nerables a la enfermedad. La endemia malárica ha tenido grandes repercusiones en el desarrollo del subcontinente. Fue, junto con la fiebre amarilla, el principal obstáculo sanitario para la construcción del canal de Panamá por parte de Colombia. Frenó el desarrollo de extensas zonas del continente. Con la introducción del DDT la endemia disminuyó de manera considerable entre 1950 y 1980. Recientemente se ha notado una elevación en la incidencia, asociada con las condiciones de pobreza de los países y con la aparición de cepas resistentes a los medicamentos, sobre todo de la forma más grave de la enfermedad: el paludismo por **Plasmodium falciparum**. El número de casos notificados, obviamente inferior a la incidencia real, subió de 910,917 en 1985 a 1'100,330 en 1988. El **P. vivax** todavía predomina (64% de los casos) pero la infección por **P. falciparum** ha aumentado: en 1988 fue la especie más frecuente en Haití y la República Dominicana así como en las Guayanas. En Brasil fue causa de más de la mitad de los casos de malaria y en Colombia y Venezuela de la tercera parte de los casos<sup>4</sup>.

**Fiebre amarilla.** La fiebre amarilla comparte con la malaria su transmisión por mosquitos y su importación a América por los «barcos negreros» provenientes de África. Ambas plagas han causado centenares de miles de muertos en América ibérica. A diferencia de la malaria, la epidemia de fiebre amarilla parece haber sido en gran parte dominada en la actualidad, lo que no garantiza su desaparición permanente del planeta. La primera descripción creíble de la enfermedad fue hecha por Cogolludo en Yucatán en 1648, seguida por menciones de epidemias en Cuba en 1655, en Pernambuco en 1686 y por numerosos brotes epidémicos de grandes proporciones en los 2.5 siglos siguientes en todos los territorios tropicales y semitropicales del continente<sup>9</sup>. El último brote epidémico en los Estados Unidos se presentó en Nueva Orleans en 1905. En todos los brotes epidémicos, los blancos, los indígenas y los mestizos sufrían las peores consecuencias mientras los negros mostraban cierta inmunidad. Por más de 2 siglos la epidemia diezmo las poblaciones americanas sin que se tuviera ninguna idea de cómo se transmitía ni cómo se podía controlar.

La teoría miasmática de Hipócrates predominaba en el mundo. El principal científico que rompió este ciclo de ignorancia y el primero que demostró la transmisión por un insecto vector fue Carlos Finlay, médico cubano educado en Francia y graduado del Colegio Médico Jefferson en Filadelfia<sup>10,11</sup>. Aunque se conocen relatos previos que sugieren un vector intermediario en la transmisión de la fiebre amarilla, Finlay lo demostró sin lugar a dudas en más de 30 años de investigación sobre el tema. Su teoría fue expuesta primero ante la Conferencia Sanitaria Internacional en Washington en febrero de 1881. Su presentación ante la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, el 14 de agosto de 1881 es un documento de gran valor histórico. En ella describió las razones de su postulación del mosquito **Culex** como agente trasmisor,

describió el empleo experimental del mosquito y relató la transmisión experimental de la enfermedad. Advirtió que el agente etiológico se desconocía pero mencionó como uno de los posibles candidatos: «un virus amorfo». Presentó los resultados de 20 inoculaciones experimentales, 4 de las cuales desarrollaron una forma benigna, no fatal, de la enfermedad. En sus comunicaciones de 1884 ante la sociedad de Estudios Clínicos de La Habana y de 1891 ante la Academia de La Habana, Finlay amplió con lujo de detalles sus experimentos que demuestran la transmisión de la enfermedad por mosquitos entonces llamados **Culex**, utilizando soldados, religiosos y voluntarios como él. De interés son los resultados en sacerdotes de las órdenes de jesuitas y carmelitas, la mayoría recién llegados de España. En ellas se tiene información sobre los inoculados y los no inoculados. De 33 religiosos inoculados, 31 desarrollaron «aclimatación benigna» (94%) y 2 tuvieron «aclimatación con fiebre amarilla formal, curados». No hubo ningún caso de fiebre amarilla mortal. De los 32 no inoculados, 21 tuvieron aclimatación benigna (65%) y 6 tuvieron «aclimatación con fiebre amarilla final, curados». En este grupo se registraron 5 casos de fiebre amarilla mortal.

Las experiencias de Finlay fueron generosamente pasadas a la Comisión de Fiebre Amarilla del Ejército de los Estados Unidos encabezada por Walter Reed, quien después de comprobarlas y ampliarlas las utilizó para diseñar y aplicar medidas de sanidad ambiental que permitieron la construcción del canal de Panamá después del fracaso de De Lesseps. El progreso posterior se debe en gran parte a la Fundación Rockefeller y su comisión de fiebre amarilla, que llevó a la identificación del agente infeccioso y al desarrollo de la vacuna. Varios prominentes científicos iberoamericanos como Oswaldo Cruz formaron parte de la Comisión Rockefeller e hicieron posible la erradicación de la enfermedad. Un obstáculo importante en esta labor de erradicación fue identificado por Roberto Franco y otros investigadores colombianos, especialmente Manuel Roca García, Jorge Boshell Manrique y César Uribe Piedrahita, quienes descubrieron la fiebre amarilla selvática que explicaba la persistencia de la epidemia a pesar de la lucha contra los mosquitos domésticos. Fred Soper amplió las descripciones de la fiebre selvática en Brasil. Consecuencia de dichos hallazgos fue el establecimiento del servicio de viscerotomía, sistema de vigilancia epidemiológica que obligaba a las autoridades sanitarias de las zonas endémicas a obtener un fragmento de hígado de todo paciente muerto de fiebre sospechosa. Los fragmentos se enviaban a laboratorios regionales donde el diagnóstico se hacía o se descartaba siguiendo los criterios histopatológicos bien descritos por Da Rocha Lima<sup>9-12</sup>.

## OTRAS EPIDEMIAS COLONIALES

No es posible en este artículo hacer una lista completa de las



principales enfermedades de la época. Sólo se hará mención somera de algunas. Las enfermedades del aparato respiratorio eran abundantes pero no claramente identificadas ya que la semiología respiratoria era rudimentaria en la época. Aunque no se conocen descripciones claras precolombinas de tuberculosis, se han descrito piezas arqueológicas incas que sugieren mal de Pott. Epidemias de posible difteria se describieron en Panamá en 1600 y en México en 1579. Las enfermedades del sistema nervioso fueron descritas frecuentemente como «modorra», que algunos interpretan como meningitis. De «modorra» murió Ponce de León, sucesor de Cortés. Las enfermedades gastrointestinales abundaban en la colonia y muchas menciones de epidemias de disentería se pueden encontrar en las crónicas de México, Florida, Brasil y otros países sur y centro-americanos. De las enfermedades cutáneas, algunas, como la lepra, aparentemente vinieron con los esclavos negros y otras como la leishmaniasis estaban presentes antes de la llegada de Colón. La forma mucocutánea de la leishmaniasis americana («espundia») aparece representada en cerámicas precolombinas. La pinta o carate, espiroquetosis hoy casi desaparecida, era autóctona de América y fue descrita por Cortés en sus cartas al Rey de España. Además del escorbuto y la desnutrición general, la pelagra y el beriberi eran comunes en la época colonial pero no se sabe si estuvieron presentes antes de la conquista. Algunas endemias que hoy persisten han estado siempre confinadas a América ibérica, como la enfermedad de Chagas y la verruga peruana.

### EL SIGLO XX

No hay datos objetivos sobre la frecuencia de las principales enfermedades en América ibérica a principios del Siglo XX. Se sabe que el panorama estaba dominado por las enfermedades infecciosas: tuberculosis, malaria, fiebre amarilla, diarreas infantiles, sarampión, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis. El Cuadro 3 muestra los cambios observados en la frecuencia de las principales causas de muerte en Uruguay. La posición relativa de las enfermedades infecciosas ha bajado y la de las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas ha ascendido<sup>13</sup>.

A mediados del siglo se notó un descenso marcado de la frecuencia de algunas de estas enfermedades, como se puede observar en la Figura 3 sobre la mortalidad por tuberculosis en varios países americanos<sup>14</sup>.

Los cambios en la distribución de las enfermedades han sido más notorios en los países desarrollados, como se ilustra en el Cuadro 4 que compara las causas de muerte en 1900 y 1982 en los Estados Unidos<sup>15</sup>. A partir de la mitad del siglo la mayoría de los países de América ibérica experimentaba cambios semejantes. La mortalidad infantil descendió radicalmente, como ya se observa en la Figura 2. Los cambios de frecuencia relativa

**Cuadro 3**  
Principales Causas de Muerte en Uruguay.

Nº	1907 <sup>1</sup>	%	1945 <sup>2</sup>	%	1985 <sup>3</sup>	%
1	Infecciosas y parasitarias	20.4	Infecciosas y parasitarias	23.4	Aparato circulatorio	40.2
2	Infecciones respiratorias	14.5	Aparato circulatorio	20.2	Tumores malignos	22.6
3	Aparato circulatorio	10.1	Cáncer	14.8	Accidentes	4.1
4	Cáncer	4.7	Prematuridad primera infancia	6.1	Infecciosas y parasitarias	2.4
5	Accidentes	3.3	Accidentes	3.0	Perinatales	2.4

Fuente: Nowinsky, A et al. *Uruguay: hacia un sistema nacional de salud*. OPS, 1989.

1 Anuario Estadístico de la RO, Uruguay, 1907-1908.

2 Noticioso Estadístico de Salud Pública. Departamento Estadístico Vital, 1945.

3 Ministerio de Salud Pública, División Estadística.

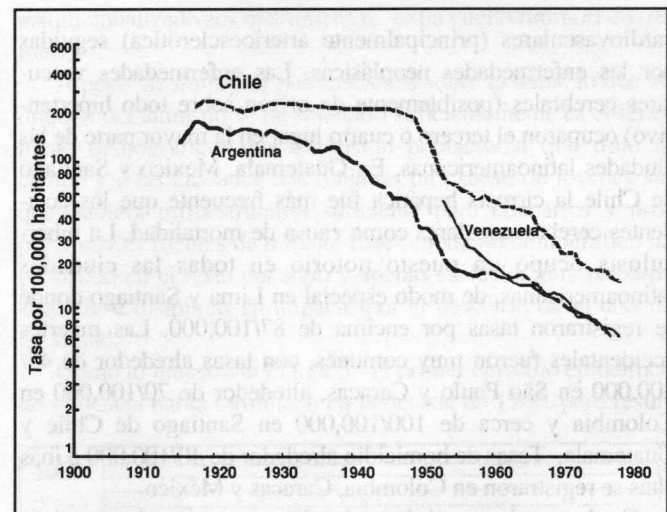


Figura 3. Tasas de mortalidad por tuberculosis por 100,000 habitantes desde 1900 en países seleccionados de las Américas. Reimpreso con permiso de Tuberculosis en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. *Bol Epidemiol*, 1981, 5: 2. Copyright Pan American Health Organization, Washington.

de las enfermedades cardiovasculares ilustran el fenómeno, con el descenso radical de la fiebre reumática y el aumento de la enfermedad arterioesclerótica. En general se ha notado un aumento neto de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, principalmente por hipertensión y arterioesclerosis.

En un intento de obtener datos confiables sobre causas de mortalidad la Oficina Sanitaria Panamericana llevó a cabo la Investigación Interamericana de Mortalidad en 10 ciudades latinoamericanas entre 1962 y 1964, comparándolas con San Francisco y Bristol<sup>16</sup>. En todas ellas la primera causa de mortalidad en hombres adultos (15-74 años) fueron las enfermedades

**Cuadro 4**  
**Principales Causas de Muerte en Estados Unidos, 1900 y 1982.**

1900	%	1982	%
Pneumonia/influenza	11.8	Enfermedades cardíacas	34.4
Tuberculosis	11.2	Cáncer	23.9
Enfermedades cardíacas	9.4	Accidentes	6.6
Accidente cerebrovascular	7.6	Accidente cerebrovascular	6.5
Diarrea/enteritis	6.3	Enfermedades pulmonares	
Nefritis	5.9	crónicas	2.9
Cáncer	4.5	Suicidio	2.1
Accidentes	4.2	Pneumonia/influenza	2.0
Difteria	1.9	Enfermedades hepáticas	
		crónicas	1.9
Otras	37.2	Diabetes mellitus	1.7
Total	100.0	Otros	18.0
		Total	100.0

Fuente: USDHHS. Prevention '84/'85. Public Health Service Office, Washington, 1985.

cardiovasculares (principalmente arterioesclerótica) seguidas por las enfermedades neoplásicas. Las enfermedades vasculares cerebrales (posiblemente de origen sobre todo hipertensivo) ocuparon el tercero o cuarto lugar en la mayor parte de las ciudades latinoamericanas. En Guatemala, México y Santiago de Chile la cirrosis hepática fue más frecuente que los accidentes cerebrovasculares como causa de mortalidad. La tuberculosis ocupó un puesto notorio en todas las ciudades latinoamericanas, de modo especial en Lima y Santiago donde se registraron tasas por encima de 87/100,000. Las muertes accidentales fueron muy comunes, con tasas alrededor de 45/100,000 en São Paulo y Caracas, alrededor de 70/100,000 en Colombia y cerca de 100/100,000 en Santiago de Chile y Guatemala. Tasas de homicidio alrededor de 40/100,000 o más altas se registraron en Colombia, Caracas y México.

En las mujeres adultas el mismo estudio demostró la predominancia de muertes por enfermedades cardiovasculares (principalmente hipertensiva) y por neoplasias malignas, seguidas por accidentes vasculares cerebrales en casi todas las ciudades. Las complicaciones del embarazo y el parto ocuparon un lugar notable, sobre todo en Cali, México y Santiago de Chile. La mortalidad por enfermedad de Chagas fue considerable en Riberão Preto.

El tumor maligno más común fue el de estómago, que causó 1,539 defunciones en ambos sexos, seguido de los cánceres pulmonar (1,118), cervicouterino (822) y mamario (690). La tendencia al descenso en las tasas de cáncer gástrico y cervicouterino que se ha observado en todo el mundo, también se ha visto en América ibérica, pero con cierto retraso y en menor magnitud. Estas 2 neoplasias se han clasificado como cáncer de la pobreza y aún constituyen enormes problemas de salud en muchos países de América ibérica. En los últimos años ha habido

un incremento considerable en las tasas de cáncer pulmonar, asociado con un aumento del hábito de fumar y con la sustitución del tabaco negro por el rubio, más suave y que se inhala más profundamente.

En años recientes, de modo especial en la década de 1980, ha habido un recrudescimiento de muchas enfermedades infecciosas como malaria, tuberculosis, amibiasis y verruga peruana, todas asociadas con el empobrecimiento. Una muestra dramática de este fenómeno es la reciente epidemia de cólera, que hasta julio de 1992 había atacado 241,971 personas y causado 1,558 muertes en América Latina<sup>17</sup>.

**El fin del Siglo.** América ibérica parece celebrar el quinto centenario del descubrimiento con el advenimiento de tres tremendas nuevas epidemias que amenazan con su presencia el Siglo XXI:

° La violencia.

° La adicción a las drogas ilícitas.

° El SIDA.

Estas 3 epidemias de dimensiones apocalípticas, aunque están entrelazadas y no se circunscriben a este sub-continente, tienen en él un impacto social y nosológico que complica y agrava las epidemias más antiguas no resueltas que se han mencionado. De la identificación correcta de las causas, de las medidas preventivas y del impacto intrínseco de estas epidemias, depende el futuro de América ibérica que aún no parece haber encontrado su destino y cuyos proporcionalmente cortos momentos históricos de felicidad relativa se han visto frustrados por nuevas olas epidémicas de enfermedad y malestar social.

**La violencia.** Como en el resto del planeta, la violencia en el sub-continente americano es una de los principales motivos de enfermedad y muerte, pues constituye aproximadamente la quinta causa de mortalidad general y la primera en hombres jóvenes (15-44 años). Esta distribución demográfica resulta en un gran impacto, tanto por representar la primera causa de años perdidos de potencial de vida (APPV)<sup>18</sup> como por sus efectos en la productividad económica al quitar de la sociedad el grupo más productivo.

La Figura 4<sup>19</sup> muestra la mayor importancia del problema en los países menos desarrollados. Las 3 variedades principales de violencia son notable en Latinoamérica, y tienen marcadas fluctuaciones temporales. En los años 1968-1982 Venezuela se distingue por las tasas más altas de mortalidad por accidentes de tránsito, Cuba por las más altas tasas de suicidio y El Salvador y Colombia por las tasas más altas de homicidios.

En diversas épocas y en distintos países de América se han visto olas de violencia homicidas. Al fin del Siglo XX el fenómeno tiene características alarmantes en México, Centro América (Nicaragua, El Salvador, Guatemala) y Sur América (especialmente Colombia y Perú). A guisa de ejemplo, el Cuadro 5 muestra las tasas de mortalidad por causas violentas en los países americanos en los años cercanos a 1986<sup>4</sup>. Lo más preocupante es el incremento reciente, que se podría carac-



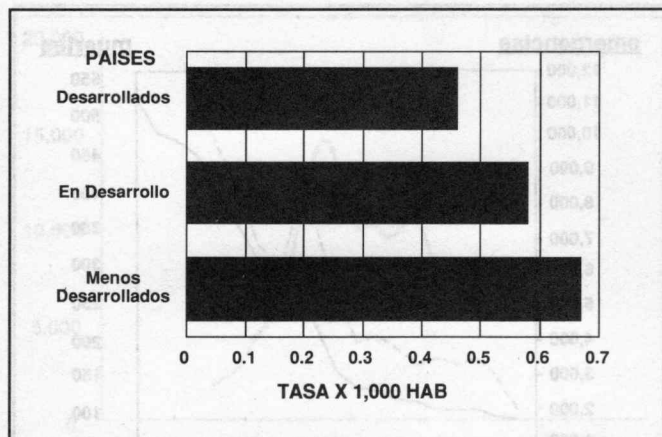


Figura 4. Tasa de mortalidad (ajustada por edad) por lesiones traumáticas en el mundo, según nivel de desarrollo. Reimpreso con permiso de *La cambiante estructura de muertes por accidentes y violencia en América Latina*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1991. Copyright Pan American Health Organization, Washington.

terizar como epidémico, en diversas naciones del continente, como El Salvador, Perú, México, Colombia, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela<sup>19</sup>.

Cuadro 5

**Tasas de Mortalidad Ajustadas por Edad, por Accidentes y Violencia en Países con Más de un Millón de Habitantes, Alrededor de 1987 (Tasas por 100,000 Habitantes).**

País (año)	Todos los accid. y violencias	Se ignora si fue accidental o intenc.	Homocidios	Operaciones de guerras e intervención legal	Suicidio
Argentina (1986)	44.8	3.2	5.1	0.7	5.4
Brasil (1986)	63.7	10.3	13.3	0.0	2.8
Canadá (1986)	40.3	1.3	1.8	0.0	10.6
Costa Rica (1988)	40.3	1.9	3.7	0.0	4.5
Colombia (1984)	81.0	3.0	29.7	0.0	3.4
Cuba (1988)	64.8	-	-	-	22.6
Chile (1987)	61.0	30.8	2.3	-	4.6
Ecuador (1987)	63.1	0.2	10.1	-	3.9
El Salvador (1984)	127.1	26.2	41.6	0.0	12.2
Estados Unidos de América (1987)	48.4	1.0	7.5	0.1	8.9
Guatemala (1984)	54.9	31.5	3.6	0.2	0.6
Jamaica (1984)	18.7	1.2	1.3	0.5	0.2
México (1986)	77.4	1.9	19.6	0.0	2.1
Panamá (1987)	48.2	4.9	6.4	0.5	3.4
Paraguay (1986)	40.0	1.5	6.5	-	2.4
Perú (1983)	29.4	3.5	2.0	0.1	0.5
Re. Dominicana (1985)	35.0	3.6	4.9	1.0	2.1
Trinidad y Tobago (1986)	50.1	5.6	6.0	0.8	7.5
Uruguay (1986)	43.1	0.0	2.4	0.1	5.3
Venezuela (1985)	59.9	0.4	8.9	-	4.4

Uno de los países más afectados, Colombia, se analizará con un poco de más detalle. Entre 1945 y 1965 Colombia sufrió una dolorosa epidemia de homicidios conocida como «La Violencia», una verdadera guerra interna que aún no deja de manifestar sus secuelas, como se puede ver en la Figura 5<sup>18</sup>. Las causas del fenómeno son materia de discusión y desacuerdo. El fenómeno etiológico más obvio fue el confrontamiento político entre un gobierno que usó sus fuerzas armadas para reprimir protestas sociales, y la formación de guerrillas armadas que se refugiaron en remotas zonas rurales. A ambos bandos se atribuyen múltiples episodios criminales y genocidios.

Según Pécaut<sup>21</sup>, lo que ocurrió entonces fue «la irrupción en la historia de un trasfondo de barbarie ordinariamente recubierto por una aculturación precaria». De acuerdo con Gilhodes<sup>22</sup> el fenómeno representa «la utilización de la fuerza por parte de los de arriba para asentar y mantener su dominio y por parte de los de abajo para cuestionarlo y derrocarlo». De todas maneras, a partir de esta guerra que no se ha resuelto en forma definitiva, la violencia se volvió endémica porque se han institucionalizado sus instrumentos: se ha vuelto rutina el uso de fuerza<sup>23</sup>.

A pesar de múltiples publicaciones sobre el tema, lo que en opinión del autor no se ha resaltado suficientemente es el fenómeno demográfico: una explosión poblacional que trajo al campo y a las ciudades colombianas un exceso de jóvenes sin que hubiera infraestructura suficiente para educarlos y proporcionarles fuentes de trabajo. Este fenómeno demográfico ha persistido en el resto del siglo y apenas en fecha muy próxima empieza a disminuir su impacto por el descenso de la tasa de natalidad.

Como lo muestra la Figura 5<sup>18</sup> el primer episodio epidémico de violencia había terminado en la década de 1960, pero resur-

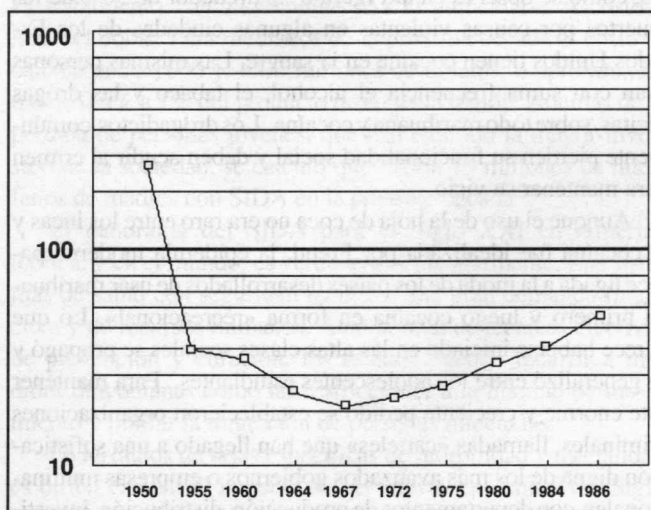


Figura 5. Tendencias de homicidios en Colombia, 1984-1986. Tasas por 100,000 habitantes. Tomado de Sevilla-Casas E. *Hacia una epidemiología de la violencia: El caso de Colombia*. *Colombia Med*, 1991, 22S: 4. Reproducido con permiso de **Colombia Médica**.

gió con una curva de ascenso menos empinada, pero que augura una segunda ola más prolongada, a partir de las décadas siguientes, 1970 y 1980. Las causas de esta nueva epidemia posiblemente tienen como subfondo el crecimiento demográfico no atendido. Las causas puramente políticas no parecen notorias en la actualidad: las dictaduras han desaparecido en Latinoamérica y el comunismo se ha desintegrado en el mundo. Pero las causas económicas persisten.

Han llegado, además, nuevos factores causales, sobre todo el uso de la guerrilla por los narcotraficantes y el montaje de un negocio multimillonario por parte de los nuevos empresarios de la guerrilla que usan los secuestros, las extorsiones, los atentados contra las empresas que explotan los recursos naturales, y el tráfico de armas como suculentas fuentes de ingresos.

El fenómeno que vive hoy Colombia parece representar «el establecimiento de culturas espurias, matrices culturales que forman hombres «no civilizados» que se ubican en su conducta habitual y normalizada más allá de los umbrales mínimos de la regla de oro»<sup>18</sup>. Los narcotraficantes de Colombia y el mundo, así como los líderes guerrilleros colombianos de hoy, hacen parte de «culturas espurias» en las que la vida humana tiene un valor muy bajo y se puede cortar sin resquemores para mantener la altísima rentabilidad económica del negocio. Quizá por ello parecen ingenuos los intentos de «negociar» con estos grupos.

*La adicción a las drogas.* El abuso de las drogas psicotrópicas ilícitas es una nueva epidemia de iberoamérica y del mundo. El impacto social en términos de morbilidad y mortalidad es difícil de cuantificar ya que como tal la drogadicción raramente se menciona como causa de muerte o enfermedad en las estadísticas oficiales. Sin embargo, ella es origen innegable de muchas muertes y enfermedades, especialmente las violentas, como se observa en la Figura 6<sup>24</sup>. Alrededor de 30% de los muertos por causas violentas en algunas ciudades de los Estados Unidos tienen cocaína en la sangre. Las mismas personas usan con suma frecuencia el alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas, sobre todo marihuana y cocaína. Los drogadictos comúnmente pierden su funcionalidad social y deben acudir al crimen para mantener su vicio.

Aunque el uso de la hoja de coca no era raro entre los incas y la cocaína fue idealizada por Freud, la epidemia moderna parece ligada a la moda de los países desarrollados de usar marihuana primero y luego cocaína en forma «recreacional». Lo que parece haberse iniciado en las altas clases sociales se propagó y se generalizó entre los adolescentes estudiantes. Para mantener este enorme y creciente pedido se establecieron organizaciones criminales, llamadas «carteles» que han llegado a una sofisticación digna de los más avanzados gobiernos o empresas multinacionales, con departamentos de producción, distribución, investigación, mercadeo, comunicaciones, relaciones públicas, de redes bancarias, etc. El «departamento» más fatal de los carteles los constituyen sus ejércitos asesinos (llamados sicarios)

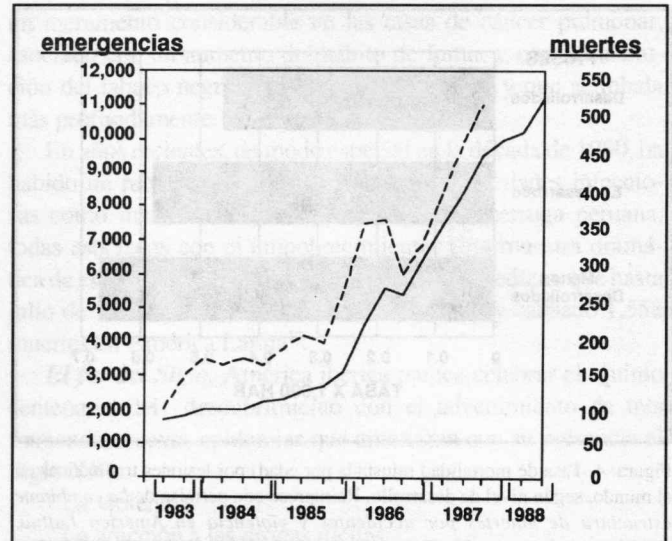


Figura 6. Morbilidad y mortalidad por cocaína. Reimpreso con permiso de Epidemiology of drug abuse in the United States: A summary of methods and findings. Special issue on drug abuse, Bull PAHO, 1990, 24: 53-69. Copyright Pan American Health Organization, Washington.

que poseen mejores redes de inteligencia, mejores armas, mejor movilización logística, mejores comunicaciones y mejor presupuesto que los gobiernos que tratan de controlarlos. La red criminal internacional no ha dado origen a la formación de una red internacional que los afronte y los combata. Cada país trata como problema local a una complejísima organización internacional.

La demanda de drogas ilícitas se hizo notoria primero en los Estados Unidos y en otros países desarrollados, pero muchos países de América ibérica han documentado el creciente uso de estas drogas en sus respectivas poblaciones. Tal es el caso de México, Costa Rica, Colombia, Venezuela, Bolivia y Argentina<sup>24</sup>. En Estados Unidos el uso de heroína tuvo su máximo punto al final de la década de 1960 y el de cocaína alrededor de 1980 (Figuras 7 y 8). El porcentaje de consumidores ha bajado entre los estudiantes, pero el consumo permanece muy alto, tanto entre los drogadictos como entre los que usan la droga «socialmente». El perfeccionamiento del llamado «crack-cocaína» produce satisfacción instantánea y es altamente adictivo. La criminalidad asociada con el tráfico de cocaína es inmensa, tanto en los países desarrollados como en América ibérica. El comportamiento futuro de esta epidemia en el Siglo XXI en gran manera es incierto, en gran parte por el poder corruptor de los inmensos capitales que genera.

*El SIDA.* La más reciente plaga de nuestro tiempo es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), desconocido hace un decenio, pero que ya ha causado grandes estragos y amenaza con causarlos aún mayores en el Siglo XXI. Hasta el 10 de junio de 1992 se habían registrado 492,731 casos en el mundo, 277,028 de ellos en las Américas<sup>25</sup>. Hasta hoy, la en-



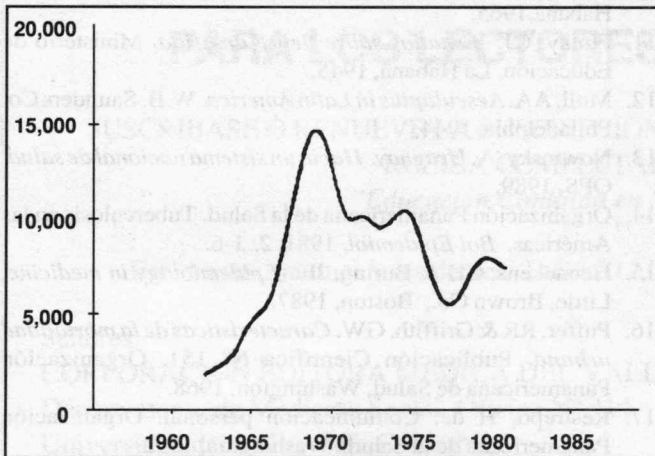


Figura 7. Admisiones hospitalarias por uso de heroína por primera vez. Programas Federales, Estados Unidos. Reimpreso con permiso de Epidemiology of drug abuse in the United States: A summary of methods and findings. Special issue on drug abuse, Bull PAHO, 1990, 24: 53-69. Copyright Pan American Health Organization, Washington.

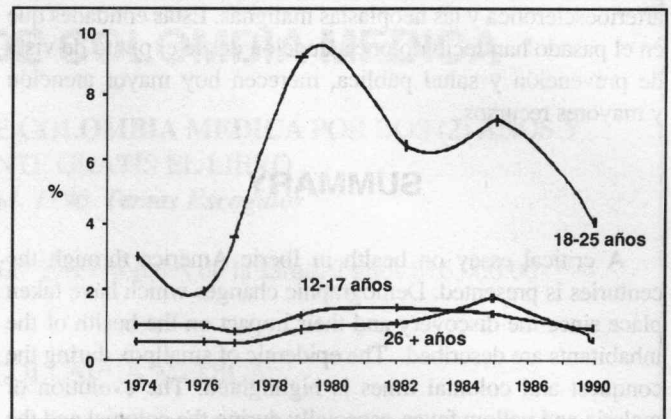


Figura 8. Tendencia del uso de cocaína en Estados Unidos por grupo de edad, 1974-85. Reimpreso con permiso de Epidemiology of drug abuse in the United States: A summary of methods and findings. Special issue on drug abuse, Bull PAHO, 1990, 24: 53-69. Copyright Pan American Health Organization, Washington.

fermedad es irremediabilmente letal. La enfermedad que empezó siendo circunscrita a los homosexuales, drogadictos y receptores de transfusiones o productos de sangre humana, hoy se informa con frecuencia como resultado de las relaciones heterosexuales y como infección perinatal.

Aunque el mayor número de casos se ha registrado en Estados Unidos (218,301 hasta la fecha mencionada), la enfermedad se ha hecho presente en todos los países de la región con un total de 24,704 casos en Brasil, 9,562 en México, 6,116 en Canadá, 3,086 en Haití, 2,189 en Colombia, 1,642 en República Dominicana, 1,595 en Honduras, 1,573 en Venezuela, 1,298 en Argentina, etc. El total para dicha fecha en América Latina era de 48,673<sup>25</sup>.

La transmisión heterosexual es prominente en Latinoamérica: en 1991 la proporción era de 22% en Brasil, 24% en México, 68% en el istmo centroamericano y 71% en el Caribe latino. En América del Norte la transmisión heterosexual es del orden de 8%. La transmisión heterosexual parece ser la principal causa de la especialmente alta frecuencia de SIDA en Honduras. Fenómeno semejante se observa en África y el sudeste asiático<sup>25</sup>.

Aunque las razones del fenómeno no son claras, se sospecha que esté relacionado con la prostitución y la co-morbilidad (masculina y femenina) con otras enfermedades venéreas que afectan la integridad de los tegumentos. El porcentaje de prostitutas infectadas con el virus HIV en Latinoamérica es generalmente bajo, alrededor de 1%, pero en ciertos países centroamericanos y del Caribe la proporción es muy alta: 35% en San Pedro Sula, Honduras y 50% en Haití. En 1990 la Organización Mundial de la Salud estimó que entre 8 y 10 millones de personas en el mundo estaban infectadas con HIV, entre 500,000 y 1 millón en América Latina<sup>25</sup>. Se estima que para el

año 2000 habría de 15 a 20 millones de personas infectadas con HIV en el mundo, y el número de casos de SIDA será por lo menos el doble y quizá el triple en 1995.

En América Latina y especialmente en Centro América y el Caribe se proyecta un aumento considerable del SIDA infantil en los próximos años. Casi 9% de las mujeres embarazadas en Haití y 2% en República Dominicana, están infectadas con el virus HIV. Una prevalencia de infección materna de 1% resulta en 10% a 20% de aumento en el SIDA infantil. Este fenómeno impactaría negativamente las reducciones en la mortalidad infantil observadas recientemente.

El costo del tratamiento de los pacientes con SIDA en América Latina en 1990 se calculó entre 50 y 73 millones de dólares. El tratamiento con Zidovudine (AZT) aumentaría el costo a más del doble. Para mediados de la próxima década el costo se calcula entre 1600 y 4000 millones de dólares, o aproximadamente 0.4% a 1% del producto bruto de la región. Además de la pérdida de personas jóvenes, que han recibido la mayor inversión de la sociedad, se calculó que habría 10 millones de huérfanos de madres con SIDA en la presente década<sup>25</sup>.

El panorama del SIDA para el Siglo XXI en América ibérica, y en el mundo, es verdaderamente alarmante. Los sistemas de salud con seguridad recibirán una gran demanda financiera y de recursos humanos. Ante la falta de técnicas efectivas de prevención y curación, los estados pueden recurrir a medidas draconianas como las restricciones a la libertad de movimiento y limitar la migración de personas infectadas.

En términos de tasas específicas de morbilidad y mortalidad es difícil estimar el impacto de las nuevas epidemias del Siglo XXI. Si las tendencias ilustradas en el Cuadro 4 continuaran, como es de esperar, es claro que para Latinoamérica la principal carga social del siglo que se avecina estará representada por las enfermedades crónicas no transmisibles, como la cardiopatía

arterioesclerótica y las neoplasias malignas. Estas entidades que en el pasado han recibido poca atención desde el punto de vista de prevención y salud pública, merecen hoy mayor atención y mayores recursos.

### SUMMARY

A critical essay on health in Iberic America through the centuries is presented. Demographic changes which have taken place since the discovery and their impact on the health of the inhabitants are described. The epidemic of smallpox during the conquest and colonial times is highlighted. The evolution of malaria and yellow fever, especially during the colonial and the independence years is described. The change from the predominance of infectious diseases at the beginning of the present century to that of chronic diseases in recent decades is discussed. Finally, comments are made on the new epidemics: violence, drug addiction and AIDS.

### REFERENCIAS

1. Guerra, F. Pre-Columbian medicine: its influence on medicine in Latin America today. *In Aspects of the history of medicine in Latin America.* JZ Bowers & EF Purcell (eds.). Josiah Macy Jr. Foundation, New York, 1979.
2. Sánchez-Albornoz, C. *La Edad Media española y la empresa de América.* Instituto de Cooperación Iberoamericana, Madrid, 1983.
3. Lorenz, C. *On aggression.* Bantam Book, New York, 1963.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas.* Publicación Científica N° 524, Washington, 1990.
5. *Estado de población mundial.* Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York, 1992.
6. Ashburn, PM. *The ranks of death. A medical history of the conquest of America.* Coward-McCann Inc., New York, 1947.
7. Schendel, G. *Medicine in Mexico.* UT Press, Austin, 1968.
8. Cooper, DB. *Epidemic diseases in Mexico City 1761-1813.* UT Press, Austin, 1965.
9. Strode, GK. *Yellow fever.* McGraw Hill, New York, 1951.
10. Finlay, CJ. *Obras completas.* Academia de Ciencias, La Habana, 1965.
11. Finlay, CJ. *Estudios sobre fiebre amarilla.* Ministerio de Educación, La Habana, 1945.
12. Moll, AA. *Aesculapius in Latin America.* W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1944.
13. Nowinsky, A. *Uruguay. Hacia un sistema nacional de salud.* OPS, 1989.
14. Organización Panamericana de la Salud. *Tuberculosis en las Américas.* *Bol Epidemiol*, 1981, 2: 1-6.
15. Hennekens, CH & Buring, JE. *Epidemiology in medicine.* Little, Brown Co., Boston, 1987.
16. Puffer, RR & Griffith, GW. *Características de la mortalidad urbana.* Publicación Científica N° 151. Organización Panamericana de Salud, Washington, 1968.
17. Restrepo, H de. *Comunicación personal.* Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1992.
18. Sevilla-Casas, E. *Hacia una epidemiología de la violencia: el caso de Colombia.* *Colombia Med*, 1991, 22S: 3-11.
19. Anzola-Pérez, E & Bangdiwala, SI. *La cambiante estructura de muertes por accidentes y violencias en América Latina.* Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1991.
20. Organización Panamericana de la Salud. *Mortalidad por accidentes y enfermedades no transmisibles en las Américas 1968-1987.* 1992.
21. Pécaut, D. *Crónica de dos décadas de política colombiana 1968-1988.* P. 438. Siglo XXI, Bogotá, 1988.
22. Gilhodes, P. *La violencia en Colombia: bandolerismo y guerra social.* P. 198. *En Once ensayos sobre violencia.* Sánchez, G (ed.). Centro Gaitán/CEREC, Bogotá, 1985.
23. Fals-Borda, O. *Lo sacro y lo violento: aspectos problemáticos del desarrollo en Colombia.* P.46-52. *En Once ensayos sobre violencia.* Sánchez, G (ed.). Centro Gaitán/CEREC, Bogotá, 1985.
24. Kozel, NJ. *Epidemiology of drug abuse in the United States: A summary of methods and findings.* *Bull PAHO*, 1990: 53-62.
25. Brandling-Bennett, D. *AIDS epidemiology in the 1990's in the region of the Americas.* Pp. 3-6. *In Ethics and law in the study of AIDS.* Fuenzalida-Puelma, H, Linares-Parada, AM & Serrano La Virtu, D (eds.). PAHO Publication N° 530, Washington.
26. PAHO. *Health conditions in the Americas 1965-1968.* Washington, 1970.
27. PAHO. *Health conditions in the Americas, 1973-1976.* Washington, 1978.

**Correos  
de Colombia**



**Adpostal**

**Estos son nuestros servicios  
¡Utilícelos!**

- SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
- SERVICIO DE CORREO CERTIFICADO
- SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
- SERVICIO ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
- SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
- SERVICIO DE FILATELIA

- SERVICIO DE GIROS
- SERVICIO ELECTRONICO BUROFAX
- SERVICIO INTERNACIONAL APR SAL
- SERVICIO "CORRA"
- SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
- SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
- SERVICIOS ESPECIALES

**Cuenta con nosotros  
Hay que creer en los Correos  
de Colombia**