

**INVESTMENT IN HEALTH:
SOCIAL AND ECONOMIC RETURNS**
Scientific and Technical Publication No. 582.
Washington, D.C.: Pan American Health
Organization; 2001. 292 pp.
Precio: US\$ 32.00/US\$ 24.00
en países de América Latina y el Caribe
ISBN 92 75 11582 6

Si bien la estrecha relación que existe entre la salud y la economía ha llegado a penetrar desde hace varios decenios en todos los niveles de la opinión pública, no por ello ha desaparecido de los círculos encargados de diseñar los sistemas de salud. Por el contrario, sigue siendo un tema de alta prioridad inquietud permanente. Parecería que, a medida que pasa el tiempo, cada vez se solidifican más los eslabones de una cadena que, de manera simplificada, podría representarse así: inversiones en salud > crecimiento económico > productividad humana > reducción de la pobreza.

La enfermedad es un obstáculo para el desarrollo social. La buena salud, por el contrario, tiene efectos que, aunque no han sido cuantificados aún, son claramente positivos desde el punto de vista del bienestar humano. En otras palabras, la disminución de las iniquidades en el ámbito de la salud puede contribuir a aliviar la pobreza.

En este libro se sintetizan la información y las propuestas de tres proyectos de investigación que se llevaron a cabo en América Latina y el Caribe para determinar hasta qué grado la inversión en la salud afecta al crecimiento económico de una sociedad.

En el presente estudio tomaron parte economistas interesados en la salud pública y salubristas preocupados por las consecuencias de una salud precaria. Los tres proyectos se llevaron a cabo en 1998 y 1999 con la intervención de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe.

El primer proyecto estuvo dirigido a examinar el impacto que ejerce la mejoría de la situación de la salud sobre el crecimiento económico de una sociedad y el bienestar de sus habitantes. El interés en el tema culminó en 17 protocolos de investigación que fueron elaborados en los centros de investigación económica y sanitaria de diversos países.

El segundo proyecto, que abarcó seis estudios, se encaminó a investigar el efecto de un mejor nivel de salud sobre la productividad humana.

El tercer proyecto se abocó al análisis de tres puntos: las inversiones en la salud, la iniquidad existente entre los niveles de población y la pobreza. Los tres proyectos, sometidos a discusión en octubre de 1999, se reflejan en las tres secciones que forman parte de la presente publicación.

Las siguientes son las conclusiones más destacables del primer proyecto:

- Para el crecimiento económico de un país, el papel de la salud es más importante que el de la educación.
- La salud multiplica el ingreso económico al impulsar la educación, la productividad y la participación individual, especialmente de las mujeres.
- Sin embargo, la buena salud incrementa las tasas de fertilidad en los estratos socioeconómicos bajos y medios, lo cual reduce tanto el ingreso como la escolaridad.
- La decisión entre trabajar o permanecer en el hogar que plantea la maternidad también es importante.
- A mayor crecimiento económico, mayor crecimiento poblacional. Este es un efecto a largo plazo que debe tomarse en cuenta.
- Cuando los beneficios no llegan a las clases de escaso poder económico, se genera una polarización del ingreso que neutraliza los beneficios de una mayor inversión en la salud.
- Los buenos sistemas de información son indispensables para evaluar costos, beneficios y efectos.
- Las nuevas tecnologías en el sector de la salud pueden generar beneficios a largo plazo con un costo relativamente bajo.
- Es necesario analizar el efecto que producen diferentes tipos de subsidios sobre la salud de la población.
- Desde el punto de vista de la economía, los dos componentes fundamentales del capital humano son la salud y la educación.
- La investigación generada en Colombia destaca algunos hechos relativos a la relación entre el estado de salud y los ingresos personales.
- Cada día adicional de incapacidad por motivos de salud reduce 32% los ingresos de un campesino y 13% los de una mujer.
- De acuerdo a las mediciones antropométricas, un centímetro adicional de estatura incrementa 8%

los ingresos de un trabajador urbano y 7% los de una mujer.

- La discapacidad en las áreas rurales se ve fomentada principalmente por la falta de servicios de seguridad social.
- En cambio, en las áreas urbanas los mayores niveles de seguridad social están relacionados con un mayor número de discapacidades laborales, lo cual podría deberse a una mayor tendencia a notificar la presencia de enfermedad.
- El tipo de vivienda y la disponibilidad de servicios públicos tienen una clara influencia sobre los ingresos personales y el estado de salud.
- Metodológicamente, es necesario incrementar la información mediante el empleo de indicadores que no dependan de la información obtenida por encuesta.

Un segundo protocolo, generado esta vez en México, buscó las relaciones entre la salud, la nutrición y los salarios, tomando como indicador los ingresos de mujeres adultas y las diferencias en la edad de la menarquia. Los resultados muestran que esta última ha venido decreciendo en México durante los últimos 40-50 años, lo cual obedece a la urbanización, al incremento de la educación y a la mejoría del nivel de vida, en particular el acceso a servicios públicos y a una vivienda de mejor calidad. En contraste, la disponibilidad de servicios de salud parece tener un impacto marginal en la edad de la menarquia.

Según el presente estudio, la calidad de la alimentación y el estado de salud, reflejados en la edad de la menarquia, tienen un efecto muy importante sobre la productividad laboral de las mujeres mexicanas. Desde el punto de vista metodológico, el estudio destaca la importancia de incluir información adicional mediante el empleo de otros indicadores del anterior estado de salud y alimentación, los cuales, por otro lado, podrían relacionarse con la edad de la menarquia.

El protocolo de investigación realizado en Perú contiene un análisis empírico por género y región. En general, los hallazgos confirman la idea de que la salud es un componente del capital humano que influye en el nivel del salario obtenido y, por lo tanto, en la capacidad del individuo para generar un incremento sostenido de sus ingresos con el paso del tiempo. Este hecho tiene consecuencias inmediatas en el poder adquisitivo y en los estándares de vida familiar.

En cuanto a la metodología, el autor señala tres indicadores empleados en la medición del estado de salud: estatura individual, morbilidad, días de incapacidad y días de enfermedad. Sin embargo, previene que esta información puede dar resultados sesgados cuando se recogen por medio de encues-

tas. Estos posibles sesgos dependen del nivel educativo del individuo, del ingreso familiar y de otras variables ocultas. Se proponen estudios más detallados que incluyan el factor alimenticio para poder diseñar mejores investigaciones sobre el impacto del nivel de la salud en la productividad individual.

La sección 3 de la obra versa sobre la relación entre el grado de inversión en servicios de salud y la reducción de los niveles de pobreza. Describe 10 protocolos de investigación realizados en Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México y Perú, a los cuales se agregan otros estudios que abarcan la región entera de América Latina y el Caribe, así como experiencias fuera de esta área geográfica. Todos ellos revelan una gran desigualdad en el estado de salud de los distintos sectores de la población y demuestran la gran necesidad de instalar mejores servicios de salud para atender a las capas más pobres de la población (campesinos, personas analfabetas y personas que solamente hablan lenguas indígenas).

Una visión general del tema abarca los siguientes puntos sobresalientes: la definición de la pobreza, sus causas y consecuencias, la posibilidad de superarlas y, por supuesto, el papel del sector de la salud para promover una mayor equidad en la prestación de servicios a la población.

Cada uno de los estudios descritos en esta obra se complementa con cuadros estadísticos y gráficas; asimismo, el lector hallará listas de trabajos de referencia y los nombres y cargos de quienes participaron en la reunión de expertos en economía, desarrollo social y salud, donde se examinó el impacto de la inversión en la salud sobre el crecimiento económico, la productividad y la reducción de la pobreza.

También se ha publicado una versión en español de esta obra con el título de *Invertir en salud: beneficios sociales y económicos* (ISBN 92 75 31582 5).

EL CÁNCER DE MAMA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Informar sobre las opciones

Por Sylvia C. Robles y Eleni Galanis.

Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 98 pp. Precio: \$US 5,00

ISBN 92 75 32384 4

El enorme problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de la mama se refleja en el hecho de que "en América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad". En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la

mama. Si estas cifras son de por sí alarmantes, más preocupante aun es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr y que hoy en día se ponga en tela de juicio el valor real de una medida de detección temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen mamario, o sea, el examen periódico de la mama por las propias mujeres, el cual ha resultado ineficaz, según parecen indicar las altas tasas de mortalidad. Por otro lado, no se han realizado ensayos para evaluar los beneficios de las exploraciones clínicas de las mamas, aunque se admite que puedan resultar benéficas.

Queda el recurso de la mamografía que puede reducir la mortalidad hasta un 23% en mujeres de 50 o más años de edad, pero que no es un estudio fácil de aplicar en muchas regiones de bajo desarrollo tecnológico.

Estos hechos hacen que la carga que representa el cáncer mamario sea un motivo de preocupación entre los especialistas y que se aconseje, muy prudentemente, que los programas de tamizaje, de por sí costosos, se realicen solo cuando se disponga de los recursos adecuados para el diagnóstico y tratamiento.

El carácter de este manual se inserta en los propósitos de la Organización Panamericana de la Salud, la cual, en colaboración con sus Gobiernos Miembros, elabora y publica nuevos tipos de materiales educativos aplicables a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad. Una de las coautoras, la doctora Robles, es la Coordinadora del Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS, en tanto que la doctora Galanis se especializa en medicina comunitaria en la Universidad de Toronto, Canadá. Las coautoras, quienes le han dado al contenido de este manual una orientación eminentemente práctica basada en un sólido marco teórico, han abarcado los siguientes temas: el análisis de la situación en América Latina y en el mundo; los factores de riesgo de carácter general y de naturaleza específica; los factores causales que están en investigación; la aparición del cáncer mamario; el tamizaje; la mamografía; el examen clínico y el autoexamen de la mama.

¿Cuál es la situación actual?

- De todos los casos registrados en el mundo (1997), 43% corresponden a los países en vías de desarrollo.
- El cáncer mamario representa 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo.
- El cáncer cervicouterino le sigue de lejos y ocupa el segundo lugar en frecuencia, ya que representa 15% de todos los cánceres en la mujer.
- La incidencia está aumentando en América Latina y en otras regiones donde el riesgo es intermedio y bajo.

- De acuerdo con Murray y López (1996), en los países que se encuentran en transición epidemiológica las tasas de mortalidad por cáncer mamario aumentan y las de cáncer cervicouterino disminuyen.

¿En qué países de las Américas es más frecuente el cáncer mamario?

- De máxima incidencia: los Estados Unidos de América (93.9 casos por 10 000 mujeres por año).
- De mediana incidencia: Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia.
- De baja incidencia: Ecuador, Costa Rica y Perú.

En la región de las Américas, a medida que disminuye la tasa total de fecundidad o el número promedio de hijos que ha tenido una mujer, aumenta la incidencia del cáncer mamario.

¿Dónde muere el mayor número de mujeres por cáncer mamario en las Américas?

Con base en un análisis estadístico del año más reciente para el cual existen datos en cada país, las autoras señalan que son cinco los países donde la mortalidad anual por 10 000 mujeres es mayor: Uruguay (46.4), Trinidad y Tabago (37.2), Canadá (35.1), Argentina (35.2) y EUA (34.9).

¿Dónde es más eficaz el tratamiento del cáncer mamario?

Aunque en los EUA se registran la tasa de incidencia más elevada y una de las tasas de mortalidad más altas, la mortalidad como fracción de la incidencia es la más baja (0.37), lo que se debe a que el control de la enfermedad tiene gran eficacia. No sucede lo mismo en Costa Rica, donde la mortalidad es la más elevada (0.37). Entre estos dos extremos están Argentina, Canadá, Colombia, Puerto Rico y Uruguay, países donde el manejo necesita mejorar.

Para otros indicadores estadísticos, el lector encontrará numerosos cuadros y gráficas que ilustran los varios parámetros analizados por las coautoras.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Por la clara importancia que tiene este tema, se le ha dedicado una de las secciones más extensas y detalladas del manual. Una afirmación general es que la presencia de estrógeno (estradiol sérico) desempeña una función importante en relación con el cáncer de mama al estimular el crecimiento de las células mamarias, lo cual aumenta el potencial de que se reproduzcan errores genéticos y, en consecuencia, la aparición del cáncer.

Siete son los factores que se han señalado de manera sistemática en la aparición del cáncer mamario: la edad, el estado socioeconómico, los antecedentes personales, las mutaciones genéticas, los padecimientos benignos de la mama y los antece-

dentos personales o familiares de cáncer en otros órganos. Además de ellos, las coautoras analizan factores más específicos, como la paridad, infertilidad, lactancia, anticonceptivos, medicamentos de reposición hormonal, raza, obesidad, consumo diario de bebidas alcohólicas, etcétera. Desde el punto de vista clínico, el lector hallará información acerca del mecanismo de crecimiento del cáncer mamario, su clasificación, los estadios de la enfermedad y su significado pronóstico, y las tasas de supervivencia.

¿Es posible descubrir el cáncer mamario en sus etapas iniciales?

Este es sin duda uno de los objetivos más importantes de un programa de tamizaje. En este manual se señalan y valoran científicamente tres intervenciones: la mamografía, el examen clínico de la mama y el autoexamen de la mama. La mamografía se recomienda para las mujeres de 50 a 69 años de edad. Practicada a intervalos de 12 a 24 meses, puede reducir en 23% la mortalidad. En las mujeres de más de 70 años y en las que están entre los 40 y 49 años el valor de este examen no se ha demostrado con exactitud.

Respecto al examen clínico de la mama, no existe ninguna prueba directa de que sea un método eficaz para el tamizaje de este tipo de cáncer.

El autoexamen de la mama, recomendado desde los años cincuenta por su sencillez y bajo costo, parece descansar en el conocimiento intuitivo de las mujeres que lo practican, cuando lo hacen correcta y periódicamente, pero estudios recientes no han revelado ningún beneficio en lo que se refiere a las tasas de mortalidad.

Si el lector desea obtener mayores detalles acerca de los estudios realizados en distintos grupos de mujeres con respecto al valor predictivo de las estrategias mencionadas, hallará una amplia información estadística en el resto de esta sección. Uno de los valores adicionales que ofrece este manual es una lista de 183 referencias relacionadas con el cáncer mamario. Se trata de una lista sencilla que hubiera ganado mucho si se hubiera agregado un breve comentario que orientara, por lo menos, acerca de la calidad de los principales trabajos mencionados.

MACROECONOMICS AND HEALTH: INVESTING IN HEALTH FOR ECONOMIC DEVELOPMENT

Por Jeffrey D. Sachs. World Health Organization on Macroeconomics and Health; 2001. 210 pp.

Precio: \$US 22,50

ISBN 92 4 154550 X

De entrada, este informe plantea la necesidad de alcanzar dos metas fundamentales: a) multipli-

car los recursos que se dedican actualmente a los servicios de salud en las naciones pobres; b) superar los obstáculos de índole no financiera que han limitado la capacidad de dichas naciones de establecer servicios de salud adecuados y funcionales. Desde el punto de vista macroeconómico, cumplir estas dos condiciones significaría salvar ocho millones de vidas cada año, impulsar el desarrollo económico de esas naciones y contribuir a reforzar la seguridad en el nivel mundial.

La Comisión que tuvo a su cargo la elaboración de este informe ofrece en sus páginas una estrategia, especialmente dirigida a los países pobres, para incrementar las inversiones en el área de la salud. Esta propuesta se basa en el establecimiento de un nuevo esquema de participación mundial para países más y menos desarrollados. De hecho, la urgencia y la magnitud de los esfuerzos necesarios para aumentar estos recursos reflejan el bajísimo ingreso de los países pobres, su nivel tan restringido en gastos de salud pública y el costo necesario para lograr, así sea en un mínimo adecuado, la inversión y el gasto de recursos en la salud.

La realidad es que un proyecto tan ambicioso rebasa con mucho las posibilidades del sector sanitario y, por ello, el informe subraya la importancia de establecer un plan más amplio de ayuda entre naciones ricas y países pobres. La Comisión opina que esta acción es urgente y de gran importancia, sobre todo porque ya hay una clara conciencia de que es justo atenuar las tensiones e inequidades que son el resultado de la globalización y lograr que esta tendencia rinda beneficios para toda la humanidad y no unos cuantos solamente.

Además del informe completo, el lector encontrará un resumen ejecutivo de dicho documento. De este texto pueden entresacarse algunos datos esenciales:

- Cientos de millones de personas pobres son ajenas a los beneficios de la globalización.
- Entre las consecuencias indeseables del desigual reparto de los beneficios de la globalización están la expansión del terrorismo, los conflictos armados, la degradación ambiental y la presencia de epidemias como el sida.
- Una de las metas fundamentales del desarrollo económico de una población es lograr un buen estado de salud y alcanzar una larga vida.
- La interdependencia entre la buena salud y la reducción de la pobreza es más estrecha de lo que se suele pensar.
- Una de las prioridades es reducir las elevadas tasas de mortalidad en países subdesarrollados mediante el control de las enfermedades transmisibles y mejores cuidados materno-infantiles.

- Muchas de las causas más importantes de defunción en los países poco desarrollados serían evitables. Entre ellas figuran el sida, la malaria, la tuberculosis, las enfermedades infecciosas de la infancia, la mala atención materna y perinatal, las deficiencias de micronutrientes y los trastornos derivados del tabaquismo.
- Una familia sana está en mejores posibilidades de invertir en la educación y salud de sus hijos a sabiendas de que estos tendrán una vida más larga.
- Muchas enfermedades en países de ingresos medios podrían combatirse mediante inversiones relativamente pequeñas.
- La información actual revela que 73 países se encuentran muy lejos de lograr la reducción de la mortalidad infantil a niveles deseables.
- Se necesitan una decidida voluntad política y un compromiso serio de los países menos desarrollados para incrementar sus inversiones en materia de salud y alcanzar las metas propuestas.
- A la vez, no sería recomendable ni prudente apoyar a países que no se comprometan a mejorar sus sistemas administrativos o en donde se haga mal uso de los recursos disponibles.
- De hecho, no es necesario invertir en grandes hospitales, sino organizar pequeñas unidades de salud donde los pacientes sean atendidos "cara a cara".
- Un factor importante en la correcta provisión de servicios de salud es el establecimiento de un riguroso sistema de evaluación, monitoreo, información estadística y control financiero.
- Es conveniente dedicar por lo menos 5% de los recursos disponibles para examinar las acciones en marcha y conocer su eficacia, así como para mejorar los protocolos de tratamiento, buscar alternativas de financiamiento adicional y conocer las preferencias, demandas y requerimientos particulares de los pacientes.
- Urge modernizar los recursos tecnológicos disponibles para combatir las enfermedades: nuevas vacunas, la medicina genómica, una mejor atención obstétrica, etcétera.
- Las naciones de bajo desarrollo necesitan ayuda para llevar a cabo investigaciones en otras ciencias biomédicas diferentes de la salud y para mejorar las estrategias de salud pública.
- Para ello es necesario afinar los estudios epidemiológicos y compartir estos conocimientos en el plano internacional a fin de tener un marco común de referencia.
- El enfoque macroeconómico de este informe permite tener algunas cifras aproximadas de los costos e inversiones en programas de salud general especialmente dirigidos a países pobres.
- Para el año 2010, ocho millones de vidas pueden ser salvadas anualmente si se adoptan medidas esenciales contra las enfermedades infecciosas y las deficiencias en la alimentación.
- Se calcula que los recursos mínimos necesarios para atender a las necesidades básicas de salud son de 30 a 40 dólares estadounidenses (\$US) por persona por año. En la actualidad, algunos países gastan sólo \$13 por persona por año.
- El incremento del gasto en la salud que lograría reducir esta enorme brecha es de \$US 2 700 millones cada año para el 2007, en comparación con los \$6 000 millones que se destinan actualmente a ese propósito.
- Para lograr que los habitantes de países pobres tengan acceso a los medicamentos esenciales, es necesario concertar los esfuerzos de la industria farmacéutica, de los gobiernos de los países menos desarrollados y de los organismos internacionales.

El texto del informe se complementa con dos apéndices. En uno de ellos aparece la lista de los miembros de la Comisión y de las personas que participaron en los distintos grupo de trabajo con sus *curricula vitae* correspondientes. El segundo apéndice contiene un análisis de los costos implícitos en un incremento de la inversión en acciones de salud en países de bajos ingresos y en algunos países de ingresos medios. El informe cierra con una lista de referencias relacionadas con el tema y un glosario de los términos empleados en el cuerpo del texto.

LA INFORMACIÓN EN SALUD

Por Juan Ramón de la Fuente, Roberto Tapia Conyer y Miguel A. Lezana Fernández, coord.
 México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México y Mc-Graw Hill Interamericana; 2002. 460 pp.

La experiencia de los autores, reflejada a lo largo de este libro, nos deja en claro que el diseño de una política de salud debe tener como base un sistema de información que rinda datos de forma fiable y oportuna. ¿Por qué? Porque solo un sistema de información así permite cumplir con cuatro postulados fundamentales en salud pública:

- conocer el estado de salud de una población en un momento dado
- poner en práctica nuevos programas
- evaluar las condiciones cambiantes de la salud de una población
- informar a la sociedad de los factores de riesgo que la amenazan

En 1995 se llevó a cabo una profunda reforma del sistema de salud en México. Esta fue la oportunidad de poner en práctica los referentes teóricos

que acabamos de mencionar. Esta reforma tomó como plataforma la información disponible y, en efecto, al llevar a cabo su análisis fue posible instrumentar estrategias para asignar los gastos, definir las prioridades y organizar los servicios de prevención y atención de la salud.

Los datos fueron recopilados mediante el empleo de los más recientes avances tecnológicos en materia de información y su confiabilidad permitió tener una visión mucho más objetiva del panorama epidemiológico del país, conocer los cambios registrados en el perfil epidemiológico en años recientes y anticiparse al futuro en relación con los factores de riesgo y la organización de los servicios de prevención y atención de la salud.

El sistema de información que dio origen a este libro fue sometido a la evaluación y escrutinio de diversos organismos independientes, como los National Institutes of Health (NIH) de los EUA, la Organización Panamericana de la Salud y distintas instituciones académicas, tanto de México como de otros países. Así, el cuerpo doctrinario y práctico que contiene esta obra es válido, no solo para un país en particular, sino para los sistemas de salud que funcionan en otros países de América Latina.

¿Qué resultados prácticos se obtuvieron mediante el empleo de un sistema de información sanitaria como el que se describe en las páginas de este libro? Solo para destacar alguno de los más importantes:

- una cuenta clara de la prevalencia e incidencia de enfermedades como la tuberculosis y el sida
- un panorama de la epidemiología en los hospitales más acorde con la realidad
- la importancia que puede alcanzar un programa de certificación de hospitales
- la corrección de errores excesivos en los registros epidemiológicos
- la verdadera dimensión del problema de las adicciones

La vigilancia epidemiológica ambiental, un área de enorme importancia presente y futura, recibió un gran impulso al disponerse de cifras confiables para modificar y mejorar los criterios que definen las situaciones de contingencia. Por otro lado, la información de las condiciones de salud en poblaciones fuera de la seguridad social permitió generar acciones en la población abierta, aquella que concentra los índices más elevados de marginación y pobreza.

Los llamados sistemas "georreferenciados" revelaron su gran utilidad para conocer el estado de salud, no solo de comunidades rezagadas, sino también de zonas que han alcanzado un gran desarrollo y que confrontan, por ello mismo, el grave

problema de las enfermedades crónicas y degenerativas, junto con elevados índices de mortalidad e invalidez por accidentes.

Cuando se recorre la variedad de temas que contiene el libro y se examina la gran experiencia de los especialistas que han tenido a su cargo la redacción de cada uno de ellos, destaca que la información en salud es una tarea multidimensional que requiere de un esfuerzo colectivo sistematizado, ordenado y riguroso.

No se trata, como dice uno de los coordinadores de la obra, de un mero glosario estadístico sino de señalar una ruta para obtener las cifras que, en su conjunto, nutren las estadísticas de la salud.

El libro está dividido en seis grandes secciones: panorama de la información en salud; información epidemiológica para la vigilancia en salud pública; información en los servicios de salud; la información en la regulación sanitaria; balance de la información en salud hoy y los retos para el mañana; y anexos estadísticos.

Las secciones se subdividen en temas concretos. Por ejemplo, la primera de ellas abarca tres tipos de análisis: la información en el marco de la reforma del sector de la salud, el sistema de vigilancia epidemiológica y el sistema de información sanitaria para la población abierta.

Con respecto a la vigilancia en el área de la salud pública, el lector hallará normas para la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención y en los servicios hospitalarios, así como para las enfermedades prevenibles por vacunación, las enfermedades emergentes, las enfermedades neoplásicas, las adicciones y los actos violentos intencionados y no intencionados. Para complementar esta sección se describe la red hospitalaria de vigilancia epidemiológica, el laboratorio como apoyo de esta tarea y la mortalidad como instrumento para la vigilancia epidemiológica.

De gran interés resulta la descripción de los sistemas de información estratégica en salud para la certificación de hospitales, la mejora de la calidad de los servicios de salud y los planes estatales maestros de infraestructura sanitaria para la población abierta.

El papel de la información en la regulación sanitaria se analiza bajo cuatro aspectos: la vigilancia de bienes y servicios, el control de la prescripción de los estupefacientes, el control de precursores químicos y sustancias esenciales y las medidas para modernizar la regulación sanitaria en salud ambiental.

Los nuevos recursos tecnológicos que tenemos hoy en día presagian grandes cambios en los sistemas de información de salud. Los últimos capítulos de este libro están dedicados a presentar el estado actual de la información en salud y los retos para el mañana. Los cinco temas se refieren a los

sistemas e instrumentos de información basados en la comunidad, la incorporación de la tecnología, los sistemas de información geográfica en salud, el impacto de la Internet y la información en salud y la práctica médica en siglo XXI.

El libro cierra con 76 anexos estadísticos donde se presentan, en tres apartados, las cifras sobre los recursos disponibles, los servicios otorgados (generales y por programas) y morbilidad y mortalidad. También contiene consideraciones de carácter técnico y metodológico, en particular en lo relativo a fuentes de información.

La cobertura geográfica aparece por entidad federativa de la República Mexicana; la información que contienen los cuadros abarca los años 1990 a 1999, principalmente este último, por ser la información más reciente a la hora de terminar el libro, aunque se incorporan cifras estimadas para el año 2000. La cobertura conceptual se refiere a las variables más relevantes de las categorías mencionadas.

Al referirse a la información y la práctica médica en el siglo XXI, los autores citan con humor un proverbio chino: “El arte de la predicción es muy difícil, sobre todo cuando se quiere predecir el futuro”.

FAST FOOD NATION: THE DARK SIDE OF THE ALL-AMERICAN MEAL

Por Eric Schlosser. Nueva York: Houghton Mifflin; 2001. 356 pp. Precio: US\$ 13.95 (ed. en rústica)
ISBN 0-395-97789-4

La producción y el procesamiento básico de los alimentos comenzaron a entrar en el ámbito mercantil ya hace varios siglos y a todo lo largo del siglo XX se fue completando el proceso en la mayor parte de los países del llamado mundo occidental. Así, la práctica totalidad de los alimentos que consumen las familias de los países de Occidente (papas, legumbres, pan, pasta, carne, pescado, productos lácteos, huevos, legumbres, hortalizas, fruta...) son adquiridos mediante transacciones monetarias. Solo una pequeñísima parte de lo que se come en esos países son alimentos producidos por los propios consumidores, en actividades recreativas de jardinería, o por familias directamente ligadas a las actividades agropecuarias del ámbito rural. Lo contrario ocurría hasta hace no muchas décadas en gran parte del mundo campesino de África, Asia y América Latina, donde una parte muy importante de los alimentos que se consumían (arroz, maíz, carne, frutas...) eran productos de economía de subsistencia, es decir, producción para el autoconsumo. Con la masiva urbanización de los

países de estas regiones cambiaron esas circunstancias. La población que hoy todavía consume alimentos producidos para el uso propio probablemente constituye ya solo una proporción menor de la población mundial y, además, una proporción en constante descenso. El proceso que ahora está en marcha en todo el mundo es otro. Se trata del paso a la esfera del mercado de los procesos de preparación directa de la comida, una tarea que, como otras del ámbito doméstico —el lavado y la reparación de la ropa, el cuidado de los niños— estaba totalmente encomendada a las mujeres hasta no hace mucho. Hoy, por el contrario, cada vez es más frecuente que tanto hombres como mujeres trabajen fuera de casa y coman fuera del hogar. Lo que hace un siglo se hacía generalmente con motivo de celebraciones, de forma excepcional, se ha convertido hoy día en algo habitual para millones de personas de todo el mundo que se ven obligadas a hacer una o varias de las comidas diarias fuera del hogar. La incorporación creciente de la mujer al mercado laboral y las grandes distancias del trabajo a la residencia han contribuido también a restar tiempo y mano de obra a las tareas de preparación culinaria. Para suplirlas, se acude cada vez más a las comidas en restaurantes de todo tipo, así como al consumo de comida “para llevar” en centros de trabajo y hogares. Todo ello implica una transformación importante de un aspecto clave de la economía doméstica, que se incorpora así al ámbito del mercado.

La demanda de comidas preparadas de bajo precio fue sin duda un factor fundamental del surgimiento de la industria del *fast food* en Estados Unidos. Las raíces culturales del proceso pueden considerarse en cierta forma europeas, ya que las hamburguesas y las salchichas vinieron de Alemania, y de Francia las *French fries*, que es como se llama a las papas fritas —de las que millones de kilogramos son consumidos cada semana— en los restaurantes, bares y establecimientos de *fast food* estadounidenses. La disponibilidad de carne de vaca de bajo costo dada por la enorme producción ganadera de las llanuras del Medio Oeste, el desarrollo de la red de autopistas y la generalización del automóvil privado fueron también factores que coadyuvaron a la multiplicación de los establecimientos donde se servía *fast food*. Hoy esa industria contribuye sustancialmente a la vida cotidiana de la gran mayoría de los estadounidenses, mayoría de la que apenas están excluidos los sectores más acomodados, que cuentan con tiempo y dinero suficiente para invertirlo en comida digamos “decente”, preparada en restaurantes caros o en el ámbito doméstico.

El desarrollo de la industria de la *fast food* —o “comida basura”, como a veces se la denomina— fue paralelo al aumento del consumo de bebidas

azucaradas gaseosas. El alto contenido graso de la carne la hace una comida especialmente succulenta, que produce una satisfacción inmediata de la sensación de hambre o simple apetito. Por su parte las bebidas azucaradas carbónicas suelen ser agradables al paladar de casi todas las personas y una vez que se inicia su uso en la edad infantil es fácil que desplacen permanentemente a una bebida mucho menos cara, el agua. La *fast food* y las bebidas carbónicas son pues dos elementos que pueden entrar rápidamente en simbiosis y eso fue lo que ocurrió, pues las dos industrias comprendieron pronto que podían beneficiarse de la colaboración y eso dio lugar a una prolongada cooperación de ambas.

Cada día se consumen en Estados Unidos millones de hamburguesas, porciones de pollo frito, *hot dogs* y *French fries* y hace falta un enorme ejército industrial para producir, elaborar, distribuir y servir esos alimentos. Algunos elementos de esta enorme y difusa cadena (como, por ejemplo, la producción de pollos) han sido mecanizados hasta extremos casi inconcebibles, pero siguen siendo necesarias millones de personas para criar las vacas, cultivar y recoger las papas, llevar las reses a los mataderos, sacrificarlas y descuartizarlas, preparar y empacar los *hot dogs*, las hamburgues y los *French fries* y, finalmente, recalentar y servir el producto. El consumidor final solo verá en los establecimientos de McDonalds, Burger King o alguna otra de las cadenas de *fast food* a los empleados que mediante una breve inmersión en grasa hirviente o un breve paso bajo las resistencias eléctricas de una cadena de cocinado darán al *fast food* el toque final previo a la venta al consumidor.

Todo ese mundo, descrito por Eric Schloesser con una enorme destreza literaria y, a la vez, con un enorme rigor digno del más serio periodismo de investigación, está en *Fast food nation*, un curioso libro que de seguro suscitará un enorme interés en quien por una razón u otra quiera conocer los pormenores de la transformación de los hábitos alimentarios en Estados Unidos durante la segunda mitad del siglo XX. Como, por suerte o por desgracia, en buena parte del mundo esa transformación está en marcha con similar dirección —aunque solo algunos países están bien avanzados en ella y los demás están en grados muy diversos de “progreso”—, el libro resulta ser un interesante reportaje sobre los hábitos alimentarios y la industria de la “comida rápida” estadounidense y la potencial evolución de esa industria y esos hábitos en otros países.

Quien piense que los cambios en los hábitos nutricionales asociados con la expansión del *fast food industry* solo tienen interés como curiosidad cultural, se equivoca. En 1999, en Estados Unidos 26% de los adultos tenían un índice de masa corporal de más de 30 kg/m², que los definía como obe-

sos, y 61% tenían exceso de peso. La obesidad y el exceso de peso se consideran factores inductores de hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras enfermedades crónicas. En países del tercer mundo está comenzando a ser frecuente la obesidad en adultos, y en grupos marginales de Australia y Siberia se han detectado epidemias de obesidad a la vez que desnutrición (debida a infecciones crónicas) en niños.¹ En Portugal y en Francia cada vez es más frecuente la obesidad como problema pediátrico.²

Las enfermedades crónicas para las cuales el consumo excesivo de grasa y azúcar y la obesidad son factores de riesgo constituyen ya la principal causa de muerte en casi todos los países y su prevención es asunto fundamental de salud pública y política sanitaria. Tanto más en países que cuentan con sistemas de salud muy limitados para hacer frente a las necesidades de tratamiento de procesos crónicos como son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la caries dental.

La extensión de los hábitos alimentarios impulsados por la industria del *fast food* y de las bebidas gaseosas es un factor que lleva de un modo importante al consumo excesivo de grasas y azúcar, con todas las consecuencias nocivas para la salud que de ello se derivan. Todavía se está a tiempo de atajar una epidemia mundial de obesidad y de diabetes, pero para ello haría falta que las autoridades sanitarias pusieran límites a la penetración publicitaria, generalmente dirigida a los niños, de la industria productora de “comida basura”. Lamentablemente, incluso de algo tan demostradamente nocivo para la salud como el tabaco todavía se hace propaganda abierta en muchos países. No parece pues que haya buenas perspectivas para la prevención de la epidemia de *fast food* y de obesidad y sus efectos nocivos para la salud de las poblaciones. Sea como fuere, el libro de Eric Schloesser es una contribución intelectual importante, además de una lectura amenísima, y será de interés para quien quiera saber más acerca del trasfondo de una de las transformaciones más importantes —desde el punto de vista de la salud pública— de las que están teniendo lugar en la vida cotidiana.

José A. Tapia Granados
New School University
Nueva York
tapiaj01@newschool.edu

¹ Friedrich MJ, “Epidemic of obesity expands its spread to developing countries”, JAMA, vol. 287, No. 11, 2002, pp. 1382–1385.

² Azevedo C, “Pediatria alerta para o excesso de peso das crianças— Médica considera que a obesidade pediátrica é uma doença com pro-porções alarmantes”, Sociedade (Lisboa) 25-XI-2001, p. 34.