



Las enfermedades de la pobreza desde la Epidemiología

Informe especial

Por la Dra. Zulma Ortiz

Jefa de Docencia e Investigación Centro de Investigaciones Epidemiológicas

Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires

Investigadora del CEDES - Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Por qué alguna gente está sana y otra no? es el título de un libro que Evans y col(1). editaron en los '90. En él los autores tratan de recopilar evidencia científica proveniente de diversas disciplinas que permita explicar el rol de los determinantes de la salud. Este trabajo dista mucho de ese libro, excepto por la ambición de querer entender cómo la pobreza determina la aparición de enfermedades y muertes que podrían evitarse. El objetivo es presentar, desde una perspectiva epidemiológica, aspectos de la pobreza que azota a nuestro país y su relación con perfiles de enfermedad y de muerte.

En la perspectiva clásica de la Epidemiología, la gente de los grupos con estrato socioeconómico más bajo tiene mayores probabilidades de exposición a los patógenos, es más probable que no estén bien alimentados, que fumen, que posean malos hábitos alimentarios, y están predispuestos a padecer enfermedades infecciosas y morir. Si esto fuera así, con medidas tales como la inmunización, el gravado fiscal del tabaco, y una buena dieta se resolverían gran parte de los problemas. Esta visión reduccionista de una epidemiología basada en la enfermedad ha permitido ganar muchas batallas, sobre todo, en países desarrollados.

Sin embargo, el estudio de la muerte y las enfermedades graves se hace cada vez más irrelevante en las cada vez más longevas y sanas poblaciones del primer mundo. La evolución del concepto de salud, de una visión vinculada a las enfermedades y la muerte, a una relacionada con las posibilidades de realización personal y colectiva, descubre las limitaciones conceptuales, metodológicas y técnicas de la Epidemiología clásica. Esto hace necesario que la epidemiología incluya el estudio del contexto social en la descripción y explicación etiológica de la distribución desigual de los procesos de salud y enfermedad en la población.

¿Cómo abordar entonces el problema de las enfermedades que se dan con la pobreza en nuestro país? No es fácil, sobre todo si se quiere contar con más información que la ofrecida por el Ministerio de Economía. Existe una estrecha relación entre la situación de salud de las comunidades, hogares y personas y sus condiciones de vida; y si bien no puede negarse que la falta de renta sea uno de los factores de riesgo determinante de su condición, tampoco es el único. La pobreza definida clásicamente en términos económicos, se despreocupa de los mecanismos, factores, características y oportunidades que tienen los actores para consolidar su inserción socioeconómica(1).

La Comisión de las Comunidades Europeas en el "Reporte de las acciones específicas comunitarias sobre los programas para combatir la pobreza", establece como pobres a aquellas personas, familias y grupos de personas cuyos recursos (materiales, culturales y sociales) son tan limitados que los obliga a estar excluidos de una forma de vida mínimamente aceptable en los estados en los que viven(1).

Epítetos de la pobreza

Se pueden reconocer diferentes tipos de pobreza: pobreza moderada, extrema, absoluta o relativa (3). Cuando se habla de pobreza absoluta se está haciendo referencia al nivel de ingreso o consumo. Para ello se define un "umbral de pobreza" que representa la cantidad de dinero mínima necesaria para comprar una cantidad adecuada de alimentos y para cubrir otros bienes no alimentarios. La pobreza relativa es el umbral de pobreza en términos de adecuación a una sociedad específica que se utiliza sobre todo en países desarrollados. También existe el concepto de pobreza extrema: aquellas personas que no tienen un nivel nutricional suficiente, factor que incide directamente sobre el desempeño físico y mental, no permitiéndoles participar en actividades de educación o trabajo. Las personas que viven en pobreza extrema nacen y mueren en la misma situación. Los pobres moderados, a diferencia

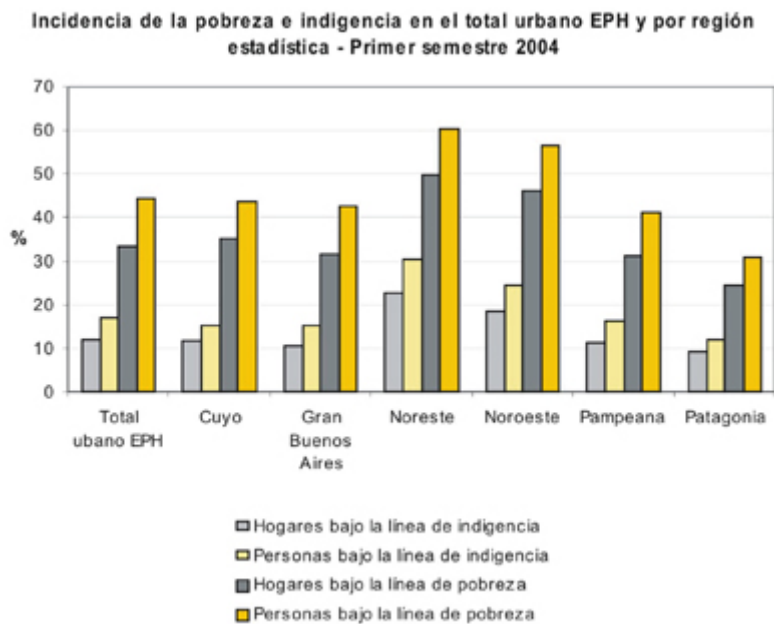
de los anteriores, tienen la capacidad pero no las oportunidades.

Al hablar de pobreza en niveles absolutos, se hace referencia a las graves carencias que sufren las personas que luchan por sobrevivir en un ambiente de circunstancias miserables y degradantes, muchas veces inimaginables. Ese ambiente está repleto de factores determinantes, predisponentes o condicionantes que ponen en riesgo constantemente la salud de las personas. Los factores no sólo son estructurales (falta de agua potable, alimentos o cloacas), también el escaso desarrollo y adopción o no de conductas preventivas que deviene con la situación de pobreza y las diversas restricciones en el acceso y utilización de los servicios de atención de la salud afectan la salud y causan enfermedades y muerte.

En nuestro país, la medición de la pobreza se realiza a través de una valorización de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) y de la Canasta Básica Total comparada con los ingresos de los hogares relevados por la Encuesta Permanente de Hogares(4). La medición de la pobreza con el método de la "línea de pobreza" consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si éstos tienen capacidad de satisfacer -por medio de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales.

El concepto de "línea de indigencia" procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De esta manera, los hogares que no superan ese umbral o línea son considerados indigentes. Una vez establecidos los componentes de la CBA, se los valoriza con los precios relevados por el Índice de Precios al Consumidor para cada período de medición (4).

Datos del Instituto de Estadísticas y Censos (INDEC) procesados por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación muestran que la situación social sigue siendo crítica después de la crisis económica de diciembre de 2001, sobre todo al norte de nuestro país (Figura 1; 2 y 3).

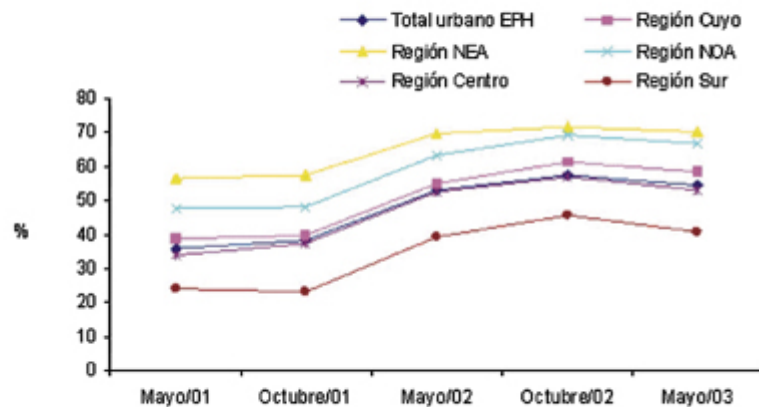


Línea de Pobreza

Todas las regiones acompañan el crecimiento de la proporción de personas bajo la línea de indigencia a nivel país

Las regiones de NEA y NOA, se ubican por encima de la tendencia regional y nacional

Tendencia en el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza en los aglomerados urbanos EPH de todas las Regiones, desde mayo 2001 a mayo 2003



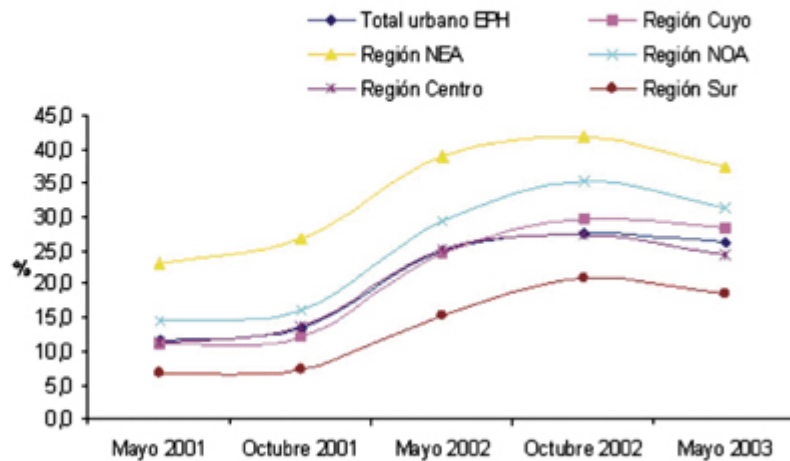
Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Línea de Indigencia

Todas las regiones acompañan el crecimiento de la proporción de personas bajo la línea de indigencia a nivel país

Las regiones de NEA y NOA, se ubican por encima de la tendencia nacional

Tendencia en el porcentaje de personas bajo la línea de indigencia en los aglomerados urbanos EPH de todas las Regiones, desde mayo 2001 a mayo 2003



Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Palabras claves: consumo proteico y mortalidad infantil

La descripción metodológica excede a este trabajo, pero es importante al menos distinguir que existen dos medidas o indicadores muy útiles para estudiar la pobreza como factor determinante para las enfermedades. El consumo proteico y la mortalidad infantil reflejan en gran medida cómo la pobreza impacta en los procesos de salud-enfermedad-atención.

Respecto al consumo proteico, se puede decir que la desnutrición es la principal enfermedad asociada con la pobreza. El lector podrá encontrar en los números de la Revista Médicos Hoy de junio y julio de 2004 evidencia sobre diferentes aspectos de la desnutrición, por cuanto dedicaremos más atención a la mortalidad infantil y los

eventos relacionados con la misma que claramente han demostrado ser sensibles a las condiciones económicas.

En un estudio realizado en el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires(5), quisimos examinar las desigualdades en las condiciones de vida relacionadas con la salud, y los diferenciales que registra la mortalidad infantil y materna en jurisdicciones argentinas, según su situación socioeconómica. Un estudio ecológico utilizando como unidades de análisis: las jurisdicciones (n=24) agrupadas en cuatro estratos según situación socioeconómica sirvió para calcular el exceso de muertes infantiles y maternas producidas en el estrato con menor ingreso per cápita y el riesgo atribuible poblacional (proporcional y absoluto) del país utilizando como referencia la jurisdicción con mayor ingreso per cápita (Cuadro 1).

Cuadro N° 1
Distribución porcentual de la población según situación de pobreza, por grupo de jurisdicciones Año 2001

Grupos de jurisdicciones	Población		
	total ⁽¹⁾	pobre	no pobre
Total del País	100,0	40,0	60,0
Grupo IV	100,0	58,3	41,7
Grupo III	100,0	42,1	57,9
Grupo II	100,0	39,6	60,4
Grupo I	100,0	21,6	78,4

Fuente: SIEMPRO, Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001.

Notas:

(1) Excluye los no sabe / no responde ingreso.

El estudio se basó en datos del 2001, cuando la situación no era muy diferente a la actual; el 40% de la población argentina o bien no tenía ingresos o bien eran tan escasos que la ubicaban por debajo de la línea de pobreza. Por otra parte, la incidencia de la pobreza no se mantenía uniformemente distribuida sobre el territorio, pudiéndose observar correspondencia entre el ingreso medio per cápita y el porcentaje de población pobre registrado en cada uno de los grupos de jurisdicciones aquí considerado. Uno de los aspectos donde más se manifestaban las restricciones materiales que padecía la población pobre estaba relacionado con la vivienda y el acceso a servicios públicos básicos (Cuadro 2).

Cuadro N° 2
Provisión de agua y saneamiento de inodoro a red pública por grupos de Jurisdicciones según situación de pobreza. Año 2001

Grupos de jurisdicciones	Viviendas con provisión de agua por cañerías			Viviendas con saneamiento de inodoro a red pública		
	% en el total de viviendas ⁽¹⁾	% en el total de viviendas pobres	% en el total de viviendas no pobres	% en el total de viviendas ⁽¹⁾	% en el total de viviendas pobres	% en el total de viviendas no pobres
Total del País	99,8	74,3	94,1	60,2	40,9	67,2
Grupo IV	78,1	61,9	91,0	58,2	48,8	61,9
Grupo III	91,9	81,3	96,1	57,0	40,7	63,5
Grupo II	90,5	76,5	95,7	51,3	32,0	58,6
Grupo I	98,4	92,8	99,1	95,5	80,0	96,6

Fuente: SIEMPRO, Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001 Resulta dos

(1) Incluye los NS/R ingreso.

Con respecto a los comportamientos preventivos de la población, al examinar la proporción de mujeres de 25 años y más que no consultaron al ginecólogo en los 12 meses anteriores a la fecha de la encuesta, se constató que en el total, un poco más de la mitad no lo había hecho (Cuadro N° 3). Otro indicador que revelaba diferencias en las conductas preventivas fue la cantidad de controles del embarazo. Las mujeres no pobres tenían un mayor número de controles.

Cuadro N° 3
Mujeres de 25 años y más que no consultaron al ginecólogo en el último año, según situación de pobreza. Total del país y por grupos de jurisdicciones. Año 2001

Grupos de jurisdicciones	Mujeres de 25 años y más que no consultaron al ginecólogo en el último año ⁽¹⁾ , según		
	total de mujeres de 25 años y más ⁽²⁾	mujeres pobres de 25 años y más	mujeres no pobres de 25 años y más
Total del País	53,4	69,4	51,9
Grupo IV	59,5	63,5	57,1
Grupo III	56,8	58,6	55,8
Grupo II	54,1	59,0	53,4
Grupo I	43,5	55,6	41,8

Fuente: SIEMPRO, Área Encuesta de Condiciones de Vida, ECV 2001.

Notas:

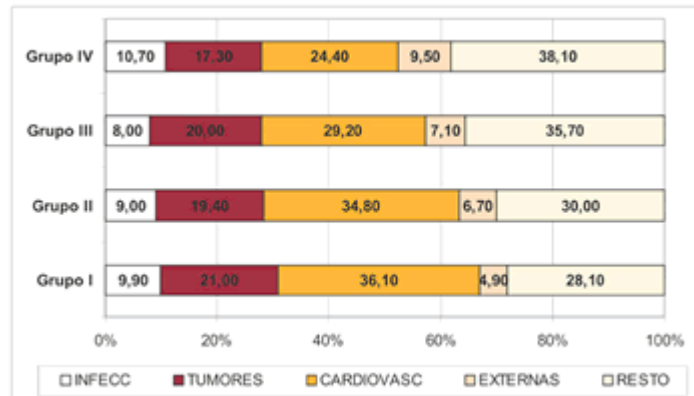
(1) Incluye a las mujeres que nunca realizaron una consulta ginecológica.

(2) Incluye los no sabe / no responde ingreso.

De acuerdo a nuestro estudio, tanto en hombres como en mujeres, las causas que ocasionan mayor pérdida de

años de esperanza de vida son las cardiovasculares y esto ocurre en todos los estratos. El peso porcentual de este grupo de enfermedades disminuye progresivamente del estrato I al IV, tanto en hombres como en mujeres (Figura 1).

Figura 1
Mortalidad proporcional según grupos de causas por grupos de jurisdicciones.
Argentina 2001



El análisis de las tasas de mortalidad infantil de los estratos III y IV no sólo mostraron valores más elevados, sino que además presentaron una mayor desigualdad. La diferencia de TMI entre los dos estratos fue de 10,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; o sea que si la situación socioeconómica en el estrato IV fuera la del estrato I, teniendo en cuenta los nacidos vivos del estrato IV, se hubieran podido reducir en éste 1.280 muertes de niños menores de un año. En general, el análisis de las desigualdades de la mortalidad materna mostró un patrón similar al de la mortalidad infantil, pero con valores más extremos. El estrato IV presentó la mayor tasa de mortalidad materna y también la mayor desigualdad interna. En Formosa murieron 15,4 veces más mujeres en edad materna que en la ciudad de Buenos Aires, lo que representó una diferencia de 130 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Las mayores diferencias regionales en la mortalidad fueron por causas infecciosas y lesiones, que generaron más años de esperanza de vida perdidos en las regiones pobres. Estos hallazgos coinciden con la literatura existente sobre el tema (6).

Viejo conocido, nueva batalla

En el campo de la salud, el actual perfil epidemiológico de la región incluye problemas de salud de la década pasada y, simultáneamente, problemas emergentes y reemergentes que guardan relación con los estilos de vida y las condiciones del ambiente físico y social. Un sintético panorama de algunos de los principales problemas de salud que presenta la región latinoamericana corrobora esta caracterización.

- Madre y niño: morbi-mortalidad materna y perinatal, recién nacido con bajo peso al nacer y sus secuelas, problemas nutricionales
- Las enfermedades transmisibles o infecciosas
- Los accidentes
- Las discapacidades
- La violencia social, intrafamiliar y contra la mujer en todas sus manifestaciones
- El embarazo adolescente
- La alta prevalencia de las infecciones de transmisión sexual
- El abuso de drogas y alcohol

- El tabaquismo

La relación entre pobreza, malnutrición y la aparición de infecciones ha sido extensamente documentada sobre todo cuando a esto se suma la aglomeración o hacinamiento en el hogar, la escuela, el vecindario¹. El problema de las infecciones es un viejo conocido que en los últimos años nos está dando una nueva batalla. Se trata de las infecciones emergentes y re-emergentes que han aumentado su incidencia en las últimas dos décadas o tienden a incrementarse en el futuro cercano, representando un riesgo global que requiere de la coordinación mundial para su respuesta. Las razones para su aparición son diversas y se pueden mencionar entre otras: mutación del agente patógeno con una mayor virulencia consecuente, resistencia a las drogas antimicrobianas, cambios ecológicos que afectan la distribución de los vectores, migraciones, cambios climáticos, suspensión de medidas sanitarias. Por otro lado, el mejoramiento de las técnicas diagnósticas moleculares identificando agentes previamente desconocidos y el mayor desarrollo de los sistemas globales de vigilancia, permiten detectar e investigar conglomerados de enfermedades infecciosas en forma más eficiente. Es decir que si ya existía el riesgo de contraer infecciones en población pobre, la cuestión ahora puede ser peor.

Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en la Argentina, ponen a la salud pública en serio riesgo de padecer enfermedades desconocidas o bien reactivar algunas que ya habían sido controladas, esto incluye enfermedades endémicas con patrones regionales característicos, infecciones zoonóticas, virosis e infecciones inmunoprevenibles.

No se puede desconocer que nuestro país tiene la incidencia más alta en el mundo de Síndrome Urémico Hemolítico, primera causa pediátrica de insuficiencia renal aguda y segunda de insuficiencia renal crónica responsable del 30% de todos los trasplantes renales en niños y adultos. Karmali demostró que la toxina Shiga, producida por la *Escherichia coli* (TSEC), era la causa de la enfermedad. La TSEC ha sido aislada de la carne vacuna y sus derivados. Argentina tiene niveles de consumo de carne per cápita muy elevados y los chicos comienzan a comer carne a edad temprana. Existe sospecha de asociación entre el consumo de carne mal cocida e infección por TSEC, pero aún requiere de confirmación.

Otra enfermedad que merece especial atención es la producida por hantavirus, con un total de 574 casos de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH) hasta noviembre de 2003. En las tres regiones (NOA, CENTRO Y SUR) los casos corresponden en su mayoría a personas del sexo masculino, con una edad media de $31 \pm 14,6$ años, no observándose cambios a través de los años. La exposición al virus puede ocurrir en lugares cerrados, como galpones o depósitos infestados por roedores, por contacto con el hábitat de los roedores en zonas suburbanas y ambientes rurales, principalmente en los peridomicilios y durante el desarrollo de actividades laborales o recreacionales. La infección dentro del domicilio puede ocurrir por invasión de roedores silvestres en búsqueda de alimento o refugio. Existe evidencia que Argentina presenta el mayor número de casos notificados en América del Sur.

La Fiebre Hemorrágica Argentina es otra enfermedad viral aguda grave causada por el arena virus Junín que afecta la región central de nuestro país. Los arenavirus sudamericanos, transmitidos por roedores, proporcionan un claro ejemplo de cómo la explotación de nuevas áreas para el asentamiento humano y la agricultura, han aumentado las probabilidades para que surjan nuevas enfermedades infecciosas. En los últimos cinco años se han notificado más de 673 casos con un promedio anual de 135 casos. El origen del virus y su propagación son desconocidos. La alta tasa de mortalidad inicial se vio reducida por la disponibilidad de la vacuna, cuyo desarrollo tiene una larga historia.

Un serio problema de salud pública en las Américas es el dengue. Aproximadamente dos quintas partes de la población mundial están en riesgo y más de 100 países han sufrido brotes de dengue o de fiebre hemorrágica del dengue (dengue hemorrágico). La incidencia anual del dengue alcanza hasta 50 millones de casos por año, de los cuales 500.000 personas son hospitalizadas y 20.000 mueren. La fiebre del dengue, y más aún la fiebre hemorrágica del dengue, constituyen una carga económica para las regiones afectadas. Los gastos directos e indirectos de cada epidemia incluyen la asistencia médica, a veces con cuidados intensivos; la pérdida en la producción por ausencia al trabajo de los enfermos adultos y de los familiares de los niños afectados y, en algunos casos, otras pérdidas igualmente importantes, como la disminución del turismo.

Desafortunadamente, la tuberculosis que había experimentado un descenso continuo desde 1982 en los últimos años ha mostrado una reducción de esa tendencia. A pesar de ser una enfermedad de diagnóstico sencillo y tratamiento eficaz, constituye un importante problema de salud pública como causa mayor de incapacidad y muerte. La tuberculosis, además es uno de los temas de salud más importantes a nivel mundial, por las implicaciones especialmente drásticas para países con gran prevalencia del VIH/SIDA. Las personas infectadas por el HIV tienen una posibilidad entre 30 a 50 veces mayor de desarrollar la tuberculosis que aquellos que no están infectados por el VIH.

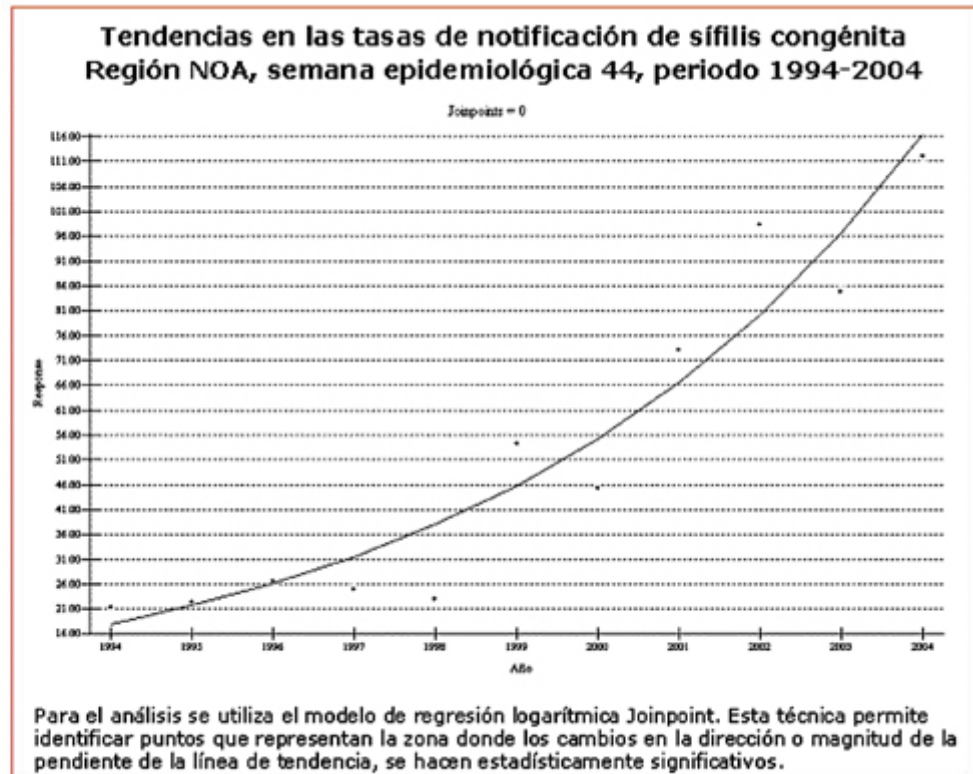
Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo y tienen consecuencias médicas y psicológicas graves para

millones de hombres, mujeres y niños, contribuyendo además a la transmisión de la infección por VIH . La sífilis congénita es una enfermedad que asola a la humanidad desde hace siglos. La población de riesgo está compuesta por las personas sexualmente activas y los recién nacidos de madres infectadas. La sífilis congénita es aquella debida al pasaje del microorganismo causante (la bacteria *Treponema pallidum*) al feto, por vía sanguínea a través de la placenta a partir de una madre infectada que no ha recibido tratamiento adecuado. Este pasaje puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, aunque es más probable luego de la semana 24 y en sífilis materna temprana. Sin tratamiento materno, afecta un 60% de los embarazos y es causante entonces de muerte fetal, muerte neonatal o muerte infantil, además de provocar el cuadro llamado sífilis congénita tardía. Este último conlleva la afección de todos los sistemas del cuerpo humano, con posibilidad de retardo mental, hidrocefalia, sordera y de malformaciones típicas en los cartílagos y huesos.

Durante los últimos 11 años, la tasa de notificación de casos de sífilis congénita se incrementó calamitosamente sobre todo en el norte argentino (Figura 2 y 3) .

Sífilis congénita

El incremento porcentual anual en las tasas regionales de notificación fue de 20,5% en el periodo, con un intervalo de confianza de 95%, 15,1 – 26,2.

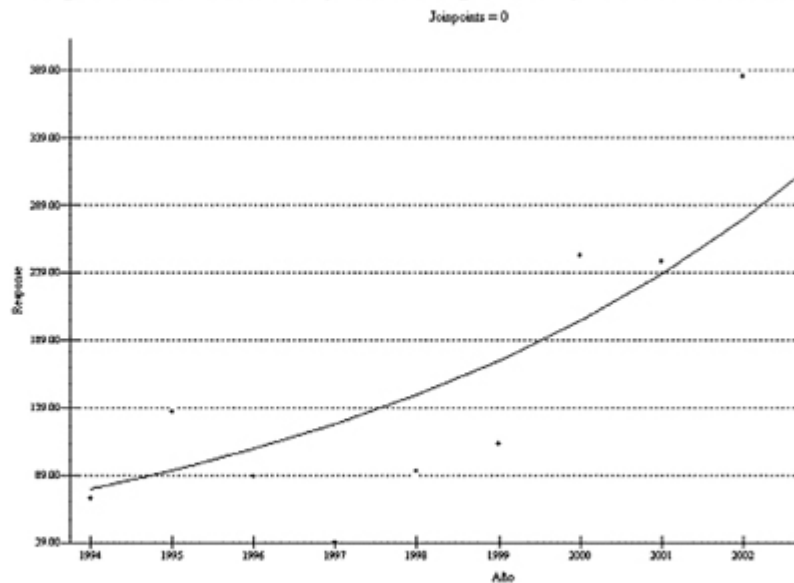


Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud. 2004.

Sífilis congénita

El incremento porcentual anual en las tasas de notificación de la región fue de 17,1% (IC 95%: 6,7; 28,4).

Tendencias en las tasas de notificación de sífilis congénita Región NEA, semana epidemiológica 44, periodo 1994-2004



Para el análisis se utiliza el modelo de regresión logarítmica Joinpoint. Esta técnica permite identificar puntos que representan la zona donde los cambios en la dirección o magnitud de la pendiente de la línea de tendencia, se hacen estadísticamente significativos.

Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud. 2004.

Reflexiones finales

Del total de 57 millones de personas fallecidas en el 2002, el 20% era niños menores de cinco años y el 98% de esas muertes ocurrieron en países en desarrollo. Si un niño es pobre tiene alta probabilidad de morir. Un bebé nacido en Sierra Leona tiene 3,5 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que un niño nacido en la India. Si esa comparación se hace con Islandia o Singapur el riesgo es cien veces mayor. En nuestro país, los niños de las provincias más pobres tienen diez veces más probabilidades de nacer huérfanos que los niños de la Ciudad de Buenos Aires y las regiones más prósperas del país.

Cuando las afecciones perinatales y diarreicas, las neumonías y otras infecciones de las vías respiratorias inferiores fueron controladas en los países desarrollados determinaron un rápido descenso de las tasas de mortalidad, en particular la materno-infantil. La presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Las enfermedades emergentes deben ser entendidas además, en un contexto de emergencia sanitaria, en el que la desnutrición, la pobreza, el desempleo e inequidades favorecen su aparición y propagación.

Proveer una vivienda, agua potable, cloacas, educación, vacunas y un ingreso per cápita son bases estructurales para lograr la integración social, el bienestar, la salud; pero no son suficientes. La cuestión es cultural, son las prácticas, los saberes, los valores, algunos de los elementos que deben estudiarse, respetar y proteger. Desde la epidemiología clásica no vamos a poder. Es necesario reformular los instrumentos utilizados hasta ahora para estudiar la pobreza, ya que los mismos no permiten captar ni explicar su heterogeneidad ni dinámica.

El concepto de vulnerabilidad podría constituirse entonces como una teoría de alcance medio que nos aproxime a una explicación general de la pobreza. También puede ser un instrumento analítico clave para entender la emergencia de una estructura social desigual que caracteriza a la Argentina. El concepto de vulnerabilidad puede introducir de la mano de la epidemiología, una forma de observar el riesgo desde adentro de la estructura social de las comunidades, hogares y personas, permitiendo incluir la dimensión social del fenómeno en la consideración de la capacidad de respuesta y adaptación activa que esas comunidades, hogares y personas tienen, frente a un riesgo social y demográfico determinados.

También acerca la consideración de que estas capacidades no serán objeto de políticas ni sociales ni sanitarias hasta tanto dejemos de mirar a la pobreza "solamente" como una pobreza de rentas. Es tiempo de profundizar sobre los comportamientos no con la idea de controlar, sino con el objetivo de prevenir.

Referencias

- 1) Evans R, Barer M, Marmor T. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Ediciones Díaz Santos. Madrid, España. 1996.
- 2) Katzman, R.; Beccaria, L.; Filgueira, F.; Golbert, L.; Kessler, G.; Vulnerabilidad, Activos y Exclusión social en Argentina y Uruguay. 1999. Documentos de trabajo 107. Oficina Internacional del Trabajo. Fundación Ford.
- 3) Dieterlen P. La pobreza: un estudio filosófico. Fondo de cultura económica. México. 2003.
- 4) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ministerio de Economía y Producción. Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 28 aglomerados urbanos. Resultados semestrales: 1° semestre año 2004. Disponible en www.indec.gov.ar
- 5) Perel P, Toutoundjian B; Ortiz Z, Vazquez E, Bortman M. Desigualdades de la salud en Argentina: estudio sobre diferencias de mortalidad y condiciones de vida según situación socioeconómica (Comunicación Personal).
- 6) Van Beeck EF, Borsboom GJ, Mackenbach JP. Economic development and traffic accident mortality in industrialized world 1962-1990. *Int J Epidemiol* 2000; 29 (3):503-509
- 7) World Health Organization. Communicable disease prevention and control: new emerging, and re-emerging infectious diseases. WHO document A48/15. 1995
- 8) Síndrome urémico hemolítico. Simposio Internacional, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, junio 2001. *Bol Acad Nac Med (Buenos Aires)* 2001;79:117-53.
- 9) Karmali MA, Steele BT, Petric M, Lim C. Sporadic cases of haemolytic-uraemic syndrome associated with faecal verotoxin and cytotoxin producing *Escherichia coli* in stools. *Lancet* 1983;1:619-20.
- 10) Sosa Estani. Hantavirus. *Boletín Epidemiológico Periódico*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Noviembre 2003; 4-8. Disponible en: www.epidemiologia.anm.edu.ar
- 11) Weissenbacher M, Cura E, Segura E, et al. Serological evidence of human hantavirus infection in Argentina, Bolivia and Uruguay. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56:17-22.
- 12) Feuillade MR, Briggiler A, Enria D. Fiebre Hemorrágica Argentina. *Epidemiológico Periódico*. Abril 2004; 5-8.
- 13) Maiztegui J, Fernandez N, Damilano A. Efficacy of immune plasma in treatment of Argentine Hemorrhagic Fever and association between treatment and late neurological syndrome. *Lancet* 1979;2: 1216-7.
- 14) Enria D, Briggiler A, Fernandez N, Levis S, Maiztegui, J. Importance of dose of neutralizing antibodies in treatment of Argentine haemorrhagic fever with immune plasma. *Lancet* 1984;2:255-6.
- 15) Weissenbacher MC, Laguens RP, Coto CE. Argentine Hemorrhagic Fever. *Curr Topics Microbiol & Immunol* 1987; 134:79-116.
- 16) Estimation Of The Incidence And prevalence Of sexually Transmitted Infections © World Health Organization 2002
- 17) Unidad de Análisis y Monitoreo de la Salud. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Análisis de situación. Sífilis congénita en el NOA y NEA. Disponible en http://www.msal.gov.ar/hm/site/sala_situacion/index.asp
- 18) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos el futuro. Disponible en <http://www.who.int/en/>
- 19) Ortiz Z, Insua I. Los meridianos de la pobreza y la enfermedad: el rol de la epidemiología en la medición de la vulnerabilidad. Enviado para su publicación al *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*.

Frase destacada

"Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en la Argentina, ponen a la salud pública en serio riesgo de padecer enfermedades desconocidas o bien reactivar algunas que ya habían sido controladas. Esto incluye enfermedades endémicas con patrones regionales característicos, infecciones zoonóticas, virosis e infecciones inmunoprevenibles".