

Mortalidad por enfermedades tropicales desatendidas en los países del Cono Sur. Periodo 2000-2014

Mortality from neglected tropical diseases in countries of Southern Cone. 2000-2014

Andres Peranovich¹, Eleonora Rojas¹

¹Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Económicas. Córdoba, Argentina

Recibido: 15/06/2021

Aceptado: 24/08/2021

RESUMEN

Las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) constituyen patologías infecciosas que se manifiestan, generalmente, en entornos empobrecidos y que no suelen ser tenidas en cuenta en los presupuestos de salud y las agendas de gobierno. Propias de climas calurosos y ambientes húmedos, se transmiten principalmente por insectos, aguas o suelos contaminados, y provocan secuelas graves tanto para quienes las padecen (tales como discapacidad y deficiencias de por vida) como para la población en su conjunto. El objetivo de este trabajo fue analizar, comparativamente, la variación de las enfermedades tropicales desatendidas en los países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) en los trienios 1999-2001 y 2013-2015, con miras a identificar los retos que estos enfrentan para reducir la morbimortalidad por este grupo de causas, con acuerdo de los compromisos asumidos en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La metodología aplicada fue la utilizaron estadísticas de defunción y proyecciones poblacionales elaboradas por las Naciones Unidas. Se calcularon tasas de mortalidad por país, sexo, edad y causa, para los trienios 1999-2001 y 2013-2015. Asimismo, se estimaron años de esperanza de vida perdidos para evaluar la contribución de cada causa a la mortalidad total. Los resultados mostraron que la tasa de mortalidad por enfermedades tropicales desatendidas descendió en todos los países, siendo siempre superior en Brasil. Un análisis por sexo y edad señaló que los hombres y las personas de mayor edad fueron las más afectadas. También se observó el descenso de los años de esperanza de vida perdidos por las distintas causas en todos los países, salvo al considerar el Dengue en Brasil, y en menor medida, la Lepra en Chile y la Cisticercosis en Argentina. Como conclusión se recomienda continuar con la reducción de la mortalidad por algunas causas y revertir el aumento de otras exige abordar el problema de una manera más integral, haciendo especial foco en las poblaciones más afectadas. Es decir, los pobres, y al interior de estos, migrantes, comunidades indígenas y afrodescendientes.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad, Enfermedades Desatendidas, Pobreza, América del Sur

ABSTRACT

Neglected tropical diseases (NTDs) are infectious diseases that generally manifest themselves in impoverished environments and are not usually taken into account in health budgets and government agendas. Typical of hot climates and humid environments, they are transmitted mainly by insects, contaminated waters or soils, and cause serious consequences both for those who suffer them (such as disability and lifelong deficiencies) and for the population as a whole. The objective of this work was to analyze, comparatively, the variation of neglected tropical diseases in the countries of the Southern Cone (Argentina, Brazil, Chile and Uruguay) in the trienniums 1999-2001 and 2013-2015, with a view to identifying the challenges that they face to reduce morbidity and mortality due to this group of causes, in accordance with the commitments assumed in the context of the Sustainable Development Goals. The methodology applied was that of death statistics and population projections prepared by the United Nations. Mortality rates by country, sex, age and cause were calculated for the 1999-2001 and 2013-2015 triennia. Likewise, years of life expectancy lost were estimated to assess the contribution of each cause to total mortality. The results showed that the mortality rate from neglected tropical diseases decreased in all countries, being always higher in Brazil. An analysis by sex and age indicated that men and older people were the most affected. A decrease in the years of life expectancy lost due to different causes was also observed in all countries, except when considering Dengue in Brazil, and to a lesser extent, Leprosy in Chile and Cysticercosis in Argentina. As a conclusion, it is recommended to continue with the reduction of mortality from some causes and to reverse the increase in others. It is necessary to address the problem in a more comprehensive way, with a special focus on the most affected populations. That is, the poor, and within them, migrants, indigenous communities and Afro-descendants.

KEY WORDS: Mortality, Neglected Diseases, Poverty, South America

AUTOR CORRESPONDIENTE: Andrés Peranovich. Doctor en Demografía. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Económicas. Córdoba, Argentina. Email: andrescpera@gmail.com

Contribución de los autores: Andrés Conrado Peranovich: idea, elaboración del proyecto original, metodología, recolección de datos, presentación y análisis de resultados, discusión, conclusiones, revisiones finales. **Eleonora Rojas Cabrera:** revisión del proyecto original, presentación y análisis de resultados, discusión, conclusiones, revisiones finales.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) constituyen patologías infecciosas que se manifiestan, generalmente, en entornos empobrecidos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013; Ault y Nicholls, 2010; Ehrenberg y Ault, 2005), y que no suelen ser tenidas en cuenta en los presupuestos de salud y las agendas de gobierno (OPS, 2016).

Propias de climas calurosos y ambientes húmedos, se transmiten principalmente por insectos, aguas o suelos contaminados (OPS, 2016), y provocan secuelas graves tanto para quienes las padecen (tales como discapacidad y deficiencias de por vida) como para la población en su conjunto (OPS, 2016). Entre estas últimas: la reducción del potencial humano, la disminución de la

productividad económica de las poblaciones jóvenes, el entorpecimiento del crecimiento y del desarrollo cognitivo de los niños; todas consecuencias que derivan, a su vez, en serios problemas de estigmatización y discriminación a nivel social (Ault y Nicholls, 2010).

La gravedad de lo anterior radica en que se trata de enfermedades que pueden ser controladas (y, en algunos casos, hasta erradicadas) con mejoras en las condiciones habitacionales y la higiene (OPS, 2016; OMS, 2013). De manera que su presencia afecta mayormente a los sectores más precarios y marginados de la población y contribuye, por lo tanto, a perpetuar el círculo vicioso de la pobreza (Ault y Nicholls, 2010).

Debido a las condiciones de higiene, saneamiento, salubridad del agua y condiciones de la vivienda, en la región de América Latina y el Caribe hay 70 millones de personas en riesgo de contraer Chagas; otras 25 millones de padecer esquistosomiasis, 12,6 millones de sufrir filariasis linfática y cerca de 11 millones de personas en peligro de contraer tracoma. Además, se registran más de 51.000 casos de leishmaniasis cutánea, 390.000 de paludismo y más de 33.000 casos nuevos de lepra por año en la misma región (OPS, 2016).

Por estos motivos, la atención y el tratamiento de las ETD es especialmente contemplado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, plan de acción elaborado en el seno de las Naciones Unidas para alcanzar, en 2030, el desarrollo de la población en su conjunto con igualdad de oportunidades y sin ningún tipo de distinción (Naciones Unidas [NU], 2015). Es así que, como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) (que plantea la promoción de la salud universal), se establece una meta específica que propone, entre otras cuestiones, poner fin a las epidemias relacionadas con este grupo de enfermedades (Meta 3.3) (NU, 2015).

El cumplimiento de esta meta adquiere particular relevancia en América Latina, catalogada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe como la región más desigual del mundo (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2017) y con amplia concentración de sectores pobres, más propensos a contraer este tipo de enfermedades. Esto último supone la necesidad de avanzar en el estudio de su dinámica, a fin de disponer de mayores elementos para la toma de decisiones informadas y acertadas en relación al alcance de la meta, con específica atención a las poblaciones más afectadas en cada caso.

En este contexto, el objetivo de esta investigación fue analizar, comparativamente, el comportamiento de las ETD durante los trienios 1999-2001 y 2013-2015 en los países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), los cuales adoptan el plan de los ODS y se comprometen, por lo tanto, a reducir progresivamente la morbimortalidad atribuida a este grupo de enfermedades.

A partir de este análisis, se intentaron identificar los retos que se presentan en cada uno de estos países para cumplir con el compromiso referido, considerando especialmente la magnitud del fenómeno, el sentido de su variación y los sectores que la población que deberían priorizarse en relación a su abordaje.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque socio-demográfico. Dada la escasez de datos relativos a la morbilidad relacionada con las ETD en los países de interés, se utilizaron las estadísticas de mortalidad desglosadas por país, año, sexo, edad y causa, relativas al período 1999-2015 y sistematizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), obedeciendo su elección a la inclusión de los años 2000 (punto de partida del plan de acción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, antecesor al de los ODS) (NU, 2015) y 2015 (último año para el cual se disponía de información al momento de emprenderse la investigación).

Adicionalmente, se emplearon las estimaciones de población por país, año, sexo y edad para el mismo período, elaboradas por la División de Población de las Naciones Unidas (Revisión 2019). La primera de estas fuentes de datos adolece de problemas de cobertura y calidad, fundamentalmente en el caso brasileiro donde el subregistro de defunciones es manifiestamente más elevado en relación a los demás países analizados (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2015). Aun así, se decidió utilizarla en virtud de que ofrece la posibilidad de efectuar comparaciones directas entre países. En particular, se consideraron las causas de muerte asociadas a ETD según la 66° edición de la Asamblea Mundial de la Salud organizada por la OMS (OMS, 2013), con apoyo de la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (OPS, 2018a). Concretamente: Lepra (asociada a los códigos A300-A309 de la clasificación mencionada), Úlcera de Buruli (A311), Pian (A660-A669), Tracoma (A710, A711, A719), Rabia (A820, A821, A829), Dengue (A90, A91), Leishmaniasis (B550-B559), Tripanosomiasis africana (B560-B569), Tripanosomiasis americana (también conocida como enfermedad de Chagas; B570-B575), Esquistosomiasis (B650-B659), Equinococosis (B670-B679), Teniasis (B680-B689), Cisticercosis (B690-B699), Dracunculiasis (B72), Oncocercosis (B73), Filariasis linfática (B740-B749), Anquilostomiasis (B760, B768, B769), Ascariasis (B770, B778, B779), Estrongiloidosis (B78), Trichuriasis (B79), Secuelas de lepra (B92) y Secuelas de tracoma (B940).

A partir de la información explicitada, se calcularon tasas de mortalidad (TM) para el conjunto de las ETD, según sexo, grupo de edad (OPS, 2015) y causa detallada para los trienios 1999-2001 y 2013-2015, como el resultado del cociente entre el promedio simple de las defunciones contabilizadas en cada trienio y la población estimada en el año central contenido en cada caso.

Estas TM, obtenidas a partir de promedios de defunciones para años consecutivos con la intención de evitar la sobreestimación o subestimación de las muertes en años puntuales (Welti, 1997), fueron expresadas por 100 000 habitantes, con acuerdo de estudios del tipo (OPS, 2015). Para el caso de las TM que no incluyeron el desglose por edad, se recurrió a un procedimiento de estandarización con base en la población promedio de los países estudiados (Primante y Garcia, 1997). Posteriormente, se estimaron los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) por causa específica, teniendo en cuenta, por un lado, a las ETD en comparación con el resto de las causas de muerte (a fin de evaluar el impacto de las primeras en la esperanza de vida de las poblaciones analizadas); y por el otro, a las distintas ETD (para indagar la contribución de cada causa al total de AEVP por ETD en general) (Arriaga, 2014).

Este ejercicio fue realizado con apoyo de tablas de vida para 2000 y 2014, generadas con datos de defunciones y población de cada país (Arriaga, 2014), también provenientes de las Naciones Unidas (Revisión 2019).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Tabla 1 muestra que, en los trienios analizados, la TM por ETD fue inferior a 4 por 100 000 habitantes en la totalidad de países del Cono Sur. Este valor, asociado a menos del 1 % de las muertes relevadas en estos países, descendió en casi todos los casos, salvo en Uruguay, donde permaneció constante.

Tabla 1: TM por ETD estandarizadas (por 100 000 habitantes) y variación de la TM por ETD (%). Países del Cono Sur, años 2000 y 2014

País	TM por ETD estandarizadas*		Variación
	2000	2014	
Argentina	1,4	1,1	-21,4
Brasil	3,9	3,3	-15,4
Chile	0,6	0,5	-16,7
Uruguay	0,2	0,2	-

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de las Naciones Unidas. (*) Corresponde a valores relativos a los trienios 1999-2001 y 2013-2015, respectivamente; asociados al siguiente número de defunciones, en el orden presentado: Argentina (1 930 y 1 492 defunciones), Brasil (18 690 y 19 003 defunciones), Chile (303 y 330 defunciones) y Uruguay (29 y 22 defunciones). No se contemplan las defunciones vinculadas a personas de sexo ignorado, las cuales no superan el 0,1 % del total de defunciones en ningún caso.

Una comparación más estricta entre países arrojó que Brasil exhibió las mayores TM en el período estudiado, sucedido por Argentina y, en menor medida, por Chile y Uruguay, en ese orden. Asimismo, mostró que la intensidad de la reducción en este primer país fue similar a la de Chile, a diferencia de Argentina, cuya TM descendió en mayor proporción.

Atendiendo a las disparidades entre países, se observó que estas disminuyeron. En este sentido, la razón entre las TM de los países de mayor y menor nivel de mortalidad (Brasil y Uruguay, respectivamente) varió de 19,5 a 16,5 por 100 000 habitantes.

La desagregación de la TM por sexo y grupo de edad, reflejada en los valores de la Tabla 2, reveló diferencias similares al interior de los países, señalando a Brasil como el país de mayores niveles de mortalidad por ETD y a Uruguay con los menores valores obtenidos para los grupos poblacionales considerados.

Una lectura más detallada de las TM mostró que estas ascendieron con la edad en todos los países, sobre todo a partir del grupo de 45-64 años y en el caso masculino, donde se registraron valores mayores en comparación con el resto de los tramos etarios.

En cuanto a su dinámica, en los cuatro países, estas experimentaron cambios mínimos en los tramos de 0 a 44 años, asumiendo valores menores a 1 por 100 000 hombres/mujeres, según el caso. Una situación similar se observó en Chile y Uruguay con respecto a la población de 45-64 años, al contrario de Brasil y Argentina, donde las TM lograron disminuir, pero mantuvieron valores

Tabla 2: TM por ETD según sexo y grupo edad (por 100.000 hombres/mujeres). Países del Cono Sur, años 2000 y 2014

Grupo de edad	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	2000	2014	2000	2014
Argentina				
Menores de 5	0,1	0,0	0,1	0,0
5-14	0,0	0,0	0,0	-
15-44	0,5	0,2	0,2	0,1
45-64	4,6	2,8	2,5	1,2
65 y más	13,7	9,4	6,9	5,0
Brasil				
Menores de 5	0,9	0,7	0,9	0,7
5-14	0,1	0,1	0,1	0,1
15-44	1,4	0,9	0,7	0,5
45-64	12,3	5,9	6,7	3,4
65 y más	34,4	26,7	23,0	19,6
Chile				
Menores de 5	0,0	0,1	0,1	-
5-14	0,0	-	0,1	-
15-44	0,2	0,1	0,1	0,0
45-64	1,0	0,6	0,6	0,4
65 y más	7,3	5,7	4,1	3,9
Uruguay				
Menores de 5	-	-	-	-
5-14	-	-	-	-
15-44	-	-	0,0	-
45-64	0,5	0,5	0,4	0,2
65 y más	1,7	1,2	1,3	0,9

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de las Naciones Unidas. Aclaraciones: 1) las TM presentadas se vinculan, respectivamente, a los trienios 1999-2001 y 2012-2014; 2) el valor "0,0" se corresponde con TM menores a 0, 1 por 100 000 hombres/mujeres; y 3) el valor "-" se asocia a situaciones donde no se registra ninguna defunción por ETD.

comparativamente más elevados, fundamentalmente en el primero de estos países.

Por último, si bien la TM asociada a la población de 65 años y más manifestó una caída con independencia del país, siguieron observándose valores altos al final del período analizado, principalmente en Brasil, Argentina y Chile, en ese orden.

De manera complementaria, la Tabla 3 presenta los AEVP según se asocien, o no, a ETD, así como también la contribución relativa de cada ETD en el total de los AEVP contabilizados para todo el grupo de causas; y la variación anual de los AEVP obtenidos en cada caso. En consonancia con los valores de la Tabla 1, los AEVP vinculados al conjunto de las ETD, con una participación inferior al 1 % del total de AEVP estimados para cada año, se redujeron en todos los países, y con más énfasis en comparación con los AEVP por las restantes causas. Si bien esta reducción fue más intensa en Brasil, este país continuó evidenciando el mayor valor del indicador al final del período estudiado, sucedido por el de Argentina, Chile y Uruguay, en ese orden.

Tabla 3: Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) y variación anual de los AEVP por causas seleccionadas (%). Contribución relativa de las distintas ETD en el total de AEVP por ETD (%). Países del Cono Sur, años 2000 y 2014

Argentina			
Causa de muerte	AEVP		
	2000	2014	Variación anual
Todas las causas	1,4222	1,0239	-2,3
ETD	0,0032	0,0016	-5,0
Cisticercosis	(0,2)	(0,7)	3,3
Equinococosis	(2,8)	(2,5)	-6,0
Leishmaniasis	(0,5)	(0,5)	-5,7
Lepra (incluye secuelas)	(2,8)	(1,7)	-8,3
Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas)	(93,2)	(94,3)	-4,9
Otras ETD	(0,4)	(0,3)	-6,5
Restantes causas	1,4190	1,0223	-2,3
Brasil			
Causa de muerte	AEVP		
	2000	2014	Variación anual
Todas las causas	2,3913	1,0239	-5,9
ETD	0,0157	0,0053	-7,5
Cisticercosis	(1,9)	(1,5)	-9,2
Dengue	(0,4)	(10,7)	16,5
Equinococosis	(0,1)	(0,1)	-6,0
Esquistosomiasis	(8,1)	(7,4)	-8,1
Leishmaniasis	(3,8)	(5,3)	-5,3
Lepra (incluye secuelas)	(3,9)	(3,1)	-9,1
Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas)	(80,2)	(71,2)	-8,3
Otras ETD	(1,6)	(0,7)	-12,6
Restantes causas	2,3756	1,0186	-5,9
Chile			
Causa de muerte	AEVP		
	2000	2014	Variación anual
Todas las causas	0,7066	0,6110	-1,0
ETD	0,0009	0,0007	-2,0
Cisticercosis	(11,9)	(5,7)	-7,0
Dengue	(0,3)	(-)	-100,0
Equinococosis	(32,0)	(17,8)	-6,0
Lepra (incluye secuelas)	(0,3)	(0,6)	2,3
Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas)	(55,1)	(75,5)	0,2
Otras ETD	(0,3)	(0,3)	-2,6
Resto de las causas	0,7058	0,6103	-1,0
Uruguay			
Causa de muerte	AEVP		
	2000	2014	Variación anual
Todas las causas	1,2340	0,8533	-2,6
ETD	0,0004	0,0002	-4,5
Equinococosis	(69,0)	(52,2)	-6,4
Lepra (incluye secuelas)	(6,9)	(4,3)	-7,6
Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas)	(24,1)	(43,5)	-0,4
Resto de las causas	1,2336	0,8531	-2,6

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de las Naciones Unidas. Aclaraciones: 1) todos los indicadores presentados corresponden, respectivamente, a los trienios 1999-2001 y 2012-2014; 2) a partir de la contribución de los AEVP por ETD en el total de AEVP calculados, se decidió presentar la información relativa a este indicador con cuatro decimales a los efectos de reflejar diferencias entre países y cambios en el período estudiado; 3) los valores asociados a la contribución relativa de las distintas ETD en el total de AEVP por ETD se consignan entre paréntesis; 4) el valor “-” se asocia a trienios en donde no se registra ninguna defunción por ETD; y 5) la categoría “Otras ETD” contempla aquellas causas con una participación menor al 5 % en el total de muertes por ETD relevadas en todos los casos.

Un análisis según las distintas ETD señaló una mayor diversidad de causas a mayor nivel de mortalidad por ETD en sentido global. Es así que Brasil presentó una estructura de ETD más diversificada en tanto que la composición de las ETD fue restringiéndose progresivamente a medida que disminuía el nivel de muertes asociado.

En particular, la Enfermedad de Chagas fue la causa que más incidió en el valor de los AEVP por ETD en Argentina, Brasil y Chile, en ese orden, con AEVP decrecientes en los dos primeros países (fundamentalmente, en el segundo), pero crecientes en el tercero.

Así también, se destacó la Equinococosis por su incidencia en los AEVP de Uruguay y Chile, aunque con una reducción de su contribución al valor total el indicador.

Finalmente, aunque otras ETD participaron de los AEVP en menor proporción y expresaron, en general, una tendencia a la baja del nivel de las muertes vinculadas, se observaron algunas situaciones que merecen ser destacadas. Entre estas últimas, el notable incremento de la mortalidad por Dengue en Brasil, y en considerable menor medida, el de la atribuida a la Lepra (incluidas sus secuelas) en Chile y el de la ligada a la Cisticercosis en Argentina, con el consecuente aumento de los AEVP vinculados.

DISCUSIONES

Los resultados de este trabajo son consistentes con investigaciones e informes previos que dan cuenta de esfuerzos realizados por los Estados del Cono Sur en los últimos años para reducir el nivel de morbilidad asociada a ETD (Ault y Nicholls, 2010; OMS, 2015; OPS, 2016). Estos esfuerzos se sintetizan, por ejemplo, en la interrupción de la transmisión vectorial domiciliar debido al principal vector de la enfermedad de Chagas (el *Triatoma infestans*), a partir de considerar que se trata de la ETD con mayor incidencia en prácticamente todos los casos y merced de acciones concretas para mejorar las condiciones habitacionales (y socio-económicas) de la población (Ault y Nicholls, 2010; OPS, 2016; OPS 2018b). Así también, en la implementación del tamizaje universal de donantes de sangre (y de órganos) a fin de evitar su propagación (Ault y Nicholls, 2010; OPS, 2016). Todas estas acciones constituyen el resultado de iniciativas intergubernamentales de los países con la colaboración de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (Amieva, 2014; Hotez et al. (2008).

Estos esfuerzos incluyen las medidas en favor de la reducción de la mortalidad por Filariasis linfática en Brasil, único país para el cual se registraron muertes asociadas a la enfermedad (Ault y Nicholls, 2010), y que ha conseguido extender ampliamente el tratamiento a las personas afectadas, acercándose a la meta de eliminación comprometida a nivel internacional a partir de la adopción de planes de acción específicos de la OPS y OMS (OPS, 2016). Adicionalmente, aquellas acciones para contrarrestar las muertes por Oncocercosis, Leishmaniasis y, en mayor medida, la Esquistosomiasis, todas enfermedades también focalizadas en este país (Ault y Nicholls, 2010; OMS, 2015; Pordeus et al., 2008; Freitas et al., 2012) y que se manifiestan, respectivamente, en la frontera con Venezuela, en todo el territorio brasilero y en algunas zonas del noreste del país (OMS, 2015; OPS, 2016).

Otras acciones a destacar se asocian con la reducción de la morbimortalidad por Equinococosis (causa con mayor contribución a los AEVP de Uruguay pero con zonas endémicas en los cuatro países estudiados) (OMS, 2015; Eckert et al., 2001) y Lepra (Ault y Nicholls, 2010; OMS, 2015; OPS, 2016). En la misma línea, se enmarcan políticas más generalizadas como las campañas anuales de desparasitación de niños en edad escolar y pre-escolar llevadas a cabo en los países para contribuir al descenso de las muertes por ETD en su conjunto (Ault y Nicholls, 2010).

Como contrapartida de estos esfuerzos y logros, restan aún desafíos, sobre todo en las poblaciones de edades más avanzadas (Ehrenberg y Ault, 2005) y en el contexto de los compromisos asumidos en el marco de ODS que postulan alcanzar la salud de manera universal (NU, 2015). Los resultados de este trabajo son igualmente consistentes en este sentido a la vez dejan en evidencia la necesidad de hacer foco en determinadas causas y en los territorios donde estas se expresan con mayor intensidad. A fin de que estos retos puedan ser superados para 2030, la OMS establece una serie de estrategias para continuar con la reducción de la morbimortalidad por este tipo de enfermedades y revertir su tendencia al incremento en los casos en que sea necesario (OMS, 2010a).

Estas estrategias comprenden la expansión de la quimioterapia preventiva, el perfeccionamiento en acciones de diagnóstico y tratamiento, la continuación de la lucha antivectorial, la promoción de la sanidad veterinaria, y mejoras continuas en los servicios de agua potable, saneamiento e higiene (OMS, 2010a); de manera de combatir todos los focos posibles de difusión de las ETD y los factores de riesgo asociados (económicos, sociales y ambientales) (OPS, 2016), a nivel individual y colectivo, incluso en los países que han logrado interrumpir sus vectores en algunos casos (OPS, 2018b).

A su vez, para combatir las ETD, se deberían redoblar los esfuerzos para conseguir objetivos más amplios como reducir la pobreza y las inequidades por cuestiones culturales y de género, prevenir desastres y conflictos sociales, y organizar correctamente de los sistemas de salud como espacios clave para el tratamiento (y contención) de las personas afectadas (OPS, 2016).

El alcance de estos objetivos supone una especial consideración hacia determinados cofactores de las ETD, propiciando un abordaje más integral para prevenir su aparición y posterior diseminación (Ault y Nicholls, 2010; Hotez et al., 2008; OMS, 2010b). Entre ellos, las condiciones de cría de animales para consumo y animales domésticos en tanto canales de transmisión de gran parte de las ETD, la deforestación masiva en ciertas zonas geográficas, ciertos modos de producción agrícolas y mineros, la colonización indiscriminada y la migración rural-urbana (OMS, 2010a).

Esta última ha favorecido notablemente la aparición de nuevos brotes de ETD (OPS, 2018b; Pordeus et al., 2008; Freitas et al., 2012; Albajar Viñas et al., 2007), incluso en el caso de la enfermedad de Chagas, en regiones donde se suponía erradicada (OPS, 2018b; Albajar Viñas et al., 2007). Como complemento de lo anterior, deberían también desplegarse otras acciones más puntuales en relación a determinadas ETD. A modo de ejemplo, las que atañen a la prevención de la enfermedad de Chagas vía transmisión vertical (OMS, 2015; OPS, 2018b; OMS, 2010); y del Dengue (Hotez et al., 2008), con TM ascendente en Brasil.

A partir de considerar que los recursos disponibles para reducir la morbimortalidad por ETD son generalmente escasos, se hace necesario hacer foco en las poblaciones más propensas a

contraerlas. Es decir, los pobres y, al interior de estos, ciertos migrantes (Eckert, 2001), pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes (Hotez et al., 2008). Son estas poblaciones las que frecuentemente tienen acceso limitado a condiciones sanitarias apropiadas y cuya mayor presencia en Brasil contribuiría a explicar el mayor nivel de mortalidad por ETD en comparación con los restantes países del Cono Sur.

En tanto constituyen enfermedades socialmente olvidadas (Ehrenberg y Ault, 2005), características de la pobreza (OPS, 2016; OMS, 2013; Ault y Nicholls, 2010; Ehrenberg y Ault, 2005), generalmente sin obligación de ser denunciadas y no despiertan mayor interés para la industria farmacéutica (Albajar Viñas et al., 2017; Zabala, 2012), las ETD conllevan altas cargas sociales y financieras para quienes las padecen y las familias a las que pertenecen (Ehrenberg y Ault, 2005), afectando al capital social y económico de las comunidades y contribuyendo a perpetuar el círculo vicioso de la pobreza. De manera que poner fin a su existencia se transforma en un imperativo fundamental para aquellos países formalmente comprometidos con el desarrollo de la población sin discriminación, más allá de asociarse a niveles de muertes que podrían ser considerados bajos en algún sentido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albajar-Viñas P, Villa L, Morote S, Bernal O, Bulla D, Rodrigues-Coura J. (2007) Organización y estructura de la atención médica en la infección/enfermedad de Chagas. Lecciones aprendidas en 15 proyectos. En: La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud / Fundación Mundo Sano; p. 97-108.
- Amieva C. (2014) El Chagas en la actualidad de Latinoamérica: viejos y nuevos problemas, grandes desafíos. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*; 62:1-19.
- Arriaga E. (2014) Análisis demográfico de la mortalidad. Córdoba: CIECS- CONICET y UNC.
- Ault SK, Nicholls RS. (2010) El abordaje integral de las enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe: un imperativo ético para alcanzar la justicia y la equidad social. *Biomédica*; 30(2):159-163.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2015). Evaluaciones e indicadores de cobertura y calidad: Experiencias regionales. Taller sobre Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 3, para países de América del Sur. Santiago de Chile, 9 al 12 de noviembre de 2015. Disponible en: <https://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/wshops/Chile/2015/docs/Session13-CELADE.pdf>. Consultado agosto del 2019.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). Panorama Social de América Latina. 2016. LC/PUB.2017/12-P. Santiago: CEPAL.
- Eckert J, Gemmell MA, Meslin, FX, Pawlowski Z. S (2001), World Health Organization. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. Paris: World Organisation for Animal Health.

- Ehrenberg J, Ault S. (2005) Neglected diseases of neglected populations: Thinking to reshape the determinants of health in Latin America and the Caribbean *BMC Public Health*; 5:119-131.
- Freitas A, Ribeiro NF, Poppe PS, Cordeiro SS, Fornari L, Anderson SB (2012). Esquistosomiasis en la ciudad de Belo Horizonte en el período de 2007 a 2011. *Rev Cubana Med Trop*, 3(64):217-223.
- Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Periago MR. (2008) The Neglected Tropical Diseases in Latin America and the Caribbean: A Review of Disease Burden and Distribution and a Roadmap for Control and Elimination. *PLoS Negl Trop Dis*; 2(9):e300. doi:10.1371/journal.pntd.0000300.
- Naciones Unidas (2015). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Asamblea General. A/RES/70/1. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2010a) El empeño por contrarrestar el impacto mundial de las enfermedades tropicales desatendidas. Informe de la OMS de 2010. Resumen. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010b) First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Enfermedades tropicales desatendidas. Prevención, control, eliminación y erradicación. Informe de la Secretaría. 66ª Asamblea Mundial de la Salud- A66/20. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Investing to overcome the global impact of neglected diseases: third WHO report on neglected tropical diseases. Geneva: WHO.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Enfermedades infecciosas desatendidas en las Américas: Historias de éxito e innovación para llegar a los más necesitados. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (30 de agosto 2018a). Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (en línea). Vol. 1. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/Chapters/>.
- Organización Panamericana de la Salud (2018b). Enfermedad de Chagas en las Américas: una revisión de la situación actual de salud pública y su visión para el futuro. Informe: conclusiones y recomendaciones. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Pordeus LC, Aguiar LR, Quinino LRM, Barbosa CS. (2008) Ocorrência das formas aguda e crônica da esquistossomose no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*; 17(3):163-175.
- Primante D, García D. (1997) Mortalidad. Apuntes de clase. XX Curso intensivo regional de análisis demográfico. Santiago: CELADE/CEPAL.
- Welti C. (1997) Demografía I. México D.F.: PROLAP/UNAM.
- Zabala, JP. (2012) La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina. *Salud colect*; 8:9-21.