

Plagas y voces invisibles: un análisis crítico del discurso de las enfermedades tropicales desatendidas

Bryanna Mantilla

Las enfermedades tropicales desatendidas (ETDs) son un grupo que, a pesar de ser médica y biológicamente diversas, comparten tres características sociales distintivas. En primer lugar, están aumentando de modo alarmante entre las poblaciones más marginadas y vulnerables de la sociedad mundial (incluyendo a aquéllos que viven en condiciones de pobreza extrema y a niños).¹ Surgen frecuentemente en barriadas urbanas, en regiones rurales remotas y en zonas de conflicto, es decir, en lugares con pocos recursos.² En segundo lugar, contribuyen y refuerzan el empobrecimiento de la gente, de por sí, más pobre. Se calcula que casi cada persona dentro del “billón más bajo” (el billón más pobre de la tierra) padece por lo menos una ETD.³ En tercer lugar, vistas como conjunto, están tan extendidas que, se presupone afectan, a nivel mundial, a por lo menos a un billón de personas y amenazan a millones más.⁴ Además, se estima que conjuntamente ocupan el cuarto lugar entre las enfermedades contagiosas y, en lo que respecta a la carga de enfermedad, ocupan el segundo lugar (después del VIH/SIDA).⁵ En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud reconoce a las enfermedades descritas en la Tabla 1 como enfermedades tropicales desatendidas.

A pesar del término “enfermedades tropicales desatendidas”, en la literatura se define muy pocas veces esta desatención. De manera implícita,

Bryanna Mantilla. Departamento de Sociología, Universidad de Illinois, Urbana-Champaign, EUA.

Correo-e: bmanti2@illinois.edu

Se realizaron búsquedas de “ETDs” utilizando *Scopus*, *Web of Science*, *SocIndex*, *Sociological Abstracts* y *PubMed* en octubre de 2010. No se encontraron artículos en revistas de ciencias sociales.

parece referirse a la falta de financiamiento para intervenciones en contra de éstas y a la falta de investigación y desarrollo en el campo. Sin embargo, también puede referirse a la invisibilidad más amplia y a la baja prioridad adscritas a estas enfermedades, así como a las condiciones sociales que las fomentan. Bajo esta perspectiva, la falta de financiamiento, de investigación y de desarrollo, pueden ser vistos como mecanismos de un patrón más amplio de desatención.

El análisis crítico del discurso es un tipo de investigación analítico que tiene como meta el entender, exponer y, finalmente, oponerse a la inequidad social. Básicamente, está centrado en la manera en que el poder social representa, reproduce y se opone al abuso, a la dominación y a la inequidad en contexto.⁶ Además, para este tipo de análisis, es necesario recuperar la manera en que los grupos minoritarios y desempoderados son contruidos a través del discurso.⁷ El análisis crítico del discurso ha sido utilizado en contextos de enfermedades a nivel mundial, como la influenza⁸, el VIH/SIDA⁹ y otras.

El presente artículo examina las siguientes preguntas: ¿Cómo y en dónde son discutidas las enfermedades tropicales desatendidas en la literatura? ¿Cómo explica la literatura existente la desatención de esta clase de enfermedades? ¿Qué queda fuera de la discusión? ¿En qué modo reproduce y se opone la literatura a esta desatención?

En general, la literatura existente sobre ETD es limitada. A pesar de las características sociales de tales enfermedades, parece ser que no se han examinado los vínculos sociales inherentes de

Tabla 1
Las enfermedades tropicales desatendidas seleccionadas^a

Enfermedad	Descripción
Úlcera de buruli	Enfermedad bacteriana que afecta a la piel. Puede ocasionar deformaciones irreversibles y discapacidades funcionales de largo plazo. Su existencia está registrada en más de 30 países con climas tropicales y subtropicales.
Mal de chagas	Enfermedad causada por parásitos protozoarios, transmitidos a través de insectos chupadores de sangre triatomínicos, puede ocasionar alteraciones cardíacas y lesiones digestivas; se halla principalmente en América Latina.
Dengue/ fiebre hemorrágica dengue	Infección viral transmitida por un mosquito; causa una enfermedad severa con síntomas parecidos a los de una gripa que pueden tener complicaciones letales. Su incidencia está en aumento; en la actualidad afecta a más de 100 países endémicos.
Dracunculiasis	Enfermedad parasitaria producida por un gusano; ocasiona dolores severos y afecta a poblaciones en comunidades rurales necesitadas y aisladas que dependen de fuentes de agua descubierta. Está casi erradicada; en la actualidad es endémica en Etiopía, Ghana, Malí y Sudán.
Fascioliasis	Zoonosis causada por trematodos; puede producir cirrosis biliar con cicatrización y fibrosis del hígado y diferencias en el crecimiento. En la actualidad está presente en el mundo entero.
Tripanosomiasis humana africana	Enfermedad parasitaria transmitida por la mosca tse-tse; sin tratamiento es generalmente letal. Por algunos autores es considerada “la enfermedad más mortal del mundo”. En gran parte, afecta a poblaciones pobres en regiones rurales y remotas de África.
Leishmaniasis	Enfermedad causada por parásitos protozoos; transmitida por jejenes (insectos chupadores de sangre y diferentes de los mosquitos); puede ser cutánea (lo más común), mucocutánea o visceral (la más severa). Afecta a regiones intertropicales y templadas; amenaza a cerca de 350 millones de personas en 88 países.
Lepra	Enfermedad causada por la bacteria <i>mycobacterium</i> ; está casi erradicada, aunque siguen existiendo zonas de alta endemidad en Angola, Brasil, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, India, Madagascar, Mozambique, Nepal y la República Unida de Tanzania.
Filariasis linfática	Enfermedad extremadamente dolorosa y desfigurante causada por gusanos nematodos. Es transmitida por mosquitos y puede ocasionar la inflamación de las extremidades, enfermedades genitales y ataques agudos, dolorosos y recurrentes; cerca de 120 millones de personas están afectadas en áreas tropicales y subtropicales.
Oncocercosis	Enfermedad causada por un gusano y transmitida a través de moscas negras infectadas. Produce ceguera, sarpullido y lesiones, comezón intensa y despigmentación; se reportan casos en África Central y Occidental, Yemen y seis países de Latinoamérica.
Esquistosomiasis	Enfermedad por gusanos platelmintos en aguas infectadas; causa mortalidad severa y afecta a cerca de 200 millones de personas a nivel mundial. Es endémica en áreas tropicales y semitropicales, especialmente en comunidades pobres sin agua potable y sin salubridad adecuada.
Helmintiasis de transmisión por suelos	Enfermedad causada por la ingestión de huevos de gusano en suelos contaminados o por penetración activa de la piel; puede tener manifestaciones intestinales, malestar general, debilidad, anemia, discapacidades cognitivas y problemas de crecimiento. La prevalencia más importante se ubica en África Subsahariana, en América, en China y en el este asiático. <i>A. lumbricoides</i> afecta a más de mil millones de personas, <i>T. trichiura</i> a 795 millones y la uncinaria a 740 millones
Tracoma	Enfermedad causada por un microorganismo y transmitida a través de secreciones oculares o de moscas en contacto con tales; puede ocasionar opacidades irreversibles en la córnea y ceguera. Afecta a menudo a mujeres y niños; es endémica en las áreas rurales más pobres y más remotas de África, Asia, Centro y Sudamérica, Australia y del Medio Oriente. Afecta a cerca de 84 millones de personas de las cuales cerca de 8 millones tienen visión reducida.
Pian	Infección bacteriana crónica que afecta principalmente a la piel, al hueso y al cartílago; causa lesiones de la piel y puede producir desfiguramientos y discapacidades. Se reportan casos en comunidades pobres de áreas cálidas, húmedas y tropicales de África, Asia y Latinoamérica. Afecta principalmente a niños de menos de 15 años.

Fuente: ^a World Health Organization (2010), “Neglected Tropical Diseases”, Geneva. Updated 2011 Jan 12, cited 2010 April 1. Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/en/

estas enfermedades con la inequidad global, el poder y el “desarrollo”.

Los artículos sobre las ETDs tienden a ser publicados casi exclusivamente en revistas médicas especializadas como *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, *Advances in Parasitology* y otras. Además, hay una falta considerable de literatura de ciencias sociales sobre el tema, tanto en términos del empleo de una perspectiva de ciencias sociales, como en la poca de presencia de tales artículos en revistas de ciencias sociales.* Esto no refleja necesariamente la falta de investigación en ciencias sociales sobre enfermedades infecciosas globales en conjunto, ya que las revistas con orientación social han dado mucho más atención a las “tres grandes” enfermedades infecciosas: VIH, malaria y tuberculosis. Por eso, pareciera ser que las ciencias sociales se han confabulado para generar la baja prioridad y la invisibilidad de estas enfermedades.

Los temas centrales de la literatura existente pueden ser colocados en dos categorías amplias: la explicación y el enfrentamiento de la desatención. En cuanto a su explicación, se enfoca en seis temas: pobreza, aislamiento geográfico y social, estigma social, competencia con las tres grandes enfermedades, sub-valoración de la carga de la enfermedad y falta de investigación y desarrollo. Para la recomendación de intervenciones en contra de la desatención, la literatura se centra típicamente en las soluciones técnicas y emplea un paradigma de derechos humanos.

El paradigma de derechos humanos

Debido a que las ETDs tienen mayor probabilidad de brotar en zonas de conflicto y donde hay una privación extrema de recursos, a menudo se usa un paradigma de “derechos humanos” que se centra típicamente en la compleja relación entre el individuo como ciudadano y el Estado como garante de derechos. Las enfermedades desatendidas son tanto causa como consecuencia de violaciones a los derechos humanos. El fracaso en el respeto de ciertos derechos humanos (como el acceso a agua salubre, a vivienda adecuada, a educación y a participación) aumenta la vulnerabilidad de los individuos y de las

comunidades para contraer enfermedades desatendidas.¹⁰

Aunque este enfoque ayuda a enfatizar la importancia de la inequidad en las ETDs, es limitado donde la capacidad del Estado es reducida o donde el Estado no es un actor benevolente. Además, como se centra principalmente en la relación entre ciudadanía y Estado, este enfoque subestima la responsabilidad de otras instituciones, como las de préstamo, países donantes, corporaciones transnacionales y organizaciones intergubernamentales, que también contribuyen a invisibilizar a estas enfermedades.

Pobreza

Las ETDs tienden a prosperar en ambientes con recursos e infraestructuras insuficientes, especialmente en lo que respecta al agua insalubre, a la falta de saneamiento y al acceso limitado a la atención en salud. En muchas de las áreas en las que las ETDs son comunes, existe pobreza absoluta en casi todos los niveles de la sociedad. La pobreza incluye a individuos, pero se extiende también a familias, hogares, comunidades y a países enteros. Las circunstancias materiales de las comunidades en riesgo de ETDs están marcadas por falta de acceso a los recursos y a los servicios más básicos, ya sea que estén en áreas rurales pobres y remotas (sin infraestructura) o en condiciones sub-estándar de barrios bajos urbanos y de poblaciones de ocupantes ilegales.¹¹

Sin embargo, estas enfermedades hacen más que únicamente surgir y extenderse en la pobreza absoluta, también contribuyen y exacerbando el empobrecimiento de individuos y de comunidades. Los costos para los bolsillos de quienes tienen que afrontarlos para su tratamiento son extremadamente altos. Además, hay evidencia empírica de que estos costos afectan desproporcionadamente a los hogares de más bajos ingresos.¹² Estos altos costos pueden conducir a los pacientes a posponer el tratamiento, empeorando así los efectos en la salud y profundizando la pobreza.

Además de los costos directos de tratamiento, las ETDs tienen varias características comunes e indirectas que “promueven a la pobreza”: pérdida

de potencial económico, debido a discapacidad y muerte; costos económicos, incurridos al buscar atención inapropiada e inefectiva; baja en la productividad agrícola; inseguridad alimentaria; baja de la productividad laboral; abandono de tierra arable debido a altas tasas de infección; hambruna; migración; baja en la sobrevivencia infantil; bajo rendimiento escolar y baja de asistencia a la escuela como causa de discapacidades cognitivas. Conjuntamente, estos efectos han sido descritos como la “trampa de la pobreza”.¹³

Las discusiones actuales sobre la pobreza en la literatura sobre ETDs admite que ésta es significativa, englobante y dominante, pero a menudo olvida tratar la crítica relación entre pobreza e inequidad. Para entender el vínculo entre la pobreza y las ETDs es imprescindible examinar la pobreza en un contexto mundial más amplio. Las inequidades en el poder y en los recursos proveen la estructura social principal que permite la existencia de los mecanismos más directos que crean y refuerzan la baja prioridad otorgada a estas enfermedades. Algunos trabajos sobre ETDs mencionan específicamente a “la falta de poder” por pobreza y el vivir en zonas rurales como cuestión central responsable de la marginación social de la gente afectada por ETDs.¹⁴ La pobreza también describe las dificultades enfrentadas por los países “en desarrollo” que carecen de los recursos para la infraestructura y que no tienen ni los recursos humanos, ni los servicios que reducirían la carga de las ETDs.¹⁵

Una perspectiva de economía política llamaría la atención a la cuestión de la pobreza a nivel mundial, sosteniendo que la ubicación en la economía mundial generalmente determina el estándar y las posibilidades de vida de los individuos; que en los países “en desarrollo” la pobreza extrema amenaza la salud de la población por medio de hambruna, desnutrición y la falta de acceso a agua salubre y de otros factores estructurales que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad.

Además, la ubicación en el mundo “en desarrollo” tiene como consecuencia la falta de salud (en parte debido a que los países ricos explotan los recursos naturales y la mano de obra del mundo “en

desarrollo” en colusión con la elite local).¹⁶ La pobreza mundial también debería ser analizada bajo una perspectiva histórica. La historia de una pobreza aparentemente incorregible en gran parte del mundo “en desarrollo” no puede ser analizada fuera del contexto del colonialismo, de la subyugación y de la trata de esclavos.¹⁷

Los países anteriormente colonizados están más lisiados por la deuda internacional y las desventajas económicas; de modos que se ven reflejados en la incidencia y la prevalencia de ETDs.¹⁸ Debido a este profundo empobrecimiento, los países de bajos ingresos usualmente tienen que depender de financiamientos externos, ya que no cuentan con recursos suficientes para lidiar por su cuenta con las amenazas a la salud pública, especialmente las ETDs (aún invirtiendo una gran parte del ingreso nacional en la salud pública).¹⁹ Como consecuencia de la pobreza a nivel de país, los actores del “desarrollo” (principalmente las organizaciones internacionales líder) están imbuidos y tienen el poder de determinar la política mundial en salud, incluyendo qué enfermedades y qué poblaciones serán atendidas y cómo será llevada a cabo la atención.

Aislamiento geográfico y social

Un punto clave de la relación entre pobreza y ETDs es su relativo aislamiento geográfico y social. Generalmente, los agentes y vectores transmisores de estas enfermedades están restringidos a zonas tropicales y subtropicales y representan una amenaza biológica muy pequeña a países con climas más templados. Siete de las principales ETDs están presentes en las mismas regiones geográficas rurales, especialmente en África Subsahariana, América Central y del Sur y del Sudeste Asiático.²⁰

A pesar de que en la literatura se reconoce la endemia de algunas ETDs, pocos trabajos admiten que el aislamiento geográfico por sí solo no puede ser responsable de la poca prioridad mundial otorgada a este tipo de enfermedades. La desatención de las ETDs ocurre cuando la inequidad mundial se combina con el aislamiento geográfico, lo que tiene como resultado un aislamiento social extremo de estas enfermedades. Éstas están aisladas específicamente en países

pobres y, dentro de éstos, en poblaciones extremadamente empobrecidas y marginadas.

Las mismas estructuras que crean una carga desproporcionada de enfermedades infecciosas entre los pobres (falta de vivienda, de empleo, de propiedad de la tierra y de educación) aíslan también física y socialmente a los pobres de los ricos.²¹ Como consecuencia, el aislamiento geográfico de las ETDs se conjuga con el aislamiento social severo que ayuda a aislar a países ricos y a las poblaciones con más recursos dentro de países pobres.

Esto queda claro especialmente a través de la clasificación empleada en la industria mundial de salud que define a las enfermedades infecciosas como “emergentes”, es decir, biológica o médicamente nuevas, como en el caso del VIH/SIDA, o “reemergentes”, como en el de la tuberculosis. Por lo contrario, las ETDs no están “emergiendo” ya que la mayoría ha plagado a las poblaciones humanas desde tiempos bíblicos, así como tampoco están necesariamente “reemergiendo”, ya que representan una amenaza muy pequeña de volverse epidemias mundiales extendidas o pandemias que fácilmente podrían cruzar bordes y amenazar a poblaciones más ricas.²²

La pobreza como problema técnico

Debido a la clara relación entre pobreza y ETDs, uno de los temas recurrentes en la literatura es la existencia de tratamientos de bajo costo y alto costo-beneficio para algunas de estas enfermedades y el hecho de que su control tendría efectos extensos y sustentables en la reducción de la pobreza mundial.²³

La problemática hegemónica del discurso “del desarrollo” tiende a despolitizar a la pobreza, como si fuera producto de problemas técnicos neutrales; un proceso que la aísla de las estructuras estatales y mundiales.²⁴ Es probable que el discurso actual de salud mundial sobre las ETDs esté sobrevalorando la importancia de las tecnologías biomédicas como panacea contra de la pobreza, sin reconocer los muchos factores marginantes en los ambientes sociales, culturales, económicos, físicos y políticos en los que las poblaciones afectadas

viven.²⁵ Queda claro que los agentes “del desarrollo” (como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) han sobre-enfatizado la adopción de reformas organizacionales e institucionales en los países “en desarrollo”, mismas que tienen muy poco impacto sobre las ETDs.²⁶

Por consiguiente, existe una necesidad muy real y concreta de intervenciones técnicas, como: prevención básica, monitoreo e iniciativas de tratamiento; sin embargo, aunque estas intervenciones son vitales para aliviar la pobreza y la marginación, también se deberían reconocer los efectos persistentes de la inequidad. Si las intervenciones se limitan a las aplicaciones técnicas (por ejemplo, brindando tratamiento o vacunas) para unas cuantas enfermedades tropicales desatendidas, es posible que otras enfermedades las sustituyan en la promoción y la exacerbación de la pobreza.

Estigma social

Las enfermedades tropicales desatendidas tienden a producir desfiguraciones visibles, lo que, a su vez, puede ocasionar estigma social; un proceso caracterizado por exclusión, rechazo, devaluación o culpa.²⁷ La lepra, una enfermedad de este tipo, constituye quizá el ejemplo más claro de estigma social en salud; aunque también hay otras ETDs asociadas al estigma social (oncocercosis, filariasis linfática, plaga, úlcera de Buruli, leishmaniasis y mal de Chagas).²⁸

El estigma social es un mediador importante de la carga social y puede generar la invisibilidad y la marginación de las poblaciones afectadas. Además, puede derivar en aislamiento social, malestar emocional y una postergación del diagnóstico y del tratamiento. Es común que los afectados eviten ir a los servicios de tratamiento gratuito en las clínicas gubernamentales para que su condición individual no pueda ser identificable.²⁹

A pesar de que en la literatura se reconoce al estigma social desde un punto de vista individual (la exclusión social de individuos afectados llevada a cabo por sus pares), también hay necesidad de examinar el modo en que el estigma social actúa desde el punto de vista institucional, especialmente

con lo que respecta a la mayor marginación de poblaciones en riesgo por medio del silenciamiento político de estos temas, la falta de educación sobre estas enfermedades y, por consiguiente, la falta de programas de prevención y de tratamiento efectivos y socialmente apropiados.

El estigma social también puede ejercer influencia sobre el compromiso político del control de la enfermedad.³⁰ Por otro lado, aunque el estigma social asociado a las ETDs puede generar aislamiento social, dificultar el acceso a la atención y reducir la observancia del tratamiento, necesita ser puesto en contexto con otros factores estructurales, entre ellos: niveles de pobreza altos, servicios de salud pobres, altos costos de tratamiento, viajes dificultosos a los centros de salud y largos tiempos de espera en hospitales. Un enfoque estrecho sobre el estigma es un escollo metodológico y sobre-enfatiza el papel de la “cultura” en la mala salud, excluyendo factores políticos y económicos.³¹ Por ende, aunque el estigma es un factor contribuyente a la baja prioridad de las ETDs, debe ser colocado dentro del marco conceptual más amplio de factores sociales, económicos, políticos y biológicos; también debe hacerse un análisis desde un punto de vista institucional.

Competencia con las “tres grandes” enfermedades

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas están dirigidos a la erradicación de la pobreza a nivel mundial. El objetivo 6 es “combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades”; las ETDs no son explícitamente enfatizadas. Debido a que los objetivos son utilizados por agencias de “desarrollo” y por donantes como criterios para el establecimiento de prioridades, a menudo se cita la exclusión de las ETDs como motivo de su desatención. Por otro lado, su exclusión ha generado una competencia entre las enfermedades tropicales desatendidas y las “tres grandes” siempre consideradas: VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. Las comparaciones entre los dos grupos de enfermedades están presentes en toda la literatura.

La invisibilidad de las poblaciones afectadas por las ETDs (comparadas con aquellas que sufren las “tres grandes”) es motivo de preocupación. Algunos autores proponen que las condiciones que promueven las ETDs raramente se encuentran en grandes ciudades. Por el contrario, se concentran en áreas rurales donde se practica la agricultura de subsistencia o en barriadas urbanas y, por eso, a diferencia del VIH/SIDA, tienden a afectar a la “gente olvidada”.³² Por lo tanto, el confinamiento de la gente más pobre en áreas tropicales rurales también significa que, en la actualidad, las ETDs no amenazan a países más ricos, como lo hacen el VIH/SIDA y la tuberculosis.³³

El reparto de financiamientos para intervención constituye un punto de fuerte desacuerdo; especialmente si se toma en cuenta la equidad para los más empobrecidos y socialmente marginados. Entre los mil millones de personas más pobres del mundo, se ha estimado que sólo 40 millones están infectados de VIH, comparados con los 960 millones que están expuestos a las ETDs y que están probablemente infectados.³⁴ A pesar de que recientemente se ha logrado un progreso en el financiamiento de las ETDs, éste sigue siendo insuficiente.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) recientemente aumentó el financiamiento dirigido a las intervenciones contra ETDs: de 10 millones de dólares en 2008 a 25 millones en 2009; no obstante, este aumento sólo significó el 0.3% del total de la financiación para la salud mundial del Estado, USAID y los servicios de salud en 2009.³⁵ Similarmente, el financiamiento del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización Mundial de Comercio (OCDE, por sus siglas en inglés) los países, agencias para promover el desarrollo (y algunas agencias multilaterales, como el Fondo Mundial, sólo destinaron el 0.6% de la ayuda al desarrollo exterior a las ETDs. En cambio, la ayuda al VIH/SIDA fue del 36.3%, del 3.6% para la malaria y del 2.2% para la tuberculosis; una asignación que a menudo se dice no refleja las cargas a la salud de las enfermedades respectivas.^{36,37}

Aunque las comparaciones entre las “tres grandes” y las ETDs están presentes en la literatura, hay una falta de reconocimiento del papel que la política neoliberal de salud y el predominio de las iniciativas contra enfermedades específicas tienen en el surgimiento de esta competencia.

Aunque los sistemas de salud y las políticas de los países individuales son diferentes, debido al poder otorgado por la inequidad mundial a los donantes internacionales y a las instituciones de préstamo, la política mundial en salud refleja en conjunto un paradigma dominante basado en un enfoque neoliberal a la salud.³⁸ En la actualidad, la sobrevivencia en países empobrecidos es casi universalmente definida por la capacidad de los países “en desarrollo” de entrar y participar en los mercados mundiales a instancias de donantes y prestadores ricos.³⁹

Las reformas institucionales de tinte neoliberal, promovidas por los agentes “de desarrollo”, generalmente fomentan mayor participación del sector privado en los servicios de salud. Tales reformas tienden a incluir: la mercantilización de la atención en salud, la restricción de los servicios públicos a la provisión de programas de control de enfermedades, la maximización de la transferencia de fondos públicos a intereses privados, el aseguramiento de mercados para los bienes manufacturados y la reducción de la financiación nacional en salud y de la provisión pública con el fin de reducir los impuestos directos.⁴⁰

La disminución de la capacidad del sector público para proveer servicios de salud, tiene implicaciones serias. Debido a que las ETDs afectan principalmente a poblaciones marginadas y empobrecidas, las reformas basadas en el mercado al sector salud tienen la potencialidad de hacer que el costo y la disponibilidad a su atención queden aún más lejos del alcance de una gran cantidad de gente.

A pesar de los fracasos de la descentralización y de la privatización,⁴¹ uno de los esfuerzos más frecuentes de la reforma neoliberal a la salud es la proliferación de esquemas de participación público-privados (PPP); estas iniciativas rebasaron hace mucho a aquéllas financiadas por el presupuesto regular de la OMS.⁴² Las PPP

(también conocidas como “iniciativas sanitarias mundiales”) han estado recibiendo una proporción cada vez mayor de ayuda al desarrollo; mientras que el monto destinado a la atención primaria en salud ha disminuido.⁴³ La dominancia de las PPP ha contribuido al debilitamiento de los sistemas de salud nacionales de los países “en desarrollo”, mismos que se caracterizan ahora por su segmentación, su fragmentación, su excesiva burocratización y su ineficiencia.⁴⁴ Tales sistemas, debilitados, plagados por servicios limitados, bajos niveles de personal, defectos en la administración y falta de infraestructura y de información, a menudo no pueden proveer servicios adecuados (incluyendo el tratamiento de ETDs). Estos sistemas ineficientes y debilitados, justifican la continuación de los mismos programas que contribuyeron a su debilitamiento, permitiendo que los actores “del desarrollo” determinen las prioridades mundiales en salud, especialmente a través de su uso de modelos de intervención en enfermedades específicas.

En un primer momento, dichas intervenciones a enfermedades específicas fueron promovidas por el Banco Mundial como alternativas rentables por su costo-beneficio a la política de “atención primaria” integral de Alma Ata, que incluía la “prevención y el control de enfermedades endémicas a nivel local”; hecho potencialmente significativo para muchas ETDs endémicas.⁴⁵ Sin embargo, las políticas mundiales neoliberales en salud mundial de la actualidad promueven un enfoque de programas específicos por enfermedad, que a menudo tienen un modelo estrecho, administrado de manera central y que emplea un enfoque jerárquico en el desarrollo de protocolos y políticas.⁴⁶

Las implicaciones del financiamiento de una enfermedad en lugar de otras a través de tales programas específicos, son severas. Por ejemplo, mientras que pacientes VIH positivos reciben atención de los proveedores por enfermedad específica, aquéllos con otras enfermedades puede que no tengan derecho a recibir atención, que reciban mala atención o que tengan que pagar por los servicios.⁴⁷ Además de fomentar competencia entre los recursos, los programas específicos tienen varias limitaciones (como la estrecha gama de tratamientos, su dependencia a financiamientos

externos y la fuga de cerebros).⁴⁸ Por último, los modelos centrados en una enfermedad, a menudo restan poder de toma de decisiones a las comunidades y dependen de consultores extranjeros para la ayuda técnica y para la definición de metas.⁴⁹ Además, la sustentabilidad de los programas específicos ha sido cuestionada.⁵⁰

Para las ETDs, las consecuencias de los programas enfocados a enfermedades específicas son claras: competencia por los recursos de los actores mundiales en salud externos y sistemas de atención primaria debilitados. Uno de las consecuencias más significativas de la prevalencia de los programas específicos de salud, es que su enfoque estrecho sobre una pequeña cantidad de enfermedades necesariamente fuerza la competencia por los recursos y profundiza la desatención. Por lo tanto, las “tres grandes” han recibido la mayoría de los recursos y del financiamiento, mientras que las ETDs han permanecido ignoradas.

La subestimación de las cargas de enfermedad

Un problema relacionado es el establecimiento de prioridades. Para determinar cómo asignar los recursos, los hacedores de políticas mundiales se basan a menudo en los datos de carga de la enfermedad. Sin embargo, los métodos que se usan para calcularlos han fomentado la invisibilidad de las ETDs por medio de su subestimación sistemática.

El “estándar de oro” de la carga de la enfermedad: la carga global de la enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) reportó que once ETDs fueron responsables de aproximadamente 177,000 muertes a nivel mundial en 2002 y de cerca de 20 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) o 1.3% de la carga global de la enfermedad y de lesiones.⁵¹

No obstante, la literatura sobre ETDs afirma que la GBD subestima de manera drástica la carga de las ETDs. Un cálculo reciente encontró que las ETDs causan aproximadamente 534,000 muertes por año; cinco enfermedades son responsables de más de 400,000 muertes. Este cálculo también reveló que la “carga por discapacidad” causada por enfermedades crónicas es más importante, las

ETDs ocupan el segundo lugar (después del VIH/SIDA) como causa de carga de la enfermedad, lo que implica cerca de 57 millones de AVAD por año.⁵² Además, se necesita urgentemente mejorar la calidad de la recolección de datos en las regiones afectadas por ETDs; datos de mala calidad pueden tener como consecuencia un cálculo demasiado bajo.⁵³

Algunos estudios encontraron que el “peso” por discapacidad atribuido a la carga por enfermedad de ETDs específicas está subestimado. En el caso de la esquistosomiasis, una reevaluación basada en la evidencia encontró que una tasa de discapacidad más precisa sería del 2-15%, por la observación de morbilidades vinculadas a la discapacidad; lo que contrasta con el cálculo de la OMS del 0.5% de peso por discapacidad.⁵⁴ De manera similar, los pesos por discapacidad recalculados por otro estudio sobre esquistosomiasis fueron entre 7 y 46 veces mayores que el peso por discapacidad actual de GBD.⁵⁵ En la misma medida, una revisión del impacto sobre la salud de enfermedades parasitarias (particularmente la infección por la infección por helmintos) encontró que los actuales métodos de cálculo del sector salud, utilizados para calcular la morbilidad mundial potencial por enfermedades parasitarias, subestiman el impacto del poliparasitismo sobre la salud.⁵⁶

Algunos autores han señalado fallas inherentes al modelo de AVAD, que tienen como consecuencia la subestimación sistemática de la importancia de ETDs. Señalan especialmente el hecho de que no se toman en cuenta ni sus complicaciones más comunes (como la anemia y la desnutrición), ni se registra la discapacidad causada por las infecciones concurrentes (muy comunes), con el fin de evitar sobreestimar los años de vida reales.⁵⁷

Los cálculos disminuidos de la carga de la enfermedad para ETDs refuerzan las dinámicas de poder inherentes a la política mundial en salud y cuestionan la legitimidad de la representación de grupos marginados y vulnerables en el contexto del establecimiento de prioridades en salud. Queda claro que las políticas en salud se desarrollan en el contexto de intereses sociales competitivos y de conflictos de poder abiertos y encubiertos.⁵⁸ Las políticas mundiales en salud que realizan cálculos bajos y, por lo tanto, subestiman enfermedades que

afectan a poblaciones marginadas y vulnerables, reproducen fuerzas sociales de gran escala que tienen sus raíces en procesos históricos y económicos. Además, profundizan la inequidad mundial al ocultar estas enfermedades y el sufrimiento que generan.

Falta de investigación y desarrollo

El estancamiento en la investigación y en el desarrollo (tanto de estudios epidemiológicos, como de intervención y de nuevos medicamentos) es una cuestión importante. Las ETDs son estudiadas en menor medida que otras enfermedades con AVADs comparables; el número de artículos sobre ETDs es de 5 a 8 veces menor que el de enfermedades con impactos similares.⁵⁹ La investigación y el desarrollo son especialmente importantes para crear tratamientos más económicos, más seguros y más efectivos. La mayoría de los medicamentos utilizados en el tratamiento de estas enfermedades fueron desarrollados en tiempos coloniales. Son, además, con frecuencia, caros, difíciles de administrar y de tolerar y generan resistencia.⁶⁰ No obstante, sólo el 1.1% de los nuevos medicamentos puestos a disponibilidad del público entre 1975 y 1999 estaban destinados al tratamiento de las ETDs (a pesar de programas de incentivos y asociaciones público-privadas destinados al mejoramiento del desarrollo de medicamentos). La industria farmacéutica argumenta que la investigación y el desarrollo son demasiado costosos y arriesgados como para invertir en ETDs de “bajo rendimiento”.⁶¹

En la discusión de la falta de investigación y desarrollo, la literatura sobre ETDs generalmente adopta una perspectiva crítica amplia y enfatiza la importancia de los modelos en salud basados en el mercado y la responsabilidad de los actores mundiales. Por ejemplo, esta falta de investigación y desarrollo no se debe a brechas en el conocimiento, sino al paradigma de desarrollo de medicamentos basado en el mercado. Los científicos cuentan con gran conocimiento sobre los organismos que causan la enfermedad del sueño, el mal de Chagas y la leishmaniasis, pero como las poblaciones afectadas por éstas no tienen poder adquisitivo, no hay un incentivo económico para que las compañías farmacéuticas desarrollen

medicamentos apropiados.⁶² Hace poco se introdujo un programa de bonos para tratar de mitigar la falta de desarrollo. Sin embargo, aunque es probable que logre éxitos a corto plazo, estos programas no conducen sistemáticamente a un mejoramiento sostenido, y pueden tener consecuencias importantes no deliberadas.⁶³ Por consiguiente, la falta de investigación y desarrollo en el área de las ETDs no es producto de la baja demanda o de una dificultad científica, sino de un modelo basado en el mercado que subestima el desarrollo de medicamentos para poblaciones pobres.

Conclusión

Dada la inmensidad de los retos y del sufrimiento causado por las ETDs, así como por el arraigo de los factores que las exacerbaban; el futuro podría parecer gris. No obstante, sí es posible disminuir el grado en el que las inequidades económicas se ven plasmadas en disparidades sociales. Intervenciones proximales, que no parecerían estar en el campo tradicional de la “medicina clínica”, pueden disminuir la carga por enfermedad. Por otro lado, las intervenciones estructurales también pueden tener impactos importantes.⁶⁴ Ya se han tenido algunos progresos recientes en la prevención y el control de la ETDs, principalmente a través de un aumento en su financiamiento. Uno a gran escala de los EEUU y del Reino Unido ha permitido la implantación de iniciativas integradas de control de ETDs en África subsahariana, así como también en Bangladesh, Nepal y Haití.⁶⁵

Estos progresos hacen surgir esperanzas en la batalla en contra de las ETDs; no obstante, queda claro que sin atender los múltiples factores de su baja prioridad, es posible que un grupo de éstas simplemente sea remplazado por otro. Es fundamental reconocer el modo en que la desatención, la falta de infraestructura, de servicios, de investigación, de desarrollo, de financiamiento para intervenciones y la subestimación de la carga de la enfermedad y del estigma social estén intrínsecamente vinculados al contexto social más amplio de inequidad social, a la política de salud neoliberal, a la prevalencia de intervenciones en contra de enfermedades específicas, a la pobreza y al profundo aislamiento social.

Sin reconocer a la inequidad social y a los mecanismos que la refuerzan, se tendrá poco progreso en el alivio del sufrimiento de la gente más vulnerable y marginada del mundo. Los defensores de la eliminación de las ETDs necesitan incorporar estrategias integrales para trabajar no nada más sobre su desatención, sino también sobre los contextos sociales que la han creado.

Referencias

- 1 World Health Organization. *Intensified control of neglected diseases: report of an international workshop, Berlin, 1-12 December, 2003*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004, p. 8.
- 2 World Health Organization Internet. Geneva: World Health Organization (2010). Neglected Tropical Diseases. updated 2011 Jan 12, cited 2010 April 1. Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/en/
- 3 Hotez, P.J., Fenwick, A., Savioli, L., Molyneux, D. Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *Lancet*. 2009; 373: 1570-1575.
- 4 World Health Organization Internet. Geneva: World Health Organization (2010). Neglected Tropical Diseases. updated 2011 Jan 12, cited 2010 April 1. Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/en/
- 5 Hotez, P.J., Molyneux, D., Fenwick, A., Ottesen, E., Sachs, S.E., Sachs, J.D. Incorporating a Rapid-Impact Package for Neglected Tropical Diseases with Programs for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. *PLoS Neglected Tropical Disease*. 2006; 3, 5: 577-578.
- 6 Van Dijk, T.A. Critical Discourse Analysis. In Deborah Schiffrin, Deborah Tannen, & Heidi E. Hamilton (Eds.), *The Handbook of Discourse Analysis*. (pp. 352-371). Oxford: Blackwell, 2001.
- 7 Seidel, G. The Competing Discourse of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs Discourse of Control and Exclusion. *Social Science & Medicine*. 1993; 36, 3: 175-194.
- 8 Garoon, J.P., Duggan, P.S. Discourses of disease, discourses of disadvantage: A critical analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans. *Social Science & Medicine*. 2008; 1133-1142.
- 9 Seidel, G. The Competing Discourse of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs Discourse of Control and Exclusion. *Social Science & Medicine*. 1993; 36, 3: 175-194.
- 10 Hunt, P., Steward, R., Bueno de Mesquita, J., Oldring, L. Neglected diseases: A human rights analysis. Special topics in social, economic and behavioural research report series no. 6. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2007.
- 11 Manderson, L., Aagaard-Hansen, J., Allotey, P., et al. Social Research on Neglected Diseases of Poverty: Continuing and Emerging Themes. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009; 3, 2: e332. doi:10.1371/journal.pntd.0000332
- 12 Conteh, L., Engels, T., Molyneux, D.H. Socioeconomic aspects of neglected tropical diseases. *Lancet*. 2010; 375, 9710: 239-247. doi:10.1016/S0140-6736(09)61422-7
- 13 Hotez, P.J., Fenwick, A., Savioli, L., Molyneux, D. Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *Lancet*. 2009; 373: 1570-1575.
- 14 Kindhauser, M., editor. *Communicable diseases 2002: Global defence against the infectious disease threat*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
- 15 Manderson, L., Aagaard-Hansen, J., Allotey, P., et al. Social Research on Neglected Diseases of Poverty: Continuing and Emerging Themes. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009; 3, 2: e332. doi:10.1371/journal.pntd.0000332
- 16 Wermuth, L. *Global Inequality and Human Needs: Health and Illness in an Increasingly Unequal World*. Boston: Allyn and Bacon; 2003; p. 48-49.
- 17 Mukherjee, J.S. Diagnosing Global Injustice. In: Fort, M., Mercer, M.A., Gish, O., Gloyd, S., editors. *Sickness and Wealth: The Corporate Assault on Global Health*. Cambridge, MA: South End Press. 2004; p. xii-xvi.
- 18 Manderson, L., Aagaard-Hansen, J., Allotey, P., et al. Social Research on Neglected Diseases of Poverty: Continuing and Emerging Themes. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009; 3, 2: e332. doi:10.1371/journal.pntd.0000332
- 19 Sachs, J.D., Mellinger, A.D., Gallup, J.L. The Geography of Poverty and Wealth. *Scientific American*. 2001; 71-74.
- 20 Hotez, P.J., Fenwick, A., Savioli, L., Molyneux, D. Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *Lancet*. 2009; 373: 1570-1575.
- 21 Mukherjee, J.S., Farmer, P.E. Infectious Diseases. In: Levy, B.S. & Sidel, V.W., editors. *Social Injustice and Public Health*. New York: Oxford University Press. 2006; p. 220-237.
- 22 Hotez, P.J. Devastating Global Impact of Neglected Tropical Diseases. Internet c2009 August cited 2010 May 1. *Microbe Magazine*. Available from:

http://www.microbemagazine.org/index.php?option=com_content&view=article&id=536:devastating-global-impact-of-neglected-tropical-diseases&catid=187:featured&Itemid=254

- 23 Hotez, P.J., Fenwick, A., Savioli, L., Molyneux, D. Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *Lancet*. 2009; 373: 1570-1575.
- 24 Ferguson, J. The Anti-Politics Machine: "Development," Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. 1994. p. 256.
- 25 Allotey, P., Reidpath, D.D., Pokhrel, S. Social sciences research in neglected tropical diseases 1: the ongoing neglect in the neglected tropical diseases. *Health Research Policy and Systems*. 2010; 8,32. Available from <http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/32>
- 26 Sachs, J.D., Mellinger, A.D., Gallup, J.L. The Geography of Poverty and Wealth. *Scientific American*. 2001; 71-74.
- 27 Weiss, M.G., Ramakrishna, J. Stigma interventions and research for international health. *Lancet*. 2006; 367: 536-538.
- 28 Weiss, M.G. Stigma and the Social Burden of Neglected Tropical Diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2008; 2, 5: e237. doi: 10.1371/journal.pntd.0000237.
- 29 Perera, M., Whitehead, M., Molyneux, D., Weerasooriya, M. & Gunatilleke, G. Neglected Patients with a Neglected Disease? A Qualitative Study of Lymphatic Filariasis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2007; 1, 2: e128. doi:10.1371/journal.pntd.0000128
- 30 Weiss, M.G. Stigma and the Social Burden of Neglected Tropical Diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2008; 2, 5: e237. doi: 10.1371/journal.pntd.0000237.
- 31 Ribera, J.M., Grietens, P., Toomer, E., Hausmann-Muela, S. A Word of Caution against the Stigma Trend in Neglected Tropical Disease Research and Control. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009; 3(10): e445. doi:10.1371/journal.pntd.0000445
- 32 Hotez, P.J. Devastating Global Impact of Neglected Tropical Diseases. Internet c2009 August cited 2010 May 1. *Microbe Magazine*. Available from: http://www.microbemagazine.org/index.php?option=com_content&view=article&id=536:devastating-global-impact-of-neglected-tropical-diseases&catid=187:featured&Itemid=254
- 33 Musgrove, P., Hotez, P.J. Turning Neglected Tropical Diseases into Forgotten Maladies. *Health Affairs*. 2009; 28,6: 1691-1701.
- 34 Molyneux, D.H. Neglected tropical diseases – beyond the tipping point? *Lancet*. 2010; 375: 3-4.
- 35 Global Health Council. Internet. c2010 August 3. cited 2010 December 11. Washington: Global Health Council. Foreign Assistance and Related International Health Programs Funding Chart. Available from: http://www.globalhealth.org/images/pdf/public_policy/foreign_assistance_chart.pdf
- 36 Liese, B.H., Schubert, L. Official development assistance for health—how neglected are neglected tropical diseases? An analysis of health financing. *International Health*. 2009; 1: 141-47.
- 37 Molyneux, D.H. Neglected tropical diseases – beyond the tipping point? *Lancet*. 2010; 375: 3-4.
- 38 Homedes, N., Ugalde, A. Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71, 1: 83-96. doi:10.1016/j.healthpol.2004.01.011
- 39 Paluzzi, J.E. Primary Health Care since Alma Ata: Lost in Bretton Woods? In: Castro, A., Singer, M., editors. Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination. Walnut Creek, CA: Altamira Press; 2004. p. 63-77.
- 40 Unger, J., Van Dessel, P., Sen, K., De Paepe, P. International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link? *Reproductive Health Matters*. 2009; 17, 33: 91-104.
- 41 Homedes, N., Ugalde, A. Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71, 1: 83-96. doi:10.1016/j.healthpol.2004.01.011
- 42 Maciocco, G. From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy. *Social Medicine Journal*. 2008; 3, 1: 36-48.
- 43 Unger, J., Van Dessel, P., Sen, K., De Paepe, P. International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link? *Reproductive Health Matters*. 2009; 17, 33: 91-104.
- 44 Unger, J., Van Dessel, P., Sen, K., De Paepe, P. International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link? *Reproductive Health Matters*. 2009; 17, 33: 91-104.
- 45 Maciocco, G. From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy. *Social Medicine Journal*. 2008; 3, 1: 36-48.
- 46 Paluzzi, J.E. Primary Health Care since Alma Ata: Lost in Bretton Woods? In: Castro, A., Singer, M., editors. Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination. Walnut Creek, CA: Altamira Press; 2004. p. 63-77.
- 47 De Maeseneer, J., van Weel, C., Egilman, D., Mfenyana, K., Kaufman, A., Sewankambo, N., et al. Funding for Primary Care in Developing Countries. *BMJ*, 2008; 336, 518-519.
- 48 De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, M. L., Billings, M. Internet Primary health

- care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of CSDH. c2007 March cited 2010 August 21. Health Systems Knowledge Network, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf
- 49 Hall, J.J., Taylor, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Medical Journal of Australia*, 2003; 178, 17-20.
- 50 Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas, A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington DC: Pan American Health Organization; 2007.
- 51 Mathers, C.D., Ezzati, M., Lopez, A.D. Measuring the Burden of Neglected Tropical Diseases: The Global Burden of Disease Framework. *PLoS Negl Trop Dis*. 2007; 1, 2: e114. doi:10.1371/journal.pntd.0000114
- 52 Hotez, P.J., Molyneux, D., Fenwick, A., Ottesen, E., Sachs, S.E., Sachs, J.D. Incorporating a Rapid-Impact Package for Neglected Tropical Diseases with Programs for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. *PLoS Neglected Tropical Disease*. 2006; 3, 5: 577-578.
- 53 Singer, B.H., Ryff, C.D. Neglected tropical diseases, neglected data sources, and neglected issues. *PLoS Negl Trop Dis*. 2007; 1, 2: e104. doi:10.1371/journal.pntd.0000104
- 54 King, C.H., Dickman, K., Tisch, D.J. Reassessment of the cost of chronic helminthic infection: a meta-analysis of disability-related outcomes in endemic schistosomiasis. *Lancet*. 2005; 365, 9470: 1561-1569. doi:10.1016/S0140-6736(05)66457-4
- 55 Finkelstein, J.L., Schleinitz, M.D., Carabin, H., McGarvey, S. Decision-model estimation of the age-specific disability weight for schistosomiasis japonica: a systematic review of the literature. *PLoS Neglected Tropical Disease*. 2008; 2, 3: e158 doi:10.1371/journal.pntd.0000158
- 56 Pullan, R., Brooker, S. The health impact of polyparasitism in humans: are we underestimating the burden of parasitic disease? *Parasitology*. 2008; 135, 7: 783-794. doi:10.1017/S0031182008000346
- 57 King, C.H., Bertino, A. Asymmetries of Poverty: Why Global Burden of Disease Valuations Underestimate the Burden of Neglected Tropical Diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2008; 2, 3: e209 doi:10.1371/journal.pntd.0000209
- 58 Castro, A., Singer, M. Anthropology and Health Policy: A Critical Perspective. In: Castro, A., Singer, M. editors. *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, CA: Altamira Press; 2004. p. xi-xx.
- 59 Vanderelst, D. & Speybroeck, N. Quantifying the Lack of Scientific Interest in Neglected Tropical Diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010; 4, 1: e576. doi:10.1371/journal.pntd.0000576
- 60 Pécoul, B. New drugs for neglected diseases—From pipeline to patients. *PLoS Medicine*. 2004; 1, 1: e6. doi: 10.1371/journal.pmed.0010006
- 61 Trouiller, P., Olliaro, P., Torreele, E., Orbinski, J., Laing, R., Ford, N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public health policy failure. *Lancet*. 2002; 359: 2188-2194.
- 62 Pécoul, B. New drugs for neglected diseases—From pipeline to patients. *PLoS Medicine*. 2004; 1, 1: e6. doi: 10.1371/journal.pmed.0010006
- 63 Kesselheim, A.S. Drug Development for Neglected Tropical Diseases – The Trouble with FDA Review Vouchers. *New England Journal of Medicine*. 2008; 359, 19: 1981-1983.
- 64 Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S., Keshavjee, S. Structural Violence and Clinical Practice. *PLoS Medicine*. 2006; 3, 10: 1686-1691.
- 65 Musgrove, P., Hotez, P.J. Turning Neglected Tropical Diseases into Forgotten Maladies. *Health Affairs*. 2009; 28,6: 1691-1701.

Recibido: 09 de junio de 2011.

Aprobado: 05 de agosto de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos