

La epidemiología en la formulación de políticas, planificación y administración de los servicios de salud

Milton Terris

Editor. Journal of Public Health Policy

La epidemiología fue definida por Morgan en 1937 (?), como la ciencia que estudia los fenómenos relativos a las enfermedades infecciosas. Se empezó a estudiar la epidemiología de la diabetes, la gastritis, la úlcera, el cáncer, la hipertensión, las enfermedades bucales, los efectos de la contaminación ambiental, entre otros. Más aún, se han cuestionado procedimientos clínicos como por ejemplo: la cirugía radical para cáncer de seno, la cirugía para el tratamiento del cáncer del pulmón; sometiendo cada vez más material médico convencional a la crítica contra las herramientas de la epidemiología, para determinar sus efectos en los resultados finales de una situación.

En los Estados Unidos, hay muchos estudios epidemiológicos que confirman que al menos entre un 25% y un 30% de los procedimientos médicos convencionales, no le hacen ningún bien a la salud del paciente, ni mucho menos al servicio de salud que lo está atendiendo. Si esto se sabe con anterioridad, todos salen ganando y se estará ahorrando dinero.

McMahon dice que epidemiología, es el estudio de la distribución de la enfermedad y los epidemiólogos ya han ido más allá. Ellos están investigando la salud de una manera positiva. Están estudiando categorías como por ejemplo: la vitalidad humana, el desarrollo del hombre a través de estudios recien-

tes como el efecto de nutrición de la madre, en el desarrollo y crecimiento del niño.

Actualmente, los epidemiólogos han iniciado la importante tarea de someter los métodos y la organización de los sistemas de salud, al escrutinio y evaluación de la epidemiología, determinándolos a través de los efectos en los resultados que producirá en la salud de los pacientes.

Les insisto mucho a mis colegas, en la necesidad de evaluar la organización de los sistemas de salud con el recurso de los epidemiólogos, más ahora con el recurso que tenemos de los computadores. Les daré un ejemplo: ¿es mejor tener internistas y pediatras, que es a donde va la clase alta, o tener un médico de familia? En el Canadá, el 50% de los médicos, son médicos de familia, en Estados Unidos se utilizan más los especialistas.

Es muy fácil hacer un estudio de casos y controles, simplemente toman una ciudad, le colocan médicos de familia, y a otra ciudad le colocan especialistas. De esta manera se estará haciendo un estudio epidemiológico, que está dentro de la tradición experimental.

Es por esto que yo defino a la epidemiología de una manera muy simple: la epidemiología es el estudio de la salud de las **poblaciones humanas**.

La epidemiología tiene cuatro funciones:

1. Descubrir los factores ambientales que tienen que ver con

la salud de las personas, a fin de proveer las bases científicas para la prevención de la enfermedad, de los accidentes y para la promoción de la salud.

2. Determinar la importancia relativa de las causas de enfermedad, incapacidad y muerte, con el fin de establecer prioridades de investigación y de acción.

3. Identificar a aquellos sectores de la población que tienen mayores riesgos de causas específicas de enfermedad, con el fin de indicar la acción que debe tomarse.

4. Evaluar la efectividad de los programas de los servicios de salud, con el fin de mejorar la salud de la población a través de métodos instrumentales.

Quiero discutir ahora, el cambio en el patrón epidemiológico en las Américas.

En los Estados Unidos y en otros países industrializados, este cambio se hizo cada vez más aparente. En el segundo cuatrenio de este siglo, la conquista de las enfermedades infecciosas dejó como primera causa de muerte y de incapacidad, las enfermedades no infecciosas. En la actualidad, este proceso se ha extendido a todas las Américas. Allí, las causas de muerte entre 1980 y 1984 fueron las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, las perinatales y los accidentes.

Las infecciones intestinales conservan todavía el primer lugar como causa de muerte en el Ecuador y en Guatemala, el segundo en

Honduras y en Perú, el tercer lugar en México, la cuarta causa en Paraguay y la quinta en El Salvador y en Surinam.

La mortalidad producida por enfermedades crónicas no transmisibles, término que utiliza la Organización Panamericana de la Salud aunque a mí no me gusta, se continúa incrementando como el porcentaje de mortalidad en las Américas, excluyendo los datos que tienen que ver con los accidentes. Recuerden que esta es una subestimación, porque las heridas tanto las que son causadas por accidentes como las que no lo son, están por fuera por una razón que yo todavía no entiendo.

La mortalidad por causa de enfermedades crónicas no transmisibles, cuando hacemos la comparación entre 1970 y 1980, tenemos que en América del Norte que comprende Estados Unidos y Canadá, fue del 75%, pero para los países de Suramérica, este porcentaje pasó del 54% en 1970 al 57% en 1980. Para los países de América Tropical —aquí se incluye a Colombia— pasó del 22% al 45% y para Centroamérica que incluye a México y Panamá, pasó del 18% al 28% en estos diez años.

Estas características de cambio epidemiológico de los perjuicios para la salud, hacen necesario también un cambio en nuestra manera de hacer la planeación de la salud. Si lo hacemos así, nuestros esfuerzos serán coronados con un éxito extraordinario para prevenir la enfermedad, la incapacidad y la muerte. Ahora ya no somos impotentes como

eramos antes, porque en las pasadas cuatro décadas, los epidemiólogos han diseñado poderosas armas para combatir la mayoría de las causas de muerte.

Veamos ahora, las seis primeras causas de muerte en las Américas:

— *La enfermedad cardíaca es la primera causa* y es debida a una dieta rica en grasas saturadas en colesterol, también se debe a una alta presión arterial a causa del hábito de fumar cigarrillo y de la falta de ejercicios. Todas estas causas son susceptibles de mejoría por medio de un programa de salud preventiva.

— *El cáncer* se debe a muchos factores etiológicos. La radiación, el tabaco, el licor y muchos otros cancerígenos químicos, son factores susceptibles de disminuir, con un programa de salud pública que trate de prevenir que el agente llegue al huésped a través del establecimiento de barreras ambientales.

— *Las enfermedades cerebrovasculares*, su factor de riesgo, que es la alta presión arterial puede prevenirse efectivamente.

— *Los accidentes*, son la cuarta causa de mortalidad, pero son la primera si la consideramos en términos de años de vida potencialmente perdidos y más aún cuando los accidentes no son tan accidentales. Estudiando bien, se encuentra que hay factores relacionados con el agente específico, con el huésped y con el ambiente que pueden ser prevenidos a través de programas puntuales de salud pública.

— *La enfermedad pulmonar crónica que es la quinta causa de muerte* más importante para América del Norte, lamentablemente no se obtuvieron datos para toda América, se debe o depende casi en su totalidad al del hábito de fumar cigarrillo.

— *Y la enfermedad crónica hepática y la cirrosis que son la sexta causa de muerte*, se debe casi en su totalidad al consumo de alcohol, pero esto es enteramente prevenible.

En la mayoría de los países de las Américas y en todo el mundo, la planeación en salud está todavía orientada médicamente. La principal preocupación la constituyen las entradas, los recursos, el número de camas hospitalarias, el número de médicos, y otros, pero no interesan los resultados. Recientemente ha habido un interés en los gastos; los estudios de costos se han vuelto la meta principal de la planeación y de la política en salud y esto es llamado como un lema: *la privatización de la salud*. Pero detrás de todo esto, lo que hay es un recorte de presupuesto. Esta es la ideología Reagan-Tatcher, que ahora es lo más común en los países industrializados y que está siendo exportada a los países en vía de desarrollo por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

La necesidad de cambiar una planeación en salud orientada por la epidemiología, a una planeación en salud orientada por los resultados en términos de incapacidad, vejez y muerte, fue propuesta por primera vez por el gobierno canadiense en 1974. Este reporte señaló que gran-

des sumas de dinero, se estaban empleando en el tratamiento de enfermedades que pudieron haber sido prevenidas y que se necesitaba desarrollar una estrategia con base en objetivos que incluyeran la revisión específica de la incidencia de las primeras causas de mortalidad, así como también el establecimiento de fechas específicas para las cuales estas revisiones deberían ser logradas.

Esta estrategia de revisión de objetivos, fue adoptada formalmente por el Servicio de Salud Pública Norteamericano en 1979. Pero ya había comenzado la campaña de prevención de enfermedades en los años sesenta. Entre 1965 y 1987, la prevalencia ajustada por edad de hábito de fumar pasó del 52% al 31% en los hombres y del 34% al 27% en las mujeres.

Y ahora, déjenme darles algunos datos que de pronto no tienen ningún punto de comparación en la historia de la salud pública.

Entre 1970 y 1977, la tasa de mortalidad ajustada por edad para enfermedades cardíacas, rebajó en un 33% en diecisiete años; la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en un 55%; la de accidentes en un 35% y la de enfermedad crónica hepática y cirrosis en un 40%. Como esas causas eran muy importantes en el perfil epidemiológico, la tasa general de mortalidad disminuyó en un 25% en esos diecisiete años.

Este hecho de salud pública sin precedentes en la historia, lo que quiere decir es que hay una expe-

riencia que debe ser aprovechada por los otros países, pero no solamente por los éxitos, sino por las fallas que hemos tenido, especialmente el impacto limitado en educación en salud en los sectores de la población menos educados.

Esta estrategia de orientar la planeación por la metodología epidemiológica, tener objetivos específicos en salud, ha sido adoptada por países como Australia, la India y probablemente por otros países. En el área del Caribe ha sido establecida únicamente por Cuba.

La razón por la cual hay esta ausencia de una planeación en salud orientada por la epidemiología en casi todas las Américas, se me hizo clara cuando tuve el privilegio de asistir a cinco congresos de epidemiología durante los últimos dos años. Estuve en Venezuela, en la República Dominicana, en Brasil, en Cuba y en Guatemala.

En estos congresos sorprendentemente siempre había un gran número de epidemiólogos. Esto me lleva al convencimiento, de que hay un renacimiento de la epidemiología en América Latina. Estos congresos han sido de muy buena calidad, los estudios presentados maravillosos, las conclusiones sacadas excelentes, incluyendo estas Terceras Jornadas Nacionales. Sin embargo, en estas actividades académicas, no se ha hecho suficiente énfasis sobre las implicaciones que tienen los hallazgos epidemiológicos para los programas de salud pública

en lo que tiene que ver con la planeación y la administración en Salud.

La separación entre teoría y práctica, entre el medio académico y donde realmente se prestan los servicios de salud, sigue existiendo. En estos congresos ha habido muy poca discusión sobre el uso de la epidemiología aplicada—enfaticando que epidemiología aplicada es salud pública, es el establecimiento de prioridades diagnósticas, es la aplicación para establecer programas de acción, para evaluar programas de asistencia— esto debe ser cambiado urgentemente. Un desarrollo importante en los últimos años, es el reconocimiento de la promoción de la salud, entendiéndose como el logro de mejores y más saludables condiciones de vida. Es esencial la labor de la salud pública, ya que sus tareas tienen que ver con el mejoramiento de la calidad de vida y la capacidad funcional, con prevenir la enfermedad y las heridas, con el tratamiento de las enfermedades y con la rehabilitación de los discapacitados.

Es por esto que en la Carta de Salud de Ottawa adoptada en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1986, se señaló textualmente:

"Los recursos fundamentales para la salud son: la paz, la vivienda, la alimentación, la educación, un ingreso adecuado, un ecosistema estable. El mejoramiento de la salud, requiere de todos estos componentes como pre-requisitos"

Vamos a hablar ahora sobre prioritizaciones. Los epidemiólogos deben jugar un papel más importante en el ambiente político. Deben ayudarles a estas personas, a determinar las prioridades de la salud pública. Y no sólo ayudarlos, convencerlos de esas prioridades. En todos los países de América, así como en el resto del mundo, se le da prioridad a los servicios asistenciales y los servicios preventivos reciben solamente la limosna. La importancia de la prevención puede que se reconozca mucho en el discurso, igualmente se le rinde honores a la promoción, pero en la práctica esta importancia resulta negada. Los profesionales médicos, orientan la salud pública hacia el tratamiento e infortunadamente los gobiernos privilegian este aspecto como el más importante, porque políticamente es más popular. Entonces ellos simplemente le dan la razón a la gente para tenerla contenta, porque la población en medio de su ignorancia, en estos aspectos, se hace al lado de los médicos y creen que la salud es igual a la prestación de los servicios para el tratamiento de las enfermedades.

A pesar de que se hable de la importancia de la promoción en salud, la equidad en la prestación de los servicios, no se ha correspondido con una buena salud de la población. Tanto en Inglaterra como en Gales, la inequidad en la mortalidad, se ha venido anunciando en estudios que se han realizado. Ni en Gran Bretaña con el establecimiento del Servicio Nacional de Salud, ni tampoco en Canadá con un sistema de salud, se ha alcanzado equidad en la salud.

Hacia finales de los años setenta en Canadá, las diferentes expectativas de salud de la gente de bajo nivel socio-económico con el de alto, era de 4,4 años —eso en cuanto a expectativa de vida—. Pero si hablamos de expectativa de vida saludable, esa diferencia es de 11 años. La gente pobre en Canadá vive solamente en promedio 55 años vividos sanamente, sin discapacidad. Mientras que los homónimos de la clase alta, viven 76 años.

Estos datos muestran que la prestación de los servicios médicos, no es el factor más importante para lograr la equidad en salud. Los más importantes determinantes del estado de salud son: la promoción de la salud, a través del mejoramiento de las condiciones de vida y la prevención de las enfermedades y los accidentes.

Infortunadamente hay mucha confusión con relación al término promoción de la salud y prevención, ya que para referirse a estos dos términos se usan indistintamente. En los Estados Unidos por ejemplo, la promoción de la salud, se define como cambiar los estilos de vida para lograr la prevención de la enfermedad. Mientras en Canadá y en Europa, de acuerdo con la Carta de Promoción de la Salud, se define como el mejoramiento de las condiciones de vida, esto es paz, vivienda, mejores ingresos, educación, alimentación, un ecosistema estable, justicia social y equidad.

En los Estados Unidos se tiene la prevención de la enfermedad, pero no importa mucho mejorar

las condiciones de vida, en Canadá y en Europa, se está enfatizando sobre mejorar las condiciones de vida y hacer prevención de las enfermedades, con base en datos epidemiológicos. Realmente en Europa, en este momento se está pidiendo una nueva salud pública que erróneamente ha caracterizado a la epidemiología, como la disciplina que trata de prevenir las enfermedades a través del modelo médico. En Estados Unidos hay voces contra una epidemiología basada en programas de prevención, sobre la base de que no se logran cambios en el estado de salud y en la ausencia de profundos cambios políticos y sociales, en cambio en Canadá y en Europa, denigran del valor de los programas preventivos, si no se tiene entendimiento de las bases científicas de la investigación epidemiológica.

¿Qué es más importante, la prevención de la enfermedad o las condiciones de vida? La respuesta es: ambas. En el corto plazo, probablemente la prevención sea más importante, porque podremos obtener disminuciones de la mortalidad, incapacidad y muerte en períodos

relativamente cortos de tiempo y con menor costo. Las condiciones de vida, probablemente sean más importantes a largo plazo y por esto no podemos quedarnos pensando en que no vamos a lograr un cambio en las condiciones de vida rápidamente. Toma décadas, lograr lo que propone la Carta de Ottawa, no sólo para los países industrializados, sino para aquellos en vía de desarrollo.

Es hora de que nosotros los salubristas hagamos ambas cosas: prevención de la enfermedad y promoción de la salud, haciendo más énfasis en este último punto, identificando las herramientas que han sido desarrolladas por los epidemiólogos para prevenir las enfermedades más mortales, las del corazón, las cerebrovasculares, las infecciosas, el cáncer, la cirrosis, las enfermedades ocupacionales, los accidentes, entre otras.

Debemos adoptar entonces un abordaje multisectorial, con todos aquellos sectores que están relacionados con la mejoría de las condiciones de vida, de tal manera que podamos lograr municipios saludables, naciones saludables y un mundo más saludable.