

## Una perspectiva de la epidemiología

Milton Terris

Editor. Journal of Public Health Policy

En las décadas de los años veinte, treinta y cuarenta, con la conquista de las enfermedades infecciosas, se hizo cada vez más evidente la necesidad de estudiar las enfermedades no infecciosas. Pero la epidemiología aún no tenía una metodología para hacerlo. Fue entonces cuando esta disciplina, se resguardó en unos términos rimbombantes y se señalaba por ejemplo, que las enfermedades infecciosas eran degenerativas como la cardiopatía degenerativa. Lo único que quiero decir, es que no sabemos qué es lo que la causa. Y se puso de moda que cuando los médicos no sabíamos de dónde provenían las enfermedades psicosomáticas, entonces se repetía constantemente que estas provenían de la cabeza.

Como la epidemiología era incapaz de definir la prevención

primaria para estas enfermedades, y entonces se diseñó una estrategia de segunda línea que se llamó *prevención secundaria*, la cual buscaba el tratamiento precoz de las enfermedades. Pero esta prevención secundaria no es tan efectiva como la *prevención primaria*, porque simplemente después de que se hace el diagnóstico de una enfermedad, ya el paciente la posee y es demasiado tarde. En su gran mayoría los exámenes de rutina sobre todo los exámenes médicos, para detectar por ejemplo el cáncer son muy costosos. Sin embargo, si el cáncer de cérvix se detecta a tiempo, es mucho más efectivo el tratamiento y en una menor escala el cáncer de mama.

¿Cuántas de las personas que leen este artículo, conocen la diferencia entre los términos prevención primaria, secundaria y terciaria? Yo

les pediría que se olviden de estos términos, ya que no hay sino una sola prevención y se llama: *prevención primaria*, para prevenir la aparición de la enfermedad; la *prevención secundaria* es el tratamiento y el diagnóstico y éstos pertenecen a los servicios médicos no a la prevención, y la *prevención terciaria* son los servicios de salud.

Pero, ¿qué ha pasado en los Estados Unidos con estas tres diferenciaciones? Simplemente se le ha negado a la prevención, un papel aparte de los cuidados de salud. En este momento cualquier cirugía en los Estados Unidos es prevención, todo lo que se hace es prevención. Sinceramente les pido que borren esas palabras de su vocabulario. No quiere decir que yo haya llegado rápidamente a esta conclusión, a mi también me tomó varios años llegar a diferenciar estos términos.

En la **segunda revolución de la epidemiología** a comienzos de la década del cincuenta, se introdujeron cambios dramáticos en su metodología, en lo que tiene que ver con el estudio de las enfermedades no infecciosas. Durante las tres décadas siguientes, la epidemiología ha perfeccionado los métodos para conocer las principales causas de estas enfermedades.

Con este cuadro epidemiológico, —el infarto, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, las heridas, no solamente accidentales sino las intencionales, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cirrosis y la enfermedad hepática

crónica—, resulta claro cuáles son los principales puntos para tener en cuenta en una agenda de salud pública, no solamente en los países industrializados, sino en todos los países; tal vez, con excepción de los países menos industrializados, este cuadro epidemiológico es relevante.

El énfasis que se le pone ahora al término *estilos de vida*, está ligado necesariamente a esta segunda revolución epidemiológica. El tabaco, el alcohol, las dietas ricas en colesterol, la falta de ejercicio, el uso no controlado de tranquilizantes aún prescritos por el médico, el uso ilícito de drogas, el conducir a altas velocidades, todos estos peligros para la salud, hacen parte de nuestra cultura y de nuestro estilo de vida.

El trabajo relacionado con los hábitos de vida, no es nuevo para los salubristas. Combatiendo las enfermedades infecciosas, en educación en salud, nos tuvimos que enfrentar a problemas como preferencia de la gente por la leche cruda —no hervida—, el hábito de escupir en lugares públicos, la falta de higiene personal, incluyendo el no lavado de las manos después de la defecación, el temor irracional a la vacunación, todo esto hace parte de la cultura de la gente y debe estar integrado a un programa de educación en salud.

De igual forma que con las enfermedades no infecciosas, tenemos que hacer una educación que vaya dirigida hacia el cambio en los estilos de vida. En la mayoría de los países del mundo, esto es ahora una prioridad. En el mundo, se ha logrado un triunfo en el cambio de los



estilos de vida, que impedían la conquista de las enfermedades infecciosas, aunque ha fallado en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, como el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA, la gonorrea y la sífilis, la epidemiología está en una batalla contra los estilos de vida no saludables, que son los responsables de las enfermedades no infecciosas y sobre ésto en el mundo se tiene mucha experiencia.

La prevalencia del hábito de fumar en Colombia es del 45%. El Ministerio de Salud, periódicamente hace encuestas sobre cómo evoluciona este hábito, pero parte de la agenda de salud pública para Colombia, debería ser la elaboración de una encuesta, sobre la prevalencia del hábito de fumar.

Con la revolución epidemiológica en los Estados Unidos se consiguió en diecisiete años disminuir la tasa de mortalidad global en un 25%. Esta es una victoria sin precedentes para la salud pública, no hay ninguna duda de que la educación en salud, ha sido el arma más poderosa; también es una victoria sobre los factores de riesgo para las enfermedades no infecciosas, una educación en salud hecha para la gente, para la población, no una educación en salud para el personal médico o paramédico. En los Estados Unidos esta educación ha sido llevada a cabo por el Servicio de Salud Pública y también por asociaciones no gubernamentales como la Sociedad Americana de Enfermedades del Corazón. Pero la mayor educación en salud, ha sido impulsada gratuitamente por los medios de

comunicación. Los editorialistas, los dueños de los periódicos y de las revistas, se convirtieron en nuestros mejores aliados. Y esta alianza entre los epidemiólogos y las personas que manejan los medios de comunicación, debe ser lograda en todos los países del mundo. La mayor debilidad en los Estados Unidos, era la forma de hacer llegar a las personas menos preparadas académicamente la educación en salud, a aquellas que no tenían una educación universitaria.

La prevalencia en el hábito de fumar, entre 1974 y 1987, disminuyó en un 7% entre la gente menos preparada académicamente y entre la gente más preparada en un 39%. Analicen esta gran diferencia.

Esta distribución por clases sociales y por nivel educativo, no es solamente válida para el hábito de fumar, sino para muchos de los riesgos de las enfermedades no infecciosas y son las personas de clase media, —las que vagan por los parques, las desempleadas en los Estados Unidos y en muchos países del mundo— las que tienen mayor prevalencia en estos riesgos para la salud. Hemos fallado en la forma de llegarle a estas personas, que más riesgos tienen de padecer enfermedades. Es por ésto que en los Estados Unidos, cada vez se pide más y mayor financiación para adelantar campañas de educación en salud, para hacerlas llegar a toda la población.

Me enteré de un caso en Costa Rica, en el cual me enseñaron un panfleto sobre enfermedad coronaria, que supuestamente era para

educación en salud, yo lo que hice fue reirme porque estaba diseñado en un lenguaje sólo para universitarios y la gente común y corriente no entendería ni una sola palabra. Creo que debemos aprender una lección de Nicaragua usada en las teorías del sociólogo Paolo Freire. Él desarrolló una maravillosa serie de caricaturas sobre los principales problemas de salud. Se hizo en esta forma, porque la mayor parte de su población no sabía leer, entonces había que llegarles de alguna manera y las caricaturas eran una de las formas. Con este sistema, no sólo se le enseñaba a la población cuáles eran sus problemas de salud, sino cómo se debían preparar para hacerles frente.

Mucha gente preparada académicamente, piensa que el objeto de la educación en salud es simplemente cambiar las conductas individuales y ésto no es educación en salud. Obviamente se trata de que la gente cambie la conducta, pero en lo que realmente consiste la educación en salud, es en informar a la gente y capacitarla para que exijan las leyes y el presupuesto para combatir los riesgos.

Hace veinte años, era muy difícil lograr en los Estados Unidos que hubiese una ley que asegurara medidas de salud pública, pero ahora no somos ni siquiera los salubristas, es la gente la que está pidiendo que existan leyes que prohíban fumar en lugares públicos y esta demanda de la gente es la que hace posible que estas leyes salgan. Es la gente la que está demandando ahora y cada vez más, que se usen cinturones de seguridad no solamente en los autos

sino en los aviones, que se prohíba la propaganda sobre el tabaco y el alcohol, que se prohíba fumar no sólo en los vuelos de dos horas, sino en todo tipo de vuelos. La gente tiene derecho a saber cuáles son los riesgos que se corren en las industrias y a que haya una legislación precisa para prevenir esos riesgos.

*Educación en salud, leyes que protejan la salud pública e impuestos*, son las tres medidas para lograr la disminución de los riesgos. Particularmente importante es el papel que juegan los impuestos que se le aplican al tabaco, al alcohol y a las sustancias nocivas para la salud.

Nuestros epidemiólogos, han estimado que la elasticidad de la demanda según los precios para los cigarrillos es de -0,4%, ésto quiere decir que un 10% del incremento en el precio de los cigarrillos, equivaldría a una reducción del 4% en la cantidad de cigarrillos consumidos y considerando únicamente a los adolescentes, la elasticidad de la demanda es de -1,4%, que quiere decir que un incremento del 10% en los cigarrillos, reduciría el consumo en un 14% y la mayoría de la reducción, representa una decisión de no fumar.

Sin entrar en detalles, la historia de la reducción del consumo del alcohol en Inglaterra, nos da una lección. Por medio de los *impuestos*, se subió el precio del alcohol, de tal manera que estuvo por fuera del alcance de las clases trabajadoras y no crean que los legisladores estaban preocupados por la salud de la clase trabajadora, simplemente necesitaban una fuerza productiva, que no



estuviera ni borracha ni *enguayabada*. Esto a hecho que para morir de cirrosis en los Estados Unidos, se necesita ser rico, porque es un lujo en el Reino Unido.

Ahora, hablemos de la *financiación*. Se necesitan recursos, porque no basta con educar, con expedir leyes y regulaciones, se necesita que la gente sea libre para disponer de otras cosas para consumir. Usted no puede decirle a la gente que no consume colesterol, si los productos que se consumen, son ricos en él. No puede decirle que use protectores en el auto o cinturón de seguridad, si los carros no vienen con éste. Entonces se necesitan recursos para que la producción esté de acuerdo con el control de los riesgos para la salud.

Es así como llegamos al punto de la *planeación en salud*, con base en la epidemiología. Se necesita pasar a una planeación que no mire las entradas, sino que mire las salidas, que no mire los recursos, sino que mire los resultados.

En la mayoría de los países, incluyendo a Colombia, la prioridad que se le da a la medicina preventiva es menor. Las grandes sumas de dinero son gastadas en servicios para el tratamiento de las enfermedades, que paradójicamente no producen los resultados que si genera el poco financiamiento que se invierte en medicina preventiva. Esto ocurre, porque los servicios de salud pública, están dominados por la profesión médica, por trabajadores de la salud, que están orientados médicamente y cuando van a hacer educación en salud, lo que les importa es lo que la gente piensa.

¿Por qué los servicios que tienen que ver con tratamiento, son mejor aceptados en el público? Porque ellos piensan —en su ignorancia—, que esa es la solución y lo que hacen nuestros trabajadores de la salud pública, es darle gusto a la gente.

Existe la creencia general en trabajo comunitario, de que hay que respetar lo que dice la gente, porque ella es sabia. Y hay ocasiones en que la gente no es tan sabia y tiene creencias equivocadas. En Nicaragua, donde el gobierno estaba interesado en que la gente controlara los servicios de salud, se hizo una campaña de educación en salud para informarle a la población sobre cuáles eran sus problemas de salud, de tal manera que ellos estando informados, pudieran tomar decisiones inteligentes.

Uno de los principales problemas que encuentro en Colombia y que también encontré en Cuba, es que los grupos de educación en salud, piensan que hay que educar a los trabajadores de la salud, para que ellos a su vez, repitan al público, lo que aprendieron. Pero esto no funciona así. Los educadores en salud, tienen que ir directo al público, por medio de los medios que se les ocurran: radio, televisión, caricaturas. Está bien que a los trabajadores en salud también hay que educarlos. En Estados Unidos por ejemplo, el gran problema que tuvimos para la reducción del infarto al miocardio, fue también el de convencer a los médicos, de que los altos niveles de colesterol tenían relación con el infarto, pero básicamente hay que ir

directo a la gente. La equidad en la prestación de los servicios de salud ha fallado muchísimo.

En Inglaterra y en Gales, la inequidad en la mortalidad, se ha ampliado, a pesar de que se estableció un excelente Sistema Nacional de Salud. Tampoco en el Servicio Nacional del Canadá, se ha logrado la equidad en salud. La diferencia por clases sociales en la expectativa de vida en este país, es de 45 años. Pero la diferencia en la expectativa de una vida plena, sin incapacidades es de 11 años. El quintil más bajo de la clase social, es de 55 años, mientras que el quintil más superior está en 66 años, si se lleva una vida saludable.

Se necesita cambiar la forma de planear los servicios de salud para la población, con base en la epidemiología, o sea planearla con base en los resultados, en términos de enfermedad, de incapacidad y muerte. Esta teoría fue formulada primero en Canadá en 1974 por Lond Wonder, el cual textualmente decía: "...grandes sumas de dinero, están siendo empleadas para el tratamiento de las enfermedades, las cuales pudieron haber sido prevenidas..." Él propone establecer una estrategia, con base en el logro de objetivos. Es desarrollar las reducciones específicas en la incidencia de la morbilidad y mortalidad, como también el establecimiento de fechas específicas, en las cuales se debe lograr esta reducción.

Infortunadamente el gobierno del Canadá no hizo ningún caso a este planteamiento, a pesar de que

fue su propio ministro de salud quien editó este reporte en 1974. Solamente en 1979 en los Estados Unidos, se recogieron las ideas del informe Lond y fue desarrollada una *planeación de la salud, con base en objetivos específicos*.

En países como Australia, India, en cierta forma Inglaterra y en América, un país diferente a Estados Unidos como Cuba, han tenido este tipo de planeación de la salud por objetivos específicos. Por ello estoy exhortando a los colombianos para que sigan el ejemplo, por un lado el de Estados Unidos y por el otro el de Cuba, para que hagan una planeación con objetivos específicos en salud, independientemente de sus simpatías políticas, tienen que seguir a alguien que esté de acuerdo con ustedes.

El problema de Colombia y de la mayoría de los países que he visitado, es que los ministerios de salud, no están interesados en la prevención. Recientemente estuve en España y les pedí encarecidamente que establecieran una división de la epidemiología y de la prevención en todos los niveles gubernamentales: nacional, departamental y municipal, a fin de establecer presupuestos para cada uno: para la *prevención de las enfermedades* —en lo que nos estamos gastando millones de pesos, cuando las deberíamos prevenir— y para la *epidemiología*.

A mi manera de ver, un ministerio de salud debería tener dos divisiones:

1. División de atención médica.



2. División de epidemiología y prevención. Y podría existir una tercera para los países ricos como los Estados Unidos: la de investigaciones.

Pero la división de epidemiología y prevención, debe tener recursos suficientes, debe ser importante y no sólo para que trabajen allí epidemiólogos, se necesita que trabajen salubristas, administradores de la salud, ingenieros sanitarios, tecnólogos en saneamiento, enfermeras, nutricionistas, en fin toda la gente que está encargada de los programas de prevención y lo más importante, la gente encargada de trabajar en los programas de educación para la salud de la población, que debe ser el objetivo fundamental de esta división de la prevención.

### *Preguntas*

— ¿Qué estrategia propone para convencer a los médicos de que se ocupen de una línea de trabajo, donde atiendan menos pacientes a costa de obtener menos ingresos?

El tratamiento médico es muy diferente a la prevención y yo no estoy hablando de dar cuidados médicos sino de prevenir. Es cierta también una cosa: en los Estados Unidos si usted quiere hacerse rico es mejor que no sea salubrista, prepárese sobre todo como oftalmólogo o cirujano vascular. Lo otro es que un trabajador de la salud pública es muy diferente a ser médico, son dos cosas que no son sinónimas ni compatibles.

La mayoría de los trabajadores de la salud pública, no son

médicos por lo tanto los podemos atraer, porque temporalmente el sueldo que se les ofrece es bueno. Nutricionistas, ingenieros, trabajadores de las ciencias sociales y administradores de la salud, son también profesionales que no están tras el dinero, sino que han elegido esta opción, como la única interesante que han hecho en su vida. Son personas, que realmente quieren servirle a la gente.

Pero hay otro aspecto que le puedo señalar con respecto a su pregunta, y es que en Colombia se define a la salud pública como la salud para la gente pobre lo cual no es correcto, porque las enfermedades no infecciosas golpean a toda la población. Y es bueno anotar, que la clase alta es la que mayor riesgo tiene de adquirir enfermedades, debido a las dietas ricas en colesterol, a las mantequillas, al *filet mignon*, entre otras.

La oportunidad de conseguir fondos gubernamentales, se logrará cuando los departamentos de salud pública se interesen por toda la gente, no sólo por los pobres sino también por los ricos, porque la clase baja no tiene en sus manos el poder político. Si ésto no se hace así es irrelevante, porque se considera que la clase dirigente está integrada por las corporaciones multinacionales y en diecisiete años disminuiríamos la tasa de mortalidad en un 25%. Si las multinacionales tienen tanta influencia en nuestros gobiernos, entonces la salida es lograr que sea la gente la que controle al gobierno. Sin embargo, hemos tenido la fuerza suficiente para lograr

algunas victorias en este gobierno, controlado por multinacionales.

Hay que contar con que todos los gobiernos son racionales ante el público, tienen que aparecer como que ellos están con y para la gente, entonces tienen que hacer concesiones, pero si no las pedimos, ellos las negarán.

Sin herir a los colombianos en su orgullo les digo: ser muy suave es muy difícil. Si tomamos la posición de que las multinacionales tienen mucho poder y controlan al gobierno, esta es una posición fatalista, yo he sentido momentos de grandes derrotas.

Si partimos del punto de que no hay mucho por hacer, porque el gobierno está controlado por fuerzas multinacionales, entonces ya no habría nada por hacer. Esa es una posición derrotista.

Hay que visitar a los políticos, ellos son seres humanos que también son controlados por las multinacionales, pero ellos necesitan ser elegidos por medio de los votos, entonces hay que presionarlos para que hagan concesiones. Es a ellos a quienes los trabajadores de la salud deben dirigirse. Es allá con los políticos y organizando a la gente, como se presiona y se demanda el transfondo social de la salud y la enfermedad.

Al centrar la atención en los cambios del comportamiento y de los hábitos para controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, la salud pública no estará responsabilizando al individuo de

procesos que no son generados y determinados por la estructura económica y social de un país.

Es un contrasentido, educar a las comunidades en el lavado de las manos, en la abstinencia en el consumo del alcohol y del cigarrillo, en la conducción a velocidades moderadas, si por otro lado, la educación y los servicios de salud, dependen presupuestalmente de los impuestos al alcohol y al tabaco y además, se producen vehículos que desarrollan altas velocidades.

— Una de las enfermedades que está delante o detrás de las que se mencionan, se llama *hambre*. ¿Qué clase de prevención cree usted que debe adoptarse? ¿Por estar relacionado con la violencia, cree usted que la salud pública puede contribuir a la solución de estas dos fuerzas tan poderosas?

El gobierno puede combatir el hambre por medio de una política social adecuada, una política agraria, industrial, educativa.

Literalmente se podría decir que no estamos hablando del hambre sino que estamos hablando de demasiada nutrición, de por lo menos una nutrición que no es balanceada. El hambre es un problema de salud muy delicado.

La prevención médica no ha dado un espacio al bacteriólogo en los grupos de salud preventiva y de vigilancia epidemiológica. La planeación por medio de objetivos específicos que se ha hecho en otros países, atiende la participación de profesionales como el bacteriólogo.



En los Estados Unidos, la profesión médica no domina el campo de la salud pública en algunos aspectos, sin embargo, fue allí, donde primero se estableció un laboratorio de salud pública que ha tenido una importancia primordial.

En el resto del mundo, la salud pública ha sido considerada como de dominio exclusivo de la profesión médica. En los Estados Unidos es diferente a Latinoamérica y al resto de los países del mundo, donde la profesión de la salud pública esta bajo el dominio de los médicos.

Estados Unidos es el primer país donde en veinticinco universidades se desarrolla la salud pública por fuera de las facultades de medicina, cuando en el resto del mundo apenas comienza su enseñanza.

En nuestro país se sientan juntos en una Escuela de Salud Pública, los ingenieros, los laboratoristas, los médicos, los odontólogos y los trabajadores de la salud pública. Allí, prácticamente todos los programas de salud pública han contado con la amarga opo-

sición de las asociaciones médicas. ¿Por qué esta oposición? Porque ellos sienten que la mayoría de los problemas de salud pública, interfieren con su poder y con su capacidad de hacer dinero. Yo creo en un movimiento democrático de la salud pública. No en un movimiento de la salud pública dominado por la profesión médica.

En todas las enfermedades hay un componente genético, en unos más fuerte que en otros, por ejemplo si hay dos personas que fuman dos paquetes de cigarrillos diarios y sin embargo, una desarrolla cáncer de pulmón y la otra no. Claramente la genética juega un papel muy importante en todas las enfermedades, pero apenas estamos en el comienzo de su revolución e investigación. En el futuro se abre la oportunidad de intervenir en los factores ambientales, no en los factores genéticos, si ésto llega a suceder, el trabajo de los salubristas y de la gente que trabaja con la salud pública, será asegurarse de que esos programas de salud pública encuentren un apoyo en la genética.