

ESPEJISMOS EPIDEMIOLÓGICOS

Constituye un error inferir que nuestros problemas de salud serán en el futuro los que padecen los países ricos hoy.



Por Federico Tobar

A veces las palabras nos confunden. Crean representaciones distorsivas que, en lugar, de acercarnos a la realidad que buscamos captar, nos alejan de ella. Homero nos advertía que "...hay ciertas cosas que los dioses nombran de una manera y los hombres de otra". La noción de "transición" aplicada a la epidemiología nos ha jugado una mala pasada. Desde hace décadas venimos empleándola para acuñar representaciones sobre nuestra situación epidemiológica. Metáfora de un camino único que propone un giro en cierto lugar del trayecto, cambiando la dirección y, con ello, la perspectiva del recorrido. La transición sugiere un avance irreversible y la ilusión de progreso. Como larva que se convierte en mariposa, en un determinado momento, los pueblos se despojarían de problemas primitivos. Esta idea de una trayectoria lineal se acompaña de prescripciones homogéneas.

Colonialismo y Transición

El Positivismo proponía que la civilización seguía una trayectoria unívoca de avance hacia el progreso. Apoyándose en premisas como las del sociólogo Emile Durkheim o el antropólogo Bronislaw Malinowski, los gobiernos colonialistas justificaban el sometimiento de los pueblos primitivos bajo la idea de estar acelerando su pasaje hacia la

modernidad civilizada.

En 1969, Fredriksen postuló que los padrones de mortalidad, morbilidad, fertilidad y la organización de los servicios de salud mantenían estrecha relación con los procesos económicos e identificó cuatro estadios progresivos: tradicional, transicional temprana, transicional tardía y moderna¹. Apoyándose en esta noción y en la ya vigente teoría de la transición demográfica, Obdel Omran publica, en 1971, un análisis de la mortalidad en Europa en el que concluye que las poblaciones recorren una trayectoria que se inicia con una etapa con altos niveles de mortalidad, en especial por causas contagiosas, para pasar luego a una etapa donde esta se reduce y las crónico-degenerativas adquieren mayor peso relativo. Desde entonces y hasta su muerte (en 1999) Omran introdujo varias modificaciones a su teoría sin abandonar la intención explicativa y predictiva y, en particular, la idea de una dirección única del avance epidemiológico. Las incorporaciones buscaron dar cuenta de los países en vías de desarrollo, así como de consecuencias que no se observaron inicialmente en Europa, como un aumento en las brechas regionales. Según la versión revisada, el progreso se manifiesta, a través de cuatro cambios²:

1 Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.

2 Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada.

3 Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalideces.

4 Polarización epidemiológica que se expresa en las brechas a nivel de indicadores entre distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad.

La tesis de la transición epidemiológica esconde premisas colonialistas al sugerir que nuestro andar epidemiológico sería una especie de peregrinación progresiva y lineal hacia los actuales perfiles de salud de países considerados avanzados³. Los países pobres estaríamos transitando hacia el modelo de países ricos, y supuestamente lo haríamos más o menos en la misma secuencia que ellos llegaron a tener su actual situación de salud.

Imágenes distorsionadas

Como dispositivo explicativo la noción de transición induce distorsiones. A continuación enumeramos algunas de ellas:

1 Encandilamiento con la riqueza. Las sociedades “avanzadas” no solo serían el modelo a seguir, sino que también, en la medida que el determinante del progreso es, en última instancia, el crecimiento económico, entonces se puede inferir que cuanto más desarrollado resultara el país más avanzado estaría en términos epidemiológicos. Esto resulta alienante y en lugar de estimular revisiones históricas de nuestros propios aciertos y errores en la búsqueda de mejores formas de producir salud, hemos caído más de una vez en errores como el considerar positivo un aumento en las tasas de obesidad, ya que esto nos aproximaba a EEUU e Inglaterra, que detectaban los mayores índices de masa corporal del mundo.

2 Distorsión de riesgos. En segundo lugar, no es del todo cierto que los riesgos de morir por enfermedades crónicas no transmisibles sean mayores en sociedades industrializadas. Cuando ajustamos las

A veces las palabras nos confunden. Crean representaciones distorsivas que, en lugar, de acercarnos a la realidad que buscamos captar, nos alejan de ella. La noción de “transición” aplicada a la epidemiología nos ha jugado una mala pasada.

tasas específicas por la estructura por edad de las poblaciones, la mayoría de los países llamados subdesarrollados tiene tasas y riesgos iguales o mayores de morir por estas causas. Igualmente cuando se compara sectores sociales opulentos con empobrecidos en un mismo país, si se ajusta la estructura por edad. Sabemos que los riesgos de enfermar y morir por enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidentes y violencia, cáncer uterino, de estómago, intestino y pulmones entre los más pobres (por mencionar solo algunas de las causas más frecuentes de muerte que no son infecciosas y transmisibles) son mayores que en las familias y sectores con mejores ingresos en casi cada país en el mundo (siempre que nos tomemos la molestia de hacer los ajustes por estructura de edad y calculemos los riesgos específicos para cada edad y sector social).

Tampoco es del todo cierto que siempre los países “desarrollados” detenten menores riesgos de muerte por enfermedades transmisibles. Esto es particularmente evidente en el caso de la mortalidad infantil. La realidad es que muchos países considerados subdesarrollados, e incluso algunos fuertemente acusados de ser muy retrasados, tienen mortalidad infantil (e incluso materna) menor que los Estados Unidos y que muchos países considerados desarrollados. Por ejemplo Cuba, Costa Rica y Chile, para mencionar algunos que son muy conocidos entre nosotros, pero que no son los únicos.

3 Reduce el diagnóstico de salud poblacional a una sola dimensión: la mortalidad proporcional. Y el mayor de los problemas es que se formulan políticas sanitarias sobre esta única dimensión. Así, la mortalidad infantil será siempre prioridad y la salud mental o la salud bucal nunca alcanzarán protagonismo en la agenda pública. La mortalidad no solo no es el único indicador sino que tampoco es siempre el mejor. Por ejemplo, una vez que se han reducido las causas de mayor

letalidad, acciones sanitarias que continúan siendo efectivas para producir salud pueden dejar de generar impactos sensibles a través de las tasas de mortalidad. Los diferentes indicadores tampoco varían de forma paralela, es decir, un patrón de morbilidad no siempre conlleva un mismo patrón de mortalidad.

4 Prioridades constantes. Ironizaba Karl Popper al respecto de la teoría de Alfred Adler diciendo que cierta vez le había pedido que revisara un niño y este le dijo que “sin duda se trataba de un complejo de inferioridad sublimado por otro de superioridad”. Cuando el filósofo reclamó al psicólogo cómo podía diagnosticar sin ver al paciente, este le respondió “no hace falta, ya vi muchos”. Algo similar puede estar ocurriendo con nuestras poblaciones, repetimos diagnósticos sin suficiente contrastación. Sostenemos aquí que hemos venido utilizando categorías inadecuadas, o que tal vez, hemos utilizado de forma inadecuada las categorías. Pero, en todo

caso, el resultado, es que siempre acabamos definiendo las mismas prioridades para nuestras políticas, de forma independiente de cuál es la realidad a enfrentar.

5 Subconsidera los determinantes sociales de la salud. La concentración del ingreso y las inequidades estructurales no detentan valor explicativo. Se construye, entonces, un fetichismo de la transición en la medida que la salud y su distribución más que una opción histórica susceptible de transformación, constituyen la condena impuesta por un modelo económico que se propone a sí mismo como la única opción posible⁴. 

Referencias

- 1 Friedriksen, H. (1969) “Feedbacks in economics and demographic transition”. *Science* 1969; 166:837-847.
- 2 Omran, Abdel (1998). “The epidemiologic transition theory revisited thirty years later”. *World Health Statistic Quarterly* 1998; 51(2,3,4):99-119
- 3 Esta afirmación corresponde a Pedro Luis Castellanos cuyas reflexiones inspiran este artículo.
- 4 Gomez-Arias, Dario (2001). “La transición en epidemiología y Salud Pública ¿ explicación o condena?”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* (Medellín). Vol 19. N° 2: 72.



UNIVERSIDAD
ISALUD

5239-4000
www.isalud.edu.ar

Universidad ISALUD
Venezuela 931
Venezuela 758
Tel.: 5239-4000/22/33
informes@isalud.edu.ar

POSGRADOS

Agosto 2010

Maestría en Farmacopolíticas

Proyecto N° 10.409/09 aprobado por CONEAU

Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria

Proyecto N° 10150/07 aprobado por CONEAU

Especialización en Auditoría de Atención de la Salud

Acreditada por Exp. 4979/07 M.E.

**Abierta la
inscripción**

**Consulte por reuniones personales con la
coordinación de la carrera**