

Temas controversiales en epidemiología

• **Dr. Ronald Evans**

Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Hispanoamericana



INTRODUCCIÓN

Desde su nacimiento científico, la epidemiología ha motivado diversas y serias controversias entre sus cultores. Recordamos las teorías contrapuestas de John Snow y William Farr con respecto al cólera en donde el primero sostenía la importancia de la propagación de la enfermedad por el agua (bomba de Broad Street) mientras que el segun-

do defendía la relación inversa entre la altitud sobre el Támesis y la frecuencia de la enfermedad. Aún sin haberse establecido todavía, Snow defendía la teoría microbiana y Farr reforzaba la agonizante teoría miasmática (1). Conforme la epidemiología expandió su campo de acción y de conocimiento, necesariamente tenía que ampliarse el número de temas polémicos y contradictorios, que seguirán aumentando en el futuro ya que ella es una ciencia re-

La epidemiología no ha podido escapar, como era de esperar, a la influencia de los intereses de grupo. Las grandes corporaciones, los barones de la industria de la industria y los círculos de poder no han dejado pasar la ocasión de intervenir en la práctica epidemiológica, cuando sus “intereses” se han visto tocados por la investigación.



lativamente nueva, en comparación con las otras ramas y especialidades de la medicina. Además, es conveniente tomar en cuenta que en los países desarrollados, la epidemiología no solamente la practican los médicos sino que también es campo propicio para los estadígrafos, científicos sociales enfermeras, psicólogos y otros científicos, puesto que como es sabido, ella es una ciencia sinóptica que se basa en el cuerpo de conocimientos de muchas ramas del saber. Por consiguiente, el trabajo en conjunto, que aporta tantas ventajas al esfuerzo estructurado del avance científico, tiene asimismo implícitamente la posibilidad de estimular la confrontación y el disenso, que per se, no tienen necesariamente que ser negativos. En este sentido, la controversia muchas veces es positiva porque clarifica las posiciones contrapuestas, afina y agudiza los puntos de vista en discusión, ahonda en detalles que a veces han escapado a los defensores de un idea y lo más importante de todo, terreno de elección a la hora de toma de decisiones. En esta colaboración haremos un intento de aproximación a tan fascinante tema, con el objeto de estimular el interés no solamente de los practicantes de la epidemiología, sino también de los profesionales y estudiantes de las ciencias de la salud, que por alguna circunstancia hayan tenido o tengan contacto con la epidemiología.



ASPECTOS ETICOS, LEGALES Y MORALES EN LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

En los países desarrollados, como hicimos ver en la introducción, la epidemiología es practicada no solamente por médicos especializados en esta área, sino que también por un buen número de diferentes profesionales, entre los que hay que destacar a estadísticos, sociólogos, psicólogos, demógrafos, antropólogos, filósofos, entre otros. A diferencia de los profesionales de la medicina, muchos de estos practicantes de la epidemiología, no están sujetos moralmente a ningún código de ética. Apenas en algunos casos, es recién la práctica de incluir la ética en los estudios de pregrado y de tener o suscribir al momento de la graduación, una serie de reglas de conducta ética. No quiere decir esto, que únicamente los médicos son la clase de investigadores que se atienen a

dicho tipo de principios universales que regulan el manejo de pacientes sometidos a investigación, ya que también en este gremio se encuentran ejemplos de violación de principios éticos, mientras que otros grupos de profesionales igualmente poseen sus códigos de ética. Pero es oportuno hacer esta salvedad al entrar en contacto con tan importante asunto que roza aspectos relativos la moral, la transgresión de la ley y la deontología puesto que en términos generales, la única regulación que tiene la epidemiología, tal como se practica en los países avanzados no es otra que la autorregulación a través de la revisión inter pares. Como refiere Soskolne(2), “ a diferencia de otros grupos profesionales, los epidemiólogos carecen de directrices éticas, de códigos de conducta y no hay organizaciones o asociaciones que tengan el poder de disciplinar, premiar o remover la licencia de práctica de la profesión. Quizás

ello se deba a que como ciencia, la epidemiología apenas está entrando en la adolescencia a diferencia de campos como la medicina que tiene siglos de existencia.

La epidemiología no ha podido escapar, como era de esperar, a la influencia de los intereses de grupo. Las grandes corporaciones, los barones de la industria de la industria y los círculos de poder no han dejado pasar la ocasión de intervenir en la práctica epidemiológica, cuando sus “ intereses “ se han visto tocados por la investigación. Para lograr este propósito se han valido de toda clase de acciones y artimañas, desde la contratación de figuras relevantes de la ciencia, hasta la inversión directa en laboratorios científicos, investigaciones de campo y en otros sectores de la ciencia. Recordemos como en los albores de la lucha científica contra el cigarrillo, estadí-

grafos famosísimos como Berkson y Fisher irrumpieron con todo el peso de su opinión, escribiendo que el tabaco no era la causa del cáncer del pulmón. Baste decir, que para ese entonces, Fischer estaba contratado por el Instituto de Tabaco, hecho que siempre ha pasado de vista benévola. Más recientemente cuando Herbt, Ulfelder y Poskanzer publicaron su clásico trabajo de casos y controles que demostró la asociación entre el dietilestilbestrol y el carcinoma de vagina en niñas y adolescentes (3), al poco tiempo salieron algunos epidemiólogos cuestionando la metodología empleada por dichos autores, al señalar que había sesgos en la escogencia de los controles , sin tomar en cuenta, como bien refiere Stolley(4), hechos relevantes como el de que el dietilestilbestrol es un potente carcinógeno para varias especies animales, que la carcinogénesis transplacentaria ya ha sido demostrada y que a nivel experimental, el cáncer vaginal se ha inducido en ratones expuesto al dietetilbestrol. Más aún, para agregar otro importante criterio de nexos causal en este caso, el auge y caída de la curva de la epidemia coincidió con la utilización del medicamento por mujeres embarazadas. Además las variaciones internacionales de la incidencia del tumor correspondieron con los patrones de su empleo en los diferentes países. Evidentemente, el cuestionamiento a este clásico trabajo de investigación epidemiológica carecía de sentido y medida.

Otro ejemplo, lo tenemos en la célebre investigación epidemiológica que demostró la asociación

entre el síndrome de shock tóxico y el uso de tampones de gran poder absorbente (5) . Pese a que dichos resultados fueron reforzados por otros criterios metodológicos como la repetición de resultados por otros investigadores, la relación del ascenso y caída de la curva con la venta y utilización de tampones de la misma marca, de experimentos en humanos y animales en los cuales pudo recobrase el agente etiológico, por la presencia de pequeñas ulceraciones producidas en la vagina por los tampones y de que el material de los tampones involucrados, en contacto con la sangre, creaban un medio favorable al crecimiento del estafilococo, hubo un grupo de investigadores, que actuando independientemente y en ocasiones contratados por la compañía productora del tampón, comenzaron lo que Stolley denominó, “ una cacería de brujas “, tratando de demostrar sesgos y fallas que retaban los resultados de la investigación(4). En la actualidad existen muchos ejemplos de conductas un tanto censurables con estudios sobre la eficacia y los efectos colaterales de los medicamentos más productivos de la historia para sus fabricantes, como lo son las estatinas.

Como conclusión, se debe mostrar preocupación por la incapacidad de los científicos en adherirse a códigos éticos de conducta no escritos en y durante la persecución de la verdad. Corresponde a las sociedades de epidemiólogos encontrar los mecanismos para que la investigación epidemiológica no se aparte de la moral y de la ética (6).

Como refieren Epstein y Holland (9), las intervenciones integradas deben ser evaluadas bajo el punto de vista científico y logístico. Así, de acuerdo al primero de ellos debe existir evidencia plena de que muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles comparten factores de riesgo comunes, cosa que hasta el presente está más que confirmado.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD

Intervenciones integradas versus acciones sobre una sola enfermedad

El crecimiento de las enfermedades crónicas con su gran carga de enfermedad y muerte ha sido un fenómeno visto en los países desarrollados a partir de las primeras décadas de este siglo (transición epidemiológica) y en los últimos años también lo vienen experimentando los demás países menos favorecidos por la fortuna. A partir de la década de los años cincuenta, concomitantemente se produce el gran desarrollo de la epidemiología analítica, el cual ha permitido un amplio conocimiento de los mecanismos causales de las enfermedades crónicas. El modelo de interpretación causal ha virado de un determinismo puro o modificado, al de un modelo probabilístico. Se entroniza entonces el término “factor de riesgo” en vez de causa(s) suficiente (s) o necesaria,

para expresar con ello al factor o a los factores, que una vez estando presentes, hacen más probables la aparición de una enfermedad, incapacidad o condición modificadora del pronóstico de la misma. Lo contrario ocurre cuando en vez de ser un riesgo, el factor pasa a convertirse en un elemento de protección, esto es, cuando estando presente hace menos probable la aparición de la enfermedad.

En un principio se tuvo esperanzas de que el avance científico y tecnológico en el campo de la medicina traería aparejado la solución de los principales problemas originados por las enfermedades crónicas, tal como había sucedido con las patologías infecciosas. Así se explica que en los Estados Unidos, por ejemplo, se hubiesen planteado metas irreales como el control del cáncer en un lapso de tiempo limitado. La realidad hizo pronto ver la casi inmodificabilidad de la situación en términos de morbi-mortalidad con el enfoque curativo, por lo que la atención se dirigió a tratar de modi-

ficar la frecuencia y distribución de esos factores de riesgo, sin descuidar por supuesto, las medidas tradicionales de atención y control.

También se observó que no obstante la diversidad de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las más prevalentes estaban asociadas a factores de riesgo comunes a ellas, tal como se aprecia en el gráfico siguiente (7). Para ese entonces igualmente había ya conocimientos experimentales de que era posible, mediante procedimientos de intervención, hacer disminuir la prevalencia de los principales factores de riesgo y al menos en el caso de las enfermedades cardiovasculares, lograr un descenso de las tasas de mortalidad (8). Por esta razón, diversas personalidades y la OMS vienen promoviendo la implementación de programas de “intervenciones integradas” dirigidas a modificar favorablemente los factores de riesgo que son comunes a las principales enfermedades crónicas, en vez de poner en práctica programas convencionales dirigidos a una enfermedad o grupo de enfermedades. Ello implicaría ahorro de recursos humanos y materiales, utilizándolos de una manera más racional y práctica, mayor impacto de la programación y otras ventajas administrativas y técnicas manifiestas.

La tradición hasta ahora, ha sido el ensamble de normas dirigidas a la prevención y control de una sola enfermedad, con programas verticales, bastando recordar el caso de la tuberculosis, la lepra, el paludismo, etc. Esta conducta sanitaria, por su-



puesto, ha traído aparejado grandes adelantos, en el conocimiento de la etiología, el tratamiento y la prevención de muchas enfermedades infecciosas y también se ha empleado en el caso de las enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer de cuello uterino, de estómago y de otras localizaciones. Las estrategias de control y prevención de una determinada enfermedad, hay que decirlo, es la que ha predominado hasta el día de hoy y sobre la cual se tiene más experiencia, avalada en muchos casos por éxitos indudables. (Ver cuadro 1)

Como refieren Epstein y Holland (9), las intervenciones integradas deben ser evaluadas bajo el punto de vista científico y logístico. Así, de acuerdo al primero de ellos debe existir evidencia plena de que muchas de las enfermedades crónicas

no transmisibles comparten factores de riesgo comunes, cosa que hasta el presente está más que confirmado. Si a ello se une el que logísticamente se pueden implementar los programas, entonces habrá motivación más que suficiente para inclinarse por la vía integrada. Falta sin embargo, información hasta el presente acerca de la compatibilidad de efectividad y eficiencia del mensaje de salud al utilizar ambas estrategias. Se trabaja en el presente en este sentido, pero por un tiempo indeterminado, se tendrá que seguir utilizando ambos enfoques, ya que la estructura administrativa y técnica de los servicios no puede ser desmantelada en breve plazo para inclinarse por el enfoque integrado. Además, en algunos casos los problemas de salud tienen que ser necesariamente abordados con una metodología específica y única.

Pero las intervenciones integradas poseen ventajas que no son despreciables, por lo que deben tomarse en cuenta y apoyar cuando están justificadas.

ESTRATEGIAS POBLACIONAL VERSUS ESTRATEGIA DE ALTO RIESGO

Cuando la E.C.N.T. suplantaron a las enfermedades infecciosas como los principales problemas de Salud Pública, se pensó en un principio que estos procesos eran irreversibles y refractarios a la prevención, por tratarse de eventos degenerativos, inherentes y hasta cierto punto “normales” al aumento de la expectativa de vida. Era el precio natural que había que pagar por el alcance de una larga vida. Sin embargo la investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio demostró que la mayoría de esa patología se debía a factores ambientales, muchos ellos asociados con los tipos o “estilos de vida” y por consiguiente suscepti-

Cuadro 1
Principales vinculaciones causales entre los factores de riesgo, y las enfermedades no transmisibles



Como refieren Epstein y Holland (9), las intervenciones integradas deben ser evaluadas bajo el punto de vista científico y logístico. Así, de acuerdo al primero de ellos debe existir evidencia plena de que muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles comparten factores de riesgo comunes, cosa que hasta el presente está más que confirmado.



bles, de ser modificados, por lo que podía ejercerse acción preventiva, máxime si tal modificación se comenzaba a hacer a temprana edad. La experiencia en Finlandia (10) y posteriormente el enorme descenso de la morbi-mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los Estados Unidos a partir de 1965 (1) comprobó que la modificación y el control de los factores de riesgo asociados a esas enfermedades habían detenido la epidemia de enfermedades del corazón en los países desarrollados, y podía actuarse de igual manera, en otras enfermedades crónicas.

El entronizamiento de la evitabilidad de las E.C.N.C. ha permitido el auge de la prevención de dichos padecimientos. Dentro de la prevención primaria, clásicamente se ha hecho la distinción entre “promoción de la salud” y “protección específica”. Sin embargo, como bien

advierte Noah (12), el significado de promoción de la salud y el de prevención, frecuentemente han sido usados como sinónimos, siendo la diferencia fundamental entre ambos términos que en el primer caso se trata de un enfoque orientado hacia la salud mientras que el de prevención se orienta preferentemente a la enfermedad. La promoción de la salud “comprende todos los esfuerzos dirigidos hacia la protección, mantenimiento y mejoramiento del potencial de salud y por ende, a la consecución de su balance (13).

Desde hace cierto tiempo se han venido imponiendo dos tipos muy bien caracterizados de medidas de prevención. En primer término hay que mencionar al enfoque o estrategia poblacional o comunitaria, que tiene como objetivo el mejoramiento del potencial de salud socioecológico, es decir de toda la población. Incluye por consiguiente a los

Se han venido imponiendo dos tipos muy bien caracterizados de medidas de prevención. En primer término hay que mencionar al enfoque o estrategia poblacional o comunitaria, es decir de toda la población. En segundo término tenemos el enfoque o estrategia individual o de alto riesgo. Se trata de una aproximación personal.

sectores sanos y a los que puedan ya tener algún factor de riesgo. En segundo término tenemos el enfoque o estrategia individual o de alto riesgo. Se trata de una aproximación personal que busca la obtención del mejoramiento del potencial de estilos de vida relacionados adversamente con la salud, además de in-

tentar que el ambiente sea más proclive a la conservación de la salud.

Las ventajas y desventajas de las estrategias de alto riesgo y la estrategia poblacional han sido muy bien estudiadas por Rose (14) y de manera resumida aparecen en los cuadros que siguen. En su artículo –ya clásico–, este autor se inclina por el enfoque comunitario, ya que por ejemplo, en el caso de las enfermedades cardiovasculares, se sabe que las enfermedades están distribuidas ampliamente en la población y si bien habrá una proporción mayor de muertes entre los que se sitúan en el grupo de alto riesgo, el número absoluto de muertos por dichas causas ocurrirá en la población que tienen un moderado riesgo. El ejemplo al respecto del síndrome de Down es bien esclarecedor. “Las madres menores de 30 años tiene riesgo individual mínimo, pero por ser tan numerosas, generan la mitad de los casos. Las mujeres de alto riesgo que tiene cuarenta o más años sólo generan el 13% de los casos. (ver cuadro 2 y 3).

Sin embargo, son varios los defensores del “enfoque individual”, y entre ellos destaca Oliver, quién en un fiero debate (15), ha insistido en que no hay prueba convincente de que puede reducirse realmente la incidencia de la cardiopatías mediante la prevención en masa de los correspondientes factores de riesgo, por lo que resulta más conveniente concentrarse en los grupos de población expuestos a un riesgo especial. Tanto el artículo de Rose como la mesa

Cuadro 2
Prevención mediante la “estrategia poblacional”

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Radical.	Escaso beneficio para el individuo (paradoja preventiva).
Gran potencial para la población.	Poca motivación del sujeto.
Apropiada en relación al comportamiento.	Poca motivación del médico.
	Razón de beneficio – riesgo poco favorable.

Cuadro 3
Prevención mediante la “estrategia de alto riesgo”

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Intervención apropiada para el individuo.	Dificultades y costo del tamizaje.
Motivación del sujeto.	Paliativa y provisoria, no radical.
Motivación del médico.	Potencial limitado para (a) el individuo (b) la población
Costo-efecto favorable para el uso de los recursos.	Inadecuada en relación al comportamiento.
Razón de beneficios – riesgo favorable.	

redonda en la que participó Oliver y un grupo de ilustres detractores de sus ideas, deben ser de lectura obligada para los epidemiólogos por tratarse de un debate de análisis de investigación y de ideas que están sobre el tapete.

En esta controversia, a la larga no puede haber vencedores y vencidos, ya que ambas estrategias deben ser vistas como complementarias y no contrapuestas. El enfoque poblacional tiene vigencia incuestionable por las razones aducidas, porque tiene que emplearse para modificar de raíz los problemas. El enfoque de alto riesgo se necesita dado que las personas que ya tienen factores de riesgo requieren atención individualizada y con seguimiento.

EPIDEMIOLOGIA CLINICA: UNA SUBESPECIALIDAD O UNA NUEVA ESPECIALIDAD (CLINIMETRIA)

Desde que comenzamos en 1972, nuestra práctica docente, nos dimos cuenta del rechazo casi universal de los alumnos hacia las asignaturas que impartía la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, esto es, estadística, ciencias sociales, epidemiología y administración sanitaria. Los alumnos, o al menos la gran mayoría de ellos no parecía comprender la importancia de estas materias ni menos su vinculación con la medicina. Nuestro orgullo se vio menos maltratado al conocer que no se trataba de una insuficiencia propia como profesor, puesto que lo mis-

mo ocurría en Inglaterra, Estados Unidos y otros países, de acuerdo a la literatura al respecto existente. El haber pasado por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres hizo que entrara en contacto con profesores de Epidemiología con mucha experiencia clínica, como Geoffrey Rose, Tunstall Pedoe, J. Morris, D.P.J. Barker, entre otros, lo cual me abrió la perspectiva de interesar a nuestros alumnos al poder enseñarles la importancia del método epidemiológico en la práctica médica diaria, al ensanchar el horizonte de la clínica mediante su contribución en las etapas de diagnóstico, pronóstico, y tratamiento. Entre los múltiples usos de la epidemiología, se podía entonces obtener provecho del rico campo de la búsqueda causal, del mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad, de la validez y confiabilidad de las pruebas de diagnóstico y aún, hasta de la mejor preparación para poder leer e interpretar artículos científicos médicos, que cada vez contienen metodología epidemiológica difícil de entender para los profanos. Orienté entonces, la enseñanza del método epidemiológico hacia la patología crónica y degenerativa y su vinculación directa con la clínica, en correspondencia también con la “transición epidemiológica” que ya estaban experimentando nuestros países.

Confieso que en un principio abordé con total entusiasmo el desarrollo de la epidemiología clínica, siendo responsable durante la década de los años ochenta, aparte de



la docencia de pregrado, del curso respectivo para los residentes del programa de postgrado en medicina interna del Hospital Clínico Universitario, publicando en la Revista de la Facultad de Medicina un artículo sobre epidemiología clínica (16). Este apoyo inicialmente fue en parte acrítico y parcial dado que en nuestro medio no podemos darnos el lujo de la sub-especialización y menos aún, los que estamos involucrados en la enseñanza. Pero comenzamos a leer trabajos que cuestionaban la aspiración de los epidemiólogos clínicos a su reconocimiento como una especialidad propia. Inicialmente fue A. Smith (17) quién consideró que los campos de la clínica y la epidemiología eran mutuamente excluyentes puesto que los hallazgos que resultan de la aplicación de los métodos estadísticos a los problemas clíni-

cos, no resultan ser estudios epidemiológicos. Añadió que mucho de los que se cobijan bajo el nombre de epidemiología clínica, reflejaría la confusión que tan autocontradictoria caracterización encierra. Posteriormente, en un editorial, John Last (18), al preguntarse, que es epidemiología clínica, refiere que si se toma en cuenta una de las definiciones modernas de la epidemiología la cual dice que es “ el estudio de la distribución y los determinantes de los estados y eventos relacionados con la salud en las poblaciones y de la aplicación de este estudio para control de los problemas de salud”, entonces la epidemiología clínica, que significa la utilización de la experiencia pasada para informar y guiar las decisiones que tienen que ver con la atención individual de los pacientes, es tan vieja como

la misma medicina y por lo tanto, muy diferente de la epidemiología. Last va más allá y encuentra un peligro para la salud en tal incorrecta denominación, ya que los médicos clínicos que hacen epidemiología en el ámbito hospitalario, al carecer de una perspectiva poblacional, pueden no comprender adecuadamente los problemas de salud en tal incorrecta denominación, ya que los médicos clínicos que hacen epidemiología en el ámbito hospitalario, al carecer de una perspectiva poblacional, pueden no comprender adecuadamente los problemas de salud en las comunidades. Por consiguiente, la epidemiología clínica, según estos autores, tendería a “medicalizar la salud”. Para Last, la definición que da Sckett, una de las más conocidas en el campo de la epidemiología clínica, más bien sería la que distingue a “el análisis de decisiones clínicas”. Siguiendo al mismo autor, la distinción verdadera entre epidemiología y el análisis de decisiones clínicas tienen que ver con que la primera se relaciona con el estudio de la enfermedad o de las condiciones relacionadas con la salud en una población definida, aún cuando ésta última sea una población de pacientes en vez de origen comunitario, que tienen numerador y denominador en el sentido epidemiológico convencional.

Un epidemiólogo norteamericano que ha insurgido contra la epidemiología clínica es el muy famoso y ampliamente conocido por los epidemiólogos latinoamericanos, el Dr. Milton Terris (19). Para este autor, ella no tiene nada que ver con

la epidemiología y sí mucho con el diagnóstico clínico y el tratamiento. También alerta contra el desvío de fondos, recursos y talentos en vez de ser dirigidos a la atención de las urgentes necesidades y la prevención de las mayores causas de enfermedad, incapacidad y muerte en las Américas.

Uno de los epidemiólogos clínicos de mayor renombre, el Dr. Alvan Feinstein, pareciera que coincide con la crítica al nombre de epidemiología clínica y por ello ha propuesto el nombre de “clinimetría” (clinimetrics), que describiría la ciencia de la “medición clínica”, y con ese mismo nombre ha titulado su último libro (20). Para Last, este término de clinimetría enriquece el lenguaje, tal como sucedió con el de biometría. Además aplaude la enseñanza de la epidemiología en el ambiente clínico, considerándola uno de los más grandes avances que ha ocurrido en este campo. Pero advierte que si ello contribuye al abandono de la enseñanza de la epidemiología y las disciplinas afines en las escuelas de medicina, se resentirá, la sociedad y las nuevas promociones de médicos. La sociología médica, la demografía social, la medicina preventiva basada en la comunidad y las actividades basadas en la promoción de salud están inextricablemente entrelazadas con la enseñanza de la epidemiología y ni siquiera reciben mención en los nuevos textos de epidemiología clínica. Finaliza Last su emotivo artículo, diciendo que “tiemblo por la salud de las comunidades confiadas a una generación de médicos entre-

nados en el análisis de la toma de decisiones clínicas y no en epidemiología. La perspectiva me alarma y espero que pueda ser evitada” (21).

Lógicamente, la lectura de tan sólidas críticas hizo descender bastante mi entusiasmo original por la epidemiología clínica por tener éstas, fundamento en muchos casos y develar algunos criterios erróneos que sostenía. Pero posteriormente, meditando sobre el particular, encuentro que quizás se haya exagerado el tono crítico por parte de tan reputados epidemiólogos como Last y Terris. No creo posible la eventualidad que dicha disciplina desplace a la epidemiología en la docencia de pre y postgrado y menos aún, en los servicios. En nuestro medio, aplaudo el que clínicos jóvenes hayan realizado estudios de postgrado en el exterior de epidemiología clínica y estén practicando en nuestros hospitales universitarios. De hecho, ya existe una buena camada de ellos, la mayoría formados en la exigente universidad de Mc Master en Canadá, que han llevado los conocimientos epidemiológicos a su práctica docente, tanto de pre como de posgrado. Además de que varios renombrados clínicos por su propia cuenta hayan estudiado epidemiología y apoyen esta actividad en la docencia, asistencia e investigación a nivel hospitalario. Debe destacarse, que todos los epidemiólogos clínicos en nuestra facultad, primero ejercieron como especialistas clínicos y posteriormente estudiaron epidemiología. Ellos, estoy seguro, reforzarán la enseñanza que nuestros

alumnos reciben de epidemiología y contribuirán sin duda alguna a incrementar el interés y el reconocimiento de la importancia de este cuerpo de conocimiento.

Recientemente Fletcher ha hecho énfasis en el beneficio mutuo que se han proporcionado

la medicina clínica y la moderna epidemiología (22). Veamos al respecto:

1. Que ofrece la epidemiología a los clínicos:

1.1 Entendimiento básico de los métodos de investigación.

1.1.1 Para realizar investigación clínica.

1.1.2 Para evaluar críticamente la investigación publicada.

1.2 Una perspectiva poblacional de la enfermedad en el paciente.

1.3 Una visión expandida de las causas de la enfermedad.

1.4 Una base científica para la atención preventiva de la salud.

2. Qué ofrece la clínica a los epidemiólogos.

2.1 Conocimiento de la biología de la enfermedad.

2.1.1 Para entender la exposición, las variables de confusión, el efecto modificador y las variables de

predicción de resultados y su medición.

2.1.2 Para contribuir a que los epidemiólogos obtengan enseñanza y contribuyan al incremento en el conocimiento obtenido a través de la investigación de laboratorio.

2.2 Una orientación práctica.

2.2.1 Balancear la orientación teórica de la epidemiología moderna.

2.2.2 Ayudar a que los resultados de la investigación epidemiológica puedan ser usados.

2.3 Expandir el curriculum

2.3.1 Nuevos cursos.

2.3.2 Oportunidades de investigación adicionales.

Fletcher, casi al final de su trabajo, escribe que el resentimiento al cual hemos hecho mención, pudiera deberse a que los profesionales de la salud pública perciben a la epidemiología clínica como un competidor de los escasos recursos disponibles. Lo anterior es infortunado, dice el autor citado, ya que la sociedad requiere de un fortalecimiento balanceado de la epidemiología que incluya el espectro completo de los intereses de la población general pasando por la atención clínica en el ámbito hospitalario. No debe pensarse nunca, de la epidemiología clínica como

un reemplazo de otros aspectos de la epidemiología ni ésta por sí sola está capacitada para cubrir las necesidades clínicas. Ahora sí al final, Fletcher refiere que aquellos que no gustan del término epidemiología clínica, están en libertad de utilizar el nombre que más le agrade. Pero el enlace entre la medicina clínica y la epidemiología están ya enraizados y dispuestos a perdurar, aspecto éste que merece reconocimiento.

En los últimos años, la epidemiología clínica se ha visto desplazada en importancia por una rama auténtica

salida de su propio tronco: la medicina basada en evidencia. Ahora hablamos más de ella que de su progenitora: la epidemiología clínica y menos aun de su abuela: la epidemiología. Todo vuelve a su origen y ella tiene a su magnífico ícono, el Dr. Cochrane, un veterano epidemiólogo británico, considerado uno de los padres de los ensayos clínicos controlados.

Al concluir esta parte del trabajo, me doy cuenta que mi relación con la epidemiología clínica semeja la conocida curva que experimenta cualquier medicamento nuevo. Al

principio, todo lo que se expresa son acerca de sus bondades, su efectividad, amplio espectro, etc. Luego con el tiempo se conocen algunos de sus efectos secundarios y relativos fracasos por lo que la curva de aceptación desciende abruptamente. Más adelante se lleva a cabo una nueva valoración del medicamento y se reconoce que en ciertas condiciones, es el mejor que se tiene a la mano pero que evidentemente debe emplearse con cautela ya que no posee todos los usos y ventajas que pensábamos tenía originalmente.

EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL. UNA NUEVA EPIDEMIOLOGÍA

El tema de causalidad en medicina ha dado origen a múltiples teorías y su evolución ha estado marcado por la evolución del conocimiento científico (). Así, los grandes descubrimientos de la microbiología a fines del siglo XIX dieron nacimiento a la teoría microbiana que trataba de buscar para cada enfermedad una etiología bacteriana, parasitaria y posteriormente viral, atribuyendo así una monocausalidad a

cada entidad patológica. Cuando los requisitos o criterios para validar el origen causal de este tipo de padecimientos, expuestos inicialmente por Robert Koch , comenzó a mostrar sus debilidades y fue incapaz de dar respuesta a la etiología de muchas enfermedades, se recurrió a la explicación multi o pluricausal. Posteriormente entonces, se trató de explicar los orígenes de los llamados determinantes del proceso salud-enfermedad en el hombre y en la comunidad. Muchos creyeron ver en la preeminencia de los factores biológicos y ambientales, la principal causa de dicho proceso y por consiguiente, las acciones correctivas debían recaer en la atención del enfermo y la prevención de sus males. La teoría biologicista-ambiental ha sido la imperante hasta el momento actual, pero ya desde los tiempos de los grandes descubrimientos bacterianos de Pasteur, Koch y otros, grandes figuras de la medicina como Frank y Rudolph Virchow, insistieron en que los principales agentes causales de las enfermedades radicaban en la pobreza, el hacinamiento, la pésima alimentación, las condiciones insalubres y demás

condiciones asociadas a factores económicos y sociales. La solución estaba por consiguiente, en la instauración de políticas que corrigieran esas desigualdades sociales. El paulatino reconocimiento a la importancia de los factores socioeconómicos en el desarrollo de la salud o de la enfermedad, reforzado por el advenimiento de la ideología marxista-leninista (materialismo dialéctico) al poder, primero en la Unión Soviética y luego en otros países de la Europa Oriental, China y Cuba en América Latina, reforzaron las ideas de la “medicina social”.

La denominada “epidemiología social” es un término que nace posterior al desarrollo de la medicina social. De hecho ocurre entre la primera y segunda guerra mundial, aunque Nancy Krieger (23) señala que la primera aparición del término se dio en 1950, en un trabajo de A. Yankauer, sobre mortalidad infantil y segregación residencial. Este autor posteriormente se convirtió en el editor de la conocida publicación “The American Journal of Public Health.

En los últimos años, la epidemiología clínica se ha visto desplazada en importancia por una rama auténtica salida de su propio tronco: la medicina basada en evidencia. Ahora hablamos más de ella que de su progenitora





A partir de la década de los años setenta, en la América Latina ha emergido con fuerza un grupo de epidemiólogos y de médicos sociales que han aplicado el materialismo histórico para ampliar el campo teórico y práctico de la epidemiología. Particular actitud han ejercido en Ecuador (Breilh, Grande), en México (Laurel, Eibeushutz), en Brasil (Loureiro), en Argentina (Bermann), en Venezuela (Urbaneja), y Castellanos a través de la OPS, para nombrar sólo algunos de ellos. Existe una asociación Latinoamericana de medicina social (ALAMES) y han editado libros, textos y artículos valiosos sobre esta temática.

Aparte sin embargo de promover la medicina social, ampliando y enriqueciendo el diagnóstico de salud, este distinguido grupo de investigadores, muchos de ellos asociados a

la docencia, han venido insistiendo en la construcción de una nueva epidemiología, que han recibido de ellos diversos nombres, entre los que podemos mencionar los de epidemiología social, epidemiología científica, epidemiología crítica, etc. Es una lástima que en esta oportunidad no dispongamos de más tiempo y espacio para dedicarlo a la discusión de este tema de tanta importancia y trascendencia, máxime que los representantes de la epidemiología oficial no han dado respuesta a la emergencia de un grupo de profesionales de la medicina social. Tal silencio puede interpretarse como un desdén manifiesto, incapacidad para refutar la argumentación esgrimida o bien una piadosa tolerancia ante los ideólogos de la epidemiología crítica. No obstante lo anterior, soy del parecer que si bien éste grupo de profesionales está aportando

A partir de la década de los años setenta, en la América Latina ha emergido con fuerza un grupo de epidemiólogos y de médicos sociales que han aplicado el materialismo histórico para ampliar el campo teórico y práctico de la epidemiología.

al cuerpo de conocimientos de la epidemiología un importante caudal de teoría y análisis social que enriquece el ámbito del diagnóstico comunitario, al no haber podido desarrollar una metodología novedosa, mal puede hablarse entonces de una epidemiología nueva, que no ha logrado romper ningún paradigma vigente y menos aun la utilización del nombre de epidemiología científica.

. No obstante lo anterior, soy del parecer que si bien éste grupo de profesionales está aportando al cuerpo de conocimientos de la epidemiología un importante caudal de teoría y análisis social que enriquece el ámbito del diagnóstico comunitario, al no haber podido desarrollar una

metodología novedosa, mal puede hablarse entonces de una epidemiología nueva, que no ha logrado romper ningún paradigma vigente y menos aun la utilización del nombre de epidemiología científica, como si la real fuese falsa, acientífica o totalmente desacreditada. Varios de

estos autores se han adherido francamente a un materialismo estructuralista y economicista (24), que ha perdido mucho de su antiguo vigor y vigencia, especialmente a partir de la abrupta caída de la Unión Soviética y de sus satélites este-europeos.

REFERENCIAS

1. El desafío de la epidemiología. Parte I. Desarrollo Histórico. Discusión. Publicación científica No 505 OPS, Washington. 1988.
2. Soskolne Solin L. Epidemiology: Questions of science, ethics, morality and law. Reviews and commentary. Am J. of Epidemil. Vol. 129, 1, 1-16, 1989.
3. Herbst A.I. – Ulfelder H. – Poskanzer D.C. Adenocarcinoma of the vagina. Association of maternal diethylstilbestrol therapy with tumor appearance in young women. The N. Engl. J. Med. 204; 16: 878-881.
4. Stolley Paul D. Faith, evidence and the epidemiologist. J. Public Health Policy. 1985. 6; 37-42.
- 5, Ibid.
6. Soskolne Colin L. Epidemiological research, interest groups and the review. J. Public Health Policy.
7. Rapp trimester statist san mond 41 (1988).
8. Lineamientos generales para la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Documento de trabajo. Salud del adulto. OPS Washington. Diciembre. 1989.
9. Epstein H. Frederick – Holland Walter W. Prevention of Chronic Diseases in the Community One diseases versus multiple disease strategies. Int. J. Epidemiol. 12,2 135-137. 1983.
10. Puska P. et al. The north Karelia Project. Copenhagen. WHO. 1981.
11. Goldman Lee. Analyzing, the decline in the CAD death rate. Hospital Practice, 109-117, feb. 15, 1988.
12. Noah H. Concepts of health and health promotion in “Measurement in health promotion and protection. WHO. Regional Publications, pág. 5-27, Copenhagen, 1987.
13. Ibid.
14. Rose Geoffrey. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. Boletín Epidemiológico de la OPS 6; 3:1 986.
15. Oliver Michael. Mesa redonda. Factores de riesgo coronario. No podríamos prescindir de la prevención en masa. Foro Mundial de la Salud 5:5-21; 1984.
16. Evans Ronald. Epidemiología Clínica. Programa a realizar en el Hospital Clínico de Caracas. Revista de la Facultad de Medicina 1: 2 ;97-115, 1981.
17. Smith Alwyn. Epidemiology and the clinicians. The Lancet 1087, Nov 1980.
18. Last M. John. What is “Clinical Epidemiology. Journal of Public

- Health Policy, 159-163, Summer 1988.
19. Terris Milton. Epidemiology and leadership in public Health in the Americas. Journal of Public Health Policy, 250-259, Summer 1988.
20. Feinstein A.R. Clinometrics. New Haven and London : Yale University Press, Estados Unidos, 1987.
21. Fletcher Robert H. Clinical Medicine meets modern Epidemiology – and both profit. AEP 2 : 3; 317- 324, 1992.
22. Evans Ronald. Capítulo “Causalidad”. En
23. Krieger Nancy. Theories for social epidemiology in the 21 st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology.2001;30:668-677.