

MESA REDONDA**EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN. PERSPECTIVAS****Miguel Gili Miner**Departamento de Medicina Preventiva.
Universidad de Sevilla

No es tarea fácil hacer una síntesis sobre las perspectivas de la utilización de la epidemiología en prevención, más aún si se pretende enmarcarla en el contexto histórico y social de la España de 1992, y hacer una exposición sobre todos estos aspectos en breves minutos. Es probable que si se solicitase la opinión de los participantes en estas Jornadas sobre estas perspectivas se obtuviera un amplio espectro de puntos de vista sobre el tema, seguramente muy fructífero e interesante pero también con enfoques muy diversos y difícilmente comparables. Por ello, voy a permitirme comentar algunos problemas que estimo importantes, admitiendo y advirtiendole que hay un inevitable sesgo personal en la selección de los items. Asimismo, en esta selección no aleatoria de problemas me voy a permitir sacar a la luz algunos surgidos en estudios con los que estoy más familiarizado por haber participado como investigador en ellos.

Uno de los problemas que surge al pretender aplicar los resultados de la investigación epidemiológica en programas de prevención es el de las marcadas diferencias interregionales y de *la cautela con la que se debe aplicar resultados de nivel nacional a nivel regional o local*. Un ejemplo es el análisis comparativo de los resultados de la encuesta Gallup sobre los patrones de consumo de alcohol en Espa a¹ y los resultados del estudio OMS-Ministerio de Sanidad y Consumo de la Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol^{2,3}. En ellos puede observarse que los datos sobre patrones de consumo, actitudes y normas culturales frente a la bebi-

da, prevalencia de problemas y utilización de servicios a nivel nacional son engañosos cuando pretenden aplicarse a Cantabria y Sevilla, donde los resultados de estas variables se desvían ostensiblemente de las medias nacionales, en uno y otro sentido. El análisis a nivel nacional es imprescindible para la planificación general de programas de prevención y control de los problemas relacionados con el alcohol, particularmente las medidas de orden legislativo y social, pero el estudio a nivel local es también imprescindible para identificar los grupos sobre los cuáles debe actuarse con programas específicos, particularmente los educativos y los asistenciales, dadas las grandes diferencias interregionales existentes.

Otro problema es el del *mercado desfase cultural intergeneracional*. En España nos encontramos con abismales diferencias culturales entre generaciones, conviviendo niños, adolescentes y jóvenes familiarizados con el manejo de computadores personales con muchas personas mayores con grandes limitaciones en la interpretación de los textos de los periódicos, y mucho más de cuestionarios sobre problemas de salud y folletos con mensajes educativos. Esto plantea un interesante problema técnico en el diseño de estudios epidemiológicos dirigidos a grupos en los cuáles coexisten colectivos de distintas edades (por ejemplo, la población general, o los usuarios de centros de salud). Así, un cuestionario postal o auto-respondido puede ser una herramienta de trabajo aceptable entre población joven y de mediana edad, pero las tasas de no-respuesta y los

errores de interpretación cuestionan su aplicación a grupos de edad más avanzada, obligando a emplear otras opciones, por ejemplo, entrevistas personales, lo cual encarece notablemente los programas de intervención.

Además de estos problemas culturales, la *evolución demográfica* de la población española plantea ya, y presentará con creciente gravedad, otros serios problemas en la planificación de programas preventivos. La longevidad creciente de la población española va a determinar que a principios del siglo XXI más de un 25% de la población tenga más de 65 años. Esta creciente proporción de personas mayores elevará el número absoluto de enfermedades crónicas, aun cuando disminuya entre ellos la incidencia de estas enfermedades. En otros casos inclusive va a aumentar la incidencia de ciertas enfermedades crónicas incapacitantes, como la artritis, las lumbalgias y otros problemas musculoesqueléticos, con su consiguiente gravamen sanitario, social y económico. Los porcentajes de supervivientes con graves incapacidades tras un infarto de miocardio o un ictus apoplético van a seguir siendo progresivamente mayores. La proporción de enfermos con insuficiencia renal crónica que inicien tratamiento sustitutivo de hemodiálisis serán también crecientes, al igual que el número de trasplantes⁴. Las necesidades de Unidades de Cuidados Intensivos serán también crecientes dada la plétora de personas mayores con enfermedades basales graves pero con supervivencias cada vez más prolongadas. Los consumos de vasodilatadores cerebrales pueden llegar a alcanzar cifras estremecedoras si su prescripción sigue en el futuro los patrones actuales.

Estas expectativas plantean una serie de líneas prioritarias en la investigación epidemiológica española, no sólo por el impacto sanitario y social de estos problemas de salud sino también por su agobiante costo económico. Se precisará de un buen número de estudios epidemiológicos para poder afrontar la resolución más práctica y menos costosa de estos problemas. Seguramente cambiarán los ac-

tuales criterios de admisión de pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis y tenderán a ser más restrictivos. Algo similar acontecerá en los programas de trasplantes de órganos. Los estudios de supervivencia en Unidades de Cuidados Intensivos permitirán definir quienes deben y quienes no deben ser admitidos en estas Unidades, sea porque no es necesario o porque igualmente van a fallecer⁵. ¿Quién sabe, hasta es posible que los ensayos clínicos sobre vasodilatadores cerebrales nos saquen a todos de dudas sobre su eficacia real y se regule su prescripción?

Otro motivo de preocupación lo seguirá constituyendo el de las *marcadas diferencias de morbilidad y de mortalidad entre las diferentes clases sociales de la población y su muy distinta utilización y aprovechamiento de los servicios sanitarios*. Durante las últimas décadas no se ha logrado reducir en la misma medida en todos los países desarrollados las diferencias entre estas clases sociales. Lo cierto es que en todas las regiones españolas la salud y la enfermedad no se distribuyen en la sociedad de forma aleatoria. Ciertos grupos sociales están enfermos con mayor frecuencia que otros, y mueren antes. A pesar del espectacular desarrollo económico y social alcanzado durante este siglo, las diferencias entre clases sociales siguen manteniéndose en gran medida. Las clases sociales más bajas siguen estando sujetas a tasas de mortalidad, morbilidad e incapacidad más elevadas. Estos hechos, y el que estos grupos hacen menor y peor uso de los servicios sanitarios⁶, refuerzan la necesidad de reorientar los patrones asistenciales no sólo en la conjugación de las actividades curativas con las preventivas, sino también en alcanzar una equidad en la asistencia, de tal forma que se beneficien más de los programas asistenciales aquellos que más necesidad tienen de ellos. En este tema no puede olvidarse que es fácil caer en el error de *medicalizar problemas que son esencialmente sociales*. Los programas de prevención aplicados con criterios de equidad solo deberían ser considerados como una herramienta más

en el contexto de necesidades que deben satisfacerse con medidas de orden político: medidas legislativas, medidas sociales, medidas educativas y política sanitaria, todas ellas orientadas a disminuir la desigualdad social.

La desigualdad social ante la salud plantea nuevos problemas en la investigación epidemiológica que quiere aplicarse en programas de prevención, y que se hacen evidentes en el estudio sobre el estado nutricional de la población infantil de Andalucía⁷. Los tiempos en los que el estado nutricional en las distintas clases sociales se cuantificaba con criterios clínicos es ya una anécdota histórica en España. Inclusive los indicadores antropométricos de desnutrición reciente (-2 DE o por debajo del percentil 5 de la curva de Peso/Talla del NCHS/CDC) o de desnutrición antigua (-2 DE o por debajo del percentil 5 de la curva de Talla/Edad del NCHS/CDC), son insuficientemente discriminantes cuando se comparan en diferentes clases sociales. En cambio, si se busca un "estado de desnutrición limítrofe" ("borderline") definiéndolo en indicador de desnutrición reciente como por debajo del percentil 10 de la curva de Peso/Talla del NCHS/CDC e indicador de desnutrición antigua como por debajo del percentil 10 de la curva de Talla/Edad del NCHS/CDC, se encuentra una clarísima estratificación, tanto si se emplean indicadores de renta, de nivel educativo o de grupo socio-ocupacional.

No deja de ser curioso que en España no existe uniformidad en la utilización de indicadores de clase social; cada grupo elabora los suyos propios o adopta alguno de fuera (a veces con notables dificultades). Me atrevo a sugerirlo como tema a tratar por la Sociedad Española de Epidemiología y el Centro Nacional de Epidemiología.

En suma, pretendiendo sintetizar los problemas que he planteado, puedo decir que:

1.º Habrá una creciente necesidad de descentralizar la investigación epidemiológica para que ésta sea más informativa y re-

levante en el nivel donde se van a aplicar los programas de prevención. Esto deberá conjugarse con una centralización de la información y su disponibilidad para todos los grupos del país. Esta última función deberá asumirla de forma creciente el Centro Nacional de Epidemiología.

2.º En el diseño de estudios epidemiológicos y en la evaluación de programas de intervención será imprescindible tener en cuenta las notables diferencias de nivel cultural entre generaciones, y emplear herramientas apropiadas para la recogida de información en cada grupo.

3.º La evolución demográfica de la población va a agudizar el impacto de problemas de salud que ya hoy en día son muy importantes por su costo económico y de dedicación de recursos humanos y asistenciales. Los estudios epidemiológicos deberán jugar un papel fundamental en la definición de criterios de inclusión y de exclusión en los programas asistenciales disponibles para la resolución de estos problemas (Unidades de Cuidados Intensivos, Programas de Hemodiálisis, Trasplantes, ¿prescripción de vasodilatadores cerebrales?)

4.º Un área prioritaria de los programas de promoción de la salud y de prevención específica será el de la corrección de las desigualdades sociales en salud. Este capítulo será realmente efectivo si es un componente más de un programa intersectorial encaminado a disminuir las desigualdades sociales con otras medidas de carácter político. La investigación epidemiológica va a precisar en algunos casos de nuevos indicadores del estatus de enfermedad o de problema de salud, y de una uniformidad nacional de los indicadores de clase social para permitir la comparabilidad de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Enríquez R. Encuesta ICSA-GALLUP. Estudio de los hábitos de consumo de alcohol

- de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
2. Gili M, Giner J, Lucalle JR, Franco D. Patterns of consumption of alcohol in Seville, Spain. Results of a general population survey. *Brit J Addict*, 1989; 84: 277-285.
 3. Díez JF, Peña C. Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol en Cantabria. En: *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1989:99-107.
 4. Gentil MA, Gili M, García T, Frutos M. Tendencias en la admisión de pacientes de insuficiencia renal crónica para tratamiento sustitutivo. Experiencia de un programa regional. *Nefrología*, 1986; 6:101-107.
 5. Lemeshow S, Teres D, Avrunin JS, Pastides H. A comparison of methods to predict mortality of intensive care unit patients. *Crit Care Med*, 1987;15: 715-722.
 6. Rodríguez JA. El reparto del bienestar: salud y desigualdad social en España. VII Reunión Científica: Aportaciones de la Epidemiología a la estrategia de Salud para todos. San Sebastián: SEE. 1988: 193-234.
 7. Briones E, Perea E, Ruiz MP, Torro C, Gili M. The Andalusian Nutritional Survey: comparison of the nutritional status of Andalusian children aged 6-60 months with that of the NCHS CDC reference population. *Bulletin of the Bull WHD*, 1989; 67: 409-416.