

Terris, Milton
Epidemiología y política de salud en las Américas: el desafío neoliberal
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32, 2014, pp. 58-63
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058127010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Epidemiología y política de salud en las Américas: el desafío neoliberal*

Milton Terris¹

¹ Epidemiólogo, profesor del New York Medical College. (1915-2002)

Resumen

Este artículo analiza las políticas anti-salud y los programas que están siendo seguidos por los gobiernos neoliberales a escala global, y que se venden al público rotulándolos como “reformas de salud”. El papel de los epidemiólogos en esta situación es fortalecer la oposición a estas reformas anti-salud documentando sus efectos sobre los servicios preventivos y terapéuticos y sobre el estado de salud de la población. Se discuten las dificultades mayores con relación a esto. Existe una gran necesidad de epidemiólogos para impulsar audazmente el ataque a las principales enfermedades que afectan hoy a las Américas. Se discuten dos ejemplos de

programas de gran prioridad: el logro de provisión de agua segura por medio de iniciativas recién desarrolladas de bajo costo y base comunitaria, y la organización de campañas efectivas contra la enfermedad cardiovascular, largamente aplazadas. El establecimiento de Objetivos de salud concretos, específicos y a todos los niveles de gobierno —nacional, estadual/provisional/departamental y local— debe convertirse en el foco central de la política y la acción de salud pública en las Américas. Se urge a los epidemiólogos para que tomen el liderazgo para abogar y lograr este enfoque fundamentalmente epidemiológico.

Abstract

This paper analyses the anti-health policies and programs that are being pursued by neoliberal governments on a global scale and that are being sold to the public by labeling them as “health reforms”. The role of epidemiologists in this situation is to strengthen opposition to these anti-health reforms by documenting their effects on preventive and therapeutic health services and on the health status of the population. Major difficulties in this regard are discussed.

There is a great need for epidemiologists to move boldly forward to attack the major diseases that afflict the Americas

today. Two examples of high-priority programs are discussed: the achievements of safe water supplies by newly developed, low-cost community-based initiatives, and the long overdue organization of effective campaigns against cardiovascular disease. The establishment of effective, concrete Health Objectives at all levels of government —national, state/provincial, and local— must become the central focus of public health policy and action throughout the Americas. Epidemiologists are urged to take leadership in advocating and achieving this fundamentally epidemiological approach.

* Traducción libre con la autorización del autor, por Helena E. Restrepo, Ex directora, Promoción de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

Introducción

El periodo de la Post-Guerra Fría está marcado por el dominio global de la economía y la filosofía política del neoliberalismo. Las fuerzas más potentes responsables de este ascenso de las políticas neoliberales son el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que han puesto como condición para la asistencia financiera, la “reestructuración” del gobierno. En los Estados Unidos se usa un término diferente, “reinventando el gobierno”, que se ha convertido en el sinónimo de “desmantelando al gobierno”. Este es un ejemplo de la ingenuidad de este país en usar técnicas propagandísticas para hacer que las cosas parezcan lo que no son; por ejemplo, “seguro de atención médica” (*medical care insurance*) se le rotula como “seguro de salud” (*health insurance*) y al “seguro de atención médica del gobierno” (*government medical care insurance*) se le llama “pagador único” (*single payer*).

Las reformas anti-salud

Por mucho tiempo no pude entender por qué mis colegas latinoamericanos usaban el término “neoliberal” para describir las políticas de recorte de los presupuestos de salud y privatización de los servicios de salud. Me parecía que el término “neoconservador” daría una descripción más precisa. Esto, porque en los Estados Unidos hemos usado el término “liberal” para referirnos a la gente que favorece la acción del gobierno para mejorar la salud y el bienestar de la población. No entendía que se referían al liberalismo de los siglos 18 y 19, el liberalismo del crecimiento rápido de una nueva clase de comerciantes e industriales que se casaron con la doctrina de “dejar hacer” (*laissez-faire*), opuesta a la regulación del gobierno u otra interferencia a su libertad de operar de acuerdo con sus propios dictados. Los “neoliberales” de hoy son los descendientes de esta clase, transformados en los dueños de grandes corporaciones nacionales y transnacionales que ejercen una influencia política y un poder tremendos.

Durante el siglo pasado, los gobiernos aceptaron mayores responsabilidades para la expansión y mejora de los servicios de salud preventivos y terapéuticos, la educación y la vivienda, la nutrición, y otras condiciones de trabajo y de vida. Estas reformas fueron promulgadas en respuesta al crecimiento de los partidos de trabajadores y el miedo a las revoluciones. Este miedo se ha reducido mucho ahora como resultado de la victoria en la Guerra Fría. Lo que se desea en la actualidad es retornar al dejar-hacer del liberalismo de siglos anteriores, de nuevo reduciendo la interferencia del Estado al mínimo tal como en las regulaciones en salud ocupacional y seguridad, compensaciones a los trabajadores, leyes de salario mínimo, códigos

de construcción, requerimientos anti-polución, leyes contra la discriminación, y regulaciones en las drogas y alimentos que aumentan los costos y reducen las ganancias de la industria. Las corporaciones están decididas a cortar los servicios del gobierno reduciendo los presupuestos, no solamente los de los programas mencionados arriba, sino también los de escuelas y universidades públicas, viviendas públicas, hospitales y clínicas públicas, los programas de seguros de salud del gobierno, y las contribuciones gubernamentales a los fondos de seguridad social, para reducir los impuestos de las corporaciones y por consiguiente aumentar sus ganancias. Aún más, las industrias operadas por el gobierno tales como los servicios de transporte y de comunicaciones están siendo vendidas al sector privado a precios de ganga. Hoy la palabra clave es privatización; el mercado es el rey y la ganancia es la meta primordial.

Las reformas de salud de las décadas anteriores eran verdaderas reformas en el sentido de la expansión y mejoramiento de los servicios de salud para la gente. Las llamadas “reformas de salud” del periodo de Post-Guerra Fría no son, en absoluto, reformas de salud, sino lo opuesto; son programas reaccionarios diseñados para limitar el acceso a, y empeorar la calidad de los servicios de salud disponibles para la mayoría de la población. Las características específicas de esas anti-reformas de salud varían, dependiendo de los diferentes tipos de servicios de salud de cada país, y el resultado de las campañas anti-salud en cada uno de ellos dependerá de la fuerza y las estrategias de las fuerzas contendoras.

Documentar el daño causado por las reformas anti-salud

Los epidemiólogos y otros trabajadores de la salud pública tienen una gran responsabilidad para que usen sus habilidades y conocimientos para fortalecer la oposición a las reformas anti-salud. Los epidemiólogos pueden documentar los efectos de los cortes en el funcionamiento de los servicios de salud, no sólo en la reducción de los servicios específicos preventivos y terapéuticos, sino también en los índices de salud tales como el estado nutricional; las tasas de inmunizaciones; la incidencia de enfermedades prevenibles; los programas amplios de citología vaginal y mamografía; la ampliación de programas de detección de factores de riesgo como la hipertensión arterial y colesterol sérico; y las tasas de letalidad operatoria, las de letalidad de los casos y otras medidas de resultados de tratamientos.

Pero los epidemiólogos están impedidos para tales estudios por la falta de redes efectivas de información de estos datos a nivel local, estadal o provincial, y nacional. Hay una gran escasez de epidemiólogos en

los departamentos de salud[†]; se necesitan urgentemente, para diseñar e implementar la recolección de los datos y para su interpretación. Los epidemiólogos que tengan acceso a la publicación de la OPS de 1988 titulada: “El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas” (*The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings*) por Carol Buck, Álvaro Llopis, Enrique Nájera y Milton Terris, encontrarán una fascinante discusión de estos aspectos en el “Capítulo V: Perspectivas para el futuro” en el cual Álvaro Llopis señala algunos de los problemas de América Latina, en respuesta a la pregunta: “¿Cuál es la experiencia en América Latina? ¿Hay centros de epidemiología?”, y él dice que muchos países tienen centros que no son parte de los servicios de salud.

Otro problema es que, aunque mucha gente los llama epidemiólogos, muchos de ellos no trabajan en esta disciplina. La mayor parte del tiempo administran programas de control de enfermedades, que sigue la tradición de la práctica de la epidemiología en esta región. La investigación no es una prioridad.

Esta asociación tan estrecha con los programas de control de enfermedades no es mala por sí misma, lo que pasa es que hace sólo administración, y la epidemiología no se usa para nada, entonces en lugar de que la persona esté encargada del control, el control domina a la persona.

En los Estados Unidos existe otro factor, el cambio de lugar principal de la investigación epidemiológica de los departamentos de salud oficiales a las universidades. Como resultado, algunas de las tendencias intrínsecas de la vida académica se han hecho cada vez más evidentes; hay una mayor preocupación por la metodología estadística de la manipulación de los datos que por la solución de los problemas de enfermedad; un abandono de los estudios de comunidad y de campo en los cuales el investigador conocía los datos y sus limitaciones, y un incremento en el uso de datos de otros, sin importar su valor; una orientación dirigida más hacia la meta de “pública o perece” que al objetivo de prevenir la enfermedad y la muerte; y, finalmente, una actitud elitista y arrogante hacia el empleado oficial de salud que es similar a la actitud del clínico académico hacia el médico general.

Un artículo reciente del *American Journal of Epidemiology* sobre “El fracaso de la epidemiología académica” (*The Failure of Academic Epidemiology*) critica a los epidemiólogos académicos por adoptar una perspectiva biomédica limitada que fracasa “para apoyar la misión fundamental de la salud pública de prevenir la enfermedad y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la comunidad”, y falla para dar “el énfasis apropiado sobre los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales de la enfermedad” [1].

Siempre creí que esto era menos notorio en América Latina, y menciono esto porque dos miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recientemente me expresaron su gran aprecio por dicho artículo. Me parece que el enfoque de los epidemiólogos académicos americanos puede existir también en América Latina.

Las dificultades para cumplir con nuestras obligaciones hacia el público —la falta de redes adecuadas de datos, la escasez de epidemiólogos, el mal uso extendido de las posiciones administrativas en los departamentos de salud, y la tendencia de los epidemiólogos académicos de encerrarse en sus torres de marfil— necesitan ser discutidas ampliamente para planear una acción correctiva efectiva.

La necesidad de una respuesta positiva: ataque a las enfermedades importantes

Además, hay una gran necesidad de epidemiólogos no sólo para monitorear y exponer los defectos en los servicios de salud y el estado de salud resultante de las reformas anti-salud, sino para impulsar audazmente el ataque a las enfermedades principales que afligen hoy a la población de las Américas. Ellos necesitan buscar activamente el apoyo popular para sus campañas, de tal manera que los gobiernos de todo nivel puedan empezar a reconocer la necesidad urgente de proveer los recursos financieros necesarios.

Permítanme darles sólo dos ejemplos de las causas principales de enfermedad y trauma. En enero de 1991, por primera vez en este siglo, la epidemia de cólera golpeó a las Américas. De 1991 a 1993, 941.805 casos y 8.622 muertes fueron informadas [2]. También, con base en los datos disponibles para los años alrededor de 1990, se estimó que el número de muertes informadas de infecciones intestinales en niños menores de cinco años en las Américas era de cerca de 52.000, representando el 15% del total de muertes en este grupo de edad. Esto es subestimado, porque el número de casos que no reciben atención en los servicios de salud no se informa; la mayoría de los países presentan datos que pueden representar un subregistro de 20 a 40% [3].

Uno de los factores más responsables de estas tasas tan altas es la falta de agua de buena calidad y de eliminación de excretas. Vicente Witt y Fred Reiff de la OPS estimaron que al final de 1988, 89 millones personas (cerca de 34 millones en zonas urbanas y 55 millones en áreas rurales), que corresponde al 21% de la población de Latinoamérica y el Caribe, aún no tenían acceso a agua y cerca de 141 millones (57 millones en

† En el caso de Colombia, las secretarías de salud.

área urbana y 84 en la rural), que corresponde al 34% de la población total, carecían de servicios adecuados de aguas negras y eliminación de excretas [4].

La epidemia del cólera llevó a la OPS a proponer un programa a gran escala de calidad de agua y servicios de saneamiento, para ser financiado con los presupuestos nacionales y donantes externos [5]. Pero los donantes externos no estuvieron interesados y el plan no se pudo implementar.

No obstante, en 1996, Fred Reiff, Mirta Roses, Linda Venczel y Vicente Witt de la OPS y Roberto Quick del Centro de Control de Enfermedades del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, publicaron un artículo en el *Journal of Public Health Policy* (Revista de Políticas de Salud Pública) sobre “Agua potable a bajo costo para el mundo: una solución práctica provisional” (*Low-Cost Safe Water for The World: A Practical Interim Solution*) [6], el cual estimaba que el 41% de la población de América Latina y el Caribe en 1994 consumía agua de beber que no era segura microbiológicamente; aproximadamente la mitad de las viviendas afectadas estaban conectadas a fuentes de agua inadecuadas y no confiables; la otra mitad se surtía de fuentes de agua no entubadas y contaminadas por microbios. Para llenar sus necesidades de sistemas de agua entubadas se requerirían cantidades enormes de inversión en recursos financieros y humanos.

“Las inversiones de capital para tales sistemas varían usualmente en el rango de \$100 a 150 dólares por persona servida. Aunque deseable, no es realista esperar que ocurran tan grandes inversiones en el futuro cercano... Sin embargo, es factible aún para la gente pobre de países en desarrollo disfrutar de los beneficios de un agua segura microbiológicamente a través de iniciativas con base comunitaria y financiadas por las comunidades que tendrían un costo que oscila entre 1.5 y 4 dólares por familia de cinco miembros, incluyendo la amortización inicial de la inversión. La intervención consiste en facilitar a cada vivienda las cantidades esenciales de agua intradomiciliaria en contenedores especiales para almacenarla y usarla, y promover la producción de agua a nivel local... Esta posibilidad se está demostrando actualmente en proyectos de intervención muy avanzados ya en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Nicaragua y Guatemala, y está en fases iniciales en Cuba, El Salvador, Honduras, Panamá y Perú. Esta intervención es posible y factible porque requiere solamente una pequeña inversión inicial, unos pocos minutos diarios por parte de la familia, y es suficientemente simple para ser llevada a cabo y efectuada por cualquiera de los miembros de la familia desde los niños hasta los ancianos” [6].

Aunque los informes preliminares de los proyectos de intervención están dando resultados favorables, hay una gran necesidad de desarrollar adicionalmente estudios de intervención de mayor profundidad que estén

bien planeados e implementados. Esta es un área de gran importancia para la salud de la gente de América Latina, y una de las cuales requiere no sólo de las destrezas de epidemiólogos, sino de su liderazgo y determinación en todos los países para convencer al gobierno que autorice y apoye estos proyectos de demostración, y si los resultados son favorables, extienda el programa a todos los lugares vulnerables.

Un segundo ejemplo es el de la enfermedad cardiovascular, la principal causa de muerte en las Américas. En 1990, las muertes por el sistema circulatorio, como porcentaje del total de muertes por causas definidas, tuvo un rango en 24 países desde 46% en Argentina, 44% en Cuba, 43% en Estados Unidos, 41% en Uruguay, y 40% en Canadá, a los más bajos de 21% en Ecuador y El Salvador, 20% en México, y 19% en Perú y Nicaragua. En el periodo de tres años entre 1968 a 1970, las tasas de muerte ajustadas por edad por enfermedades cardiovasculares en 15 países de las Américas se distribuyeron en un rango de más altas en Trinidad y Tobago (Hombres 307, Mujeres 230), Estados Unidos (H254, M146), Argentina (H235, M144), Uruguay (H208, M143) y Canadá (H205, M117), y las más bajas en Costa Rica (H137, M125), México (H109, M113), República Dominicana (H99, M95), Guatemala (H66, M66) y El Salvador (H59, M61). Para el periodo de 1985-1987, la disminución mayor de las tasas ocurrió en Estados Unidos, Canadá, Chile, Trinidad y Tobago, y Venezuela, mientras que los incrementos ocurrieron en El Salvador, República Dominicana y Guatemala [7].

La enfermedad cardiovascular es el resultado de niveles altos de colesterol sérico derivados de una dieta rica en grasas saturadas y colesterol, presión arterial alta, fumar cigarrillos, y falta de ejercicio físico. Todos estos son factores susceptibles de programas de acción de salud pública. Los epidemiólogos en Latinoamérica deberían considerar tal acción como una prioridad muy alta. Necesitan medir la prevalencia de estos factores de riesgo en cada país para ayudar a movilizar a la población y a los gobiernos para que conduzcan grandes campañas para bajar su prevalencia, y deben evaluar la efectividad de los programas de acción en reducir no solamente la prevalencia de los factores de riesgo sino la morbilidad y mortalidad, consecuencia de la enfermedad cardiovascular.

Un foco central de salud pública

Finalmente, quisiera comentar sobre una de las afirmaciones hechas por un miembro importante de la Organización Panamericana de la Salud que sentía la necesidad de desarrollar un foco central para el trabajo de la OPS y de sus países miembros, un enfoque unificado que caracterizara y orientara la dirección de las actividades de salud pública. Yo sostengo que tal enfoque ya existe,

y su nombre es Objetivos de Salud (*Health Objectives*) no solamente para las naciones, sino para sus estados o provincias[‡] como también para las localidades.

La necesidad de moverse hacia la planeación de salud con enfoque epidemiológico, y a la planeación por resultados —es decir, a resultados en términos de enfermedad, discapacidad, y muerte de la población— fue formulada primero por el gobierno canadiense en el Informe de Lalonde (*Lalonde Report*) de 1974. Este informe señaló que “vastas sumas están siendo gastadas tratando la enfermedad que en primer lugar podría haber sido prevenida”, y propuso una estrategia de fijar metas (*goal-setting*) que incluía: “El desarrollo de reducciones específicas en la incidencia de las mayores causas de morbilidad y mortalidad”, y “el establecimiento de fechas específicas para alcanzar dichas reducciones en morbilidad y mortalidad” [8].

Esta estrategia de fijar metas fue formalmente adoptada por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en 1979 [9, 10], pero éste ya había comenzado sus campañas para prevenir enfermedades no-infecciosas en los años 60. De 1965 a 1987, la prevalencia ajustada por edad de fumar cigarrillo declinó de 52 a 31% para hombres, y de 34 a 27% para mujeres [11]. De 1970 a 1987, la tasa de muerte ajustada por edad por enfermedades del corazón, bajó en un 33%, la de enfermedad cerebrovascular en 55%, la de accidentes en 35% y la de enfermedad crónica del hígado y cirrosis en 40%. Como resultado, la tasa global de mortalidad cayó en un 25% [12].

Estos notables éxitos, sin precedentes, reflejan la gran cantidad de experiencia que necesita ser estudiada y analizada por los trabajadores de salud pública a lo largo de las Américas. Los fracasos necesitan ser estudiados, particularmente el impacto limitado en los sectores menos educados de la población quienes ostentan las tasas más altas de muerte, enfermedad y discapacidad [13].

Los objetivos específicos de salud, epidemiológicamente orientados han sido establecidos en Australia, India y países europeos. Están conspicuamente ausentes las Américas, excepto en Estados Unidos y en Cuba, que en febrero de 1992, adoptó un plan detallado: Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000.

La razón para esta ausencia se me clarificó hace unos pocos años, cuando tuve el privilegio de participar en cinco congresos de epidemiología, en Venezuela, República Dominicana, Brasil, Cuba y Guatemala: había un sorprendente número de participantes en todos esos congresos. Estoy convencido que la epidemiología ha renacido en forma importante en América Latina.

Las reuniones a las que asistí tenían muy buena calidad, los estudios epidemiológicos presentados estaban bien diseñados desde un punto de vista científico, y las conclusiones que sacaban eran muy sensatas. De gran importancia fue el hecho de que muchas de las personas asistentes a los congresos no eran epidemiólogos en el sentido estricto, sino trabajadores de la salud pública que venían a aprender cómo la epidemiología podía ayudarlos en su trabajo. Efectivamente, el ministro de salud colaboró con el financiamiento y patrocinio del congreso en cada lugar. Sin embargo, no todos los congresos hicieron el suficiente énfasis sobre las implicaciones de los hallazgos epidemiológicos para la administración de la salud pública, para los programas de salud pública, para las políticas de salud pública.

El divorcio entre la teoría y la práctica, y la separación del medio académico del campo donde está la acción, continuaba siendo evidente. Había muy poca discusión de epidemiología aplicada: uso de la epidemiología en determinar prioridades, en diseño de programas de acción, en evaluación de los programas y los servicios.

Esta separación de la epidemiología y la salud pública puede ser y será cambiada haciendo que los Objetivos de Salud sean el foco central de los programas de salud pública y de los servicios. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que es necesario hacer realidad que la formulación de objetivos no se limite a epidemiólogos y otros trabajadores de salud pública; deben ser desarrollados en cooperación con todos los sectores de la población y con el gobierno, para que sean verdaderamente aceptados, apoyados e implementados. Más aún, deben estar dirigidos a la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad por causas específicas de enfermedad, discapacidad y muerte, con metas expresadas en números definidos para períodos de tiempo precisos. Los objetivos deben ser monitorizados de cerca, de tal manera que las fallas para alcanzar ciertas metas se vuelvan sujeto de cuidadoso análisis así como base para la revisión de los programas de acción.

Tales objetivos de salud proveen una herramienta concreta y práctica para impulsar una real rendición de cuentas, puesto que reemplazan a las afirmaciones generales y a la verborrea burocrática con números reales, con datos fríos y duros. Proporcionan un enfoque fundamentalmente epidemiológico de la salud del público, y urgen a los epidemiólogos a tomar el liderazgo para obtener su adopción a todos los niveles del gobierno —nacional, estadal/provincial/departamental[§] y local— como el foco central para la política y la acción de salud pública en todas las Américas.

[‡] Departamentos en el caso de Colombia. (Nota de la traductora).

[§] Ver nota de pie anterior.

Reconocimiento

Este trabajo fue presentado en Epid 97, el congreso conjunto de las Asociaciones de Epidemiología Iberoamericana, Latinoamericana, Andina y Venezolana, en Caracas, Venezuela, el 18 de noviembre de 1997.

Referencias

1. Shy CM. The Failure of Academic Epidemiology: witness for the prosecution. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 479-84.
2. Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. Washington: 1994; 164.
3. *Ibid.*, p. 167.
4. Witt VM, Reiff FM. Environmental health conditions and cholera vulnerability in Latin America and the Caribbean *J Public Health Policy* 1991; 12: 450-63.
5. Guerra de MC. Overview of the epidemic and the regional plan, in *Confronting Cholera: The Development of a Hemispheric Response to the Epidemic*. Conference Proceedings. Coral Gables, FL: University of Miami, p. 6.
6. Reiff FM, Roses M, Venczel L, Quick R, Witt VM. Low-cost safe water for the world: a practical interim solution. *J Public Health Policy* 1996; 17: 389-408.
7. Pan American Health Organization. *Op. cit.* p. 219, 220.
8. Lalonde MA. *New perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada; 1974.
9. *Healthy People*, the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, 1979 Washington: Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service; 1979.
10. *Promoting health/preventing disease: objectives for the nation*. Washington: Department of Health and Human Services. Public Health Service; 1980.
11. *Health United States* 1989, Washington: Department of Health and Human Services, Public health Service, 1990. p. 165.
12. *Ibid.*, p. 121.
13. *Ibid.*, p. 166.