

Una epidemiología para dar visibilidad a los invisibles

An Epidemiology to Give Visibility to the Invisible

GIANNI TOGNONI¹

No es fácil proponer un comentario al artículo de Macchia y colaboradores, (1) que a través de datos clásicos, como son la elaboración de las informaciones contenidas en las estadísticas vitales de un país, ofrece una mirada que –más allá de la aparente obviedad clínica y de salud pública del término “prematura”– es absolutamente innovadora, incluso en el cuadro de la literatura internacional. La novedad es la de documentar la posibilidad, y con eso la obligación, de transformar la epidemiología –de las personas y no solo de las enfermedades– de una herramienta descriptiva de realidades conocidas o al menos sospechadas (normalmente marginales para la clínica y cosméticas para la política) en un diagnóstico contundente que señala intervenciones precisas y urgentes, y que imponen la necesidad de una toma de responsabilidad conjunta de los dos componentes de la sociedad representados en el panel de los autores (academia e instituciones públicas).

La otra dificultad de un comentario es el riesgo de redundancia con respecto a la lucidez y originalidad de la discusión que a lo largo de sus reflexiones y referencias bibliográficas permite confrontarse integralmente con los desafíos doctrinal y formalmente reconocidos como prioritarios, aunque destinados a un limbo operativo, en la literatura y en las políticas internacionales. El mundo construido alrededor de los recientes *sustainable development goals* (SDG) es el modelo más evidente del riesgo concreto de disociación entre la “ideología” de la descripción global y el derecho efectivo a una salud pública a medida de las necesidades. (2)

El comentario puede a esta altura limitarse a un ejercicio que subraye palabras. Quizás, para empezar, invitando a la lectura de un “artículo especial” muy reciente, (3) que específicamente en sus conclusiones parece ser el comentario de las propuestas de Macchia y colaboradores, (1) y con eso el reconocimiento-recomendación de su relevancia y poder anticipatorio.

El primer grupo de palabras coincide con las elegidas como claves por los autores. Todas se refieren a realidades, conocimientos, indicadores muy “duros”. En su conjunto constituyen las verdaderas “evidencias” que deberían guiar el camino de la medicina: las estadísticas vitales son más informativas que los criterios

de inclusión/exclusión/éxito adoptados por los ensayos clínicos, porque colocan a todas las personas, como grupos e individuos, en sus contextos de espacio y de tiempo. Las desigualdades en salud y los factores socioeconómicos son los determinantes más contundentes y eficientes de los *outcomes*. Sin embargo, ninguna de estas palabras clave que definen la medicina basada en la evidencia (MBE) de la salud pública es parte normal de las historias clínicas y asistenciales de los cuidados diarios, ni siquiera en el sector cardiovascular, donde el peso y la relevancia de los escenarios representados por las mismas palabras son específicamente visibles y traducibles en acciones concretas.

Las palabras clave que siguen parecen colocadas al extremo opuesto de las mencionadas arriba: “513 departamentos de la Argentina”. La aparente irrelevancia de la notación administrativo-geográfica, que define el mapa y la especificidad del diseño del estudio sin explícitos ecos clínicos, es de hecho una lupa esencial. Hace visible una prioridad, conceptual y operativa, que es imprescindible en un tiempo que habla obsesivamente del poder y de la primacía, a nivel de producción de conocimientos, de las estadísticas globales y de la utilización de los *big data* explorados con las tantas versiones del *data mining* y transformados en modelos predictivo-pronósticos. Las personas y las poblaciones (que constituyen el denominador concreto del primer bloque de palabras clave) viven, se cruzan, expresan sus necesidades y expectativas en cada uno –y en modo diferente en cada uno de ellos– de los departamentos del país concreto que es la Argentina. La epidemiología más cercana a la clínica no es la que se pone al servicio, y pretende dar credibilidad, a modelos construidos con la misma lógica y los mismos objetivos que las estadísticas económico-financieras, que “desaparecen” obligatoriamente personas y vidas, que tienen derechos locales, no globales, atribuibles, no prometedores.

La comparación de las diferencias, similitudes, historias de comunidades, permite traducir en un diálogo profesional, político y social, la búsqueda sobre cómo el *wishful thinking* global de la disminución de la mortalidad puede traducirse no en resultados promedio [que, como dicen-documentan Macchia y colaboradores, (1) ocultan la historia de las desigualdades relativas que

REV ARGENT CARDIOL 2015;83:507-508. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v83.i6.7639>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2015;83:516-521. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v83.i6.7248>

Dirección para separatas: gianni.tognoni@marionegri.it

crecen, frente a resultados globales que indican disminuciones], y sí en la capacidad de hacerse cargo de las muertes efectivamente *prematuras*: las no-debidas, las que no son solamente, ni principalmente, indicadores de carencias asistenciales, sino de la violación diaria, silenciosa, que se menciona ocasionalmente, como variable descriptiva, del derecho humano a la vida con dignidad.

El tercer bloque de palabras clave es lo que incluye términos aparentemente solo y/o principalmente técnicos: modelo ecológico, evaluación de tasas, mirada inclusiva, gradiente lineal, umbrales.

El mensaje, o más bien, la propuesta, bien respaldada con los datos muy “evidentes” de las tablas, y de sus comentarios, no coincide con una recomendación académica a estudiar/conocer/trabajar con técnicas estadísticas sofisticadas. Los términos técnicos califican de hecho una cultura y estrategias.

Dicen que la posibilidad-necesidad de miradas inclusivas, ecológicas, que cuentan historias integradas de personas y de sus contextos, no solamente producen diagnósticos y prescriben recetas: deben y pueden ser consideradas hoy imprescindibles.

Comprender y hacerse cargo de las prioridades cardiovasculares con tecnologías que permiten representar historias individuales y colectivas es un avance radical, que toca el manejo de los casos clínicos particulares, así como la gestión-planificación orientada a problemas y/o poblaciones. La propuesta de Macchia y colaboradores (1) no se formula como conclusión de un estudio para dar la idea de que el estudio mismo es interesante-relevante. Se propone como una verdadera, aunque diferente, etapa de la *translational medicine*. El pasaje clásico, *from bench to bed*, se traslada en el inter-

cambio, no ocasional y bidireccional, entre la asistencia y la vida. Las palabras clave de esta epidemiología, que personaliza los conocimientos generales –umbral, gradiente lineal, evolución en el tiempo, variables de contexto...– no son diversas de las que se aprenden y se utilizan como lenguaje común para calificar las miradas (con imágenes y marcadores biomoleculares) producidas por las tecnologías diagnósticas-predictivas más o menos digitalizadas.

El desafío que se presenta es cultural y, ciertamente, más político que técnico: liberando, no ocupando más, el tiempo de un número creciente de profesionales que están interesados en producir –según criterios de efectividad no excesivamente lejanos– prácticas que coinciden con el hacerse cargo de la inevitabilidad y de las diferencias que truncan e impiden la vida.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no posee conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Macchia A, Mariani J, Ferrante D, Nul D, Grancelli H, Doval HC. Muerte cardiovascular prematura y condición socioeconómica en la Argentina. Acerca de las oportunidades y desafíos de representar a poblaciones vulnerables. *Rev Argent Cardiol* 2015;83:516-21.
2. Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME, et al. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010-30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. *Lancet* 2015;385:239-52. <http://doi.org/vvq>
3. Frieden TR. The future of public health. *N Engl J Med* 2015; 373:1748-54. <http://doi.org/9c2>