

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

¹ IROCS - Istituto Mario Negri, Milano

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 evitabilidad 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>