

Transición epidemiológica.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD. MATANZAS
Transición epidemiológica.
Epidemiological transition.

AUTORES:

Dr. Ariel Delgado Ramos (1)
Dr. Fredy Fagundo Montesinos(2)
Dr. Ernesto López Letucet (4)
Dra. Cecilia Valdés Santana (3)
Dra. Idalmis Salabert Tortoló (2)

(1) Especialista de 2 do Grado en Bioestadística. Jefe de Informática de la Provincia
(2) Especialista de 1er Grado en Administración de Salud. Profesor Instructor
(3) Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral
(4) Especialista de 1er Grado en Administración de Salud

RESUMEN

Analizaremos la situación de salud en Las Américas utilizando la noción de transición epidemiológica como concepto conductor del análisis, resumiendo los orígenes y significado de este concepto y presentando una panorámica general de las condiciones de salud en la región, así como la implicación del análisis empírico para la formulación futura de la teoría de la transición epidemiológica. La comprensión de los fenómenos que acompañan a la transición epidemiológica son de vital importancia para que los países puedan planear sus políticas de salud teniendo en cuenta que éstas responden a las características de la formación económico social y al modelo económico seguido por la mayoría de los países de América Latina, donde el neoliberalismo es la tendencia que predomina inducida por el gobierno de los Estados Unidos de América. La mayoría de los países del área experimentan en la actualidad una profunda transición donde la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido sustancial. Cualquiera que sea el resultado, es claro que cuanto mayor sea la complejidad epidemiológica mayor será la necesidad de que éstas se reflejen en un sistema concordante de atención de salud. La transición epidemiológica en la región presenta ya características propias que ameritan el desarrollo de modalidades de suministro de servicios más adaptados a las realidades particulares de la región.

DESCRIPTORES(DeCS)
TRANSICIÓN DE LA SALUD
AMÉRICAS/epidemiología.

INTRODUCCIÓN.

Con el advenimiento del siglo XXI el mundo experimenta profundos procesos de cambio, los cuales han afectado muchas de las tendencias características de la primera mitad del presente siglo. Con el desarrollo de la tecnología, la automatización, la genética, biotecnología, comunicación electrónica unida a cambios en los terrenos demográficos y políticos dados por crecimientos poblacionales bajos en países desarrollados y la desintegración del campo socialista con el radical cambio en las relaciones internacionales respectivamente arribamos a un fin de siglo que presenta, en consecuencia promesas de prosperidad y

superación de los males crónicos que aquejan a la mayoría de las poblaciones de los países de Asia, África y Las Américas, así como grandes desafíos los cuales se relacionan en gran parte con la superación de la pobreza, la disminución de las desigualdades y las inequidades y la construcción de la paz. En este contexto la región de Las Américas ha sufrido importantes cambios en los últimos decenios, los cuales han repercutido en sus condiciones de salud llevándolos a un complejo proceso de transformaciones con implicaciones para los aproximadamente 774 millones de habitantes en esta región según estimados.

Es preciso comprender dichos cambios para hacer frente a las necesidades actuales y prever las condiciones que prevalecerán en el futuro así como reforzar en formulación teórica referente a la interacción entre los procesos demográficos, socioeconómicos y sanitarios.

Analizaremos la situación de salud en Las Américas utilizando la noción de transición epidemiológica como concepto conductor del análisis resumiendo los orígenes y significado de este concepto y presentando una panorámica general de las condiciones de salud en la región, así como la implicación del análisis empírico para la formulación futura de la teoría de la transición epidemiológica.

La interpretación en los cambios en las condiciones de salud han sido diversas, particularmente en lo referente al descenso de la mortalidad y una de sus marcas es la teoría de la transición epidemiológica. El primero en usar el concepto fue Omran en 1971, aunque previamente Federiksen había analizado la retroalimentación entre la evolución económica y demográfica y había relacionado ambos con los problemas y los servicios de salud. Al parecer de forma independiente Lerner presentó poco después un documento sobre lo que llamó "Transición de salud".(1)

Los conceptos introducidos por estos autores han sido utilizados desde entonces de una manera un tanto imprecisa por lo que es conveniente realizar algunas clasificaciones conceptuales. Los autores proponen considerar la transición de la salud como el concepto más amplio. Para fines analíticos este concepto puede considerarse integrado por dos transiciones específicas correspondiente a dos aspectos básicos de la salud en las poblaciones humanas. Por un lado se encuentra la transición de las condiciones de salud, es en los procesos de salud y enfermedad que definen el perfil epidemiológico de una población, ésta es la transición epidemiológica, en sentido estricto que se refiere a los cambios de frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud expresadas en términos de muerte, enfermedad e invalidez.(1)

Se entiende por transición epidemiológica a los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que por lo general se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias.(1)

Se trata de un concepto dinámico que se centra en la evolución del perfil predominante de mortalidad y morbilidad, específicamente la transición epidemiológica implica un cambio en la dirección predominante: de las enfermedades infecciosas asociadas con carencias primarias (por ejemplo, nutrición, suministro de agua, condiciones de la vivienda) a las enfermedades crónicas y degenerativas, lesiones y padecimientos mentales, todos estos relacionados con factores genéticos y carenciales secundarios (ejemplo, seguridad personal o ambiental efecto de oportunidades para la plena realización de la potencialidad individual)

La transición epidemiológica abarca tres procesos básicos:

- a) Sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones.
- b) El desplazamiento de la mayor carga de morbilidad y mortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada.
- c) Cambios de una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en que la morbilidad es lo dominante.

Por otro lado se encuentra la respuesta social organizada a dichas condiciones que se instrumenta a través del sistema de atención a la salud. La transición de la atención sanitaria es la transformación de la respuesta social expresada en la forma en que el sistema de salud se organiza para el suministro de servicios. Lógicamente existen estrechas relaciones entre estas dos transiciones, constituye aún un asunto controvertido pero en general hay consenso de que la transición de la atención sanitaria ha influido de manera importante sobre la transición epidemiológica, en la medida que las nuevas tecnologías han sido aplicadas a la población a través del sistema de atención de salud, en efecto uno de los mecanismos para el cambio de las principales causas de muerte ha sido la reducción de las tasas de letalidad en algunas enfermedades. A su vez sería provechoso ver que la transición epidemiológica sirviera para confirmar las transformaciones estructurales y de funcionamiento del sistema de atención sanitaria, aunque esta relación está aún muy lejos de ser perfecta y de hecho es inexistente en muchos países que han adoptado modelos de atención ajenos a su realidad epidemiológica.

En América Latina se observa un perfil de salud de gran heterogeneidad en el que los distintos países se encuentran en distintas etapas de transición epidemiológica. No obstante la mayor parte, a diferencia de los países desarrollados pueden estar atravesando por una nueva experiencia de transición caracterizada por: .Alta incidencia simultánea de enfermedades de ambas etapas pre y post transicionales

Resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas que ya habían sido controladas.

Irresolución del proceso de transición de manera que los países parecen estancados en un estado de morbilidad mixta.

.Desarrollo de una polarización epidemiológica peculiar, no solo entre los países sino dentro de ellos en distintas zonas geográficas y entre las diferentes clases sociales.(1)

Transición epidemiológica se trata de un concepto dinámico que se centra en la evolución del perfil predominante de morbilidad y mortalidad. Más específicamente, la transición epidemiológica implica un cambio en una dirección predominante: de las enfermedades infecciosas asociadas con carencias primarias (por ejemplo, de nutrición, suministro de agua, condiciones de vivienda), a las enfermedades crónicas y degenerativas, lesiones padecimientos mentales, todos estos relacionados con factores genéticos y carencias secundarias (por ejemplo, la seguridad personal o ambiental, afecto u oportunidades para la plena realización de la potencialidad individual).(1,2)

Existe una conexión básica entre la transición demográfica y epidemiológica. El descenso inicial de la mortalidad se concentra selectivamente en las causas de muerte de tipo infeccioso y tiende a beneficiar a los grupos de edad más jóvenes en los que las infecciones son más frecuentes y graves. Además, la supervivencia progresiva más allá de la infancia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociado con enfermedades crónicas y lesiones, que incrementan así su contribución relativa a la mortalidad. El descenso de la fecundidad afecta la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad, pues la proporción creciente de personas en edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos. Por lo tanto existe una segunda dirección de cambio en la medida que la carga principal de muertes y enfermedades se desplaza de los grupos de edad más jóvenes a los de edad más avanzada. Una tercera dirección de cambio implica el desplazamiento de la mortalidad del primer plano de las condiciones de salud y su sustitución de la morbilidad como fuerza predominante, aquí el concepto de transición epidemiológica va más allá del de transición demográfica porque intenta explicar los cambios en la morbilidad sufriendo así, en el proceso de transición, el significado de la enfermedad una transformación radical.

En muchos países desarrollados se considera que los cambios implicados en la transición epidemiológica son un signo de progreso. Es difícil negar que posponer la muerte sea algo positivo, sin embargo es cuestionable que los padecimientos degenerativos, los accidentes o la violencia representen una forma de morir "más civilizada" que las enfermedades infecciosas. Muchas de las circunstancias emergentes de la transición no son en absoluto un signo de progreso, sino la expresión de modos deficientes de industrialización, urbanización y consumo masivo que se traducen por ejemplo, en problemas de contaminación atmosférica, accidentes laborales y de tránsito, trastornos mentales, consumo de sustancias nocivas como el tabaco, alcohol y otras drogas y hábitos de alimentación poco saludables.

EL ESTADO DE LA SALUD EN LA AMÉRICA LATINA.

La transición epidemiológica en América Latina y el Caribe se inició antes de la década de los años treinta. Alrededor de 1930 en la mayoría de los países latinoamericanos la esperanza de vida al nacer era inferior a 40 años y más del 60% de las muertes eran debidas a enfermedades infecciosas. Hacia 1950 la esperanza de vida de la región en su conjunto era superior a los 50 años y a principios de la década del 80 el promedio era de 64 años. No todos los países han participado de igual forma en este descenso de la mortalidad. A principios de la década de los 80, las condiciones de salud de los países latinoamericanos presentaba una heterogeneidad significativa. Cuba y Costa Rica presentaban tasas de mortalidad infantil menores de 20 por mil mientras que las de Haití y Bolivia eran seis veces mayores.(2)

Las enfermedades cardíacas en países como Cuba, Costa Rica y Chile representan aproximadamente el 30% de las muertes mientras que en El Salvador, Guatemala y Ecuador representan menos del 5%. Los gradientes de causas de muerte por infecciones y enfermedades crónicas muestran que los diversos países de la región se encuentran en diferentes etapas de transición epidemiológica. En promedio la proporción de muertes ocasionadas por accidentes y violencia parece similar en los diferentes países; si acaso, los países con el nivel de salud más pobre muestran una proporción relativamente mayor de muertes violentas. Cuba no está exenta de los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad que explican la transición epidemiológica. Esto se puede corroborar al analizar el comportamiento de las principales causas de muerte en los últimos 25 años; ya en 1970 aparecían como primeras causas de muerte las Enfermedades Cardiovasculares, seguido de Tumores Malignos y Enfermedades Cerebrovasculares y en 1995 son éstas también las primeras causas de muerte pero con tasas más elevadas que hace 25 años. La única causa de muerte ubicada dentro del grupo de las enfermedades transmisibles que aparece entre las 10 primeras es la Influenza y Neumonía pero también con una tendencia francamente decreciente durante el período. Vale la pena destacar los cambios operados en las tasas de mortalidad infantil donde en 1975 era de 27.5 por mil nacidos vivos y en 1995 de 9.4 por mil nacidos vivos destacándose que mientras en aquella etapa ciertas afecciones perinatales, Influenza y Neumonía eran las primeras causas de muerte en el menor de un año y hacia 1995 continúan en primer lugar las afecciones perinatales seguidas de anomalías congénitas pero en franco descenso al compararlo con las tasas de hace 25 años.(3)

Hacia un nuevo modelo de transición.

Los datos presentados apuntan a una situación más compleja que la usualmente reconocida en discusiones sobre la transición epidemiológica. Los principales

elementos que contribuyen a dicha complejidad son dos. El primero es la existencia de grandes diferencias, aún entre países de regiones relativamente homogéneas como América Latina. El segundo deriva del posible surgimiento de un nuevo modelo de transición epidemiológica.

En cuanto al primer elemento los países Latinoamericanos parecen dividirse en tres grupos básicos a de acuerdo con su patrón de transición. El primero está representado por las naciones que se encuentran en una etapa avanzada de transición, dentro de una modalidad no muy diferente a la de los países desarrollados. El segundo grupo lo integran países que se encuentran todavía en una etapa inicial de transición lo que significa que muestran tasas de mortalidad infantil elevadas y que su patrón de morbilidad esta dominado por infecciones comunes y desnutrición, algunos de estos países han comenzado a registrar un incremento de los padecimientos crónicos y degenerativos, pero el peso abrumador de la enfermedad sigue estando representado por dolencias cuya permanencia no tienen justificación técnica pues pueden ser prevenidas con tecnologías utilizadas desde hace muchos años.

Entre los países que han llegado a una etapa avanzada y los que aún se ubican en una etapa inicial se encuentra un tercer grupo que está experimentando lo que podría ser una nueva experiencia, diferente a la de los países desarrollados. "El modelo polarizado prolongado" de transición epidemiológica presenta los siguientes rasgos distintivos.

1- Superposición de etapas. La teoría original de la transición epidemiológica sugiere una secuencia unidireccional de patrones predominantes de morbi-mortalidad. De manera similar a la concepción de Rostow sobre las etapas relativamente fijas del desarrollo económico, esta teoría supone que todos los países tienen que pasar por distintas etapas en las que predominan ciertos patrones de mortalidad y morbilidad. Sin embargo en varios países de América Latina las diferentes etapas no se suceden sino que se superponen considerablemente lo que significa que existe una superposición en la que tanto las principales enfermedades infecciosas como las causas no trasmisibles de muerte mantienen gran importancia absoluta y relativa.

2-Contra-transición. La naturaleza lineal y unidireccional de la teoría original no permitía mucha libertad de movimientos de contra flujo que han sido comunes durante la última década en muchos países latinoamericanos. El resurgimiento de enfermedades tales como Paludismo, Dengue, Cólera constituye una prueba de peso en este sentido, es necesario destacar que el cambio de mortalidad a morbilidad puede ocurrir no sólo en las enfermedades degenerativas, como ha sido característico en países desarrollados, sino también en los procesos infecciosos como está ocurriendo ahora en algunos países en desarrollo.

3-Transición prolongada. Los dos procesos antes descritos conducen a una situación en la que no existe una resolución clara del proceso de transición. Muchos países latinoamericanos parecen estancados en una situación de morbimortalidad mixta en la que sigue habiendo una gran incidencia de infecciones comunes sin que se llegue al predominio absoluto de los procesos crónicos. En este sentido puede hablarse de una "transición prolongada". Esta es una de las características distintivas del nuevo modelo de transición. Podría argumentarse que la mayor parte de los países industrializados experimentaron también la superposición de etapas ya que pasaron por un período en el que coexistieron los dos tipos de morbilidad.

4- Polarización epidemiológica. Las tres características hasta ahora descritas no afectan de igual forma a los diferentes grupos sociales y regiones geográficas sino que exacerban las desigualdades previas en materia de salud. Tradicionalmente han existido marcadas diferencias cuantitativas en el número de muertes que sufre cada grupo social pero en la "transición polarizada prolongada" se introducen

diferencias cualitativas nuevas en el tipo de enfermedades que padecen los diferentes grupos sociales. Así la superposición de etapas en el nivel nacional ocurre porque las poblaciones pobres y rurales continúan sufriendo una morbilidad pretransicional mientras que los habitantes urbanos experimentan en mayor grado un patrón de morbilidad postransicional. Por lo tanto, la heterogeneidad de América Latina en materia de salud no sólo ocurre entre países sino dentro de ellos.

Los datos sobre diferencias intranacionales de mortalidad respaldan el concepto de polarización epidemiológica, como se muestra a continuación en las siguientes tablas.

Tabla #1
Diferencias intranacionales de mortalidad. Brasil 1984.

Regiones	Infecciones Infantiles	Enfermedad Isquémica
Zonas Pobres del Noroeste.	Primera Causa 11%	Segunda Causa 4.9%
Regiones Prósperas del Sur	Décimo Tercera Causa 2.1%	Segunda Causa 15 %

Fuente: R Lozano, Datos Inéditos, 1991.

Tabla #2
Diferencias intranacionales de mortalidad. México 1987.

Regiones	Cardiopatía I zquémica *
Región del Norte	37.8
Ciudad México	30.1
Región del Centro	20.9
Región del Sur	19.4

Leyenda: * Tasas por 100 000 habitantes.

Fuente: R Lozano, Datos Inéditos 1991.

DISCUSIÓN:

La comprensión de los fenómenos que acompañan a la transición epidemiológica son de vital importancia para que los países puedan planear sus políticas de salud teniendo en cuenta que éstas responden a las características de la formación económico social y al modelo económico seguido por la mayoría de los países de América Latina, donde el neoliberalismo es la tendencia que predomina inducida por el gobierno de los Estados Unidos de América. La mayoría de los países del área experimentan en la actualidad una profunda transición donde la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido sustancial, pero es aún insuficiente y ha ido acompañada de incremento rápido de los procesos crónicos. El resultado es una complejidad creciente de los perfiles de salud de la mayor parte de los países latinoamericanos. Cualquiera que sea el resultado, es claro que cuanto mayor sea la complejidad epidemiológica mayor será la necesidad de que éstas se reflejen en un sistema concordante de atención de salud. La transición epidemiológica en la región presenta ya características propias que ameritan el desarrollo de modalidades de suministro de servicios más adaptados a las realidades particulares de la región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Frenk J. La Transición epidemiológica en América Latina. Bol Oficina Sanit Panam 1991;111(6).
2. Las Condiciones de Salud en las Américas. OMS-OPS; 1994.
3. MINSAP. Anuario estadístico. Ciudad Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 1995.

SUMMARY

We will analyse the situation of health in The America using the notion of epidemic transition as conductive concept of the analysis summarizing the origins and meaning of this concept and presenting a general panoramic of the conditions of health in the region, as well as the implication of the empiric analysis for the future formulation of the theory of the epidemic transition. The understanding of the phenomenon's that you/they accompany to the epidemic transition is of vital importance so that the countries can plan their politicians of health keeping in mind that these they respond to the characteristics of the social economic formation and the economic pattern continued by most of the countries of Latin America, where the neoliberalism is the tendency that prevails induced by the government from the United States of America. Most of the countries of the area experience a deep transition at the present time where the decrease of the infectious and parasitic illnesses has been substantial. Whichever it is the result, it is clear that as much as adult is the complexity epidemic adult it will be the necessity that these they are reflected in a concordant system of attention of health. The epidemic transition in the region already presents characteristic own that could the development of modalities of supply of services more adapted to the realities peculiar of the region.