

La Epidemiología Clínica hegemónica

De la epidemiología clásica brotaron dos ramas: la Epidemiología Clínica y la Medicina Basada en la Evidencia¹. La epidemiología no era una disciplina del currículum de la Facultad de Medicina de la UBA, quedaba incluida en dos asignaturas y aún es así en la actualidad, y éstas son Salud Pública e Higiene. Archibald (Archie) Cochrane fue uno de los fundadores o, por lo menos, un pionero de la Epidemiología Clínica ¿Qué entendíamos los médicos recién graduados como epidemiología? Una respuesta relativamente simple era "la disciplina que trata el estado de salud de una población", lo que comprendía la prevalencia e incidencia de las enfermedades, su forma de difusión, tanto de las infecciosas como de las no infecciosas, cierta sociología de la enfermedad como la desnutrición y el papel de la pobreza y las deficiencias o los excesos de la dieta en la aparición de las afecciones más difundidas, junto con la descripción de agrupaciones urbanas formando barriadas precarias, la provisión de agua corriente y servicios sanitarios, y el estudio de las llamadas enfermedades sociales; la ecología de enfermedades como hidatidosis, paludismo y fiebres hemorrágicas, las enfermedades profesionales como la de los mineros y trabajadores de silos y, finalmente, la prevención de las enfermedades sin olvidar las epidemias clásicas, los reservorios y los vectores.

El instrumento de la epidemiología es la bioestadística poblacional, naturalmente, y los datos de las afecciones que preocupan a los epidemiólogos se obtenían de la información proporcionada por Ministerios de Salud nacionales o provinciales o grandes hospitales regionales.

Hacia 1972 conocí a Archie Cochrane en una Reunión de Epidemiología realizada en Angostura, provincia de Neuquén. El Dr. Cochrane, un escocés, formaba parte de un grupo –junto a dos hispanoparlantes– enviados por la OPS para instruir a docentes de especialidades clínicas y quirúrgicas en cuestiones de epidemiología general y clínica. Muy pronto Cochrane descubrió que su inglés no necesitaba ser traducido, lo que hizo sus presentaciones más ágiles, incisivas y la discusión más directa.

La Epidemiología Clínica era difícil de discernir de la general: parecía ser la misma epidemiología general practicada desde el ámbito hospitalario respecto de la comunidad usuaria, a la que se distinguía de la población física, que comprendía a toda la que ocupaba el área de influencia, y se denominaba población conceptual la que acudía al hospital padeciendo una afección común a todos sus miembros. Los epidemiólogos clínicos examinaban entonces los métodos diagnósticos, discutían el pronóstico, participaban de la evaluación de los tratamientos, intentando organizar un estudio controlado y aleatorio frente a sujetos enfermos recibiendo placebos u otra medicación indicada. Si en la población había niños controlaban las inmunizaciones, y eran básicamente escépticos respecto a la prevención porque, sostenían, ésta estaba apenas sujeta a control. En rigor, era difícil distinguir esta actividad con la que luego se denominaría Medicina Basada en la Evidencia, pero no se trataba de médicos de atención primaria ni especialistas en disciplinas clínicas o quirúrgicas: eran epidemiólogos y bioestadígrafos. Y nos trajeron otra inquietud: como éramos docentes intentaban –y eso parecía la intención básica de la Reunión– que enseñáramos la epidemiología como parte de las asignaturas clínico-quirúrgicas, junto a cada enfermedad particular, tal como presentábamos el cuadro clínico, los llamados estudios complementarios, la anatomía patológica y el tratamiento.

Como decía antes, Cochrane parecía desconfiar de los procedimientos de la medicina preventiva. Discutíamos, sin ponernos de acuerdo, su oposición a inmunizar con BCG contra la tuberculosis porque, sostenía, dificultaba el diagnóstico de la tuberculosis establecida, en forma precoz, en países como la Argentina. Y estaba en contra de los estudios citopatológicos de Papanicolau que, después de haber

sido practicados extensivamente en Canadá durante varios años, no habían demostrado hasta entonces disminuir la mortalidad del cáncer de cervix pero, sí, habían triplicado el número de hysterectomías, posiblemente inútiles. Tampoco creía que el diagnóstico radiológico precoz del cáncer de pulmón prolongara la vida.

Cochrane era^{2,3} un hombre ya mayor (1909-1988) agudo y bromista. Era chozno del almirante Cochrane que había embarcado a las fuerzas argentino-chilenas que ocuparon el Perú virreynal y que tuvo conflictos con San Martín. Supimos después que había estudiado medicina tardíamente, tras de psicoanalizarse con Theodor Reik en Berlín, Viena y La Haya, al que había seguido fielmente en su deambular de judío que huía del nazismo. Se había enrolado como voluntario, antes de graduarse en *University College*, en una Unidad de Ambulancias de las fuerzas de la República Española, actuando en el frente de Aragón y en el sitio de Madrid. Allí conoció a George Orwell de quien fue amigo y a Hemingway con el que no simpatizó. En 1937 retornó a Londres y se graduó un año después. Hasta el estallido de la Segunda Guerra Mundial trabajó en el *West London Hospital* y, como asistente de investigación, en el *University College Hospital*. Se incorporó entonces al Cuerpo Médico del Ejército Real y participó en la 2da. Guerra Mundial, fue tomado prisionero en Creta, y recluso en Alemania.

Siendo prisionero escribió poesía y atendió a camaradas que presentaban edemas. Juzgó que debían ser provocados por desnutrición proteica por una dieta insuficiente de 500 calorías. Llevó a cabo un estudio controlado sobre pacientes, tratando un grupo con levadura y a otro con vitamina C. Obtuvo la medicación del mercado negro con la anuencia de los guardias alemanes. Los prisioneros tratados con levadura curaron los edemas. Su actividad docente y académica posterior puede seguirse en las referencias.

Como se mencionó, Cochrane fue uno de los pioneros de la Epidemiología Clínica, practicada en el ámbito hospitalario, como lo fueron J.R. Paul, P.P.H. De Bruyn, A.R. Feinstein, y D.L. Sackett entre otros, un docente entusiasta de opiniones no convencionales y, posiblemente, el inspirador de la Medicina Basada en la Evidencia.

Esta nota ya se ha extendido demasiado a pesar de que pretendió ser una breve introducción, así que dejaré los problemas de la Medicina Basada en la Evidencia para otra ocasión: anticipándome diré que ésta es, a veces, difícil de distinguir de la Epidemiología Clínica en su afán de cuantificar, en estudios de gran número, las investigaciones exclusivas en pacientes.

Un hecho que no deja de llamar la atención es el concepto de los epidemiólogos llamados clínicos de que su disciplina deba considerarse como una de las asignaturas básicas⁴ para la formación médica y las prácticas clínicas. Se constituiría así un cuerpo de doctrina abarcativo que va desde las políticas mundiales y nacionales de la salud –la indefinida salud pública– a la práctica de la atención primaria pasando por la medicina preventiva, la evaluación de las terapéuticas y la formación universitaria.

Esta concepción hegemónica de la Epidemiología supervisando toda la actividad médica, suprimiendo la base fisiopatológica, farmacodinámica e histórica, llevó finalmente a la creación de la medicina basada en la evidencia y a la pretensión de haber impuesto un nuevo paradigma. Fue un largo camino cuya meta se vislumbra como una inequívoca ambición de administradores y un posible negocio editorial.

Samuel Finkelman

director@lanari.fmed.uba.ar

1. Ramis Andalia. Origen e intencionalidad de la epidemiología clínica. Escuela de Salud Pública. En: www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_3_05/spu09305.htm (27/01/06).
2. Biographical Outline. Archibald Leman Cochrane (1909-1988). En: www.cardiff.ac.uk/schoolsanddivisions/divisions/instrv/libraryservices/research/cochrane/biography.html (03/02/06).
3. I. Chalmers. Archie Cochrane (1909-1988). En: www.james-lindlibrary.org/trial_records/20th_Century/1940s/cochrane/cochrane_biog.html (13/01/06).
4. Sackett DL, haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Second Edition. Boston, Little, Brown and Co 1991; p IX-XV.