

De la lucha ante la muerte al enfrentamiento de la muerte evitable

Dice el saber popular que para poder enfrentar un problema primero es necesario conocerlo de la manera más adecuada posible. Esta premisa ha sido muy importante para el trabajo sanitario y aunque no deja de ser difícil resolver el asunto de lo que se entiende por «adecuado», su valor como regla de comportamiento ha dejado importantes frutos.

En el ámbito de la salud, paradójicamente, es común identificar los problemas con la enfermedad y la muerte. Ello permitió, por mucho tiempo, identificar de manera equívoca a la muerte como el gran enemigo a vencer. Esta manera de pensar llevó a desplegar en el quehacer médico y sanitario grandes pruebas de heroísmo pero condujo, a su vez, a no pocas momentos de pesimismo y frustración.¹

La consigna de la lucha ante la muerte exigió un registro pormenorizado de la defunción y de sus causas, con el fin de precisar los términos del combate. Producto de esos apremios, surgió el interés por el estudio mismo de la muerte, por la clasificación de sus causas y la sistematización de los registros de mortalidad convertidos en tablas, indicadores y estadísticas. Y con el tiempo, esa práctica adquirió un notorio refinamiento técnico y un gran esfuerzo de estandarización.²

Labor titánica que ha servido para confeccionar una cada vez más voluminosa y organizada masa de datos disponible para el estudio científico y para la orientación de la acción sanitaria. Tarea favorecida, pese a las falencias aun existentes, por la circunstancia de que la muerte es un hecho categórico y dramático, que no pasa fácilmente desapercibido y que permite ser formalmente matriculado.

Pero al mismo tiempo que mejoran los sistemas de registro, se refinan instrumentos para el acopio de datos, se establecen tendencias y se estudian nexos y relaciones causales, surge de manera más clara la conciencia de que la lucha no es propiamente en contra de la muerte, como acontecimiento singular y elemento esencial de nuestra identificación como seres finitos, sino que la tarea sanitaria debe enfrentar la muerte prematura, aquella que en cada contexto y época específica es social y técnicamente prevenible, aquella que es, sin mayores dudas, evitable.

Es por ello que, hoy en día, ésta acción es una de las tareas fundamentales que se le atribuyen tanto a la medicina como a la salud pública y que está sintetizada en la consigna: añadir años a la vida. Claro, no es la única tarea, pero es una muy importante. De hecho, hoy se le considera una primera tarea, complementada por las otras dos: añadir salud a la vida y acrecentar el bienestar.³

El trabajo de Rodríguez y Rey que aquí se presenta, es un material que nos permite meditar acerca de ésta labor tan esencial para el salubrista, con datos propios de nuestra población y con el expreso interés por orientar la construcción de efectivas políticas sanitarias.⁴

Aunque la tipología de los grupos de evitabilidad utilizada en el artículo pudiera (y debiera) ser discutida más a fondo, así como la combinación metodológica que se hace de las tasas de mortalidad y los años saludables de vida perdidos, así como la opción de usar como medida base las medianas, los datos que suministra el texto no sólo son de gran interés sino que resultan inquietantes.

¿Qué se puede decir de una situación donde se estima que el 35% de las defunciones en un Departamento son debidas a causas evitables? ¿Qué conducta seguir en una provincia donde se determina que este tipo de defunciones llegan a ser un poco más de la mitad? ¿Cómo organizar la labor sanitaria reconociendo que el perfil de causas de muertes evitables combina actos de violencia, accidentalidad, cirrosis hepática, y donde aún subsisten muertes debidas a enfermedades inmunoprevenibles y otras prevenibles mediante tratamiento apropiado y oportuno?

La perspectiva de análisis que se abre es de gran trascendencia y la mirada crítica hacia la labor de promoción y prevención que se adelanta en la Región no puede esperar. Este es el aporte significativo que brinda la labor descriptiva que se hace en dicho texto y que, siguiendo el saber emanado de los pueblos, nos permite conocer de mejor manera los problemas para orientar de manera más adecuada las alternativas de solución.

Juan Carlos Eslava Castañeda, MD, MSc

Director, Departamento de Salud Pública,
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá

Referencias

1. Malherbe JF. El silencio de la muerte. En: *Hacia una ética de la medicina*. San Pablo, Bogotá, 1993: 169-78
2. Donaldson RJ, Donaldson LJ. Datos de salud y sus fuentes. En: *Medicina comunitaria*. Díaz de Santos, Madrid, 1989: 1-61.
3. Wolfson MC. Propiocepción social: medición, datos e información desde una perspectiva de salud poblacional. En: Evans RG, Barer MR, Marmot TL (eds). *¿Por qué una gente está sana y otra no?* Díaz de Santos, Madrid, 1996: 313-45.
4. Rodríguez LA, Rey JJ. Muerte evitable en Santander, 1997-2003. *MedUNAB* 2006; 9: 5-13.