

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
GUANTANAMO**

**DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA A LA
TRANSICION EPIDEMIOLOGICA EN LA
PROVINCIA GUANTANAMO.**

Dr. William Domínguez Lorenzo¹, Dra. Rafaela Domínguez Álvarez², Dr. Víctor Beloshitsky.²

RESUMEN

Se trata de estudio donde se evalúa la transición epidemiológica experimentada por la población de la provincia Guantánamo a expensa de la transición demográfica sufrida por dicha población. Es un estudio descriptivo, de tipo observacional, retrospectivo y longitudinal, donde se determina que en la población de la provincia se ha producido un descenso marcado en la tasa de morbilidad por enfermedades infectocontagiosas, mientras que es visible la tendencia a la elevación de la tasa de mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles, lo que se relaciona con las modificaciones que ha tenido la población del territorio, que se ha envejecido rápidamente por tener una baja tasa de natalidad y de fecundidad, y pocas modificaciones en las tasas de mortalidad general. Se destacan las modificaciones observadas en el comportamiento de las enfermedades que afectan a la población, lo que hace que se modifiquen las estrategias y las necesidades de la atención médica.

Palabras clave: ENFERMEDAD CRONICA/ mortalidad; ENFERMEDADES TRANSMISIBLES/ mortalidad; MORBILIDAD/ tendencias; ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS; DEMOGRAFIA.

INTRODUCCION

La transición demográfica se define como el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado. Al mismo tiempo, se trata de un proceso en el que emerge un nuevo tipo de reproducción de la población y del movimiento subyacente de esta.¹

¹ *Especialista de I Grado en Salud Pública. Profesor Instructor.*

² *Residente de 2do. año en Medicina General Integral.*

En el orden histórico se han producido transformaciones en períodos en que la fecundidad y la mortalidad han ido cambiando poco a poco de altos a bajos niveles e incluso a niveles negativos de crecimiento.^{1,2}

La transición demográfica identifica cuatro etapas: la primera, exhibe elevados índices de mortalidad y fecundidad que pueden causar un crecimiento bajo y fluctuante; la segunda, en que se inicia con un descenso de la mortalidad, lo cual aumenta el ritmo de crecimiento de la población; en la tercera fase la fecundidad tendrá un descenso y esto produce una disminución gradual en dicho ritmo, en virtud de la joven estructura de edad, y por último, la cuarta etapa, identificada por un bajo, nulo y en ocasiones, negativo crecimiento, lo cual puede deberse a los reducidos niveles alcanzados por los componentes.^{1,3}

Como un aporte importante de la teoría se valora que esta deviene contexto de análisis de las relaciones entre los cambios en las variables demográficas y los cambios económicos, sociales y culturales. Ello la inscribe en las consideraciones teóricas que respecto al universo de las relaciones entre población y desarrollo se han venido elaborando en las últimas décadas, o la acerca a ellas.^{1,4}

Los indicadores de la población, además de su gran importancia en cuanto el análisis y la planificación del desarrollo económico social, tienen también una importancia crucial para planificar y aplicar medidas relativas al desarrollo de las instituciones de salud pública, en elaborar los planes de profilaxis general y en determinar sobre la cantidad, calidad y distribución de las unidades de servicios asistenciales en los diferentes territorios.

Fue el epidemiólogo egipcio naturalizado estadounidense, Abdel Omran, quien acuñó el término de transición epidemiológica en un trabajo clásico publicado en 1971.^{2,5} Omran tomó como punto de partida los conceptos y hallazgos en torno a la transición demográfica, la cual se refiere a la interrelación entre los niveles de fecundidad y de mortalidad.

En realidad, el descenso de la fecundidad es un componente esencial de la transición demográfica. La evolución de esta variable influye de manera decisiva en el curso de la transición epidemiológica, pues determina la estructura por edades de la población.

Al reducirse en forma sostenida la fecundidad se produce el llamado "envejecimiento" de la población, por el cual aumenta la proporción de

personas en edades avanzadas. Dado que estas personas tienen mayor riesgo de sufrir padecimientos crónicos y degenerativos, aumenta también el peso de estos últimos dentro del panorama de las condiciones de salud.

Hoy, se asume ampliamente que con el aumento del crecimiento económico, los países en desarrollo seguirán el mismo curso que Europa y Norteamérica, y experimentarán lo que se ha dado en conocer como la "transición epidemiológica". A medida que las tasas de mortalidad declinaban y la expectativa de vida ascendía, estas poblaciones experimentaron un cambio en el patrón de enfermedad, de uno dominado por las enfermedades infecciosas a uno dominado por los trastornos crónicos, tales como la enfermedad cardíaca y cáncer.

Los conceptos transición epidemiológica, transición de la mortalidad y transición en salud han sido puestos en operación al igual que el de transición demográfica de una manera generalizada. No obstante, a pesar de lo difundido de su uso son pocos los autores que se han ocupado de revisar estos conceptos y el resultado es que los hallazgos de investigación se apoyan en diferentes aspectos de la misma base aceptada de antemano como verdadera. Efectivamente, la definición de "teoría de la transición epidemiológica" se introdujo en el Diccionario de Epidemiología de la Asociación Internacional de Epidemiología en 1995⁶ a pesar de que su formulación fue presentada desde 1971.^{7,8}

La mortalidad general es el punto de partida para Omran en la formulación de esta teoría, lo que constituye una contradicción porque para él "... conceptualmente la teoría de la transición epidemiológica se enfoca sobre el cambio en los patrones de salud y enfermedad"²; sin embargo, el carácter explicativo asignado a la mortalidad está construido sobre la base de la mortalidad general, sin hacer alguna distinción de sexos, edades o causas de muerte.

METODO

Es un estudio descriptivo, de tipo observacional, retrospectivo y longitudinal, que tiene como universo de investigación toda la población de la provincia Guantánamo, así como las series cronológicas de todas las defunciones y las notificaciones de casos informados que han ocurrido en la provincia Guantánamo desde 1976.

Las variables que fueron estudiadas son: la población de acuerdo su número, estructura y composición, los fallecidos por las diferentes causas, y los casos notificados por el sistema estadístico de las enfermedades infectocontagiosas.

Con dicha información y con la utilización de fórmulas estadísticas se obtuvieron los indicadores de las tasas de mortalidad general por las diferentes causas y las tasas de morbilidad por las diferentes causas, se determinó la línea de tendencia lineal tanto para las tasas de mortalidad como para la morbilidad.

La fuente de obtención del dato primario fueron los anuarios estadísticos del MINSAP y del Comité Estatal de Estadísticas de la Dirección Provincial y Nacional.

Para el procesamiento de los mismos se utilizó una computadora Pentium IV, de 256 RAM de memoria mediante el empleo del procesador de texto Microsoft Word y del procesador estadístico Microsoft Excel, con el cual se hicieron los análisis estadísticos de la estimación lineal, el método del mínimo cuadrado y el análisis regresión lineal simple para el ajuste de la línea de tendencia histórica, propio de las series.

Para resumir los datos se utilizaron tablas simples y de series cronológicas, utilizando como medidas de resumen números y tasas.

Se analizaron los resultados obtenidos y se compararon con otros estudios. Se arribaron a conclusiones

RESULTADOS Y DISCUSION

Por un problema de espacio, se ve limitada la posibilidad de poder hacer las disquisiciones que se requiere en este apasionante, complejo y reciente tema que afecta a la sociedad, baste decir, que sólo por la voluntad política que ha existido en el país a partir del año 1959 y por la aplicación de un novedoso sistema de salud, que ha logrado alcanzar indicadores de salud sin precedentes en la historia de los países subdesarrollados y establecer nuevos patrones y reglas en el comportamiento de los esquemas de patologías que afectan a la población, es que hoy se pueden demostrar estos resultados, bajo un sistema de salud con características totalmente diferentes a los que existen en los restantes países del mundo.

El comportamiento particular que ha tenido la transición demográfica de la provincia Guantánamo la hace acreedora de la posibilidad de mostrar en su corta evolución histórica, apenas 30 años, logros que ya son significativos y que pueden servir de modelo o patrón para lo que pueda ocurrir en otros lugares del país, aunque es de señalar que en estos fenómenos convergen un grupo de factores que son los que posteriormente darán la resultante de los indicadores alcanzados, y que en cada territorio esto se ajustará a las condiciones socio- económicas específicas que en ese territorio existan.

Cuando se hace el análisis del comportamiento de la mortalidad en la provincia Guantánamo, indicador de alta confiabilidad por su naturaleza, modo de notificación y de control, además de la extrema priorización en el modelo de reporte estadístico (Tabla 1), se observa que en todas las causas de muerte por las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles existe una tendencia a la elevación en los índices de las tasas de mortalidad, con la excepción, de lo observado en las tasas de mortalidad, producida por los suicidios y lesiones autoinflingidas, en las que hay una tendencia a la disminución, producido porque la génesis de la causa de estas muertes, que se debe básicamente a los fenómenos de tipo social, fenómenos estos, que por el sistema social y económico que existe en el país, son minimizados y sus efectos sobre la población prácticamente no existen o se presentan en su mínima expresión.

Las tasas de mortalidad por influenza y neumonía, con causa de origen puramente infeccioso, también tienen una marcada tendencia a la reducción, fenómeno que como el anterior se ve grandemente influenciado por las medidas de promoción y prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado a los casos que enferman por estas causas y por las características de las poblaciones que la padecen.

Cuando esta evaluación se hace sobre la morbilidad, (Tabla 2) patrón menos exacto que la mortalidad, permite observar con extraordinaria nitidez el comportamiento de las enfermedades infectocontagiosas, en la que se observa en todas una disminución, y en algunos casos, o como en las enfermedades prevenibles por vacunas, absoluta falta de notificación de casos por estas enfermedades.

Estos patrones de comportamiento de las enfermedades, tanto de las crónicas no transmisibles como de las infectocontagiosas, están totalmente relacionadas con las modificaciones observadas en la estructura por edades de la población, donde se ha observado un rápido envejecimiento; por lo que

deben prevalecer las enfermedades crónicas no transmisibles, y al existir una disminución de las poblaciones jóvenes, no deben prevalecer las patologías infectocontagiosas.

CONCLUSIONES

1. Las causas de muerte por las enfermedades crónicas no transmisibles presentan una tendencia a la elevación en los índices de las tasas de mortalidad, con excepción de las tasas de mortalidad ocasionadas por los suicidios y lesiones autoinflingidas.
2. En las todas las enfermedades infectocontagiosas se observan disminuciones notables y en algunos casos, o como en las enfermedades prevenibles por vacunas, absoluta falta de notificación de casos por estas enfermedades.
3. El comportamiento de las enfermedades, tanto de las crónicas no transmisibles como de las infectocontagiosas, están relacionadas con las modificaciones observadas en la estructura por edades de la población de Guantánamo en sus 30 años de evolución histórica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública 1. La Habana: Ed Ciencias Médicas 2004:158.
2. Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971; 49:509-38.
3. Christopher JL, Murray, Lopez A. The Global Burden of Disease: Volume 1. World Health Organization. Harvard School of Public Health and the World Bank, Geneva 1996:18.
4. Rossi-Espagnet GB, Goldstein, Tabibzadeh I. Urbanization and Health in Developing Countries: A Challenge for Health for All *World Health Statistics Quarterly* 1991; 44(4):208.
5. Mackenbach JP. The epidemiologic transition theory. *J Epidemiol Community Health* 1994:(48).
6. Last J. A Dictionary of Epidemiology, 3ra. ed. Oxford University Press, New York.

7. Caldwell J, *et al.* What do we know about health transition? The cultural, social and behavioural determinants of health. The Australian National University Printing Service, Australia.
8. Córdova A, *et al.* ¿Hacia dónde va el perfil de daños a la salud de la población mexicana? Reporte de Investigación No. 61. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México 1991.

TABLA 1. COMPORTAMIENTO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES EN LA PROVINCIA GUANTANAMO (1976, 1985, 1998 Y 2004)

Causas (9na.ª CIE)	1976*	1985*	1998**	2004**
Tumores malignos	60.0	90.0	113.7	141.9
Enfermedades del corazón	110.0	130.0	151.3	140.5
Enfermedad cerebrovascular	40.0	50.0	56.4	62.8
Accidentes	30	40.0	34.7	34.0
Influenza y neumonía	50.0	50.0	25.9	25.5
Diabetes mellitus	7.0	10.0	12.3	12.2
Suicidios y lesiones autoinfligidas	10.0	20.0	12.9	

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, Indicadores Básicos de Salud Provinciales Disponibles.

** Nota hasta 1978 causa básica en base a la VIII Revisión y a partir del 1979 en base a la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.*

*** Tasa bruta*

TABLA 2. MORBILIDAD DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS EN LA PROVINCIA GUANTANAMO. (1976, 1984 Y 2004) TASA POR 100 000 HABITANTES.

ENFERMEDAD	1976	1984	2004
Blenorragia	100.98	217.08	119
Hepatitis.	76.89	167.83	91.8
Parotiditis	90.81	572.82	
Rubeola	8.18	15.85	
Sarampión	170.58	28.32	
Sífilis	40.88	70.6	35.2
Tuberculosis pulmonar	15.91	5.92	4.9
Tos ferina	1.55	0.21	

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, Indicadores Básicos de Salud Provinciales Disponibles.

Dpto. Provincial de Estadística de la Dirección Sectorial del MINSAP. Guantánamo en Cifras (1985).