

La Epidemiología como instrumento para una política de salud racional

F. Rodríguez Artalejo*, V. Ortún Rubio**, J.R. Banegas Banegas* y J.M. Martín Moreno*

El objetivo de toda política de salud es producir cambios en los servicios sanitarios, en nuestros hábitos de vida o en las relaciones con el medio ambiente que den lugar a mejoras en el nivel de salud de la población. Estos cambios se producen algunas veces como resultado de una cadena de acontecimientos: a) producción de conocimientos científicos; b) formulación de una política de salud, o c) ejecución de dicha política de salud.

Este artículo describe la forma en que es posible aplicar los conocimientos científicos, especialmente los epidemiológicos, a la formulación de una política de salud. Su propósito es demostrar que la epidemiología debe ser un pilar fundamental de esta política. Asimismo, señala las limitaciones, metodológicas y específicas, de este abordaje científico para tal fin y, por último, propone medidas que pueden favorecer su aplicación y, a medio plazo, mejorar nuestra política de salud.

En primer lugar, definiremos los objetos de estudio: la ciencia, fundamentalmente la epidemiología y la política de salud. Recurriríamos a la definición aristotélica «ciencia es el conocimiento de las cosas por sus causas», porque implica que el conocimiento científico está dirigido, en muchos casos, a la acción. No tiene sentido conocer las causas de las cosas si no es para actuar sobre las mismas y modificar su efecto. En el área de la biomedicina se dispone esencialmente de dos abordajes: 1) el experimental en el laboratorio, y 2) el epidemiológico.

Definir el primer abordaje exigiría adentrarnos y extendernos excesivamente en lo que es el método científico e incluso describir algunas de sus técnicas más significativas. Lo relevante desde el punto de vista del artículo es que este abordaje sirva para aportar plausibilidad biológica a muchas de las conclusiones obtenidas mediante el estudio epidemiológico.

La Epidemiología es el estudio de la distribución y de sus determinantes, de los fenómenos relacionados con la salud en las poblaciones y la aplicación de dicho estudio al control de los problemas de salud¹. El término «fenómeno relacionado con la salud» sustituye al de «enfermedad» porque los epidemiólogos estudian los accidentes de tráfico y los laborales, el embarazo, el aborto y muchos otros fenómenos que no son enfermedades. La última frase de la definición enlaza con el comentario anterior sobre la ciencia. No tiene sentido estudiar la distribución y los determinantes del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la malaria o la tuberculosis sino es para controlarlas y evaluar las medidas de prevención y control.

*Epidemiólogo. **Economista

Correspondencia: Dr. F. Rodríguez Artalejo. Guatemala, 12. 28016 Madrid

Manuscrito recibido el 9-2-1989

Med Clin (Barc) 1989; 93: 663-666

Nos concentraremos en la aplicación de la Epidemiología y no del abordaje experimental de laboratorio, en la formulación de una política de salud, por tres razones:

a) Porque muchas veces los estudios experimentales con humanos no son éticos y no siempre los resultados en animales son extrapolables al hombre.

b) Porque es el abordaje idóneo para el estudio de factores que actúan probabilísticamente en la producción de la enfermedad. Estos factores (dieta, alcohol, tabaco, contaminación ambiental, nivel de renta y de educación, etc.) y estas enfermedades (cardiovasculares, cáncer, e incluso enfermedades infecciosas) son los más relevantes desde el punto de vista socioeconómico en la actualidad.

c) Porque a diferencia del método experimental en el laboratorio, que estudia mecanismos patogénicos producidos determinísticamente, la Epidemiología se concentra, en la mayoría de los casos, en variables externas a nosotros, sobre las que es más fácil actuar de forma comunitaria.

Por último y aunque no siempre ha sido así, a los efectos de este artículo entenderemos por política (de salud) una declaración explícita de la autoridad competente por la que se definen unos objetivos (de salud) y se señalan las acciones para conseguirlos². Igualamos, por tanto, política de salud y planificación sanitaria a nivel normativo y estratégico. Un ejemplo de política de salud es «Salud para todos en el año 2000»³ o su adaptación española que el Ministerio de Sanidad y Consumo publicará en breve.

¿Cuál es el papel de la Epidemiología en la formulación de una política de salud?

La Epidemiología contribuye a definir los objetivos y a identificar las acciones que más eficazmente conducen a su consecución⁴.

La definición de objetivos se produce una vez medidas las necesidades de salud existentes y establecidas cuáles de esas necesidades exigen satisfacción de forma prioritaria.

La medición de las necesidades de salud se realiza por procedimientos epidemiológicos. Las tasas de mortalidad, morbilidad, discapacidad y accidentes, entre otras, son indicadores del estado de salud y, por tanto, de sus necesidades. Existen, además, otras medidas que informan del impacto relativo de las diferentes enfermedades, como los años de vida potencialmente perdidos. Estos indicadores pueden calcularse a partir de estadísticas oficiales publicadas, entre otros, por el Instituto Nacional de Estadística. Sus datos se complementan con los obtenidos por encuestas como la Nacional de Salud, que el Ministerio de Sanidad y Consumo publicará este año, con información sobre morbilidad percibida por la población, hábitos de vida o exposición a factores de riesgo y uso de servicios sanitarios. La distribución de todos estos datos según la geografía, el nivel de renta, clase social, sexo, etc., informa sobre desigualdades en el nivel de salud⁵.

Sin embargo, todas estas medidas sólo informan indirectamente sobre las necesidades, de tal forma que es muy difícil saber a partir de ellas qué recursos materiales, humanos y financieros son necesarios para satisfacerlas. A partir de las tasas de mortalidad por infarto de miocardio, la exposición al tabaco y los valores de colesterol de la población desagregados por edad, sexo, clase social y lugar de residencia, no sabemos cuál es la cantidad de dinero, el número de médicos, enfermeras y centros sanitarios necesarios para reducir este problema de salud. Por otro lado, la asignación de recursos en función de la utilización observada de servicios sanitarios no es razonable, pues no informa tanto acerca de la necesidad como de la disponibilidad de recursos existentes, ya que éstos explican mayormente las diferencias observadas en su utilización. En conclusión, carecemos, de momento, de una medida epidemiológica de necesidad que a imagen de la sensación de hambre nos informe de la necesidad de nutrientes y de la comida que debemos ingerir para satisfacerla. Quizás, el *marketing* social⁶ pueda ayudarnos a que converja, en otro orden de cosas, la necesidad percibida por el ciudadano y la necesidad interpretada por el profesional. En esta convergencia radica, según Donabedian⁷, el éxito de la planificación.

En cuanto a las prioridades, éstas se establecen en función de la intensidad y extensión de las necesidades y de los medios que dispongamos para resolver cada una de ellas. Todos ellos se pueden medir por procedimientos epidemiológicos aunque las prioridades que se determinen serán la resultante de la confrontación de diversas percepciones, intereses y valores. No hay que olvidar que la política de salud entra, a veces, en colisión con otras políticas. Sin embargo, son frecuentes dos hechos: a) se viven o imponen como prioridades *todos* los problemas o necesidades en un mismo ámbito de competencia, pues todos son importantes y su solución se demanda socialmente, y b) se excluyen como prioritarios problemas que están fuera del ámbito teórico de nuestras competencias y cuya solución, sin embargo, sería relativamente fácil.

Los objetivos pueden también fijarse por métodos epidemiológicos. Así, la proyección de la tendencia de una variable puede fijar un objetivo en el tiempo. Otro ejemplo es la evaluación sanitaria de un determinado programa de salud. Si este programa reduce la mortalidad de una enfermedad en el 10 % a lo largo de 10 años, nuestro objetivo será reducir la mortalidad de esa enfermedad en esa misma cuantía a lo largo de 10 años. Su consecución sólo exigirá realizar ese programa en nuestro medio.

Por último, la selección de las acciones necesarias para alcanzar los objetivos se favorece por la investigación etiológica, que identifica factores de riesgo sobre los que hay que actuar para prevenir y controlar enfermedades. Esta investigación tiene lugar tanto en el medio ambiente clínico como en el salubrista. En otros casos, es la evaluación sanitaria por métodos epidemiológicos quien señala los programas de salud (conjunto de actividades que debidamente coordinadas producen una mejora en el nivel de salud) más eficaces. De todo lo expuesto, se deduce que la Epidemiología, a pesar de algunas insuficiencias, debe ser un elemento fundamental en la formulación de una política de salud. Sin embargo, una política correcta no se basa sólo en conocimientos científico-técnicos. Imaginemos qué ocurriría si las autoridades sanitarias recomendaran reducir drásticamente el consumo de un alimento nocivo al que estuviésemos muy habituados y del que fuésemos un productor importante. O bien, que interrumpieran el proceso productivo de la empresa que más empleo genera en una determinada ciudad porque contamina excesivamente el medio ambiente y pro-

duce un aumento de cuadros respiratorios agudos y crónicos. Es posible que estas medidas encontraran obstáculos muy importantes a su instauración; además, si se pusieran en práctica podrían derivar perjuicios sociales, incluidos los sanitarios, peores que los que tratan de evitar. Por ello, los conocimientos científicos deben matizarse por otros determinantes de una política de salud.

Determinantes de una política de salud

Los conocimientos científicos forman el esqueleto de una política de salud. A este soporte se le añaden otros elementos:

a) *La ideología.* Aporta objetivos trascendentes que el reduccionismo científico no puede producir. En otros casos, eleva de rango objetivos poco fundamentados científicamente hasta convertirlos en un elemento definitorio de la política de salud. Es el caso de la equidad. Esta característica dificulta, incluso, la maximización de otras variables que como la eficiencia son más instintivas y están sólidamente basadas en la teoría económica. Sin embargo, se ha convertido en un elemento básico de «Salud para todos».

b) *El contexto social y económico en que se ejecutan las acciones sanitarias.* Nos informa de los obstáculos a su puesta en práctica. No siempre el camino más rápido entre dos puntos es la línea recta. Importantes pérdidas económicas para las empresas y países productores de tabaco, la reducción de ingresos por la fiscalidad del mismo para las haciendas nacionales y la aceptación social del hábito tabáquico son obstáculos importantes para la reducción del consumo de este producto en la población. Estos obstáculos deben matizar las acciones para la consecución de este objetivo sanitario, de tal forma que la reducción del consumo de tabaco se pueda acompañar de la diversificación de las economías de las empresas y los países productores, se compense la pérdida de ingreso por las haciendas nacionales y se modifique la conducta de los fumadores y no fumadores.

c) *La influencia del electorado y de los medios de comunicación.* Transmiten a los responsables de la política de salud la sensibilidad o preferencias sociales. La atención a esas preferencias constituye el fundamento y razón de ser de una sociedad democrática. Además, sin la colaboración y/o participación de la población no es posible instaurar muchas medidas de promoción o protección de la salud.

Limitaciones de la Epidemiología para la formulación de una política de salud

A pesar de que la Epidemiología debe ser el principal informador de una política de salud, su uso para este fin ha sido escaso hasta el momento. Ello puede deberse a dos tipos de limitaciones de la Epidemiología:

a) *Limitaciones metodológicas.* ¿Qué valor puede dar un político sanitario a un riesgo relativo de 1,2 o 1,3 obtenido a partir de un solo estudio⁸? ¿Qué valor puede darle si estudios sobre la misma hipótesis, como ocurre con frecuencia, rinden resultados diferentes? ¿Puede este político realizar recomendaciones para evitar este factor de riesgo cuando se desconocen sus efectos sobre otras enfermedades, algunos de ellos posiblemente protectores, o cuando se duda de la eficacia de las acciones para evitarlo? Por último, este político sabe que la Epidemiología tiene dificultades para demostrar relaciones entre variables, espe-

cialmente las causales. Sin embargo, conoce que la actuación sobre el factor de riesgo en cuestión tendrá efectos negativos ciertos sobre la economía de una cierta región. ¿Cuándo considerará este político que se ha demostrado suficientemente el efecto nocivo del factor riesgo como para que sea razonable actuar sobre él?

La mayoría de los factores de riesgo que son objeto de estudio ejercen un efecto (medido a través del riesgo relativo o RR) posiblemente muy pequeño sobre la aparición de una enfermedad concreta. La estimación precisa de este efecto (RR de 1,1 a 1,5) requiere tamaños muestrales muy grandes, que por razones de coste o tiempo no están al alcance de casi ningún investigador. Además, es muy difícil diseñar un estudio observacional con sesgos tan pequeños que no puedan explicar verosimilmente efectos también muy pequeños.

La verificación de la mayoría de las hipótesis acerca del efecto de un factor de riesgo sobre la aparición de una determinada enfermedad se suele iniciar con estudios analíticos de casos y controles. Estos estudios informan sobre todos los posibles factores de riesgo de una misma enfermedad. Sin embargo, la información relevante para actuar sobre un determinado factor de riesgo es el conocimiento de todos los posibles efectos derivados de su acción. Esta información la aportan los estudios de cohortes. Son costosos, suelen ser prolongados en el tiempo y se realizan más tardíamente que los de casos y controles. Por otro lado, si un factor de riesgo presenta simultáneamente efectos favorables y desfavorables sobre distintas enfermedades habrá que valorar cuál es su efecto global sobre la salud. No se nos escapa que ello puede ser bastante difícil.

La decisión de actuar sobre un factor de riesgo se basa no sólo en la magnitud de sus efectos sino también de la frecuencia de su exposición en la población. Si la proporción de población que está expuesta a un factor de riesgo es muy elevada, la proporción de casos de enfermedad que se evitarán actuando sobre él (riesgo atribuible al factor) será muy alta aunque la magnitud del efecto (RR) sea pequeña. El problema estará en la dificultad u obstáculos para reducir la exposición de la población, es decir, para actuar sobre el factor de riesgo. Esta dificultad estará relacionada con los elementos del contexto al que antes nos referimos. En estas situaciones la decisión para actuar se basará en la proporción de casos de enfermedad que es posible evitar actuando sobre el factor de forma realista (riesgo atribuible práctico). Desgraciadamente no siempre se conoce el valor de este parámetro.

Mayes et al.⁹ han identificado al menos 56 líneas de trabajo (hipótesis sobre el efecto de un factor de riesgo) donde los resultados de los estudios que exploran una misma hipótesis no son consistentes.

Las inconsistencias se traducen en estimadores de efectos diferentes para una misma cuestión, en muchos casos contradictorios. Según unos estudios, un factor de riesgo protege de la aparición de una enfermedad mientras que para otros, ese factor aumenta el riesgo de padecerla. Es uno de los problemas más graves de la epidemiología actual. Confunde a la opinión pública y a los políticos de salud. Además, retrasa la toma de decisiones hasta que el conjunto de evidencias que se acumulan (estudios publicados) inclinan la balanza del saber hacia uno de los dos lados: el factor aumenta o disminuye el riesgo de enfermar. La explicación de bastantes inconsistencias está en la baja y diferente calidad de muchos estudios, con frecuencia de casos y controles. A la vista de ello, algunos estarán tentados a pensar que la solución a tanta inconsistencia es un único estudio epidemiológico de elevada calidad. Sin embargo, la consistencia entre los resultados de varios estudios es un importante criterio de causalidad¹⁰.

Por último, toda decisión relacionada con variables biológicas está afectada de cierta incertidumbre. Ésta aumenta por la limitada capacidad probatoria de las ciencias empíricas, especialmente cuando se trata de diseños observacionales como los epidemiológicos. El político de salud puede requerir la confirmación experimental de estos estudios. De esta forma, obtiene información sobre las relaciones de causalidad del factor de riesgo y la enfermedad y sobre la eficacia de las medidas preventivas. Desgraciadamente, esta verificación puede llevar mucho tiempo.

En cualquier caso, la consideración de la suficiencia de información para la toma de decisiones será difícil. El político de salud deberá pronunciarse cuando crea que la cantidad y calidad de la información disponible son razonables. Mientras la información no alcance este dintel, la prudencia guiará, más que nunca, sus decisiones. Recientemente, se ha publicado en *The New England Journal of Medicine*¹¹ una revisión acerca de los efectos sobre la salud del tabaquismo pasivo. Existen inconsistencias e insuficiencias de información sobre todo tipo de efectos en niños y sobre todos los efectos, excepto el cáncer de pulmón, en adultos. A pesar de ello, el autor concluye: «mientras se producen estudios epidemiológicos adicionales de mayor calidad, es prudente que la población en general, los empresarios y las personas encargadas de desarrollar la política de salud consideren el humo del tabaco una amenaza para la salud de los no fumadores adultos, en base a la evidencia actual de asociación entre el humo del tabaco en el ambiente y el cáncer de pulmón». El artículo primero del Real Decreto sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco¹² («en caso de conflicto prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir labores de tabaco») está guiado de este espíritu. Obviamente, como beneficio añadido, aumenta el control social sobre el fumador, que contribuye a reducir su consumo de tabaco. Se dispone, además, de evidencias científicas numerosas sobre el beneficio de esta conducta entre los fumadores.

b) Limitaciones específicas. Además de las limitaciones vistas, la Epidemiología adolece de algunos problemas de naturaleza variada, que nos permitimos clasificar como específicos y que reducen su utilidad en la formulación de una política de salud. Destacan los siguientes:

- 1) En algunas áreas, la Epidemiología no ha hecho todavía aportaciones suficientes; así ocurre en el campo de la salud mental o de la actividad clínica.
- 2) El escaso prestigio de la Epidemiología frente a otras disciplinas más resolutivas o tecnificadas, como la cirugía, la farmacología, la economía, la administración, la informática, etc.
- 3) Los beneficios de la aplicación de los conocimientos epidemiológicos se presentan a largo plazo. Por ejemplo, un exfumador tarda bastantes años en igualar su riesgo de muerte por cáncer de pulmón con el de una persona que nunca ha fumado.
- 4) Las medidas preventivas exigen cambios en los hábitos de vida, a veces muy arraigados, con la promesa de beneficios futuros. Pensemos en la fuerza de voluntad necesaria para abandonar el uso del tabaco, reducir el consumo de sal en la dieta o hacer el ejercicio físico adecuado para nuestras necesidades. Todo ello en la confianza de que nos mantendremos sanos y activos durante más tiempo. Sin embargo, tampoco hay que despreciar algunos beneficios inmediatos de los nuevos hábitos.
- 5) Existen grupos de presión, sociales o económicos, en contra del establecimiento de algunas medidas preventivas. Ejemplo de ello son los grupos que se oponen a la reducción

del uso de tabaco o a la implantación de medidas de control del medio ambiente.

6) Es necesario mantener en funcionamiento los servicios sanitarios actuales, entre otras razones por su importante utilización. Ello, sin embargo, limita la inversión en actividades preventivas dirigidas al control ambiental o la adquisición de hábitos saludables.

7) «La protección de la salud del público debe en ocasiones enfrentarse a acusaciones de paternalismo y de falta de respeto a la libertad individual. Es cierto que los salubristas han impedido la libertad de contraer la viruela o de vender agua contaminada, pero no hay razones para cejar en el empeño»¹³.

Recomendaciones para que la Epidemiología aumente su contribución a la política de salud

A los investigadores. La recomendación más importante es realizar investigación de calidad. Gracias a ello disminuirá el número y la magnitud de los sesgos en los estudios epidemiológicos. Un sesgo supone una explicación alternativa al factor de riesgo, identificada en estudios sesgados, para entender las variaciones en la frecuencia de la enfermedad. Implica, por tanto, acciones sanitarias alternativas entre las que el político de salud no podrá decidir con garantías de acierto. Por tanto, la condición necesaria para basar una política de salud en evidencias epidemiológicas es la ausencia de sesgos. Ello reduce, además, las inconsistencias en los resultados de los estudios, lo cual acelera el proceso de toma de decisiones.

Los estudios de calidad tienen, además, el tamaño muestral suficiente para poder estimar de forma precisa los riesgos derivados de la exposición a los diferentes agentes del medio. También permiten la caracterización de relaciones dosis-respuesta. Ello mejorará la calidad de las normativas y recomendaciones sanitarias y por tanto reducirá obstáculos para su cumplimiento, al limitar la exposición sólo para las dosis que producen efectos nocivos. Por otro lado, se perjudicará menos a los sectores económicos que se benefician de su uso.

En cuanto a los diseños de los estudios, es necesario hacer estudios de cohortes. Hasta el momento no se ha realizado en España ningún estudio de cohorte observacional de cierta importancia. Su realización cuidadosa permite la reducción de sesgos, la evaluación de riesgos y la identificación de todos los posibles efectos de un mismo factor de riesgo. Su elevado coste puede reducirse circunscribiéndolos a áreas geográficas pequeñas dotadas de los servicios asistenciales adecuados.

En cuanto a los temas de investigación prioritarios, la evaluación de servicios sanitarios y de programas y tecnologías de salud destaca por su enorme importancia. Gracias a ellos estableceremos objetivos de salud, diseñaremos las acciones necesarias para conseguirlos, identificaremos los obstáculos para su instauración y verificaremos experimentalmente algunas hipótesis etiológicas. Como resultado de muchos de estos estudios obtendremos, además, estimadores de riesgo atribuible práctico, de gran valor en la toma de decisiones. Entre otros temas relevantes se halla también el desarrollo de nuevas medidas epidemiológicas de necesidad y la medición de desigualdades entre dichas necesidades en la población. Ello permitirá la asignación racional de recursos, de tal forma que se alcancen mayores niveles de equidad y el cumplimiento de un requisito administrativo importante en un estado autonómico.

A los organismos que financian la investigación. La recomendación básica es financiar sólo investigación de calidad. Las razones son las ya aludidas. Durante algún tiempo se han concedido ayudas de investigación a pequeños grupos con insuficiente formación metodológica. La justificación era estimular las tareas de investigación en un país donde eran muy escasas. Sin embargo, está muy cerca el momento en que se contará con suficientes grupos solventes en los que podrán formarse adecuadamente los investigadores noveles sin necesidad de ejercer de forma autodidacta gastando recursos que en otros lugares rendirían mayores beneficios.

Estos grupos de adecuada formación deberán disponer de financiación completa para realizar sus proyectos. Se evitaría el enorme desperdicio de tiempo de los investigadores principales buscando financiación complementaria. Así, dispondrán de mayor tiempo destinado a la formación de su personal y sobre todo no tendrán que recurrir a soluciones *quick and dirty* en terminología sajona, que reducen la calidad y, en algunos casos, la viabilidad científica del proyecto. Más vale pocos proyectos pero buenos, que muchos y malos.

Finalmente, si queremos que los temas a los que se dediquen nuestros investigadores sean relevantes desde el punto de vista de una política de salud, es necesario que ésta sea explicitada y publicitada. ¿Cuántos investigadores españoles conocen los objetivos de la política «Salud para todos» y por tanto, los de nuestra política de salud? No lo sabemos, pero probablemente pocos.

Sólo atendiendo a estas normas mejoraremos las aportaciones de la Epidemiología a la política de salud. Sólo de esta forma conseguiremos dos cosas: aumentar el fundamento racional de dicha política y probablemente, mejorarla.

Agradecimiento

A J.J. Artells Herrero, R. Boix, C.G. Barbero, A. García, R. Pinilla y P. Rodríguez, por sus comentarios a un borrador avanzado de este artículo. Procede el eximente habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Last JM, ed. A dictionary of epidemiology. Oxford: University Press, 1983.
2. World Health Organization. Cancer control programming in the european region of the World Health Organization. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe, 1985 (unpublished document ICP/CAN101).
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Los objetivos de la Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
4. Dever GEA. Epidemiology in health services management. An Aspen Publication, Rockville, Maryland, 1984.
5. Townsend P, Davidson N, ed. Inequalities in health. Harmondsworth: Penguin Books, 1982.
6. Macstravic RE. Marketing Health Care. Rockville, Md: Aspen Systems Corporation, 1980.
7. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1973.
8. Gordis L. Challenges to epidemiology in the next decade. *Am J Epidemiol* 1988; 128:1-9.
9. Mayes LC, Horwitz RI, Feinstein AR. A collection of 56 topics with contradictory results in case-control research. *Int J Epidemiol* 1988; 17:680-685.
10. Hill AB. Consistency. En: Hill AB. Principles of Medical Statistics. *Lancet* 1971; 314-316.
11. Fielding JE, Phenow KJ. Health effects of involuntary smoking. *N Engl J Med* 1988; 319:1.452-1.460.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 192/1988 de 4-03. Limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. *Disp. 5966. Madrid: BOE, 59 de 9.03.1988; 7.499-7.502.*
13. Terris M. La epidemiología como guía de la política sanitaria. *Foro Mundial de la Salud* 1981; 2:640-653.