

EL CAMINO HACIA LA SALUD. PRIORIDADES EN LA INVESTIGACIÓN

Thomas McKeown¹

El concepto de atención primaria de salud ha reflejado admirablemente el compromiso de "salud para todos" asumido en la Conferencia de Alma-Ata en 1978 y ratificado en la Conferencia de Riga diez años más tarde. Sin embargo, ese concepto es un enfoque global que abarca todos los avances de salud deseables en circunstancias más o menos ideales. Por desgracia, en el futuro previsible muchos países del Tercer Mundo serán incapaces de lograr todos esos avances y, por lo tanto, se hace necesario establecer prioridades para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles.

A estos efectos, hay dos experiencias que han de tenerse en cuenta: la de los países industrializados en los dos últimos siglos y la de algunos países en desarrollo que han conseguido avances sustanciales en los dos últimos decenios. Ambas permiten extraer conclusiones razonablemente consistentes, sobre todo respecto a la observación básica de que los avances en el campo de la salud se debieron casi en su totalidad a la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas.

En los países desarrollados las infecciones disminuyeron gracias al aumento de la resistencia debido, por una parte, a una mejor alimentación y, posteriormente y en menor medida, a la vacunación. Además, la exposición a las infecciones se redujo por las medidas de higiene (respecto a agua potable, saneamiento, alimentos y vivienda) que se introdujeron progresivamente a partir de finales del siglo XIX.

En los países en desarrollo el descenso de la mortalidad parece haberse debido predominantemente a una mejor nutrición, ya que algunos países que en pocos decenios alcanzaron los niveles de salud estándares de Occidente no revelan avances sustanciales en otros determinantes. Sin embargo, hubo otros progresos que contribuyeron poderosamente, aunque indirectamente a la salud: la educación, particularmente de las mujeres, la igualdad en cuanto a la posibilidad de acceso a los recursos sanitarios, el interés político y social en las mejoras de salud y, sobre todo, el control de la fecundidad, que protegió estos avances contra los efectos del crecimiento demográfico.

A la luz de esta evaluación de la contribución de distintas influencias, los países en desarrollo que no tienen recursos para proveer todos los servicios que se integran en el concepto de atención básica —posición en la que se hallan casi todos estos países— deberían dar gran prioridad a la investigación y los servicios relativos a nutrición, vacunación y saneamiento. Y si, como es de esperar, la escasez de recursos no permite ofrecer toda la gama de servicios sanitarios, al menos se habrá dado un gran paso incrementando la resistencia frente a las infecciones. Es fundamental advertir que en la China y en el estado hindú de Kerala los

¹ El profesor Thomas McKeown, eminente epidemiólogo y anterior Director del grupo consultivo sobre estrategias de investigación en salud de la OMS falleció el 13 de junio de 1988, a los 75 años. En sus escritos más importantes, con sobresalientes facultades de vigor intelectual, erudición y facilidad de expresión, McKeown defendió el punto de vista de que la clave de la salud está en cambiar la forma de vida. El presente texto es un extracto de un discurso que preparó pocas semanas antes de su muerte, destinado a una reunión del Comité Consultivo sobre Investigación en Salud de la OMS. Su publicación constituye un homenaje póstumo a su persona.

progresos de salud fueron debidos casi exclusivamente a las mejoras alimentarias. No hubo progreso en lo referente a agua, saneamiento y atención personal, y la cobertura de vacunaciones fue baja.

La decisión de dar prioridad a las áreas de nutrición y vacunaciones marcaría el camino hacia la investigación necesaria para los avances de salud. Los problemas son en gran medida de aplicación; es decir, lo que hoy llamamos investigación de sistemas de salud, y su carácter varía considerablemente entre regiones y países.

Con frecuencia, los programas de investigación de los países en desarrollo no se basan en prioridades bien reconocidas. Algunas autoridades llegan a rechazar la idea de investigaciones con objetivos definidos y parecen creer que los mejores resultados se obtienen dotándose de un buen equipo de investigadores y dándoles vía libre en su investigación. El programa de trabajo que resultará de ello será inevitablemente imprevisible. Los temas por investigar podrán añadirse o eliminarse de los programas, ya que su inclusión en los mismos no tendrá un fundamento lógico.

La falta de prioridades establecidas se manifiesta también en las políticas de servicios de salud que determinan en gran medida la dirección o la carencia de dirección de las investigaciones. En general, se invierte más en el tratamiento de la enfermedad que en su prevención, como fruto de las demandas del público y de las tradiciones médicas y no de evaluaciones de la eficacia o incluso de la humanidad de los distintos enfoques. La sanidad suele considerarse integrada por la atención a los enfermos y por los servicios de salud pública desarrollados desde el siglo XIX, que incluyen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tales como saneamiento, control de enfermedades infecciosas, salud maternoinfantil, salud escolar, higiene industrial y similares. Pero no se incluyen aquí responsabilidades relativas a condiciones básicas que también afectan grandemente a la salud como son las políticas agrícolas, de vivienda, educación, empleo y estrategias económicas. Es especialmente en los países en desarrollo donde las variables de salud están determinadas por las políticas gubernamentales en conjunto más que por el abarico de servicios administrado por los departamentos de salud.

Atención primaria de salud: un enfoque global

El contenido de la atención primaria que se desprende de las resoluciones de la Conferencia de Alma-Ata incluye, como mínimo, educación concierne a los problemas de salud más frecuentes y los métodos de identificarlos, prevenirlos y controlarlos, promoción de la producción de alimentos y de una nutrición apropiada; aporte adecuado de agua potable y saneamiento básico, atención de salud maternoinfantil, incluida la planificación familiar; vacunación contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las endemias locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y lesiones comunes; promoción de la salud mental, y abastecimiento de los medicamentos esenciales. Pero estos son solo los requisitos básicos, que han de complementarse de acuerdo con los valores econó-

micos y sociales de cada país y comunidad. Resulta, pues, evidente que la atención primaria de salud así concebida abarca todos los progresos necesarios para la salud bajo condiciones más o menos ideales y no intenta juzgar el orden en el que deben acometerse las tareas allí donde las condiciones están lejos de lo ideal, como ocurre y ocurrirá durante largo tiempo en muchos países.

La inevitabilidad de las deficiencias y, de ahí, la necesidad de prioridades, está bien ilustrada por dos de los factores más críticos para la salud: la alimentación y el saneamiento. Según informes recientes, las deficiencias alimentarias han disminuido en Asia y en Centroamérica, han permanecido estables en Sudamérica y han aumentado en gran medida en África. Como se espera que la población mundial se doble antes de estabilizarse y se multiplique por seis la de África, parece inevitable a juzgar por las políticas actuales que siga habiendo deficiencias alimentarias importantes hasta bien entrado el próximo siglo. El informe de la OMS sobre los progresos sanitarios durante la presente década deja bien claro que no es inminente el día en el que sean comunes el agua potable y el saneamiento adecuado en los países en desarrollo, sobre todo en las zonas rurales.

La experiencia de los países desarrollados

Como se ha hecho notar, el principal progreso de salud logrado en estos países hasta el 1900 fue la disminución de la mortalidad por infecciones. Los factores que influyeron directamente en este cambio fueron dos: el aumento de la resistencia y la reducción de la exposición a la infección. En el primero desempeñaron un papel importante las mejoras alimentarias, responsables de los progresos sanitarios durante los siglos XVIII y XIX, cuando la exposición a las infecciones se hacía más fácil debido al rápido crecimiento de la población y a prácticas de higiene defectuosas. Se destaca también el efecto de las vacunaciones, que aceleraron la disminución de la mortalidad en el siglo XX, sobre todo al reducir la cantidad de individuos infectantes. El segundo factor, la disminución de la exposición a la infección, fue resultado de las medidas higiénicas que se aplicaron progresivamente desde finales del siglo XIX. En este sentido, los progresos más importantes fueron el abastecimiento de agua potable, un saneamiento más adecuado y, poco después, los adelantos en la manipulación de los alimentos y mejoras en la vivienda. En alguna medida la exposición también fue reducida por medio del tratamiento.

No obstante, hubo factores indirectos que contribuyeron poderosamente a la salud: el control de la fecundidad, que se consiguió precisamente en el momento oportuno para evitar los efectos deletéreos de la expansión demográfica; las mejoras educativas, más o menos coincidentes con los avances sanitarios; y el desarrollo económico que proporcionó los recursos necesarios para lograr mejores niveles de vida, especialmente en la alimentación y en la higiene.

Si no hubiera otros datos, no estaría falto de razón el que nos guiáramos por esta experiencia a la hora de afrontar los problemas de salud en el Tercer Mundo. Sin embargo, hay que reconocer ciertas diferencias: muchos de estos países están en regiones tropicales o subtropicales en las que existen problemas adicionales; ahora sabemos más acerca del control de muchas enfermedades y, en concreto, la vacunación hoy día es mucho más eficaz que cuando empezó a usarse en los países industrializados. Además, contamos con menos tiempo para mejorar la salud: decenios y no siglos, según el plan de trabajo aceptado por la comunidad internacional en Alma-Ata. Pero, afortunadamente, hay datos adicionales sobre los rápidos avances de salud conseguidos por países tales como Costa Rica, Cuba, China, Jamaica, el estado hindú de Kerala, Sri Lanka, Tailandia y pocos más.

La experiencia de los países en desarrollo

Como observación básica y punto de partida para ulteriores averiguaciones, puede concluirse que en los países mencionados, al igual que en los países industrializados, la mejora de los indicadores de salud fue casi enteramente debida a la reducción de la mortalidad por infecciones. En consecuencia, al determinar un orden de prioridades para las políticas de salud de los países del Tercer Mundo, lo más importante es discernir las razones de dicha reducción. También es importante distinguir entre los factores que tuvieron influencia directa e indirecta y puede ser conveniente seguir un razonamiento similar al que usamos para los países industrializados.

Factores directos. Por un lado, el aumento de la resistencia a la infección parece constituir el factor fundamental. Dicho aumento de la resistencia se debería casi exclusivamente en muchos de estos países a las mejoras alimentarias, ya que el descenso de la mortalidad ocurrió cuando la cobertura de vacunación era muy baja. Por otro, la reducción de la exposición parece no representar un papel significativo en los países del Tercer Mundo que experimentaron avances, ya que en la China, Kerala y Sri Lanka el porcentaje de población que pudo disponer de agua potable y de medidas higiénicas apropiadas fue bajo —menor incluso que en otros países en desarrollo— siendo sus tasas de mortalidad bastante inferiores a los niveles medios.

Factores indirectos. A pesar de las grandes diferencias culturales, religiosas y económicas, todos los países que avanzaron consiguieron un grado importante de control de la fecundidad. La limitación del número de partos y su espaciamiento contribuyeron de forma importante a la reducción de la mortalidad infantil. La educación también fue importante: hubo notables avances en todos los países, tanto en la educación primaria como en la secundaria, y particularmente en la educación de la mujer. Y aunque el desarrollo económico es un determinante indirecto de la salud, la prosperidad medida por el producto interno bruto o la renta per cápita no siempre es esencial, ya que la distribución del bienestar y el uso de los recursos pueden ser tan significativos como su creación. Entre los países que avanzaron rápidamente, la China, el estado de Kerala y Sri Lanka son pobres si se juzgan por la renta per cápita, y otros están a la mitad de camino entre todos los países en desarrollo. Por el contrario, hay países de alta renta per cápita que han mostrado escasos progresos. La igualdad de acceso a los factores que determinan la salud fue una característica importante de todos los países que avanzaron.

Las conclusiones que pueden deducirse de la experiencia de los países del Tercer Mundo que han avanzado son incompletas, pero en general concuerdan con las que se infieren de las experiencias del mundo desarrollado y sugieren que en un país en desarrollo que busque progresar rápidamente, un requisito esencial y, en cierto sentido, el punto de partida, es el deseo social y político de conseguir avances.

De todo ello se deduce que los países en desarrollo que no tienen los recursos necesarios para proveer todos los servicios que entran en el concepto de atención básica —posición en la que se encuentra la mayoría— deberían dar gran prioridad a la investigación y a los servicios relativos a nutrición, vacunaciones e higiene. Estas prioridades se justifican cuando examinamos la situación actual de los factores más influyentes en la salud en los países del Tercer Mundo.

Alimentación

Nunca se ha producido la temida pesadilla malthusiana en la que una explosión demográfica exponencial dejara muy atrás la producción de alimentos, pero sí se ha llegado a una situación en la que habiendo suficiente comida para todos, no siempre se dispone de la cantidad necesaria en cada momento y en cada lugar. El abastecimiento eficiente y permanente de la alimentación mínima necesaria es muy difícil de conseguir para los países de rentas bajas.

Un informe reciente sobre la situación de la nutrición en el mundo concluye que esta ha mejorado durante el último cuarto de siglo en la mayor parte del mundo, aunque en el África subsahariana la disponibilidad de alimentos ha sido menor y ha aumentado la desnutrición, y en Sudamérica no ha habido una mejoría significativa. Las mejoras en las condiciones de vida que tuvieron lugar durante los años setenta han sido puestas en peligro por la recesión económica del comienzo de los ochenta, y ello está afectando a la nutrición infantil.

Los datos referentes a la situación de la nutrición en la China son de especial interés en este contexto. Durante los últimos 25 años, la producción per cápita de alimentos en ese país se incrementó en 75%, mientras que la población creció alrededor de 60%. El aporte energético de la dieta aumentó aproximadamente 40% entre 1961-1963 y 1983-1985. Hubo los incrementos consiguientes en las tasas de peso neonatal y de crecimiento infantil, y la mortalidad infantil disminuyó de 200 (por 1 000 nacidos vivos) antes de 1949 a cerca de 40 en 1980, y a 35 en 1982. Como ya se dijo, aparte de las mejoras alimentarias, no hubo otras variaciones sustanciales que pudieran contribuir a la reducción de la mortalidad.

El incremento mundial en la producción de alimentos durante los últimos 35 años ha sido principalmente fruto de avances tecnológicos. Sin embargo, en 1977-1980 un tercio de la población del Tercer Mundo vivía en países en los que el aporte alimentario era insuficiente para proporcionar una dieta adecuada a cada persona, incluso con una distribución acorde a las necesidades. Esta situación es particularmente grave en África, pero también hay países en Latinoamérica y en el Sur de Asia en los que se ha reducido la producción por persona. Por otra parte, varios países en los que una simple división haría ver que hay suficiente cantidad de alimentos por habitante, están en mala situación para afrontar deficiencias transitorias provocadas por oscilaciones de precios en el mercado internacional, variaciones de la producción nacional, etc. La investigación de algunas de estas hambrunas ha mostrado que la reducción en la cantidad de comida disponible no siempre es la razón básica y por ello se atiende cada vez más a otras causas, en concreto a la pérdida de ingresos reales. Además —y esto es lo más frecuente— los alimentos disponibles están distribuidos inadecuadamente entre países y entre regiones y grupos de un mismo país. En la India, por ejemplo, hay un exceso de la producción total de alimentos, que ha avanzado a un ritmo más rápido que el incremento gigantesco de la población. Sin embargo, durante varios años han ocurrido en el norte de este país hambrunas que afectan a los ocho millones de personas que viven en el árido Rajasthan.

En este contexto resulta evidente que la desnutrición, tan frecuente en los países del Tercer Mundo, principalmente es consecuencia de políticas internacionales y nacionales que perjudican la producción de alimentos y su distribución. La comunidad internacional puede contribuir a paliar este problema mediante recursos, orientación y, no en menor medida, limitando las insinuaciones o exigencias a países del Tercer Mundo para que acepten los excedentes alimentarios (las “montañas” de cereales y mantequilla) o adopten políticas agrícolas o económicas que contribuyan a su empobrecimiento. De todas formas, las causas de la inseguridad alimentaria son en gran medida resultado de las políticas nacionales. Así, los requisitos básicos para evitarla son, por una parte, la promoción de la producción local de alimentos —mediante la desviación de recursos de la industria a la agricultura, de los grandes complejos agrícolas a las pequeñas granjas, de las actividades intensivas en capital a las actividades intensivas en mano de obra— y, por otra, la creación de oportunidades para que los grupos de población expuestos a la inseguridad alimentaria puedan tener ingresos adecuados. El problema de la falta de alimentos es, en pocas palabras, un problema de pobreza.

Vacunaciones

Lo que se dijo respecto a la importancia relativa de las vacunaciones en la disminución de las infecciones en los países industrializados no debe hacer que se subvalore la importancia que aquellas pueden tener para prevenir las infecciones en el mundo en desarrollo.

La cobertura de vacunación fue baja en la mayoría de los países en desarrollo que consiguieron avances, pero hoy está aumentando rápidamente. En 1987, la mitad de la población infantil de todo el mundo estaba vacunada contra la tuberculosis, la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis y el sarampión. Diez años antes la proporción era solo de 5%. Lamentablemente, el porcentaje de cobertura más bajo en los países en desarrollo corresponde a dos enfermedades que provocan muchas muertes, el sarampión y el tétanos neonatal. Sin embargo, parece que las perspectivas son promisorias: hacia el año 2000 la poliomielitis debe haber desaparecido, la mortalidad por tétanos neonatal ha de llegar a cero y las muertes por sarampión han de haberse reducido en un 95%.

Agua potable y saneamiento

Una vez más, encontramos que la pobreza de recursos es causa fundamental de la falta de abastecimientos de agua potable y de saneamiento para la eliminación de excretas. La provisión de estos es fundamental para romper el principal mecanismo de transmisión de los gérmenes productores de diarreas agudas, responsables en 1978 de un cuarto del total de muertes de niños de menos de cinco años de edad.

Limitación del crecimiento demográfico

Cuando se valoran las prioridades de salud de los países del Tercer Mundo es importante tener en mente la cronología de los determinantes más influyentes. En los países desarrollados la caída del crecimiento demográfico se produjo con posterioridad a las mejoras de nutrición y a la instauración de medidas de higiene que hicieron disminuir la mortalidad.

En cambio, en muchos países en desarrollo la secuencia de acontecimientos parece ser bastante distinta. La aplicación de tecnologías nuevas ha precedido tanto la dotación de suficientes cantidades de alimentos como la limitación del crecimiento demográfico. En África, antes de 1959 la tasa de crecimiento demográfico era algo más de 1% y nunca excedió de 1,6%. Hoy la tasa media es aproximadamente de 3%. Las razones para este incremento no están del todo claras, pero parece deberse en gran medida a la aplicación de tecnología médica. Muchas de las plagas endémicas en África han perdido su impacto demográfico. La viruela fue erradicada, la fiebre amarilla está bajo control en muchos países y, cuando se expande, es rápidamente controlada; los efectos de la malaria pueden ser controlados o limitados. Las sequías y hambrunas no son tan devastadoras en términos de vidas humanas como lo eran en el pasado. En consecuencia, las poblaciones africanas se están multiplicando a una velocidad que puede frustrar los esfuerzos para el desarrollo.

Las tasas de incremento de la población son muy distintas en las diferentes regiones y países. En Europa, el Japón, los Estados Unidos de América y la URSS, la fertilidad ha disminuido rápidamente. Lo mismo ha sucedido en algunos países latinoamericanos y de Asia oriental, particularmente en la China, donde la reducción ha sido espectacular. Pero en el resto del Tercer Mundo (Asia occidental y meridional, África y partes de Latinoamérica) las tasas de crecimiento no han disminuido y las perspectivas de incremento demográfico se calculan en valores similares a los actuales. Según las previsiones de la ONU, antes de que la población deje de incrementarse se habrá multiplicado seis veces en África, tres veces y media en Latinoamérica y dos veces en Asia.

Otra consecuencia de las tendencias demográficas actuales será la emigración de gran número de personas de unos países a otros y la concentración de las poblaciones en grandes ciudades, muchas de ellas en el Tercer Mundo. La ciudad de México, Calcuta y São Paulo tendrán más de 20 millones de habitantes en el año 2000. Esto puede provocar grandes problemas de alimentación, vivienda, higiene y salud, generando altos índices de criminalidad y estadísticas vitales que en ciertos casos pueden ser mucho peores que las de las zonas rurales.

En vista de todo ello resulta llamativo que haya dudas en algunos de los países más pobres acerca de la necesidad de limitar el crecimiento de la población. Pero este es un tema delicado que inquieta muchas sensibilidades nacionales, religiosas y raciales y, además, hay discrepancias de opinión sobre si el rápido crecimiento demográfico debe considerarse efecto o causa del subdesarrollo. Está claro que en realidad ambas posibilidades son ciertas y que, probablemente, si los recursos se manejaran eficientemente y se distribuyeran equitativamente entre las naciones y dentro de cada nación, podría ser innecesario abordar el problema de la expansión de la población, al menos por ahora. Sin embargo, esas no son las condiciones que existen en el mundo real y por ello las medidas de control demográfico son un complemento indispensable de cualquier estrategia de salud. De todas formas, las razones ya citadas hacen que el establecimiento de objetivos demográficos sea un punto de división y que la limitación del crecimiento no siempre reciba la atención que su importancia exige en la planificación nacional. □