

Editorial

EL PENSAMIENTO DE CANADA RESPECTO DE LAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS EN SALUD

Por el Hon. Marc Lalonde

Ex Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá

Discurso pronunciado en ocasión de la 8ª Reunión Científica de la Asociación Internacional de Epidemiología, que tuvo lugar en Las Croabas, Puerto Rico, del 17 al 23 de septiembre de 1977.

Introducción

Fue un gran placer para mí aceptar la invitación de hablar ante ustedes con ocasión de esta 8ª Reunión Científica Internacional. Al igual que todos los ministros de salud, de hoy y de ayer, dependo en gran medida de la labor de los epidemiólogos a fin de obtener la información necesaria para la protección y el fomento de la salud. Me satisface tener la oportunidad de referirme a la forma en que utilizamos esta información para combatir los problemas de salud en Canadá, y acaso sugerir las formas en que esta disciplina puede ayudarnos en lo futuro. En particular, me complace poder participar en las deliberaciones de una reunión internacional. Muchos de los problemas de salud que nos acosan son comunes a todos los países, e indudablemente se pueden resolver mejor mediante el intercambio informativo y, con frecuencia, gracias a los programas de colaboración. Aun cuando los problemas difieren, mucho puede aprenderse de la diversidad.

Si bien, de acuerdo con un pedido del Presidente de la Reunión, es mi intención referirme al documento titulado "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses"¹—basado en el concepto de campo de salud, que ha servido de guía a la estructura de esta reunión—, haré antes, sin embargo, una referencia somera a la evolución de los servicios de salud en Canadá, lo cual será de mucha ayuda.

Como es sabido, Canadá es un país extenso con una amplia diversidad de clima, cultura y actividad económica. Muchas de estas diferencias regionales realzan la vitalidad y riqueza del país; sin embargo, tanto entre las regiones como en el interior de cada una de ellas se observan diferencias que son divisivas e injustas. Desde la Segunda Guerra Mundial, un objetivo fundamental del Gobierno Federal ha sido disminuir la inequidad sin imponer uniformidad. En Canadá, como en la mayoría de los países, la desigualdad de acceso a la atención médica, sea por región o por grupo socioeconómico, se considera intolerable en una sociedad civili-

¹ Canadá, Ministerio de Salud y Bienestar Nacional. *A New Perspective on the Health of Canadians* (working document), Ottawa, 1974.

zada. Durante los pasados 25 años el Gobierno Federal, con la colaboración de los gobiernos provinciales, ha encarado este problema mediante el establecimiento de un sistema de acceso universalmente gratuito a la atención médica y hospitalaria, con una tarifa que rige la remuneración del profesional según servicios prestados. En su mayor parte, este sistema se financia con impuestos generales. No parece haber duda que esta legislación ha permitido reducir, aunque no eliminar totalmente, las diferencias que antes existían. Las cifras de gastos provinciales en atención de la salud muestran que la disparidad regional durante ese período ha experimentado una considerable reducción. Asimismo, estudios especiales han demostrado que los grupos de ingresos más bajos utilizan más la atención médica a partir de la sanción de estas leyes. Si bien todavía se observan desigualdades residuales—especialmente en las zonas remotas y en grupos menos privilegiados—y pese a que los crecientes costos de los servicios de salud han creado problemas fiscales, es indudable que esta legislación ha sido coronada por el éxito en cuanto al objetivo primario de reducir la desigualdad de acceso a los servicios médicos.

Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses

Hace aproximadamente cinco años volvimos a evaluar nuestros objetivos en salud. Esta nueva evaluación culminó en la publicación del citado documento titulado "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses". En lo que se refiere al mejoramiento de las condiciones de salud, la tesis principal de este documento es que las nuevas inversiones en tratamiento médico tendrían un valor secundario. Los factores que influyen en las condiciones de salud se encuentran en el medio, en el estilo de vida que se adopta y en los hechos biológicos de la herencia y el envejecimiento. Esto no es una novedad para los epidemiólogos y los trabajadores de salud pública. Por más de un siglo la epidemiología ha recalado los orígenes ambientales y sociales de la enfermedad. El llamado concepto epidemiológico de la mala salud, que entraña la trilogía agente-húsped-medio, aunque formulado en relación con la enfermedad infecciosa, constituye también una pauta útil en lo relativo a la enfermedad crónica y los accidentes. Con todo, fue lógico creer que el mejoramiento del tratamiento médico redundaría en el mejoramiento de la salud. Así lo han esperado todos los partidarios del seguro de salud, de Bismarck en adelante. Aun Beveridge creía que el seguro universal de salud se traduciría en un mejoramiento de la salud y reduciría los costos de atención de salud. El desencanto de Canadá no es único en el mundo. Es interesante observar que el mejoramiento del estado de salud, medido por las estadísticas correspondientes a tasa de mortalidad infantil o esperanza de vida, parece ser bastante independiente del método de prestación de los servicios de salud. En Canadá, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil declinó en 30% de 1951 a 1961, y en 36% en el decenio siguiente. Bien se podría sostener que esta acelerada declinación se debió al seguro de hospitalización y atención médica; sin embargo, cuando las estadísticas se ajustan a fin de tener en cuenta los cambios en paridez de las madres, la tasa de reducción es idéntica en ambos períodos. Como siempre, los factores sociales y ambientales son aquí dominantes y es difícil identificar la función precisa de la atención médica. Otra característica sumamente interesante de nuestras estadísticas, observada en Canadá y en otros países desarrollados, es que las tasas de mortalidad por edad específica de hombres adultos no han mejorado en forma significativa en

los dos últimos decenios, pese al mejor acceso a la atención médica. Como lo indican las investigaciones epidemiológicas, esto se debe fundamentalmente al estilo de vida y a los factores ambientales.

El documento titulado "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses" fue acogido con beneplácito en Canadá y suscitó también gran interés en el extranjero. Acaso por coincidencia, muchos de los países que tienen establecidos programas de seguro médico han redescubierto el antiguo adagio según el cual "mejor es prevenir que curar". En Canadá el documento produjo un gran impacto psicológico inicial y condujo a la renovación de los esfuerzos para elaborar programas eficaces de fomento de la salud y prevención de la mortalidad y la morbilidad prematuras. En nuestras tentativas por medir los problemas y sus soluciones dependemos en gran medida de la labor de los epidemiólogos, quienes nos proporcionan la información esencial para una planificación racional. Necesitamos de su concurso para medir el estado de salud, determinar la importancia de los factores sociales y ambientales que afectan este estado y finalmente medir los cambios que se producen en el mismo como resultado de nuestras intervenciones. Quisiera señalar algunas de las formas en que nosotros utilizamos los datos disponibles y también algunas de las lagunas del conocimiento cuya superación requiere el auxilio de los epidemiólogos.

Información epidemiológica

La única información sistemática que tenemos respecto del estado de salud de la población de Canadá en la actualidad, se basa en estadísticas derivadas de la mortalidad y de la utilización de hospitales. Al formular prioridades hemos recurrido fundamentalmente al índice de los años potenciales de vida perdidos, que se basa en los datos de mortalidad. Es interesante observar que este índice está estrechamente vinculado con la edad promedio al tiempo de la defunción, estadística que Chadwick utilizó hace 130 años para investigar las condiciones de salud de Gran Bretaña. Aunque el índice adolece de desventajas técnicas, cuya explicación huelga, posee también la virtud de la sencillez.

Respecto de los datos de morbilidad, en Canadá contamos con un gran caudal de datos derivados de los hospitales, incluido el diagnóstico principal de todos los pacientes dados de alta del hospital. Sin embargo, carecemos de información corriente sobre morbilidad e incapacidad de casos fuera del hospital. Ya hemos adoptado medidas con objeto de poner remedio a esta deficiencia y, a partir del próximo año, contaremos con datos sobre las condiciones de salud, sobre la base de una muestra aleatoria de la población del país realizada por conducto de la Encuesta de Salud de Canadá.² En el marco de esta encuesta se entrevistarán 40,000 personas por año, y un porcentaje elevado de estas se someterá a exámenes físicos en sus hogares. El asesoramiento de los epidemiólogos canadienses fue sumamente útil para elaborar esta encuesta, que abrirá nuevos rumbos en la medición del estado de la salud—mental, física y social—y de los factores de riesgo que afectan la salud. Además de la incorporación de este importante servicio a nuestro sistema de estadísticas de salud, seguiremos necesitando la ayuda de los epidemiólogos para ela-

²Unidad dependiente de la Oficina de Estadísticas de Canadá (División de Salud), Ministerio de Industria, Trabajo y Comercio, Ottawa, Canadá.

borar índices sensibles que acusen la carga que entraña la mala salud. Es de interés observar el progreso de la actual labor en este campo, según datos publicados.

Después de evaluar esta carga de la morbilidad y distribuirla por grupos de diagnóstico, el paso siguiente es vincular cada componente con los distintos factores etiológicos. Sobre la base de este tipo de análisis, se puede estimar la importancia de la contribución de cada factor a la carga total, por lo menos en teoría. Por ejemplo, basándose en la información disponible sobre los riesgos de los hábitos de fumar y beber, y la prevalencia de estos en Canadá, nuestro grupo planificador estima que el tabaco y el alcohol ocasionan una pérdida de 22% de los años potenciales de vida en los hombres y de 11% en las mujeres.

Estas estimaciones se sustentan en los resultados de estudios epidemiológicos. Seguidamente se mencionan algunas de las dificultades que encontramos cuando tratamos de aplicar estos resultados a toda la gama de la morbilidad.

Primero, carecemos de datos respecto de algunos importantes grupos de enfermedades e incapacidades físicas. Naturalmente, esto no es culpa de los epidemiólogos, dado que pocas veces se puede sistematizar la detección de los factores etiológicos. Sin embargo, tenemos ciertamente una necesidad apremiante de un mayor número de estudios de las causas de grupos importantes de afecciones como la artritis, las enfermedades biliares, las neurológicas crónicas, etc.

La segunda dificultad que surge cuando se trata de utilizar los hallazgos epidemiológicos en el ámbito de la planificación racional es el problema de la causalidad. Sé que se trata de una ardua cuestión filosófica, pero para el planificador de salud el problema se perfila nítidamente. Un factor es causal de una enfermedad o hecho de salud cuando, al eliminarlo de la población, el resultado es una reducida incidencia de la enfermedad o hecho en cuestión. Hay quienes insisten en realizar pruebas controladas aleatorias de todas las intervenciones de salud, ya sean preventivas o terapéuticas. En el estado actual de los conocimientos, esta posición extrema limitaría nuestro programa preventivo a la inmunización y, acaso, a las pruebas de detección de la hipertensión y el cáncer de mama. Que yo sepa, nadie ha demostrado en una prueba aleatoria controlada que dejar de fumar reduce la incidencia del cáncer pulmonar, aunque las pruebas son muy persuasivas. En consecuencia, debemos estar dispuestos a ser flexibles en este criterio ideal, por lo menos en alguna medida. Por ejemplo, hemos adoptado la tesis de que mayor cantidad de ejercicios físicos y menor ingesta de grasas animales disminuirá la incidencia de la enfermedad isquémica cardíaca, aunque todavía son equívocas las pruebas de que las asociaciones observadas sean ciertamente causales. Hemos establecido programas de información destinados a difundir la práctica de ejercicios y reducir la ingesta de grasas, sin esperar los resultados de estudios definitivos, por cuanto esta parece ser la política prudente en esta coyuntura. Con todo, necesitamos con apremio estudios controlados de este tipo de intervenciones.

Cuando los programas preventivos son sumamente onerosos es muy importante instituir pruebas controladas antes de llevarlos ampliamente a la práctica. Un ejemplo clásico de omisión es el de la prueba de frotis cervical para detectar el cáncer del cuello uterino, sobre cuyo valor no estamos enteramente seguros veinte años después de su introducción, debido a la falta de ensayos controlados. Sin embargo, recientemente un grupo de trabajo presidido por el Dr. Walton, de Winnipeg, ha estudiado a fondo las pruebas y ha llegado a la conclusión de que probablemente este procedimiento dé lugar a una reducción de la mortalidad causada por esta en-

fermedad. De acuerdo con la experiencia, tenemos la firme intención de no introducir procedimientos de detección muy costosos y potencialmente riesgosos en amplia escala sin contar antes con una experimentación rigurosa en pruebas controladas.

Planificación de programas preventivos

Las dificultades que se nos plantean en la planificación de los programas preventivos, a más de técnicas, son de carácter ético. Muchos de los factores hacia los cuales se encaminan nuestros programas se vinculan con el comportamiento individual, es decir, con lo que hemos denominado factores que dependen del estilo de vida. En verdad, muchos padecimientos vinculados con la enfermedad y la mortalidad prematura se deben a nuestro apego a tres elementos: el tabaco, el alcohol y el automóvil y, precisamente, gran parte de la polémica respecto del carácter ético de la intervención gubernamental se centra en saber si quienes fuman, beben y conducen automóviles están expresando su individualidad o respondiendo a las presiones sociales y comerciales. A decir verdad, hay quienes critican rigurosamente el uso de la expresión "estilo de vida", por cuanto se interpretaría como un medio de hacer recaer la culpa en las víctimas de las industrias dedicadas a la venta de estos productos y de las fuerzas sociales que estimulan su uso.

El argumento, bastante convincente, es una expresión particular de la teoría conductista y determinista del comportamiento humano propuesta por científicos como Skinner. Indudablemente, el argumento tiene un atractivo evidente para quienes desean justificar una política de salud pública más enérgica. La tesis contraria ha sido presentada clara y vigorosamente por el sociólogo canadiense Rodrigue Johnson, quien en el estudio titulado "Los aspectos éticos de la intervención gubernamental en el comportamiento individual", opone al enfoque conductista el concepto auténticamente ético del hombre en relación con el Estado. El profesor Johnson considera que la tesis conductista es peligrosa por cuanto puede llevar a un abuso del poder político "que choca con el poder económico, es pragmático, cínico si se le lleva a sus extremos, y paternalista... Pese a la apariencia democrática con la que se ha revestido en el siglo XX, sus objetivos son coercitivos y represivos".

El político, que practica el arte de lo posible, no puede adoptar ninguna de estas tesis extremas. Es evidente la imposibilidad de la abolición total de cualquiera de estos elementos: tabaco, alcohol o automóvil. También es evidente que es condenable la utilización de las técnicas publicitarias manipuladoras por parte de la industria. Sin embargo, se debe oponer igual resistencia a la tentación del partidario de la salud pública que desee utilizar las mismas técnicas para atacar el producto. Debemos mantener la distinción entre información, por un lado, y propaganda, por el otro.

En Canadá tenemos la fortuna de contar con una prolongada tradición de razonable control oficial del alcohol y hemos tenido algún éxito en medir las actividades de la industria del tabaco. Nuestra política consiste en ejercer un control moderado de la oferta basado en la negociación y la reglamentación, acompañado de campañas de información no manipuladoras. Tenemos sumo interés en colaborar con nuestros colegas de Estados Unidos a fin de formular una estrategia coherente en América del Norte.

La alternativa de individualismo o colectivismo se plantea también en un contexto más específicamente tecnológico. Si queremos prevenir la enfermedad, ¿debemos utilizar programas globales destinados a la población en su conjunto, o adaptar nuestros programas teniendo en cuenta la susceptibilidad individual? Algunos genetistas sostienen que, por cuanto no todas las personas son igualmente susceptibles a todas las amenazas, es injusto establecer normas universales. A quienes no son susceptibles debiera liberárselos de la aterradora predicción de fenómenos que nunca se materializan y de la agobiante obligación de conformarse a normas que carecen de sentido para ellos. También en este caso tenemos un convincente argumento en favor del individualismo y, si bien es algo conjetural en términos del conocimiento actual, no es difícil pensar en una rápida expansión de la tecnología que lo haría más factible. Es evidente que la etiología de enfermedades comunes como la aterosclerosis y la diabetes mellitus entraña mecanismos complejos de metabolización de grasas e hidratos de carbono, muchos de ellos determinados genéticamente. Al parecer, algunas formas de cáncer tienen también un componente genético. En el caso del hábito de fumar y el cáncer del pulmón se advierte la posible función de una enzima genéticamente determinada en la determinación del resultado. La pesadilla que se deriva de estos posibles fenómenos es la completa "medicalización" de la sociedad. La tecnomanía desenfrenada que ahora se observa en el tratamiento de los enfermos se haría extensiva a los programas preventivos.

Señalado el problema de la prevención selectiva, quisiera concluir volviendo una vez más al problema de la inequidad social. En un reciente estudio llevado a cabo en Canadá sobre la mortalidad masculina en relación con la clase social, se ha observado que, pese a que ha mejorado su acceso a la atención médica, el grupo socioeconómico menos privilegiado experimenta una mortalidad muy superior a la media, en particular a causa de enfermedades como la bronquitis, neumonía, cirrosis del hígado, cáncer del pulmón y accidentes. Estos hallazgos son similares a los de estudios realizados en Estados Unidos y el Reino Unido. Sabemos que esta diferencia social en la mortalidad es un hallazgo muy antiguo; su congruencia sostenida a lo largo de muchos decenios, pese a la disminución del nivel general de mortalidad, es una característica notable de las estadísticas vitales. Esta relación entre pobreza y enfermedad se puede explicar por varias razones: la selección de las personas más sanas y vigorosas para su incorporación al estrato económico superior, el descenso del enfermo a la pobreza y el medio adverso en el que vive el pobre. El problema que confrontan las autoridades de salud de un país que se considera civilizado es romper el círculo vicioso de pobreza y enfermedad para eliminar esa inequidad. La persistencia de este diferencial de mortalidad, pese a haberse logrado un acceso más fácil a los servicios médicos, sugiere que este no es un medio eficaz de resolver el problema.

Cuando se piensa en las políticas que podrían adoptarse conviene tener en cuenta dos niveles en las causas de este diferencial de mortalidad. En el primer nivel se ubican los determinantes conocidos de la mortalidad como la nutrición, la vivienda, el riesgo industrial, el hábito de fumar, el alcohol, etc. En el segundo nivel se colocan las variables que constituyen las características de la "clase social baja", como el ingreso reducido, la falta de educación y la discriminación social. Necesitamos saber algo más respecto de la relación entre estos dos conjuntos de variables, en especial respecto de cuáles variables del primer conjunto muestran gradientes de clase social y cuáles del segundo son más importantes como causa de esos gra-

dientes. Los estudios descriptivos han proporcionado un gran caudal de información y la Encuesta de Salud de Canadá la ampliará aun más.

Es difícil desentrañar las relaciones entre variables muy correlacionadas, y con frecuencia la política a lo sumo puede basarse en los resultados de estudios de intervención bien elaborados. Por ejemplo, se sabe que la clase social más baja tiene una tasa de mortalidad perinatal superior al promedio. Esto se debe, al menos en parte, a las diferencias en la nutrición, hábito de fumar, esfuerzos físicos y falta de vigilancia prenatal. Probablemente sea válido decir que el ingreso bajo, la falta de educación y la discriminación social son factores determinantes en el segundo nivel, pero cabe preguntarse cuál es el más importante. Aunque existen indicaciones de que la falta de educación es ese factor más importante, es menester realizar más investigaciones y, en especial, estudios de intervención. Esta esfera sería muy fructífera para realizar estudios de colaboración de salud y bienestar social.

En Canadá estamos decididos a embarcarnos en lo que el Dr. Terris ha denominado la segunda revolución epidemiológica, en la cual la energía y el entusiasmo que culminaron en el feliz triunfo sobre la enfermedad infecciosa se orientarán hacia la enfermedad crónica y los accidentes. El éxito dependerá de que las autoridades y los profesionales de salud colaboren en estrecho contacto.