

Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad

Juan del Llano Señaris

Fundación Gaspar Casal, Madrid

Muchos de los salubristas que nos formamos en los 80's del siglo pasado, leímos con gran interés el informe Lalonde (1) y nos abrió los ojos hacia el papel de los determinantes extra-sanitarios en la salud poblacional. En la Facultad ni se nos habló de ellos. Sin embargo, el Informe tuvo algo de panacea, es decir de creencia y de esperanza, sobre todo en países en desarrollo con buenos indicadores de salud como Cuba. También generó una moda, una tendencia, seguía patrones (el rol asignado a los determinantes) que tuvieron su público. La realidad vino de la mano de su análisis crítico, remarcando la relativización del papel de los sistemas sanitarios, la medicina y los médicos sobre la salud, y aquí su impacto como realidad fue ciertamente modesto. De hecho, en España el sistema sanitario siguió su senda y sólo se notó en la retórica y algunas iniciativas que se diluyeron por falta de capacidades reales. El artículo 3 de la Ley General de Sanidad de 1986 establece que el SNS se orientará a la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, más allá de algún cribado y alguna medicación preventiva de la población, el Lalonde no ha dejado rastro. Desde entonces, sí ha ido creciendo la masa crítica salubrista, frente a unas claras fuerzas que mantienen la inercia hacia la medicalización.

Canadá fue el país que en 1974 redescubre la intersectorialidad de las políticas de salud, con dicho informe, que se lleva a la práctica y cambia su modelo de provisión de servicios con mucho peso del mercado libre a uno mucho más *National Health Service*. También fue seguido y debatido por otros países desarrollados y en desarrollo. España, por ejemplo, lo retoma para la elaboración de la Ley de Salud Pública de 2011. Se actúa sobre la salud poblacional desde fuera de los servicios sanitarios, permite explorar el potencial de una nueva revolución epidemiológica, la segunda, que actúe sobre las enfermedades crónicas.

La práctica de la Salud Pública trata de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de la intervención organizada de la sociedad y no sólo del Estado y sus administraciones. Ello incluye no solamente los esfuerzos para mantener la salud minimizando los comportamientos poco saludables y las influencias nocivas de factores medioambientales y sociales, sino también la prestación de servicios sanitarios eficientes que ayuden a los enfermos a recuperar la salud o, como mínimo, a reducir el sufrimiento, la minusvalía y la dependencia.

La política de salud de muchos países, siguiendo la estela del Lalonde, actúa sobre servicios de salud (sellado de caries), estilos de vida (cepillado de dientes) y entorno (fluoración del agua de bebida); sin embargo, no trata de alterar la distribución de la renta que es una variable que impacta decisivamente en las cada vez mayores diferencias en mortalidad y morbilidad. Tampoco se presta demasiada atención a la herencia genética, hasta que se codifica el genoma humano en 2001 y, es el sector privado (empresas de biomedicina) quién lidera la investigación en esta área, en ocasiones, con compras de líneas de investigación prometedoras a equipos que trabajan con fondos públicos.

Las políticas de salud en general están mejor elaboradas que desarrolladas y puestas en práctica. Se sabe identificar los factores de riesgo comunes a las principales causas de mortalidad y morbilidad, se pueden establecer de forma solvente áreas de actuación objetiva en términos de indicadores sanitarios, de conocimiento por parte del público y de los profesionales, de mejora de los servicios sanitarios, y de sistemas de evaluación. La aparición del modelo de determinantes de salud propues-

to por *Laframboise* en 1973 y desarrollado en el Informe Lalonde tenía la finalidad de explicar la salud de los canadienses y sus determinantes. En su momento, revolucionó sin lugar a dudas, a la salud pública, al impactar conceptual y operativamente sobre la manera de abordar y explicar los niveles de salud de las poblaciones y, por ende, abrió una nueva manera de formular las políticas de salud.

Es un documento seminal que, sobre todo, versa sobre la promoción de la salud. Sigue la estela de McKeown en "El crecimiento moderno de las poblaciones" y "El rol de la medicina: ¿sueño, milagro o némesis?" (2, 3). Szreter, sin embargo, critica a McKeown por la interpretación que hace del papel de la práctica de la medicina y de la intervención del Estado en la mejora de la morbimortalidad (4). Asevera que la medicina socializada no ha sido tan influyente como lo fue el fuerte crecimiento económico tras la Segunda Guerra Mundial y el papel del mercado libre.

Argumenta Ortún (5), apoyado por Fogel, como el crecimiento económico y la mejora de la nutrición, han sido los factores con mayor fuerza explicativa en la espectacular caída secular de la mortalidad. Entre mediados del siglo XIX y del siglo XX son las medidas de salud pública, con fundamento científico a partir del descubrimiento de la etiología específica de las enfermedades infecciosas a finales del siglo XIX, las que asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud: Implantadas primero en Europa Noroccidental y Norteamérica, después –y más rápidamente– en la Europa del Sur y Sureste, y finalmente, a partir de la Segunda Guerra Mundial en el Tercer Mundo, con velocidad aún mayor. La medida reina en salud pública –el saneamiento del suministro de aguas mediante filtrado y cloración así como la disposición segura de las residuales– explica, por ejemplo, la mitad de la reducción total en mortalidad de las principales ciudades de EEUU a principios del s. XX (6). Sólo en estas últimas cinco décadas ha adquirido un cierto protagonismo la atención sanitaria, empujada por una intensa innovación en prevención y curación. Con toda la importancia que la prolongación de la esperanza de vida atribuible a servicios sanitarios tiene, especialmente para quienes marca una diferencia entre vivir y morir, el impacto más importante de los servicios sanitarios en los países desarrollados se produce en el ámbito de la calidad de vida de la población. Las intervenciones sobre los motivos de morbilidad y discapacidad más frecuentes no alargan mucho la vida pero mejoran su calidad.

Hay que hacer también una mención especial a Cochrane, como hacen Tetlock y Gardner en su libro sobre Superpredicciones (7), que se abre con una jugosa discusión sobre cómo este médico escocés nacido en 1909, hizo quizás más que nadie por la transformación de la Medicina y su práctica. La hizo pasar de arte negro a ciencia plenamente contestable. Su hallazgo principal, hace más de 50 años, fue que la cualificación, confianza y eminencia de los médicos eran irrelevantes. El único test válido era trabajar sobre la efectividad del tratamiento, demostrándola con rigor y estadísticamente.

El Lalonde tiene un mensaje central, la política en nuestro sector tiene que redirigirse de la oferta y los costes de los servicios sanitarios hacia los determinantes, tanto a los medioambientales (ya incluía la preocupación por la ecología y el daño ambiental como alerta en su última encíclica el Papa Francisco I y desde 1988 el IPCC del PNUMA y la OMM), como a los conductuales (estilos de vida) y biológicos (genoma). También en nuestro país y así lo refleja nuestra Ley de Salud Pública de 2011, que

aunque no desarrollada, señala cómo las políticas intersectoriales y la promulgación de leyes pertinentes, producen importantes reducciones de morbimortalidad. La lucha contra la siniestralidad vial y contra el tabaquismo son dos ejemplos de políticas altamente efectivas en "línea Lalonde"

La realidad de los países desarrollados ha asistido, desde entonces, a un incremento del consumo de dietas saludables, a la preocupación por el ejercicio físico, a la mejora en la seguridad alimentaria y de la calidad del medio ambiente. Pero, sobre todo, ha crecido la estructura sanitaria (hospitales) y su parque tecnológico asociado. Lamentablemente, no ha sido tanta la atención prestada a la salud pública. De hecho, en unas recientes declaraciones Beatriz González, Presidenta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), apunta la necesidad de seguir produciendo y difundiendo conocimiento científico para la salud; la mejora de las profesiones relacionadas con la Salud Pública y la defensa de la salud de la población, participando activamente en los debates públicos sobre temas que conciernen a la Salud Pública y a los servicios sanitarios; ayudando a marcar la agenda de los temas relevantes para la salud pública y, reclamando un mayor papel de la salud pública en la acción política sanitaria (8).

La contribución más efectiva del Informe Lalonde fue la introducción del concepto de los determinantes en el terreno de la salud. Así, un avance significativo fue la distinción entre la política de salud y, la política de servicios sanitarios, que se ocupa de la organización de la asistencia sanitaria. También permitió el análisis del sistema desde del impacto de cada determinante y de las interacciones de los cuatro determinantes. "La nueva perspectiva de la salud de los canadienses", busca migrar la atención de los profesionales sanitarios a las causas de la morbilidad y la mortalidad y, no tanto, a los efectos y patrones de las mismas. Moverse de efectos a causas forzó la atención en una serie de contextos en los cuáles las decisiones se toman. Visualizó, como no se había conseguido antes, el rol de los problemas económicos y sociales, el medio ambiente y las preferencias personales. Además, empujó la promoción de mensajes de salud (*advocacy*) que influyen sobre los lobbies para el cambio político. Ayudó a la diseminación entre estudiantes de Medicina de las diferencias entre Salud (visión colectiva) y Medicina (visión individual) como apuntan del Llano y Millán recientemente (9).

El Lalonde señaló la importancia del concepto de justicia distributiva en Medicina. Resaltó que no hay mejora de la salud sin acceso universal y equitativo. Sin embargo, fue irrelevante en cuanto a profundizar en cómo racionalizar el coste, y cómo mejorar la garantía de la calidad de la práctica médica. Queda por comprobar empíricamente los porcentajes atribuidos hipotéticamente a la reducción de la morbimortalidad por parte de los distintos determinantes y su correlato en inversión pública, que han ido cambiando, sin contraste, con el paso del tiempo (10). Cayó, por últi-

mo, víctima del entusiasmo por la prevención, aunque ilustró muy bien de los peligros que tienen las panaceas en políticas de salud que pueden llegar a minar las mejoras marginales en efectividad conseguidas en la práctica médica con motivo de las intensas innovaciones a las que se ha visto sometida.

Finalmente, en los sistemas basados en la solidaridad colectiva parece legítimo exigir alguna responsabilidad personal sobre el cuidado de la propia salud, desincentivando los comportamientos irresponsables amparados por la mancomunidad de la respuesta a las consecuencias de los riesgos asumidos. Sin embargo, la aplicación práctica de esta noción resulta mucho más cuestionada. El debate sobre la responsabilidad individual y colectiva, que planea a lo largo de todo el Informe Lalonde, te puede llevar a una aceptación fatalista de las implicaciones de los determinantes sociales de la salud, o al abandono de cualquier concepto de libertad responsable para esquivar la posible culpabilización de las potenciales víctimas que una política de responsabilidad personal puede acarrear (11).

Agradecimientos: A Vicente Ortún, Ricard Meneu e Ildelfonso Hernández por sus comentarios críticos.

Referencias

- (1) Lalonde M (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- (2) McKeown T (1976). The modern rise of population. New York, NY: Academic Press.
- (3) McKeown T (1976). The role of Medicine: Dream, Mirage of Nemesis? London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trusts.
- (4) Szreter S (2002). Rethinking McKeown: The relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, May, Vol. 92, nº 5:722-725.
- (5) Ortún V (2006). Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. *Revista Asturiana de Economía* nº 35:23-43.
- (6) Cuttler D y Miller G (2005). The role of public health improvements in health advances: The 20th century United States. NBER, Working Paper nº 10511.
- (7) Tetlock P and Gardner D (2015). Superforecasting: The Art and Science of Prediction. Crown, Random House.
- (8) Declaraciones de Beatriz González, Presidenta de SESPAS (2015): <http://www.efesalud.com/noticias/ciencia-accion-y-conciencia-los-pilares-de-la-nueva-presidenta-de-la-sociedad-espanola-de-salud-publica-y-administracion-sanitaria/>
- (9) del Llano J, Millán J (2015). Hygiene and Panacea in the medical education. La salud y la asistencia sanitaria. En *Ser Médicos: los valores de una profesión* (2ª edición). Unión Editorial, Madrid: 359-370.
- (10) Lamata F (1994). Una perspectiva de la política sanitaria: 20 años después del Informe Lalonde. *Gaceta sanitaria*. Julio-Agosto, nº 43, Vol. 8:189-194.
- (11) Meneu R (2015). La responsabilidad personal y sus límites. Del empoderamiento a la culpabilización. En: *Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, nº 37:50-59.

VISITA EL BLOG DE GCS

<http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>