

ATENCIÓN MÉDICA

Bajo la premisa de que la atención médica universal es una condición esencial de toda comunidad civilizada, se analizan en el presente trabajo los efectos que sobre la salud de la población y sobre el patrón del ejercicio profesional produjo en una pequeña localidad del Canadá la introducción de un plan estatal de atención médica de pago anticipado. La experiencia, al decir del autor, plantea cuestiones que son fundamentales en la formulación de políticas de salud y bienestar. Tal vez la más importante es la que considera que como el esquema propuesto no está ligado a otros programas de salud y bienestar, ni da respaldo a los servicios preventivos, ni se hace cargo de las necesidades personales de los que más sufren enfermedad, los pobres y los menos educados, éstos habrán de continuar sufriendo más males que los adinerados.

Agradecemos al Dr. Robin B. Badgley las deferencias que siempre ha tenido para "Cuadernos Médico-Sociales", entre ellas, la de enviarnos este interesante estudio para su publicación.

El impacto de la atención médica estatal en una ciudad de Canadá, 1960-1965*

Dr. ROBIN F. BADGLEY
Dr. ROBERT W. HETHERINGTON
Dr. V. L. MATTHEWS y
Dra. MARJORIE SCHULTE

El apoyo a los proyectos de atención médica patrocinados por el gobierno ha crecido con gran rapidez en Canadá a partir de 1962 cuando Saskatchewan abrió el camino a su polémico plan. El gobierno canadiense ha declarado su intención de introducir medidas legislativas para compartir los costos de cualquier programa provincial de atención médica que se ajuste a las normas federales. Se encuentran en proceso de planificación o están ya en operación una diversidad de proyectos. La adecuada atención médica está siendo paulatinamente aceptada, no como un privilegio para los menos, sino como un derecho para todos. En las palabras de Sir Arthur Newsholme, reiteradas por la Comisión Real de Servicios de Salud en 1964, "la atención médica para toda persona, en su más amplio sentido, es una condición esencial de máxima eficiencia y felicidad en una comunidad civilizada" (1).

Si la atención médica es fundamental para el bienestar del hombre, entonces ¿qué efecto produce la introducción de un programa universal de atención médica sobre la salud de la población y sobre la forma en que se ejerce la medicina? Si, como ocurre en todo el Canadá, tantos se han incorporado ya a los planes de seguro voluntario ¿se benefician todos por igual? ¿Disfruta la gente realmente, de mejor salud como resultado de los programas universales de atención médica? ¿Cuánto demoran

en ocurrir los cambios, y en qué forma deben ser medidos los cambios en la salud de la población?

Los propiciadores de los programas estatales de atención médica han sostenido que tales programas elevan el nivel de salud de la población y dan como resultado la entrega de una mejor calidad de atención médica. En oposición, muchos líderes de la profesión médica, industrias farmacéuticas y programas de seguro voluntario han pretendido que tales programas llevan a un deterioro de los servicios médicos, que la administración se hace engorrosa, los costos ascienden en espiral y que el secreto de la relación médico-paciente puede ser violado. Al presente, muy poco se ha hecho en Canadá por probar o refutar estas opiniones. Sin embargo, si tenemos que defender el tesoro público y el bienestar de los habitantes, será necesario encontrar las respuestas a estas preguntas y cargos.

La presente monografía de una pequeña ciudad de las praderas canadienses describe el impacto producido por la introducción de un plan provincial de atención médica, con sistema universal de pago anticipado, en la vida de la población. Aún cuando esta ciudad no es un centro rural "típico", las cuestiones que aquí se

*Presentado a la 57 Reunión Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública, Quebec, mayo, 31 de 1966.

plantean son fundamentales en la formulación de políticas de salud y bienestar.

Se usarán varias medidas para determinar qué cambios, si los hay, han tenido lugar en la salud de la población de la ciudad. Estos índices incluyen las estadísticas de mortalidad y morbilidad, los registros de ingreso y utilización de los hospitales, y los resultados de dos encuestas hechas en la comunidad (1960 y 1965). Se describirán los cambios en la organización de los servicios de salud, así como las actitudes de la gente hacia los médicos y el papel del gobierno en la provisión de servicios de salud y bienestar.

Métodos

Wheatville, pseudónimo de una ciudad de Saskatchewan que fue estudiada en 1960, fue reencuestada en 1965. En la encuesta original la información fue recogida de las fichas del hospital local, la enfermera de salud pública, los médicos y una encuesta de un tercio de los jefes de hogar. Al describir sus resultados en 1960, Badgley y Hetherington escribieron (2):

Como esta investigación se repetirá durante los próximos años, ella proporcionará un índice de cambio en la provisión de servicios de salud. Tal determinación es particularmente pertinente en Saskatchewan ya que el actual gobierno provincial se propone introducir a corto plazo un proyecto de atención médica universal de pago anticipado. Los resultados de esta encuesta proporcionarán a una comunidad una medición "anterior y posterior" de algunos de los efectos de tal proyecto.

Varias técnicas y métodos usados en diversas otras partes orientaron el diseño de este estudio. El trabajo de Koos en su estudio de Regionville, y las encuestas nacionales de salud realizadas en Canadá, Gran Bretaña y los Estados Unidos influyeron en el delineamiento de la encuesta de enfermedad en el hogar, mientras que W. P. D. Logan, Lee y Jones, Peterson y Taylor proveyeron de los hitos para el estudio de las prácticas médicas locales (3). En el análisis de los datos se utilizó un nivel de importancia de 0,05.

Wheatville fue reencuestada en 1965. De los registros del secretario municipal se extrajo y entrevistó una muestra del 23% de jefes de hogar; la información acerca de las tasas de utilización del hospital se obtuvo del departamento provincial de salud pública.

Los médicos no objetaron la reencuesta de la ciudad, pero no cooperaron en la reencuesta de su propia práctica profesional ya que el tópicó de "medicare" les evocaba todavía muchos recuerdos amargos.

El Ambito

Desde 1960 a 1965, Wheatville se transformó de una soñolienta ciudad de pradera en un bulleante centro comercial cuya población creció en un 60%, a 1.947 habitantes. Nuevos almacenes se alinearon a lo largo de la polvorienta calle principal y el descubrimiento de ricos depósitos de minerales vecinos aseguró la próspera economía de la ciudad. Durante este período se instalaron servicios de agua y alcantarillado y los cuatro médicos (uno semiretirado) se quejaron de exceso de trabajo. Varias enfermeras de salud pública habían pasado por la ciudad y el funcionario de sanidad, quien desde entonces renunció, afirmó que sus actividades habían sido restringidas debido a la presión económica del gobierno provincial. Aunque no se había hecho ninguna modificación substancial en las instalaciones hospitalarias, que habían sido clasificadas como "inaceptables" y "muy por debajo de las normas mínimas" en 1961 (4), a fines de 1965 se habían trazado planos para la construcción de un nuevo hospital.

Pocas personas previeron los tumultuosos acontecimientos desencadenados por la introducción, por el gobierno provincial, de su plan de atención médica en 1962. Hubo tensión creciente dentro de la población, e hizo erupción un verdadero manicomio de grupos de presión. Se produjeron divergencias dentro de las familias, y siete de cada diez personas de Wheatville, sostuvieron firmes convicciones en pro o en contra de la decisión. El 1º de julio de 1962, cuando el plan "medicare" iba a entrar en operación, muchos médicos se declararon "en huelga" y permanecieron fuera durante 23 días. Finalmente, se alcanzó un arreglo y la huelga ahora ha sido casi olvidada.

En 1960, sólo dos de cada cinco de los ciudadanos pagaban seguro voluntario de atención médica, en comparación con dos de cada tres de la gente de Saskatchewan. A pesar de que los médicos informaban que no lograban recaudar el 20% de sus cuentas, como resultado del programa de atención médica introducido por el gobierno provincial en 1962, nadie se encuentra ahora impedido por el costo de los servicios médicos para ver a un doctor.

Dos años antes de la huelga de los médicos, dos de cada tres personas de Wheatville estaban en favor de un plan estatal de atención médica. La opinión sobre el tema variaba se-

gún los ingresos personales. Los de más bajo ingreso y menos instrucción eran firmes defensores de "medicare". Los comentarios típicos en Wheatville iban desde "Yo no podría pagar por estas operaciones, he tenido ya dos de ellas a \$ 800 cada una" a "Creo que será un buen plan. Dará acceso al médico a la persona más pobre, lo mismo que al rico. Todo el mundo tiene derecho a ser sano". Gran parte de la oposición provenía de comerciantes, profesionales y ardientes contradictores políticos locales. Quejas como éstas no eran raras, "Yo tuve el plan y sus efectos; la gente utiliza más servicios de los que necesita".

Tales quejas han disminuido paulatinamente en cantidad. Tres años después de entrar el plan de atención médica en operación, el 81% de la gente de Wheatville estaba a favor del programa, lo que indicaba un cambio hacia el apoyo por el pueblo de la operación gubernamental de los servicios de salud.

Lo mismo que el 5-10% de los médicos de Saskatchewan (5), los de Wheatville no actuaron ni de acuerdo con la posición del gobierno ni con la de la profesión médica. En tranquila oposición al planteamiento de la Sociedad Médica Provincial, ellos continuaron ejerciendo la medicina durante la controversia. Rechazaron, además, firmar un compromiso que los hubiera atado a no cooperar con el programa del gobierno. Su posición estaba respaldada por el 60% de la gente de Wheatville que estimó que los médicos en huelga estaban equivocados y que sus métodos eran demasiado extremos. Solamente uno de cuatro estimó que la huelga era el único recurso de que los médicos disponían para exponer sus legítimos agravios.

Resultados

El problema de encontrar medidas apropiadas para evaluar la salud de la población o la efectividad de los programas diseñados para aliviar la enfermedad se ha tornado más complejo a medida que los patrones de enfermedad han cambiado y que los standards de vida han mejorado. Las encuestas médicas directas sobre la salud de la población son los medios más obvios para determinar la magnitud y el tipo de enfermedad que afecta a una población. Pero este método es caro y ocupa mucho tiempo, y rara vez es utilizado. La mayoría de los informes recurren a medidas indirectas o secundarias para determinar la salud de la población. Algunos de tales índices son examinados a continuación:

1. **Estadísticas de Mortalidad.** Las estadísticas de mortalidad constituyen aún en muchas partes del mundo, una poderosa herramienta para proveer un índice en bruto de la salud

pública. Ellas no reflejan con exactitud el impacto de los nuevos programas de salud cuando el standard de salud es ya elevado y cuando la mitad de la población vive más allá de los 65 años. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil se toma generalmente como un barómetro sensible de las condiciones de salud. En 1958 y en 1964, la tasa de mortalidad infantil para Saskatchewan permanecía aproximadamente en 26,0 por cada 1.000 nacidos vivos; en Wheatville esta tasa cayó desde 24,4 a 13,0 por 1.000, o sea, de dos muertes a una en un año determinado. La tasa bruta de muertes tanto para la comunidad como para la provincia subió levemente durante este período, reflejando un cambio en la composición etaria de la población y no una modificación en la calidad de la atención de salud recibida. Además, a causa del tamaño de la comunidad en estudio, no era de esperar algún cambio significativo en estas tasas. Si estas medidas son consideradas en sí mismas, parecería que el status de salud de Wheatville y Saskatchewan no había cambiado apreciablemente desde la introducción del programa de atención médica.

2. **Ingreso al Hospital.** La hospitalización es un índice selectivo y limitado de la suma y tipo de enfermedad que afecta a una población. Algunas encuestas indican que tanto como el 95% de los episodios de enfermedad son tratados por los médicos fuera del hospital (6). Cuántos pacientes acuden y por qué van a los hospitales es en gran parte función de cómo son pagadas las cuentas y la organización del ejercicio médico, y no simplemente una medida de la prevalencia de enfermedad. Por ejemplo, los no asegurados van generalmente al hospital con menor frecuencia que aquellos con seguro. En qué forma organizan los médicos su trabajo (solos o en grupos) influye también en las tasas de ingreso al hospital. Algunos críticos del plan de atención médica de Saskatchewan previeron un dramático aumento de las tasas de hospitalización e hicieron sombrías predicciones con respecto a sobrecarga de los servicios.

Desde la introducción de este tipo de atención médica en 1962, las tasas de hospitalización para Saskatchewan y para Wheatville han descendido. La tasa para la provincia ha bajado en un 4,6% y el número de egresos del hospital de Wheatville ha bajado en 22 por cada 1.000 personas aseguradas de la población (7). Estos cambios no han llegado todavía a ser tendencias establecidas y la tasa total de hospitalización ha cambiado muy poco en los últimos catorce años. En 1951, se alcanzó una cima de 2.209 días por 1.000 habitantes, y la tasa de 1965, de 2.094 fue ligeramente más baja que la tasa de 2.125 en 1964.

3. Estadísticas de Morbilidad Hospitalaria. Algunas de las razones por qué los pacientes acuden al hospital en Wheatville también han cambiado. Desde la introducción del plan de atención médica, se han presentado menos complicaciones relacionadas con el embarazo, la tasa de intervenciones quirúrgicas electivas, como tonsilectomía, raspaje, apendicectomía, extracción dentaria e histerectomía, ha bajado levemente, en contraste con el patrón provincial que ha subido en un 9%. La cantidad de diagnósticos de sensibilidad ha subido agudamente y los trastornos psiconeuróticos han subido de 10 por 1.000 en 1960, a 26 por 1.000 en 1964. Las tasas para la mayoría de otras causas de hospitalización han permanecido invariables (8).

Para la provincia en su totalidad, han ocurrido pequeñas bajas en las tasas totales de cirugía. En cambio, el número de exámenes anátomo-patológicos aumentó en 33,6% desde 1964 a 1965, y las atenciones psiquiátricas en 12,9%. Estos resultados preliminares no indican tendencias establecidas, pero si persisten podrá suponerse que en verdad han ocurrido cambios cualitativos en la experiencia de hospitalización de pacientes (9).

Los cambios probablemente reflejan tanto una caída real en la cantidad de intervenciones quirúrgicas seleccionadas realizadas en el hospital de Wheatville como también el hecho de que los médicos de esta comunidad y de otras partes rurales de la provincia han estado trasladando mayor número de pacientes a centros urbanos más grandes. En las áreas rurales la tasa de cirugía mayor está decreciendo mientras la tasa de cirugía menor está aumentando. Estos cambios traen indudablemente como resultado un mejoramiento en la calidad de la atención dada a los pacientes mediante su traslado a especialistas urbanos. Esta tendencia se confirma por el aumento de las tasas de intervenciones quirúrgicas en la mayoría de los hospitales de la ciudad desde la introducción de este tipo de atención en 1962, y el creciente número de interconsultas registrados desde entonces entre los médicos.

El incremento de atenciones psiquiátricas puede indicar una mayor incidencia de las enfermedades mentales que se tratan en los hospitales, como asimismo un cambio que puede estar operándose en las anotaciones diagnósticas utilizadas por los médicos. Los aranceles de los programas de seguro médico voluntario hacen a menudo improductivo para los médicos el ocupar muchísimo tiempo con enfermos emocionalmente perturbados o, si lo hacen, utilizar categorías alternativas de diagnóstico. Una de las consecuencias no previstas en los programas de atención médica, puede dar como resul-

tado una tabulación más extensiva de los trastornos mentales hasta aquí insuficientemente registrados.

4. Encuesta de Enfermedad. La encuesta en el hogar ha llegado a ser un método ampliamente aceptado para recoger la información acerca de la naturaleza y la cantidad de enfermedad de una población. Aunque el diagnóstico específico no puede ser calculado por esa información, tales encuestas proporcionan un índice de lo que la gente cree estar padeciendo.

Que el tipo y monto de los problemas de salud varían con los niveles de vida predominante es virtualmente una ley de comportamiento social. Los forjadores del plan de atención médica de Saskatchewan reconocieron este desequilibrio en su oportunidad y al lanzar el programa en diciembre de 1959, el Premier T. C. Douglas expresó: "El más elevado standard de salud es el inalienable derecho de todo individuo" y "la gente de bajo ingreso... sufre más enfermedad y... está impedida por razones económicas para recibir la suma de atención médica necesaria para el buen estado de salud". (10). Los resultados de las investigaciones en Wheatville en 1960 y 1965 indican que estas injusticias persisten aún.

En 1960, el 68% de los que tienen mayor educación y más elevada renta, declararon síntomas específicos en comparación con el 77% de los obreros modestos con educación primaria. Cinco años más tarde, aunque la cantidad de enfermedades informadas por las familias había disminuido, las diferencias entre las clases sociales se habían ahondado. Un tercio de los de la clase elevada, en contraste con el 75% de los de la clase más baja, reconocieron en 1965 enfermedades para las cuales se había requerido atención médica.

Muchos (el 48%) estimaron que la salud de la población había mejorado. Para algunos (34%) los mayores cambios habían tenido lugar en la salud de aquellos que se montaban en el límite de la pobreza. Si bien cuatro de cada cinco personas afirmaron que la salud de todos se había beneficiado con el sistema, pocos estimaron que ellos lo habían experimentado así personalmente. Cuando se les preguntó: ¿Qué efecto ha tenido este plan sobre su salud? sólo un 20%, independientemente de su educación, clase social o religión, informaron que su propia salud había mejorado. La razón aducida con mayor frecuencia fue la eliminación de la barrera económica que separaba al médico del paciente.

A la fecha, para Wheatville, los de menor educación y más baja renta declaran todavía más enfermedad que los que están en condiciones más favorables. Estas comprobaciones

confirman tendencias semejantes en otras partes.

5. **Utilización del Médico.** A causa de que los médicos de Wheatville no participaron en una reinvestigación de sus fichas clínicas, se ignora en qué forma pudo haber cambiado su volumen de pacientes. Pero la mayoría de la gente de Wheatville estimó que sus doctores se encontraban más ocupados que nunca, y más de la mitad manifestó que la calidad de la atención médica había mejorado desde 1962. Presuntivamente, mayor proporción de los ricos que de los con niveles de vida bajo el promedio (31% versus 15%) afirmaron que la calidad del trabajo del médico se había deteriorado.

La frecuencia de los contactos médico-paciente ha aumentado para la provincia desde 1962. La cantidad de atenciones por pacientes aumentó de 4,43 a 4,78 en 1963, a 4,84 atenciones en 1965. Los médicos de Wheatville han informado de una oleada inicial de pacientes que visitan sus consultorios. La experiencia de ellos probablemente sea el reflejo de la tendencia provincial. La utilización de los médicos aumentó en 9,3% desde 1963 a 1964, pero se desniveló en 1965 con un aumento sólo de 0,27%. Se comprueba también una mayor transferencia de pacientes entre los médicos (11).

6. **Utilización del Personal de Salud.** Durante 1960, casi el 88% de las familias de Wheatville habían consultado médico; mientras que cinco años más tarde sólo uno de 100 no lo había hecho. Este resultado está en concordancia con la tendencia provincial. Durante 1964, 87% de las familias aseguradas de la provincia había consultado médico, y si se agregan a esta cifra las cubiertas por otros programas estatales, entonces virtualmente todas las familias tienen ahora un contacto médico anual.

La posición de una persona en la clase social influyó en dónde y cuándo se consultaba al médico, como asimismo en la frecuencia con que se visitaba a otros trabajadores de salud. Para la provincia, como un todo, el 70% de los pacientes consultó sólo a un médico y el 25%, a dos o más médicos. En Wheatville estos contactos variaban con la posición social y económica de la familia en la comunidad. Todos los ciudadanos de Wheatville visitaron al médico general local, pero aquellos con ocupación de empleados y profesionales consultaron con mayor frecuencia que otros a médicos de "fuera de la ciudad" y a especialistas de las ciudades. La frecuencia con que fueron visitados dentistas, enfermeras de salud pública y quiroprácticos varió también con la posición de clase social y, en realidad, la brecha entre las clases aumentó en vez de disminuir durante los cinco años. Por ejemplo, en 1960, el 30% de la po-

blación, sin tomar en cuenta su posición social o económica, fue atendido por la enfermera de salud pública. Cinco años más tarde, el doble de los de la clase alta (44%) con respecto a los de la clase baja (19%) declararon haber consultado a la enfermera de salud pública. Una tendencia semejante caracterizó a las visitas a dentistas y "quiropáticos", ninguno de los cuales residía en la ciudad.

La introducción del plan de atención médica ha revelado diferencias según la clase social en la interpretación de cuándo y cómo debe consultarse al médico. El efecto inmediato del plan para los de bajo ingreso y de menor educación ha sido el de colocar en las manos de sus médicos locales una mayor responsabilidad que antes para su atención médica de largo alcance. Los problemas que hasta ahora fueron descuidados o discutidos con otros trabajadores de salud son ahora llevados con mayor frecuencia al médico. En contraste, los que tienen mayores ingresos y más educación parecen considerar al médico más como un coordinador que como la última fuente de atención para su salud y están en condiciones de elegir mejor visitando a otros médicos. Además, a causa de sus esperanzas de que la calidad de la atención médica sea elevada, ellos pueden sutilmente influir ante el médico para ser referido, con más frecuencia de lo que de otra manera podrían hacerlo, a especialistas urbanos. Por una diversidad de razones, entonces, los que son más ricos en Wheatville han reaccionado ante el programa de atención médica a la enfermedad local de salud pública.

Hacia una mejor salud para los canadienses

Quienes preparan los planes federales y provinciales de "Atención Médica" tienen la responsabilidad de definir clara y explícitamente sus objetivos para tales programas. El propósito de estos programas no es precisamente el de cancelar las cuentas médicas, sino además garantizar una mejor salud ya sea para todos o para sectores específicos de la población. Después de un período de operación, ¿cómo sabremos si la salud de la población ha mejorado o no, y cuál ha sido el efecto directo de los proyectos estatales u otros de salud- ¿Qué índices deben ser utilizados para medir la salud-estadísticas de mortalidad y morbilidad, tasas de ingreso y utilización del hospital, los resultados de las encuestas sobre enfermedad, demanda de servicios de salud, o "la mejor salud de la población"? Si estos índices, que son barómetros parciales e inadecuados de salud, van a ser utilizados, entonces deberá obtenerse la información de referencia, la mayor parte de la cual no poseemos ahora.

Edgar Sydenstricker, a la sazón Director de Investigaciones del Milbank Memorial Fund, escribió en forma convincente, hace 40 años, sobre la necesidad de una norma para la evaluación de servicios en salud pública en su ensayo "La Medida de los Resultados del Trabajo de Salud Pública" (12).

La mera puesta en marcha de un proyecto no puede por más tiempo ser considerada como la prueba final de éxito, porque mientras ello es sin lugar a dudas un paso fundamental en la realización de un proyecto específico, el criterio final es el último resultado, la prevención de una determinada enfermedad, la disminución de la enfermedad y la muerte por causas específicas y relacionadas, y la promoción de la salud en grado perceptible... si alguna medición definida de resultados debe ser intentada, es absolutamente necesario tener el objetivo definidamente establecido, de otra manera no sabremos si el objetivo ha sido alcanzado ni podremos medir la extensión en que esto ha sido logrado.

La atención médica ha sido puesta en marcha en Canadá y otras partes y está siendo vastamente aceptada. El próximo paso necesario será el de establecer un acuerdo sobre puntos de referencia en forma que el impacto de los programas pueda ser determinado en el futuro.

La salud del hombre no se relaciona solamente con la forma en que se pagan las cuentas del hospital o del médico. La salud es un reflejo del bienestar total de una comunidad. Depende tanto del nivel de educación, de un equitativo nivel de vida, de condiciones satisfactorias de trabajo, y de la disponibilidad de servicios de utilidad pública, como de la provisión de adecuados y accesibles servicios de salud. Qué volumen de enfermedad experimenta un hombre en Wheatville, y de quién busca la atención de salud son cosas que todavía dependen de su posición social. Aunque todos se han beneficiado con el advenimiento de la "Atención Médica", el programa ha hecho poco por reducir el desequilibrio en la cuantía de enfermedad experimentada por quienes se encuentran en diferentes posiciones sociales. Los pobres son todavía pacientes en el sufrimiento y están todavía atormentados por la mayor cantidad de enfermedad. Esta situación ha de continuar indudablemente por todo el tiempo en que los programas de salud y bienestar sean incoordinados, sean introducidos sin referencia a

aquellos con especiales necesidades, y no estén dirigidos a la prevención de la enfermedad.

El testimonio de otros países como Chile y Gran Bretaña demuestra que muchos programas de salud pública, tal como en la actualidad son concebidos, no están obteniendo su propuesto y conveniente impacto sobre la población. Pese a que en Chile la mortalidad infantil y la propagación de las enfermedades infecciosas han sido substancialmente reducidas, la efectividad de los programas de control ha sido limitada por las precarias condiciones de vida de gran parte de la población (13). Los servicios británicos tampoco han reducido la disparidad entre las clases sociales en cuanto a la tasa de mortalidad perinatal que ha existido desde 1900, ni han mejorado cualitativamente la suerte de los pobres y de los más pobres cuyas cifras se han duplicado de 7,8% en 1953 a 14,2% de la población en 1960 (14).

Vastos programas humanitarios, como la seguridad social y la "Atención Médica", no son en sí mismos suficientes para reducir la pobreza o la enfermedad de aquellos que más sufren. La disponibilidad universal de cobertura proporcionada por los servicios de salud y bienestar no es sinónimo de su efectividad o impacto (15). Escribiendo sobre el Servicio Nacional de Salud Británico, Richard M. Titmuss ha aseverado (16):

Muchos de nosotros debemos también admitir ahora que pusimos demasiada fe en la década del 40 en el concepto de universalidad aplicado a la seguridad social. Equivocadamente, éste se encontraba ligado al concepto de igualitarismo económico. Quienes más se han beneficiado son los que menos lo necesitaban. Estamos sólo recién comenzando a ver que los problemas de levantar el nivel de vida, la calidad de la educación, de la vivienda y de la atención médica del tercio más menesteroso de la nación requieren una inmensa suma de inventiva social, nuevos planes institucionales, nuevas formas de cooperación, control social, propiedad, y administración y nuevas formas de relacionar al ciudadano y consumidor a los servicios que íntimamente le conciernen.

Las proposiciones provinciales y federales para la introducción de la "Atención Médica", han de llevar sin lugar a dudas a una mejor salud a la mayor parte de los canadienses. Pero, como ninguno de los esquemas propuestos se encuentra ligado a otros programas de sa-

lud y bienestar, ni proporciona adecuado respaldo a los servicios preventivos, ni se hace cargo de las particulares necesidades de los que más padecen de enfermedad, los pobres y los menos educados continuarán sufriendo más males que sus conciudadanos más adinerados. Estas injusticias no serán enmendadas sino cuando el Plan de Atención Médica, en combinación con programas coordinados de bienestar, se centre a mayor profundidad sobre aquéllos cuya necesidad es la más grande de todas, además de proveer un patrón básico de atención para todos.

Resumen

La eliminación de la barrera económica entre el médico y el paciente era la proposición igualitaria básica que servía de fundamento a la introducción por el gobierno de su programa de atención médica en 1962. Este objetivo ha sido alcanzado y, en Wheatville, todos han tenido mayor acceso a los servicios médicos locales, pero la eficacia es sólo una de varias facetas que deben ser consideradas en un análisis de los servicios de salud. Pueden también formularse preguntas respecto a la utilización, el impacto, la eficiencia y la distribución de los servicios. ¿Ha mejorado la salud de la población desde la introducción del Plan de Atención Médica? Es imposible dar una respuesta clara y precisa.

El programa se encuentra ahora respaldado por una elevada y creciente mayoría de ciuda-

danos en Wheatville. La demanda de servicios médicos ha aumentado, pero no ha sido tan grande como para cambiar en forma significativa el patrón del ejercicio de los médicos. La utilización del hospital no ha aumentado apreciablemente y las predicciones acerca de la espiral ascendente de los costos no se han cumplido aún como resultado del incremento de la utilización. El número de personas de Wheatville que declaran enfermedad ha disminuido. Hay más transferencias desde las manos de los médicos generales a las de los especialistas y se está practicando más cirugía que antes en los más grandes hospitales que en los pequeños centros rurales. Pero, a pesar de estos diversos cambios, con respecto al impacto del programa de atención médica sobre la salud de la población la interrogación fundamental permanece sin respuesta.

Agradecimientos

Algunos de los resultados preliminares presentados aquí fueron revisados en un Seminario de Métodos de Investigación, Escuela de Salud Pública y Medicina Preventiva de la Universidad de Columbia, el 10 de febrero de 1966. Agradecemos a los profesores Jack Elinson, David Wallace y George Rosen por sus constructivas sugerencias en el análisis de los datos. Los datos de hospitalización fueron proporcionados por Mr. D. Bement, Director de Reclamos y Estadísticas, Saskatchewan Hospital Services Plan, Department of Public Health, Regina, Saskatchewan.

REFERENCIAS Y COMENTARIOS

(1) Newsholme, Sir Arthur: *Medicine and the State*, G. Allen and Unwin Limited, London, 1932, p. 29, citada como su mayor premisa por la Comisión Real de Servicios de Salud, Queen's Printer, Ottawa, 1964, Volume I, pp. 6-7. Aunque Canadá suscribe la carta de la Organización Mundial de la Salud que se refiere a la salud como un derecho fundamental de todo ser humano, la Comisión Real de Servicios de Salud solamente llamó la atención a esta declaración, la Comisión no aceptó la atención de salud como un derecho del ciudadano.

(2) Badgley, Robin F. and Hetherington, Robert W.; *Canad. J. Public Health*, 1961, 52: 512; 1962, 53: 425.

(3) Koos, E. L.: *The Health of Regionville: What the People Thought and Did About it*. Columbia University Press, New York, 1954; Dominion Bureau of Statistics: *Canadian Sickness Survey, 1950-1951*, Queen's Printer, Ottawa, 1956; Great Britain, General Register Office. Logan, W. P. D. and Brooke, E. M.: *The Survey of Sickness, 1943-1952*. Her Majesty's Stationery Office, London, 1957; United States National Health Survey, *Preliminary Report on Volume of Physician Visits*, United States, July-September, 1957, Public Health Service, Washington, D.

C., 1958; Logan, W. P. D.: *General Practitioner's Records: An Analysis of Clinical Records of Eight Practices during the Period April, 1951 to March, 1952*, Her Majesty's Stationery Office, London, 1953; Lee R. I. and Jones L. W.: *The Fundamentals of Good Medical Care*, Publications of the Committee on the Costs of Medical Care, No 22, University of Chicago Press, 1933; Peterson, O. L., Andrews, L. P., Spain, R. S. and Greenberg, B. G.: *Analytical Study of North Carolina General Practice, 1953-1954*, Journal of Medical Education, 31. Part 2, 1956; and Taylor, S.: *Good General Practice*, Oxford University Press, London, 1954.

(4) *Saskatchewan Hospital Survey and Master Plan, 1961*, Part I, Saskatchewan, Health Survey Report Department of Public Health Regina Saskatchewan April 1962.

(5) *Medical Economics*, September 10, 1962, p. 86.

(6) Logan, R. F. L.: *Trends in the Study of Morbidity and Mortality*, Public Health Papers, No 27, World Health Organization, Geneva, 1963; and White, Kerr L., Williams, T. Franklin and Greenberg, Bernard G.: *New Engl. J. Med.*, 1961, 265: 885.

(7) *Annual Reports of the Saskatchewan Hospital Services Plan for 1960-1965*, Department of Public Health, Province of Saskatchewan, Queen's Printer, Regina.

(8) Estadística Hospitalaria de morbilidad de Wheatville, inédita, cortesía del Plan de Servicios Hospitalarios, Regina; datos para la provincia tomados de S. H. S P. Annual Report, 1965, pp. 19-22, *Op. Cit.*

(9) No se contó con la información de las fichas clínicas de los médicos. Si bien el número de residentes de Wheatville que abandonan el hospital permaneció constante desde 1960 a 1964 (239 por 1.000 contra 235 por 1.000), la tasa provincial de altas subió de 214 a 222 por 1.000 personas aseguradas de la población. Siguiendo la tendencia provincial el número de pacientes ingresados al hospital en Wheatville bajó significativamente en 1962 cuando hizo erupción la controversia sobre Medicare. Aunque la tasa de nacimientos se ha elevado por sobre 50% en ocho años a 39,1, la tasa para las complicaciones del embarazo en el hospital ha bajado en más de 30% en cinco años. La tasa para muchos intervenciones quirúrgicas selectivas que a menudo son electivas ha caído en 20% en Wheatville (a 27 por cada 1.000 asegurados).

(10) Transcripción del discurso por radio y televisión del Hon. T. C. Douglas titulado "Prepaid Medical Care", Diciembre 16, 1959, Regina Saskatchewan. En este discurso el Premier Douglas se refirió a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, como también a los resultados de Canadian Sickness Survey de 1951.

(11) *Annual Reports 1964 and 1965*, Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Queen's Printer, Regina.

(12) Sydenstricker, Edgar, *The Measurement of Public Health Work*, 1926 Annual Report of the Milbank Memorial Fund, New York, 1927, pp. 6-17.

(13) Behm, Hugo; Bocaz, Albino; Gutiérrez Héctor, Legarreta Adela y Marchant, Luis: *Cuadernos Médico-Sociales*, 1963, 4: 16.

(14) Butler, Neville R. and Bonham, Dennis G.: *Perinatal Mortality*, The first report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey, E. and S. Livingstone Ltd., London, 1963; and Abel-Smith, Brian and Townsend, Peter: *The Poor and the Poorest*, G. Bell and Sons Ltd., London, 1965.

(15) La cobertura e impacto de cada proyecto de seguro de atención médica deben ser destacados. Muchos o pocos pueden participar en un programa de seguro. Los programas de salud para el público pueden tener como resultado la reducción o erradicación de enfermedades específicas, o producir escaso impacto sobre la extensión en que la enfermedad está afligiendo a la población. Estos dos conceptos operan independientemente y pueden presentarse diversamente combinados. Es posible que programas que tienen una cobertura limitada sean altamente efectivos para una población específica pero limitada. Este es, por lo general, el caso cuando los programas han sido desarrollados por el estado para el control o erradicación de enfermedades específicas. Cuando una población tiene una cobertura extensa o universal, el impacto de los proyectos de seguros sobre la salud de la población y sobre la utilización de servicios puede ser extremadamente variable. En cambio, para esta alternativa (alta cobertura, bajo impacto) los auspiciadores de programas universales de Medicare con frecuencia igualan estos términos, suponiendo que la cobertura extensiva es sinónimo de la efectividad o impacto de un programa. Esta presunción no está respaldada por los datos de este estudio, por lo que aparecería que el proyecto universal de Medicare ha tenido escaso impacto cualitativo a la fecha sobre la salud de la población de Saskatchewan.

(16) Titmuss, Richard M.: *The Listener*, agosto 11, 1960, p. 208.