

Ciencia y sociedad. Determinantes de un compromiso

L. Fernández Fau

Presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

A mediados del siglo XVIII, época en la que podemos fechar la eclosión de las sociedades científicas modernas, el número de instituciones dedicadas a tal fin, así como sus objetivos, atribuciones, propósitos y dependencias eran tan dispares como la misma pluralidad del discurrir científico, que incluso se vio favorecido por el afán del conocimiento que se desató desde entonces.

Las circunstancias históricas que concurren en ese período del acontecer europeo, junto al despertar de la nueva y pujante tecnología propiciaron que buena parte del trabajo científico se realizase bajo la tutela de los diferentes estados, cuyos intereses entraban en litigio en un área de gran competencia, tanto económica como intelectual, con las consecuencias de toda índole que la primacía, en estas cuestiones, podían deparar.

La respuesta que una concepción de esa naturaleza ocasionó en la sociedad de la época hizo posible la reacción de la comunidad intelectual y su agrupamiento en instituciones con intereses comunes. Surgen, por lo tanto, las sociedades científicas independientes. La Royal Society, cuya fundación data de 1662, junto a la Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte (Sociedad Alemana de Médicos e Investigadores de la Naturaleza) en 1822, creada fundamentalmente por médicos, son meros ejemplos que ilustran esa tendencia¹.

A partir de ese momento, el prestigio de las sociedades científicas crece tanto como su número y la necesidad de pertenecer y colaborar en las mismas. En 1826, sin ir más lejos, Charles Darwin asistía en Edimburgo, de forma simultánea, a las actividades de la Plinian Society, Royal Medical Society, Wernerian Society y Royal Society². Conviene señalar, sin embargo, que la independencia conceptual y económica de algunas entidades científicas se han visto comprometidas por determinadas circunstancias históricas de extrema gravedad belicista e, incluso, por los espurios intereses de algunos grupos de presión^{1,3}. De cualquier forma, una parte sustancial de los logros de la Humanidad se han producido en el seno de tan prolíficas y plurales instituciones.

Tenemos la creencia de que, durante los últimos lustros, el papel de las sociedades científicas adquiere una nueva dimensión, condicionada por los avatares institucionales del momento actual, que impide a los países desarrollados dar satisfacción a sus compromisos con el estado del bienestar, y suscitan, al mismo tiempo, la necesidad de que parte de éstos sean asumidos, o compartidos, por las diferentes instituciones que lo constituyen. Algunas evidencias de las legislaciones actuales propician una actitud en ese sentido.

Por otro lado, los objetivos de las sociedades científicas médicas están en general bien definidos para contribuir al progreso del conocimiento científico de las enfermedades mediante el desarrollo de la investigación, docencia y publicación, entre otras cuestiones, en el área de la patología médico-quirúrgica de su competencia. Sin embargo, consideramos así mismo que las entidades de esta naturaleza deben velar, de igual modo, por los intereses sanitarios de la comunidad donde ejercen su influencia y, por lo tanto, esto implica el conocimiento actualizado y veraz de los indicadores de salud.

En cuestiones de salud pública, los estudios a emprender son tan cuantiosos que obligan a una priorización de objetivos en las estrategias sanitarias, tanto de carácter local como internacional. En 1987, en el campo de acción de la medicina preventiva, The Carter Center of Emory University planteaba la pregunta sobre lo que podemos hacer para prevenir la incapacidad y las muertes innecesarias y cómo conseguirlo⁴. En ese sentido, existen pocas dudas de que, en el ámbito de las disciplinas neumológicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un grave problema de salud pública, en todas las latitudes, por el número de personas afectadas, la incapacidad, pérdida de productividad y muertes prematuras que ocasiona, así como por los costes directos e indirectos que genera.

No obstante, el conocimiento de su prevalencia es incompleto y asuntos esenciales que conciernen a su definición, diagnóstico y tratamiento pueden ser objeto de controversia, e incluso presentar dilemas éticos que requieren análisis cuidadosos acerca de todos estos aspectos de la enfermedad⁵⁻⁷. Al mismo tiempo, el carácter multidisciplinar en el que se mueve suscita, de nuevo, la controversia y hace aconsejable la participación conjunta de los médicos generalistas y neumólogos en estos menesteres^{5,8,9}.

Correspondencia: Dr. L. Fernández Fau.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de La Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid.

Recibido: 27-2-97; aceptado para su publicación: 4-3-97.

Arch Bronconeumol 1977; 33: 261-262

Los parámetros epidemiológicos sobre la prevalencia y costes de la EPOC en España son limitados, están insuficientemente definidos y son la consecuencia de estimaciones indirectas sobre la enfermedad¹⁰⁻¹². De igual modo, aunque constituye una de las principales causas de mortalidad en nuestro país¹³ –60 y 14 muertes por 100.000 habitantes entre varones y mujeres, respectivamente– con tendencia a incrementarse en el futuro, los indicadores sobre morbilidad específica son, igualmente, restringidos.

Pues bien, como consecuencia de cada uno de los argumentos expuestos con anterioridad, consideramos conveniente plantear la realización de un estudio epidemiológico que permitiera dar respuesta a algunas de las cuestiones aquí esgrimidas y, al mismo tiempo, intentar conocer la prevalencia de la EPOC en España. En efecto, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica^a ha emprendido esta tarea y, con el nombre de IBERPOC, el Comité Científico, constituido para tal fin, ha diseñado los objetivos, así como el marco en el que debe realizarse. Se trata, pues, de un estudio epidemiológico observacional, transversal, multicéntrico, de base poblacional y con selección probabilística de los participantes, a partir de las poblaciones correspondientes en las áreas geográficas determinadas.

En este mismo número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se presentan dos trabajos en relación con el propósito aludido. Sobradillo et al –coordinador del estudio y del comité científico– describen de forma pormenorizada los objetivos, diseño y metodología del mismo.

Conviene señalar que en el presente estudio existen criterios clínicos y espirométricos para definir, diagnosticar y clasificar la enfermedad. Cuando en un estudio multicéntrico de estas características intervienen diferentes observadores, cabe la posibilidad de que se produzcan desviaciones de método que puedan alterar los resultados y, por lo tanto, las disparidades no podrían ser atribuidas con seguridad a diferencias reales entre los distintos centros, a menos que el método sea idéntico en todas las zonas donde se realiza. El trabajo de Gabriel et al pone en evidencia las cuestiones mencionadas, así como el control de calidad que es necesario implantar para evitarlo.

Por otro lado, podría argumentarse que trabajos de la naturaleza y extensión como los que ahora presentamos no tendrían cabida en una revista de las características de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. Consideramos que tal acción está plenamente justificada porque se trata del primer estudio de esta magnitud que emprende la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, por la pulcritud y rigor metodológico de su diseño, y porque existe un precedente similar próximo en una publicación de la solvencia de *Controlled Clinical Trials* de 1993¹⁴.

En fin, la EPOC constituye la cuarta causa de mortalidad en algunos países desarrollados y, sin embargo, es

una enfermedad evitable en buena medida si se toman las acciones preventivas oportunas. En un trabajo de reciente aparición, el Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. propone una estrategia nacional para la prevención y tratamiento de la EPOC basada en la prevención primaria y en la detección temprana de individuos de alto riesgo para desarrollar la enfermedad; en ambos casos, evitar, o dejar, el hábito tabáquico y la espirometría son piezas fundamentales de toda estrategia encaminada a ese objetivo¹⁵. Por nuestra parte, tenemos la pretensión de que el estudio que hemos emprendido pueda proporcionar datos que permitan conocer, de una forma más acertada, la realidad de la EPOC en España y, como consecuencia, sirvan para aliviar un asunto de tanta trascendencia y fuente permanente de preocupación entre los pacientes que la sufren, la comunidad científica, los planificadores sanitarios y el conjunto de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eckert M, Schubert H. La emancipación de las ciencias de la naturaleza en los siglos XVII y XIX. En Cristales, electrones, transistores. Madrid: Alianza Editorial, 1991.
2. Darwin Ch. Autobiografía. Vol. 2. Madrid: Alianza Editorial, 1977.
3. Chomsky N, Herman ES. Un modelo de propaganda. En: Los guardianes de la libertad. Barcelona: Editorial Crítica, S.A., 1990.
4. Dull HB. Closing the gap: the burden of unnecessary illness. Preface. Nueva York: Oxford University Press, 1987.
5. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 78-83.
6. Vermeire P. Growing consensus in COPD? *Eur Respir J* 1995; 8: 1.250-1.251.
7. Gulsvik A, Bakke P, Dahl R. Course and care of obstructive lung disease. Introduction. *Eur Respir J* 1995; 5: 31, 302.
8. Angus RM, Murray S, Kay JW, Thomson NC, Patel KR. Management of chronic airflow obstruction: differences in practice between respiratory and general physicians. *Respir Med* 1994; 88: 493-497.
9. Sánchez Agudo L, Miravittles M. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la medicina primaria. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 144-146.
10. Brotons B, Pérez JA, Sánchez Toril F, Soriano S, Hernández J, Belenguer JL. Prevalencia de la enfermedad obstructiva crónica y el asma. Estudio transversal. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 149-152.
11. Indicadores de salud. Información sanitaria y epidemiológica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
12. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Impacto social y económico de la EPOC en España. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1995.
13. Martínez de Aragón MV, Llácer A. Mortalidad en España en 1991. Boletín epidemiológico semanal. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo 1995; 3: 33-48.
14. Connet JE, Kusek JW, Bailey WC, O'Hara P, Wu M. Design of lung health study: a randomized clinical trial of early intervention for chronic obstructive pulmonary disease. *Controlled Clinical Trials* 1993; 14: 3-19.
15. Petty TL, Weinman GG. Building a national strategy for the prevention and management of and research in chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA* 1997; 277: 246-253.

^aEl estudio IBERPOC se realiza con los auspicios de la Fundación Española de Patología Respiratoria (FEPAR), mediante una donación efectuada por Boehringer Ingelheim España, S.A.