

La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso

Luis Palomo^a / Vicente Ortún^b / Fernando G. Benavides^c / Soledad Márquez-Calderón^{d,e}

^aCentro de Salud de Coria. Cáceres. Red Española de Atención Primaria. España.

^bCentro de Investigación en Economía y Salud. Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. España. ^cUnidad de Investigación en Salud Laboral. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. España.

^dEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España. ^eAgencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla. España.

(Public Health facing the side effects of progress)

Introducción

Los artículos que componen el presente número de GACETA SANITARIA son muy variados, pero responden a una intención explícita desde el momento en que se encargaron, porque el Informe SESPAS 2006 se planteó desde la perspectiva unitaria de realizar un análisis de las consecuencias que el actual modelo de crecimiento y de vida de las sociedades desarrolladas tienen para la salud.

El estilo de vida de los países desarrollados se caracteriza por la utilización de medios de transporte y de comunicación cada vez más rápidos, así como por las exigencias de movilidad en el trabajo y en la vida cotidiana. El consumo excesivo está también presente en nuestra sociedad, donde la creación organizada de un sentimiento de insatisfacción, poder llevar el mismo tren de vida que los vecinos, genera una ansiedad en un contexto directamente comparativo, emulativo, que tiene la virtud de exacerbar el afán consumidor¹. Los ciudadanos de los países desarrollados están sometidos a un bombardeo constante de ofertas de productos diversos a través de todos los medios (televisión, Internet, correo, teléfono, etc.), con mensajes para convencerles de las ventajas de adquirir cada uno de esos supuestos bienes.

En la actualidad, el americano medio consume el doble de lo que podía consumir a finales de la Segunda Guerra Mundial. La metamorfosis del concepto de consumo desde el vicio hasta la virtud es uno de los fenómenos más importantes observados durante el transcurso del siglo xx^2 . En este contexto, la característica dominante para millones de europeos y de norteamericanos en el planteamiento de su vida es lo que

se denomina «ansiedad comparativa» (comparar las pertenencias propias con las ajenas, en vez de pensar simplemente en satisfacer sus necesidades) y «ansiedad inducida por la anticipación», que consiste en vivir para el futuro pensando que les traerá mayores satisfacciones, sin apreciar los buenos momentos que se viven cotidianamente en el presente³.

Otros motivos de ansiedad proceden de las expectativas excesivas en todos los órdenes de la vida, también en la salud, donde buscamos la salud perfecta y la seguridad en todo, y rechazamos la incertidumbre, el dolor, el sufrimiento y la muerte, y donde los científicos y técnicos, como si fuéramos aprendices de brujo, proponemos recursos para los que no disponemos de suficiente madurez en su manejo ni hemos resuelto los problemas éticos y prácticos que plantean (energía atómica, genética).

Para mantener los niveles de bienestar que deseamos debemos consumir mucha energía, que sustramos de nuestro entorno, empobreciéndolo. Las exigencias de una sociedad y de unas relaciones laborales y de la vida cotidiana en cambio permanente y acelerado someten a nuestro organismo a requerimientos que descompensan nuestra capacidad de respuesta. Pese a disfrutar de buenos indicadores asistenciales, todavía pedimos más a nuestros servicios sanitarios. Los profesionales de la salud nos enfrentamos a la paradoja de comprobar que, aun habiendo alcanzado un nivel de salud inimaginable hace tan sólo unos años, hoy nos encontramos ante nuevos (o viejos) problemas cuya gravedad tampoco habíamos previsto, y a los cuales han tratado de buscar respuestas los autores del Informe SESPAS 2006.

Correspondencia: Luis Palomo.
Centro de Salud de Coria.
C/ Cervantes, s/n. 10800 Coria. Cáceres. España.
Correo electrónico: luispalomo@wanadoo.es

Resumen y recomendaciones

El objetivo de este Informe fue repasar el impacto en la salud de las condiciones de vida anteriormente

descritas, es decir los desajustes que se producen como consecuencia de la adaptación a ese entorno hostil, competitivo o claramente agresivo, así como la respuesta de los servicios sanitarios a esos desajustes. Del análisis de los problemas de salud realizado por los autores del Informe se derivan mejoras en el conocimiento y se aventuran propuestas de intervención destinadas a evitar esos problemas o a atenuar su efecto. A continuación se exponen sus principales conclusiones y se sugieren las medidas de salud pública que podrían adoptarse para mitigar los efectos indeseables del desarrollo.

Sobre la salud de nuestro ecosistema

1. Las agresiones al medio ambiente

La posesión y distribución de las principales fuentes de energía, primero el carbón y ahora el petróleo, han ocasionado los mayores conflictos políticos y guerras de los últimos años; al obtener la energía de los combustibles fósiles se ha deteriorado la atmósfera hasta extremos peligrosos para la supervivencia. Como escriben Ballester et al⁴, como las concentraciones de CO₂ y otros gases de efecto invernadero seguirán aumentando, cabe esperar que el cambio climático sea mayor, y la posibilidad de que lo que se ha dado en llamar «interferencia peligrosa sobre el clima», que se calcula esté en torno a 2 °C, termine por hacerse realidad, no es algo que quepa ignorar. La influencia del modelo de desarrollo en el medio está haciendo cambiar la perspectiva de los análisis evolutivos, porque el hombre está alterando el medio a una velocidad tal que esos cambios ya pueden ser apreciados por una sola generación de homínidos, como ocurre con las temperaturas.

En este contexto, los desafíos para la salud pública son:

1. Impulsar las políticas destinadas a mitigar las emisiones de gases de efecto invernadero (cumplimiento del Protocolo de Kioto), documentando los efectos beneficiosos que podría tener esa reducción en la salud de la población.
2. Minimizar los impactos del cambio climático y reducir, con el mínimo coste, los efectos adversos en la salud medioambiental.
3. La monitorización y la vigilancia de eventos relacionados con la meteorología y la contaminación.
4. La puesta en marcha de actividades para aumentar la conciencia y participación ciudadana en las materias relacionadas con el cambio climático.
5. La inversión en estudios e investigaciones para reducir las incertidumbres relevantes para la toma de decisiones.

La investigación del impacto del cambio climático en cada país implica:

1. Aceptar una perspectiva multidisciplinaria, con utilización de nuevas técnicas de análisis e interpretación.
2. Dar prioridad a los problemas específicos en las diferentes regiones españolas.
3. Orientar la evaluación del impacto en salud a la prevención de la enfermedad y a la evaluación de las consecuencias de las medidas tomadas, incluidas las acciones de salud pública.
4. Identificar las áreas con mayor incertidumbre y plantear necesidades de investigación según el sistema de vigilancia y monitorización que se establezca.

2. El respeto a nuestro biotopo

También nuestro biotopo más inmediato está amenazado por la agresividad del intervencionismo humano; es el caso de las resistencias bacterianas producidas por el uso masivo e indiscriminado de los antibióticos, no sólo para tratar la enfermedad, sino en los productos alimentarios humanos y animales o en la escena doméstica, como si quisiéramos eliminar todos los microorganismos de la Tierra. Los profesionales sanitarios debemos entender que las resistencias bacterianas son un problema de salud pública mundial. Según Pastor-Sánchez⁵, debemos:

1. Promover múltiples acciones profesionales, ciudadanas, industriales y políticas apropiadas, con el objetivo de eliminar el uso inadecuado de los antibióticos y conseguir la reducción de las resistencias microbianas.
2. Limitar nuestras actividades al cuidado racional de los enfermos, a la prevención de las infecciones y a la conservación y el mantenimiento de la naturaleza.

3. Convivencia con la enfermedad crónica

Nuestra capacidad de adaptación tendrá que probar su resistencia cuando nos veamos viejos y conviviendo con varias enfermedades o lesiones a la vez, ya que la curación de muchas de ellas lleva implícita su cronificación. Como la comorbilidad será una variable frecuente en los estudios poblacionales, que habrá que considerar por su influencia en la percepción de la calidad de vida, en el uso de servicios o en la supervivencia, desde la salud pública conviene, como escriben Palomo et al⁶:

1. Recomendar su registro en los estudios epidemiológicos.
2. Realizar estudios de morbilidad atendida de base poblacional de manera discrecional.

Vivir, enfermar y morir en una sociedad opulenta

1. El envejecimiento de los inmigrantes

El incremento de la inmigración que se está viviendo desde hace no más de una década continuará, según Jansá⁷, produciendo cambios demográficos significativos en la sociedad española. En la actualidad, las consecuencias sanitarias de este fenómeno demográfico no va más allá de una contribución significativa a la natalidad, ya que en general se trata de una población sana, consecuencia del brutal proceso de selección que afecta a la población que finalmente consigue llegar a nuestro país. En el futuro, y de acuerdo con lo que se observa en otros países con una mayor experiencia, el paulatino envejecimiento de esta población traerá problemas de salud mental asociados al desarraigo social y cultural. Las necesidades en salud vinculadas al envejecimiento de la población se constituyen en buena medida por factores complementarios a estas mismas necesidades identificadas en la población autóctona. Así, a la ausencia de los hijos, la jubilación, el nuevo papel como abuelos, el fallecimiento de amigos y familiares próximos, el empeoramiento de la salud y el sentido anticipatorio de la muerte, debe añadirse la inexistencia o debilidad de redes sociales, la aculturación o falta de identidad respecto de sus culturas de origen y una menor capacidad económica.

Es necesario, por tanto, ir preparando al sistema de salud y a sus profesionales para estos nuevos retos. La atención a las personas de la tercera edad de origen inmigrante asentadas en nuestro entorno:

1. Debe incorporar los aspectos transculturales planteados en disciplinas como la enfermería, la psiquiatría, la gerontología y el trabajo social. Estas consideraciones deben irse incorporando ya en la formación y la cultura de estos profesionales.

2. Debe considerarse como un valor la experiencia que muchos colectivos de inmigrantes están adquiriendo en los cuidados a personas autóctonas de la tercera edad.

3. Finalmente, debemos anticiparnos a las necesidades desarrollando nuevas líneas de investigación y planificando de acuerdo con los datos resultantes.

2. La importancia de la diabetes

Desde la perspectiva de la nueva transición epidemiológica que estamos experimentando, la diabetes mellitus, especialmente la tipo 2, debe considerarse una afección trazadora que permite monitorizar estas nuevas tendencias en el patrón de morbilidad de las sociedades opulentas. Su relación con la obesidad, la inactividad física, el envejecimiento y la urbanización refuerza este papel de enfermedad trazadora.

Por ello, y tal como proponen Ruiz-Ramos et al⁸:

1. Es imprescindible mejorar el conocimiento actual de la diabetes mellitus como problema de salud pública, especialmente respecto de los datos de incidencia y prevalencia, porque los estudios presentan problemas de variabilidad y comparabilidad, con lo cual sólo se puede tener una estimación grosera que proporcionaría entre un 5 y 18% de prevalencia de la diabetes en España en la población general, con una tendencia claramente ascendente, lo cual configura una situación y unas perspectivas preocupantes que habría que abordar sin demora, como en parte se está haciendo con los planes integrales de diabetes.

2. La reducción de las desigualdades debe ser una prioridad en las políticas de salud que pretendan disminuir la incidencia y controlar la morbimortalidad asociada a la diabetes, fundamentalmente respecto de la diabetes tipo 2. Para conseguirlo, las intervenciones no deberían centrarse solamente en programas basados en medidas biotecnológicas, sino abarcar las acciones sociales y políticas que reduzcan las desigualdades económicas y la injusticia social.

3. El suicidio como problema

El suicidio, dada su clara asociación con los trastornos depresivos, así como con el individualismo, o los cambios en los papeles de género, según destacan Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima⁹, es otro indicador sensible de salud en las sociedades desarrolladas. España, con tasas bajas a finales de los años setenta, ha experimentado posteriormente uno de los incrementos más pronunciados de Europa; actualmente se sitúa en 8,7/100.000 habitantes. La disponibilidad de nuevos fármacos para el tratamiento de los trastornos depresivos no parece haber incidido sobre esta tendencia.

Desde la salud pública se debe:

1. Profundizar en el conocimiento de los factores asociados a la conducta suicida (individualismo de la sociedad contemporánea, las exigencias de esta sociedad y el nuevo papel de la mujer frente al mercado laboral, que produce, entre otras cosas, una mayor dificultad en conciliar la vida laboral y familiar, etc.).

2. Dedicar más recursos a la prevención del suicidio.

4. La importancia de las lesiones

Las lesiones ocasionadas por los llamados «accidentes» ocurridos en el trabajo, en el domicilio o durante los desplazamientos son también muy específicas de las sociedades desarrolladas. Como señalan Peiró-Pérez et al¹⁰, éste es un fenómeno que debe con-

siderarse conjuntamente desde una perspectiva de salud pública, pues tiene causas comunes y, lo que es más importante, comparte también soluciones. Éstas requieren de acciones intersectoriales que vayan más allá del sistema asistencial, tanto para conseguir un sistema de información que integre todas las fuentes de información relacionadas con el problema, como para una prevención efectiva. Un claro ejemplo es la importancia creciente de los «accidentes» de tráfico que al mismo tiempo son «accidentes» de trabajo, o viceversa.

Es necesario:

1. Producir información que monitorice de forma sistemática la situación de las lesiones en España, explotando el gran potencial que ya existe a través de fuentes rutinarias, incluidos los datos de fuentes sanitarias o las redes centinelas.

2. Incrementar la atención sobre las lesiones de ocio y domésticas, estudiándolas y poniendo en marcha acciones específicas para prevenirlas.

3. Para reducir las lesiones por accidentes de tráfico es necesario traducir en acciones eficaces de salud pública los conocimientos sobre su morbimortalidad.

5. Efectos adversos de la actividad asistencial

Finalmente, como manifestación extrema de los nuevos desequilibrios que nos trae la actual sociedad de consumo, según nos muestran Aranaz et al¹¹, hay que prestar atención a la actividad de los sistemas sanitarios como inductores de enfermedades. Este fenómeno tan paradójico, ya anunciado hace décadas por Illich, está alcanzando proporciones alarmantes.

Si no es posible eliminar los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria sin eliminar ésta, habrá que intentar minimizar sus efectos y maximizar su comprensión mediante:

1. El conocimiento de los efectos adversos de la actividad sanitaria, tanto asistencial como preventiva, desde un enfoque multidisciplinario, basado en una nueva relación médico-sanitario/paciente-ciudadano, y en la información y participación responsable de ambos en la toma de decisiones terapéuticas y preventivas.

2. La difusión responsable de los resultados.

3. La formación de los profesionales sanitarios en relación con esta realidad.

Estilos de vida en el mundo desarrollado

1. La epidemia de obesidad y sus determinantes

La epidemia de diabetes es consecuencia, a su vez, de la epidemia de obesidad. En el texto de Gutiérrez-

Fisac et al¹² se pone de manifiesto la magnitud del problema. La prevalencia de obesidad en la población infantil de 6-7 años en las provincias españolas oscila entre el 8 y 16%, y en la población adulta aumentó un 6% en términos absolutos en los últimos 15 años. El porcentaje de la mortalidad total atribuible a la obesidad es del 8,5%. En el origen del problema de la obesidad y su incremento en el tiempo están determinantes íntimamente ligados al desarrollo: el aumento de la ingesta calórica, sobre todo en calorías procedentes de las grasas, conductas como comer fuera de casa y el sedentarismo.

Dado que las intervenciones centradas sólo en la educación han obtenido pobres resultados y que los determinantes de la obesidad tienen que ver sobre todo con el entorno ambiental y el desarrollo económico, desde la salud pública deben darse otro tipo de respuestas, como:

1. Impulsar estrategias de intervención dirigidas a promover estilos de vida saludables (incluidas alimentación y actividad física), creando entornos favorecedores mediante acciones intersectoriales en las que se impliquen la sociedad (familias, ámbito comunitario), el sector educativo, el sector empresarial de la alimentación y los servicios sanitarios.

2. Es necesario que este tipo de estrategias intersectoriales se implanten de forma efectiva, se mantengan en el tiempo y se extiendan a todas las CC.AA. A la vez, debe monitorizarse la evolución de la frecuencia de obesidad, de la dieta y del ejercicio físico de la población.

3. Se debe seguir profundizando, mediante la investigación, en los vacíos de conocimiento que aún existen, especialmente en el estudio de los determinantes sociales de la obesidad y de la efectividad de las nuevas medidas e intervenciones que se proponen. Sería de interés evaluar la efectividad de las intervenciones que han resultado útiles para controlar la epidemia tabáquica (como las limitaciones en la publicidad) para trasladarlas al campo de la obesidad.

2. Sobre las adicciones

Según Brugal et al¹³, en España, en los últimos 25 años se ha producido una disminución del consumo de tabaco y de alcohol, si bien en la población adolescente esta tendencia parece haberse invertido de nuevo entre 2002 y 2004. A pesar de que la heroína ha dejado de ser la primera sustancia de consumo problemático y que el uso de éxtasis y anfetaminas parece estabilizado, las tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas son preocupantes, ya que el cannabis y la cocaína vienen experimentando un incremento muy importante desde 1999 (especialmente en adolescentes) y España es el país de mayor consumo de cocaína en la Unión Europea. Entre las posibles adicciones comportamentales, la única tipificada como tal es el juego patológico.

co. Sobre otras posibles adicciones psicológicas –Internet, teléfono móvil, sexo, trabajo, etc.– no existen estudios concluyentes ni consenso en el campo de la psiquiatría.

Las principales recomendaciones para la salud pública en el abordaje de las viejas y las nuevas adicciones son las siguientes:

1. Para reducir el consumo de alcohol, deberían ponerse en marcha estrategias similares a las que han resultado útiles con el tabaco: medidas fiscales, restricciones de la disponibilidad, control de la publicidad encubierta, intervenciones para prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol e intervenciones breves en los servicios sanitarios.

2. Entre las intervenciones de prevención y control de las adicciones a sustancias psicoactivas, es necesario mantener los programas existentes de tratamiento y reducción del daño de heroína, poner en marcha intervenciones de salud pública y educativas específicas para las adicciones y los problemas relacionados con el consumo de cocaína, cannabis y otros psicoestimulantes, y –dada la naturaleza de estas sustancias y las enfermedades– parece importante poner el acento de las nuevas políticas de salud pública en el campo de la psicología y la neuropsiquiatría.

3. Es necesario investigar la prevalencia y el impacto en la salud de las adicciones comportamentales, tanto de las que ya se han reconocido como tales como de aquellas conductas para las que no hay consenso respecto de su consideración como adicciones. Igualmente, parece necesario sistematizar el tratamiento especializado de los pacientes con ludopatía.

3. La violencia como problema de salud pública

En España todavía no hay una posición clara sobre el papel de la salud pública en el estudio y abordaje de la violencia; y tampoco hay información precisa sobre la magnitud del problema y su impacto en la salud. Los datos recopilados por Larizgoitia¹⁴ muestran una tendencia creciente de la violencia doméstica, con 100 muertes en 2004. Las estimaciones de ser víctima de maltrato en el entorno familiar oscilan entre el 1,5% de los niños, el 12% de las mujeres, y el 12% de los ancianos sin déficit cognitivo; se sospecha que estas estimaciones pueden ser a la baja y que la mayor parte de las veces la violencia no se comunica. No hay muchos datos sobre la violencia interpersonal fuera del ámbito familiar, pero parece que casi 3 de cada 10 estudiantes de ESO han sufrido alguna agresión. En España, también existe un problema de violencia política persistente; en las últimas cuatro décadas se ha estimado en 1.221 las víctimas mortales atribuidas a grupos como ETA, GRAPO, Batallón Vasco Español,

GAL y otros; además de 113 miembros de estos grupos muertos de forma violenta. Cuando además se cuentan las víctimas secundarias (sobre todo familiares), los números se multiplican. Además de esta violencia persistente, los atentados del 11-M causaron 192 muertos y alrededor de 2.000 heridos.

Aunque la comprensión y el abordaje del problema de la violencia es un asunto muy complejo y requiere de modelos teóricos que exceden el ámbito tradicional de la salud pública, se recomienda:

1. Identificar el valor añadido que pueden ofrecer las metodologías y las estructuras de la epidemiología y salud pública al estudio del problema de la violencia y de su impacto en la salud. En este camino, los primeros retos a abordar son proveerse de un marco conceptual válido, de una tipología operativa y de instrumentos de medida validados y adaptados al contexto español.

2. Contribuir desde la salud pública al abordaje del problema de la violencia, con intervenciones en el terreno de la sensibilización y abogacía, y también desde los servicios asistenciales. La atención primaria y los servicios de urgencias ocupan una posición idónea para detectar el problema y orientar su atención. Sin embargo, hay que tener en cuenta que se requiere formación y recursos especializados, así como la coordinación con otros servicios de apoyo extrasanitarios, sociales y judiciales. Todo ello es un reto que necesita ser abordado con recursos apropiados para atender a las víctimas y a los maltratadores.

4. El estrés en una sociedad en continuo cambio

Las transformaciones en el sistema de producción, en la organización del trabajo y en los valores predominantes, y la incorporación de la mujer al mercado laboral se han acompañado, entre otras consecuencias, de un incremento de las separaciones y los divorcios. Todos estos cambios se asocian a problemas relacionados con el estrés, que a su vez tiene consecuencias importantes en la salud, especialmente de tipo cardiovascular y mental. Artzcoz et al¹⁵ ponen de manifiesto la situación actual en España: más del 40% de los trabajadores considera que trabaja con plazos ajustados, y el 19% de los varones y 28% de las mujeres prolongan la jornada laboral habitualmente, sin compensación económica. A ello hay que añadir que España, en 2003, era el país de la Unión Europea con mayor proporción de población parada y con contratos temporales. Una primera consecuencia de este panorama es la presencia de síntomas psicósomáticos atribuibles al estrés en un 15% de la población ocupada. En el estudio del estrés asociado a factores extralaborales no se ha avanzado tanto, si bien se co-

noce que algunos de los estresores psicosociales más importantes son la ruptura de relaciones de pareja, la muerte de un familiar o un amigo, las dificultades económicas y los problemas en las relaciones. A todo ello, en España hay que sumar las dificultades para la conciliación de la vida familiar y laboral de las mujeres, que son hoy las que mantienen el 89% de los hogares monoparentales.

Para abordar el problema del estrés en España, es necesario:

1. Introducir en las políticas económicas y laborales la sensibilidad por las consecuencias que sus actuales tendencias tienen sobre el estrés de la población trabajadora, poniendo en marcha los cambios necesarios para conseguir una reducción del estrés en la población y de su efecto en la salud.

2. Que las empresas incrementen de forma significativa los esfuerzos necesarios para ocuparse de los factores de riesgo psicosocial.

3. Adaptar las políticas sociales a la situación actual, determinada por la incorporación de la mujer al mundo laboral. Para ello es necesario, entre otras medidas, incrementar los recursos para el cuidado de las personas dependientes.

5. Impacto de las políticas regulatorias no sanitarias (accidentes de tráfico)

En España, a pesar del incremento de los factores de exposición en los últimos 30 años (fundamentalmente del parque de vehículos), las políticas regulatorias relacionadas con el tráfico y las medidas para hacerlas cumplir tuvieron un efecto importante en términos de reducción de la mortalidad por accidentes (descenso a partir de 1990-1992, tras muchos años de incremento continuado). Villalbí y Pérez¹⁶ ponen de manifiesto que –a pesar de las dificultades para evaluar este tipo de políticas– los datos sugieren un efecto favorable de las regulaciones en el caso del casco para motoristas, los límites de velocidad y el control de la conducción bajo los efectos del alcohol. Asimismo, parece importante señalar que las normas legales por sí mismas no son suficientes para lograr un impacto, es necesario además poner en marcha acciones dirigidas a hacerlas cumplir.

Sobre la base de estas conclusiones, para mejorar la salud pública se recomienda:

1. Seguir adoptando planes integrales y paquetes legislativos como los que han tenido hasta ahora un efecto favorable en la reducción de la mortalidad por accidentes de tráfico (como el Primer Plan de Seguridad Viaria, la Ley de Tráfico y el Reglamento General de Circulación), que además parecen estimular el cum-

plimiento efectivo de regulaciones previamente existentes.

2. Tras la adopción de este tipo de medidas reguladoras, es necesario poner en marcha estrategias dirigidas a hacerlas cumplir y mantener el cumplimiento en el tiempo.

6. La inducción sanitaria de los cribados

Como los cribados son medidas inducidas desde el sistema sanitario y que se ofrecen a personas sanas o aparentemente sanas, conllevan unas implicaciones éticas de enorme importancia, sobre todo porque el necesario equilibrio entre los principios de beneficencia y no maleficencia tiene un carácter distinto del de las pruebas diagnósticas y los tratamientos, los que se proponen a personas enfermas que han acudido al sistema sanitario solicitando atención para mejorar su problema de salud. La reducción de la mortalidad y de la gravedad observadas en los estudios controlados (eficacia de las intervenciones de cribado) es necesaria, pero no es suficiente para garantizar la efectividad, que depende también de la cobertura de los programas, la adecuación de las indicaciones y el grado de cumplimiento. Segura-Benedicto¹⁷ pone de manifiesto que actualmente se siguen haciendo algunos cribados sin que haya pruebas suficientes de su eficacia. Asimismo, señala que en España –salvo en el caso de los programas de cribado de cáncer de mama– no hay una evaluación global del conjunto de programas realizados en el país, que incluya los resultados en salud.

Para mejorar la práctica de los cribados y el cumplimiento de los principios éticos, se proponen las siguientes estrategias:

1. Sería muy útil que se regulara de forma explícita la introducción de nuevos cribados y el mantenimiento de los actuales, con un sistema que condicionara la autorización a criterios rigurosos de eficacia, efectividad, seguridad, aceptación y eficacia.

2. En el diseño y el desarrollo de las políticas de cribados deberían realizarse análisis basados en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, excluyendo de las prestaciones públicas aquellos cribados en que no puedan satisfacerse estos principios.

3. En los programas de cribado establecidos, las administraciones sanitarias deberían desarrollar evaluaciones rutinarias, dirigidas a introducir mejoras.

4. Sería útil investigar nuevas posibilidades de participación efectiva de la población en el establecimiento de prioridades preventivas, en la valoración del impacto de las intervenciones de cribado y en la toma de decisiones en la práctica clínica.

La capacidad del sistema sanitario español

1. La efectividad del sistema sanitario

A juzgar por los datos aportados por Gispert et al¹⁸, no caben dudas acerca de la efectividad del sistema sanitario español, tanto en lo que se refiere a su efecto en la mortalidad y la esperanza de vida, como a sus indicadores de actividad y productividad asistencial. Entre 1998 y 2002, la mortalidad general y la prematura se han reducido en torno del 10 %; esta reducción fue más acentuada entre mediados de los años setenta y de los años ochenta, con el 34% frente al 12% entre mediados de los años ochenta y de los años noventa. La esperanza de vida aumentó un 4,3% entre 1975 y 1985, y el 1,2% entre 1985 y 1995.

Entre 1996 y 2001 todas las CC.AA. han mejorado sus indicadores de actividad y productividad asistenciales. La mortalidad por causas evitables ha descendido un 23%; la debida a políticas intersectoriales sólo el 5%, pero la reducción debida a intervenciones de servicios de asistencia sanitaria fue del 26%, con un descenso significativo en todas las CC.AA.; Baleares y Extremadura destacan entre las que tenían valores altos de mortalidad de partida.

Las deficiencias en la información disponible solamente permiten afirmar que la actividad de los servicios sanitarios tiene un efecto favorable en la salud de la población; no está tan claro que ocurra lo mismo con las medidas de salud pública o las políticas intersectoriales.

Los profesionales de la salud pública deberían interesarse por:

1. El análisis por afecciones concretas, para lo cual se necesitará información más específica, con medidas de la efectividad relacionadas con indicadores de uso general, para poder hacer un seguimiento temporal en el territorio.

2. Disponer de sistemas de información que permitan esta aproximación por CC.AA. (series de datos consistentes sobre aspectos relacionados de la salud, los factores de riesgo y la actividad de los servicios) en lo que debería conformar una especie de «cuadro de mando» básico del Sistema Nacional de Salud (SNS).

2. Perspectivas de financiación

En España el gasto sanitario público es entre un 6 y un 12% más bajo del que correspondería a nuestro país de acuerdo con su renta y sus características socioeconómicas, pero el gasto sanitario total por persona en España, público y privado, es relativamente moderado cuando se compara con la mediana de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo

Económico, por eso lo que resulta bajo no es el gasto sanitario total, sino el gasto sanitario público.

En cuanto a la financiación del gasto sanitario se refiere, Puig-Junoy¹⁹ propone dos escenarios para el crecimiento de gasto hasta el año 2013 (un escenario base y otro de crecimiento moderado), y da diferentes valores a las variables que más influyen en éste. Concluye que el gasto sanitario público se situaría entre el 5,7 y el 6% del PIB, o sea, como mínimo, entre 0,24 y 0,53 puntos del PIB por encima de la cifra del año 2003. El factor con una mayor influencia en el crecimiento del gasto sanitario público futuro continuará siendo previsiblemente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. El crecimiento del gasto sanitario público supondrá dedicar a sanidad el 17% del aumento real de los ingresos públicos si la presión fiscal permanece constante.

A la sostenibilidad económica de los aumentos del gasto sanitario público, que nos podemos permitir, desde las políticas públicas cabe preguntarse por la deseabilidad social de éste, es decir, si los incrementos del gasto valen lo que cuestan, y si hay alternativas para su financiación:

1. Mejorando la eficacia del gasto público (financiación de base capitativa, organizaciones integradas, para «hacer más con lo mismo»).

2. Aumentando la financiación pública y privada del gasto (aumento de la capacidad normativa, impuestos finalistas, para «hacer más con más recursos públicos»).

3. Racionalizando y priorizando las prestaciones públicas (copagos evitables, para «hacer más con algo más de recursos privados en manos públicas»).

Desequilibrios y amenazas a la efectividad del sistema sanitario

1. Políticas de personal

Una amenaza, mitigable con las políticas de personal adecuadas, procede de las deficiencias observadas en las dotaciones de profesionales sanitarios. González López-Valcárcel y Barber²⁰ señalan distintas circunstancias que influyen en los cálculos adecuados de las necesidades de personal: una *ratio* enfermeras/médico muy baja comparada con la de otros países, la feminización de la medicina, una tasa de médicos estancada debido al descenso de estudiantes y a la persistencia del *numerus clausus* y un déficit selectivo de algunas especialidades médicas en determinadas localidades. Los problemas de dotación de personal se pueden agravar por razones demográficas predecibles (envejecimiento de los efectivos); por el aumento del tiempo de formación reglada de algunas especialidades, y por otros factores que difícilmente hubieran po-

dido predecirse, o prevenirse, hace una década, y que escapan del control del planificador, como la aplicación de directivas laborales europeas, el fuerte tirón de la demanda privada y la capacidad de atracción de los mercados europeos. Paradójicamente, el proceso de internacionalización convive en España con una fuerte tendencia a segmentar el mercado profesional en mercados regionales cada vez menos permeables, superponiendo una segmentación geográfica a la segmentación profesional.

Las políticas públicas de salud deberían organizar la provisión de servicios en sistemas sanitarios integrados, lo cual permitiría reasignar tareas entre los niveles asistenciales. Por otra parte, las necesidades de la población requieren un cambio de modelo de atención clínica y sanitaria que dé mayor relevancia y prestigio a la atención primaria y a la salud pública, y que equilibre el excesivo escoramiento existente hacia el ámbito hospitalario y la superespecialización profesional y tecnológica.

Los requisitos para poder planificar son:

1. Contar con un registro dinámico de profesionales sanitarios.
2. Poner remedio a la segmentación espacial de los mercados –regionalización impermeable– y a la segmentación profesional –hiperespecialización–.
3. Mejorar el programa MIR desarrollando un sistema de acreditaciones específicas de distintas áreas de capacitación y técnicas.
4. Relajar progresivamente los *numerus clausus* de medicina.
5. Recuperar el prestigio de la atención primaria es una necesidad del sistema sanitario español. Todos los instrumentos disponibles en este sentido (incentivos de carrera profesional, remuneración, condiciones laborales, de acceso a la formación, de potenciar la capacidad resolutoria y la responsabilidad clínica sobre los pacientes) deberían considerarse.

2. Variabilidad de la práctica médica

En España, como en otros países, los médicos actúan de forma muy diferente ante situaciones similares, quebrando la creencia tradicional de que los profesionales sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado ante cada problema de salud, y plantea importantes preguntas sobre la efectividad clínica y la eficiencia social de las actuaciones médicas. El grupo español que estudia las variaciones en la práctica médica (VPM) ha comprobado que en el SNS español se dan tasas de intervenciones (en mayores de 65 años) menores que en EE.UU. (Medicare), que la oferta (camas/10.000 h) no muestra relación con la tasa de intervenciones, que existe una impor-

tante correlación entre las tasas poblacionales de diferentes intervenciones quirúrgicas, que hay una relación inversa entre la tasa de intervenciones usuales y la disponibilidad de alta tecnología y que, incluso en los ingresos por descompensación de procesos crónicos, de mayor asociación con la oferta de camas en EE.UU., las asociaciones encontradas en el SNS son muy moderadas.

Peiró y Bernal-Delgado²¹ aventuran la «hipótesis de la fascinación tecnológica» para explicar la posibilidad de que los incentivos de tipo profesional asociados a la innovación y la complejidad de la atención prestada desempeñen un importante papel en las VPM de atención hospitalaria en el SNS, para ello se basan en que: a) las tasas de los procesos más comunes de las respectivas especialidades, siempre que no estén asociadas a alguna innovación, parecen estar por debajo de las tasas de otros países y bastante por debajo de las tasas en población Medicare; b) las tasas de los procesos que se asocian a innovaciones tecnológicas parecen aproximarse notablemente a las tasas de la población Medicare, y c) los procesos «corrientes» pueden experimentar crecimientos en su utilización espectaculares y muy rápidos cuando cambia su tecnología operativa. Según esta hipótesis de «fascinación tecnológica», los comportamientos esperables para las variaciones en la atención hospitalaria prestada por el SNS serían: a) tasas comparativamente bajas de procesos «no complejos» y variabilidad menor por compresión de las tasas en los niveles de menor utilización, y b) tasas comparativamente altas de procesos complejos o realizados mediante tecnologías innovadoras.

Las implicaciones de la hipótesis de la fascinación tecnológica son preocupantes para el SNS. Estarían describiendo:

1. Un sistema sanitario carente de orientación –política, gestora y clínica– hacia los pacientes.
2. Con el rumbo marcado por la agregación de preferencias de profesionales individuales, que a su vez sería muy sensible a la promoción tecnológica.
3. Un sistema más preocupado por disponer del último *gadget* que por resolver –con las tecnologías disponibles o con nuevas tecnologías– los problemas corrientes de los pacientes. En cierta forma, un sistema que aborrece las afecciones más habituales y poco sofisticadas de los pacientes, pero muy cualificado para resolver los –más inusuales– problemas complejos. Para Peiró y Bernal-Delgado²¹, política y gestión deberían pasar de una perspectiva autorreferencial (centrada en la tecnología, los profesionales, el hospital, las necesidades del sistema y la enfermedad) a una perspectiva más centrada en los pacientes, en el motivo básico de sus visitas, en sus preocupaciones y en sus necesidades.

3. Genética y prevención cuaternaria

En el auge de las pruebas genéticas con fines diagnósticos o terapéuticos tenemos un buen ejemplo de la fascinación por la tecnología, pero no sólo de los profesionales sanitarios, sino también de la sociedad en general. Gérvas²² nos advierte de los peligros del intervencionismo sanitario innecesario, preventivo o curativo, diagnóstico o terapéutico, ante los cuales la «prevención cuaternaria» evita la medicalización de la vida diaria ante el abuso de la definición de salud, de factor de riesgo y de enfermedad.

Los profesionales de la salud deben saber que, en general:

1. El valor predictivo de las pruebas genéticas es muy bajo, excepto en algunas enfermedades monogénicas particulares, por la expresión variable de los genes, y sus distintas y cambiantes penetrancia e imprints.

2. La percepción del riesgo ligado a la determinación de genes asociados a enfermedad tiene poco que ver con hechos científicos y cálculos epidemiológicos.

3. Por su efecto en la salud pública y en la práctica clínica, habría que exigir a las pruebas diagnósticas genéticas los mismos rigor y ensayos clínicos que exigimos a las no genéticas.

4. Gasto en psicofármacos

Girona-Brumós et al²³ ofrecen una muestra de lo que puede ser la fascinación tecnológica, en este caso refiriéndose al enorme crecimiento del uso de nuevos antipsicóticos y antidepresivos, incluso superior a lo esperable en una sociedad donde se han incrementado los diagnósticos de depresión y de psicosis. Así, por ejemplo, los antidepresivos han pasado de 14,14 millones de envases en 1997 a 26,79 en 2004 (incremento del 89,24%). Los más vendidos fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que pasan de 7,45 a 16,71 millones de envases, con un crecimiento del 124,2%. Si consideramos las ventas en euros, el incremento es aún mayor: ha pasado de 168,61 a 447,11 millones de euros (165,17%).

En el caso de los antipsicóticos se ha pasado de 11,74 a 12,65 millones de envases (7,75%). Pero las mayores diferencias de nuevo se observan al analizar las ventas valoradas en euros, que han pasado de 61,84 a 317,46 millones de euros (413,35%). Los incrementos de risperidona y olanzapina en este período, dos de los medicamentos con mayor volumen en ventas durante 2004 en el mercado español, han pasado de 22,3 a 123,9 (455,7%) y de 19,5 a 122,2 millones de euros (525,7%), respectivamente.

Girona-Brumós et al²³ apuntan cuáles son las señales de alerta ante el disparado consumo de estos fármacos:

1. No ha habido traslación en los hábitos de prescripción, sino un aumento en la prescripción de los nuevos antidepresivos.

2. En cuanto a los datos de consumo de fármacos antipsicóticos, éstos sugieren un cambio en las pautas de tratamiento, produciéndose una parcial sustitución de la prescripción de antipsicóticos de primera generación por la de antipsicóticos de segunda generación (ASG), debido a:

– Nuevas indicaciones aprobadas para algunos ASG: episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

– Prevención de recaídas de este mismo trastorno (olanzapina).

– Incremento en la utilización de la polifarmacia antipsicótica, práctica no avalada por la evidencia científica, y que se asocia a mayores efectos secundarios y a mayores tiempos de estancia hospitalaria, pero no a mejorías clínicas evidentes.

– Aumento de la población anciana, que ha favorecido el crecimiento del mercado de los antipsicóticos utilizados en el tratamiento de los trastornos conductuales en la demencia. El abuso de los ASG, especialmente en ingresados en residencias geriátricas, su utilización en indicaciones no aprobadas y el desconocimiento de los riesgos que su utilización comporta han ayudado a los notables incrementos de consumo.

5. Atención a la dependencia

En el artículo que Casado-Martín²⁴ dedica a la atención a la dependencia en España se condensan algunas de las deficiencias también señaladas por otros autores, como la necesidad de organizar la provisión de servicios en sistemas sanitarios integrados, o como la necesidad de que política y gestión adopten una perspectiva centrada en los pacientes²¹.

En España, como en otros países, ha descendido discretamente el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia durante los últimos años (del 19,4% de los mayores de 65 años en 1993 al 17% en 2001). La inmensa mayoría de las personas mayores dependientes (casi el 85%) sigue viviendo en la comunidad. En segundo lugar, y directamente relacionado con lo anterior, el apoyo informal constituye la fuente de ayuda utilizada por un mayor número de personas; de hecho, aunque el 12% de los ancianos recibe tales cuidados informales en combinación con otras fuentes de ayuda de carácter formal, lo más llamativo es que casi el 65% de las personas mayores dependientes que hay en nuestro país satisface ex-

clusivamente sus necesidades de atención a través del apoyo informal.

En relación con la atención a las personas dependientes, las preguntas que cabe hacerse desde la salud pública son:

1. ¿Los desembolsos que realizan quienes actualmente utilizan los distintos servicios formales representan un esfuerzo «excesivo» respecto de sus niveles de renta y riqueza?

2. ¿Hasta cuánto y a quiénes debe llegar el subsidio público? La provisión de servicios dentro del Sistema Nacional de Dependencia debería tratar de organizarse de una manera lo más eficiente posible a partir de experiencias piloto, para probar.

3. ¿Qué balance asistencial entre recursos sociales de internamiento y comunitarios es el más adecuado?

4. ¿En qué medida los servicios sociales y sanitarios deberían proporcionarse de un modo más integrado que en la actualidad?

6. La distribución de medicamentos

Por su importancia sanitaria y económica, los aspectos relacionados con la distribución de medicamentos en España tienen especial relevancia. Meneu²⁵ atribuye los problemas de la distribución mayorista a su fragmentación y estancamiento, describe los problemas de la farmacia hospitalaria, entre otros el incremento de la dispensación ambulatoria (del 12% en 1994 al 22% en 2004) y, finalmente, señala algunos problemas de las oficinas de farmacia, como la escasa competencia, la amplia red de comercialización, la resistencia al cambio y las «dependencias de senda».

Para Meneu²⁵, la mejora de la salud de la población aconseja atender más a las necesidades de la demanda que de la oferta, diseñando sistemas de regulación y retribuciones que vinculen las rentas de la dispensación a los beneficios sanitarios que aporta. Los criterios rectores de toda reforma deben ser:

1. La transparencia de las decisiones y los acuerdos entre las partes.

2. Una relajación del énfasis en la regulación centralizada de precios donde prime la competencia.

3. Un mayor esfuerzo –menor es difícil– en mejorar los incentivos presentes, sustituyéndolos por sistemas de retribución capaces de alinear los incentivos de los profesionales, del sistema y de los usuarios a los que sirven. En síntesis, se requiere un cambio de enfoque, que considere de modo integral la aportación de los medicamentos a la mejora de la salud de la población.

Participación y opinión

1. Mecanismos de la participación comunitaria

La sociedad civil dispone de herramientas limitadas para responder a los retos que le plantean las sociedades desarrolladas; así, la regulación de la participación comunitaria en los servicios y centros sanitarios es muy pobre, cuando debería ser un elemento clave para incrementar el sentimiento de pertenencia y de apropiación del sistema sanitario por parte de los ciudadanos. Para potenciar la participación, a los medios de salud pública, Martín-García et al²⁶ plantean, entre otros, los siguientes retos:

1. Promover el compromiso y la responsabilidad de la población y de sus organizaciones con su salud y con el sistema sanitario.

2. Impulsar el pleno desarrollo de la legislación sobre participación y el cumplimiento de las normas sobre participación social.

3. Priorizar las estrategias de promoción de la salud.

4. Promover y evaluar experiencias de descentralización y participación social en las áreas sanitarias.

5. Ampliar la capacidad de decisión comunitaria e individual (lo que se ha dado en llamar «*empoderamiento*»), mejorando la información, la formación y el acceso a las instituciones donde se decide la política sanitaria y la gestión de los servicios.

6. Mejorar la situación de la atención primaria y potenciar su papel de eje del sistema y de promoción de salud.

7. Apoyar la acción intersectorial y la coordinación de todos los sectores implicados en la salud.

2. La salud en los medios de comunicación

Los medios de comunicación españoles adolecen de los problemas que generan la concentración y la escasa especialización, así como la selección a veces arbitraria de la información, que hace que la actualidad en materia de salud no pueda interpretarse como un espejo de la realidad, y que las fuentes y el circuito de la información en salud no siempre procedan de los más expertos.

Como señala Revuelta²⁷ en su artículo:

1. Desde el sector salud se deberían establecer plataformas de cooperación con los informadores y con los medios de comunicación.

2. La información en materia de salud debería estar libre de las presiones y de las influencias políticas.

3. Es preciso crear estructuras de comunicación que permitan una mayor visibilidad de cuestiones sanitarias que actualmente no están alcanzando la prensa.

4. Desde la etapa escolar se debería fomentar un espíritu crítico en el consumo de la información facilitada por los medios, educando en la búsqueda activa de información de calidad, aprovechando las posibilidades que ofrece actualmente Internet.

Hay otros mundos, pero están en éste

En esta ocasión el Informe SESPAS ha seleccionado la patología de los países desarrollados como objeto de análisis. No olvidamos por ello la enorme carga de enfermedad que padecen los países pobres, una carga que frecuentemente es ignorada por los países ricos. Vaya, por tanto, nuestro reconocimiento de que son la guerra, el hambre, la desigual e injusta distribución de la educación y de la riqueza y algunas infecciones (malaria, sida, tuberculosis) los problemas de salud más graves de la humanidad en su conjunto.

Pero no todo es riqueza en los propios países desarrollados, porque persisten en su interior colectivos desfavorecidos por razones de procedencia, etnia, sexo o nivel socioeconómico que todavía pueden ser identificados cuando se analiza la salud en razón de estas variables. Es más, aunque el análisis de las desigualdades en salud no era el propósito de este Informe, en varios de los artículos que lo componen hemos podido comprobar cómo también el gradiente de enfermedad perjudica más a unas clases sociales que a otras (diabetes, obesidad, estrés). Algo similar se ha constatado con la supervivencia; así, en España, el incremento en la probabilidad de supervivencia en todos los quintiles de renta ha ido acompañado de un aumento en la diferencia en esa probabilidad de supervivencia entre los quintiles superior e inferior²⁸.

La salud pública celebra las mejoras que se producen en los campos de la ciencia y de la técnica que conllevan incrementos en la salud de las poblaciones. Aunque las innovaciones en cualquier campo de la ciencia o del desarrollo humano son consustanciales con los valores culturales predominantes, también cabe preguntarse si podemos permitirnos el crecimiento a cualquier precio, sobre todo cuando la riqueza implica agresiones al medio ambiente, la reducción de los puestos de trabajo, la precarización del empleo o la fragilización de la dimensión social de nuestras sociedades. Este es también el sentido de algunos de los hallazgos de este Informe (cambio climático, violencia, estrés, lesiones, iatrogenia).

No podemos seguir confundiendo el hecho de producir, consumir y poseer con el de ser felices, porque lo importante para una comunidad y para sus miembros no es el dinero sino el bienestar y la prosperidad solidaria. En los estudios sociales, junto a los datos del PIB también se deben proporcionar indicadores de pro-

tección del medio ambiente, de salud pública, actividades culturales, promoción del patrimonio, tiempo dedicado a la familia y gobierno y ciudadanía responsables. Los países nórdicos fueron capaces de compatibilizar Estados de bienestar sólidos y un desarrollo económico y una productividad elevados. En otro contexto geopolítico, un país como Bután, con acciones que allí denominan de «felicidad nacional compartida», ha reducido su mortalidad infantil de 166/1.000 en 1990 a 94/1.000 en 2002²⁹.

Desde las organizaciones de salud pública se puede contribuir, mediante la monitorización de indicadores sensibles, a que se abran camino las propuestas de política pública que privilegien la vida, la calidad de vida y el bienestar frente a la simple creación de riqueza económica. Algunos de estos indicadores, como la alfabetización y los niveles de educación, la esperanza de vida, los indicadores de salud y de práctica sanitaria, el respeto al medio ambiente, la lucha contra la pobreza, la satisfacción de necesidades básicas, la seguridad urbana, el acceso al trabajo, la igualdad y solidaridad ciudadanas, se están incorporando a nuevos sistemas de evaluación, como los publicados por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD): Informe Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Índice de Desarrollo Humano, Índice de Potenciación de Género, Índice de Salud Social, Indicador de Inseguridad Social o la Red de Alerta sobre Desigualdades, que proporciona información sobre inequidades en renta y patrimonio, precariedad y siniestralidad laboral, trabajo clandestino, endeudamiento de las familias, violencia doméstica, criminalización de la pobreza o discriminación de la mujer y de los inmigrantes²⁹.

Finalmente, para terminar este artículo de recomendaciones, nos referiremos a algunas paradojas relacionadas con la salud que se dan en los países desarrollados sobre las que los profesionales y directivos sanitarios deberíamos reflexionar.

Cuando los profesionales sanitarios hablamos de la necesidad de ampliar la capacidad de decisión de la comunidad y de los individuos²⁶, deberíamos hacer énfasis también en el concepto de «responsabilidad» (consumo responsable, conductas responsables, utilización sanitaria responsable y planificación y gestión responsables). En el ámbito de la salud pública tendemos a esquivar el tema de la responsabilidad individual y atribuir la totalidad de los problemas de salud al ámbito de la responsabilidad colectiva (administración, poderes públicos, etc.), sin reconocer que una parte de estos problemas derivan de decisiones individuales que, en muchos casos, podrían haber sido distintas.

El recurso a la «ansiedad comparativa», como motor de las conductas consumistas y como forma de autojustificación (individual y colectiva) de las conductas irresponsables, vendría avalado, según Sánchez Ferlosio¹, por que la adicción al consumo está ganando terreno

día tras día en las sociedades avanzadas, hasta el punto de que se estima que el 33% de los europeos la padece en algún grado y que entre un 3-8% la sufre como una afección grave que ya ha empezado a tratarse en las consultas de los psicólogos como cualquier otro problema de salud. Así, moralmente considerada, la «emopatía» podría ser un vicio culpable, pero desde el punto de vista de los científicos el individuo quedaría eximido de culpa, en nombre de la siempre involuntaria determinación genética; tan sólo faltaría dar con el gen, de manera que la «emopatía» pudiera diagnosticarse como una disfunción hipertrófica de tal gen consumista o, más precisamente, comprador. La consideración de la «emopatía» como una enfermedad descargaría al individuo de cualquier responsabilidad respecto de ella, y a la vez, garantizaría la total pureza e inocuidad patológica y patógena del entorno circundante¹.

Olvidamos reconocer que todo es a cambio de algo (esfuerzo, inversión alternativa, etc.), y sólo hacemos énfasis en acciones o recomendaciones genéricas, educativas, etc., que normalmente no tienen en cuenta el papel y la responsabilidad del individuo. Sin embargo, sería útil poner de manifiesto que nada es a cambio de nada, y señalar el efecto que esto tiene en la vida de las personas. Así, por ejemplo, para reducir la contaminación seguramente habría que usar más el transporte público y bajar las calefacciones o el aire acondicionado; para recetar menos antibióticos habría que curar los resfriados en casa y tener más de 3 min por visita médica; para combatir la obesidad, la comida sana (fruta, verdura, carne no grasa) tendría que ser mas sabrosa y barata que la comida basura, y para que la atención a la dependencia no recayera sólo en las mujeres y la igualdad entre los sexos fuera un hecho, varones y mujeres tendrían que comprometerse decididamente con la construcción de una sociedad no machista.

Cuando hablamos de considerar las responsabilidades individuales no estamos diciendo que haya que trasladar la gestión de las consecuencias sociales negativas o perversas del modelo de desarrollo de los países ricos desde el ámbito público a la gestión individual o a la ayuda familiar, porque, a nuestro juicio, la sociedad debe ofrecer mecanismos institucionales y universales de integración social, mecanismos de seguridad y de solidaridad orgánica y, consecuentemente, no abandonar a sus individuos a su solitario y mercantilizado destino³⁰. La consideración de la responsabilidad individual parte del reconocimiento de la autonomía de las personas y recuerda no sólo sus derechos sino también sus deberes. La mezcla de responsabilidad individual y responsabilidad colectiva variará según los problemas a considerar pero, como especie, continuaremos necesitando ambas.

Respecto de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, este Informe ha puesto de manifiesto que

los servicios asistenciales contribuyen a mejorar la salud, pero también pueden ser parte del problema de salud que acecha a los países desarrollados, en cuanto a que de su actividad, o de su inactividad, o de sus excesos, se derivan efectos secundarios importantes (efectos adversos hospitalarios, variaciones injustificadas de la práctica, inducciones al consumo asistencial o preventivo, expectativas desmedidas en la genética, abuso de la prescripción, inadecuada gestión del personal, gastos y distribución farmacéutica desequilibrados, etc.). El reto que se nos plantea como colectivo es si seremos capaces de participar en su prevención o en su solución de ahora en adelante.

Los autores y editores de este Informe SESPAS 2006 esperamos contribuir a que, a partir de la información suministrada y de las propuestas de acción sugeridas en él, los profesionales sanitarios se comprometan en la puesta en práctica de aquellas intervenciones e investigaciones que supongan mejoras en un desarrollo humano armónico, solidario, sostenible y continuado para todos.

La sociedad en general debería comprometerse a incrementar los niveles de salud de la población como medio de conseguir condiciones de vida mejores para los grupos sociales más desfavorecidos del planeta y para los individuos más empobrecidos en de los países ricos.

Agradecimientos

A los autores de este Informe, que comprendieron los criterios para incluir un resumen de sus artículos respectivos en esta recapitulación y que nos enviaron sus correcciones. A Rosa Gispert y a Juan Gervas, que aportaron ideas originales. Los posibles errores son responsabilidad de los firmantes.

Bibliografía

1. Sánchez Ferlosio R. *Non olet*. Barcelona: Ediciones Destino; 2003.
2. Rifkin J. El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.
3. Easterbrook G. The progress paradox. New York: Random House Trade Paperback; 2004.
4. Ballester F, Díaz J, Moreno JM. Cambio climático y salud pública: escenarios después de la entrada en vigor del Protocolo de Kioto. *Gac Sanit*. 2006;20:160-74.
5. Pastor-Sánchez R. Alteraciones del nicho ecológico: resistencias bacterianas a los antibióticos *Gac Sanit*. 2006;20:175-81.
6. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20:182-91.
7. Jansá JM. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20:10-4.
8. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández MI. La diabetes

- mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit.* 2006;20:15-24.
9. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit.* 2006;20:25-31.
 10. Peiró-Pérez R, Seguí-Gómez M, Pérez-González C, Miralles-Espí M, López-Maside A, Benavides FG. Lesiones por tráfico, de ocio y domésticas y laborales. Descripción de la situación en España. *Gac Sanit.* 2006;20:32-40.
 11. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados al estilo de práctica clínica. *Gac Sanit.* 2006;20:41-7.
 12. Gutiérrez-Fisac JL, Royo-Bordonada MA, Rodríguez-Artalejo F. Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad. *Gac Sanit.* 2006;20:48-54.
 13. Brugal T, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR. Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20:55-62.
 14. Larizgoitia I. La violencia: también es un problema de salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20:63-70.
 15. Artazcoz L, Escribá V, Cortés I. El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gac Sanit.* 2006;20:71-8.
 16. Villalbí JR, Pérez C. Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gac Sanit.* 2006;20:79-87.
 17. Segura-Benedicto A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006;20:88-95.
 18. Gispert R, Torné MM, Barés MA. La efectividad del sistema sanitario en España. *Gac Sanit.* 2006;20:117-26.
 19. Puig-Junoy J. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? *Gac Sanit.* 2006;20:96-102.
 20. González López-Valcárcel B, Barber-Pérez P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. *Gac Sanit.* 2006;20:103-9.
 21. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit.* 2006;20:110-6.
 22. Gérvas J. Moderación de la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit.* 2006;20:127-34.
 23. Girona-Brumós L, Ribera-Montaña R, Juárez-Giménez JC; Lalueza-Broto MP. Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. *Gac Sanit.* 2006;20:143-53.
 24. Casado-Martín D. La atención a la dependencia en España. *Gac Sanit.* 2006;20:135-42.
 25. Meneu R. La distribución y dispensación de medicamentos. *Gac Sanit.* 2006;20:154-9.
 26. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit.* 2006;20:192-202.
 27. Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. *Gac Sanit.* 2006;20:203-8.
 28. Regidor E, Pascual C, Calle ME, Martínez D, Domínguez V. Incremento en la diferencia en la supervivencia según la renta *per capita* en España en los últimos años del siglo xx. *Gac Sanit.* 2003;17:404-8.
 29. UNDP. Informe sobre Desarrollo Humano 2004. Disponible en: <http://hdr.undp.org/reports/global/2004/espanol/>
 30. Fariñas-Dulce MJ. Mercado sin ciudadanía. Las falacias de la globalización neoliberal. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.