

INTRODUCCIÓN

Modelos de enfermedad en el mundo desarrollado

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

^aRed Española de Atención Primaria. Centro de Salud de Coria. Cáceres. España. ^bEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla. España.

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

(Illness models in the developed world)

Introducción

En la primavera del año 2004, en la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid, se celebró un Consejo Directivo de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), a la vez que se presentaba a los medios sanitarios profesionales el Informe SESPAS 2004. En aquella reunión hubo un punto del orden del día destinado a considerar temas y personas capaces de elaborar el siguiente Informe SESPAS, el que ahora nos ocupa. Se señalaron algunos temas de interés, entre otros, analizar las consecuencias indeseables para la salud que se producen en las sociedades desarrolladas, como resultado de unas formas de vida que imponen cambios en la alimentación, en la forma de trabajar, en los ritmos vitales o en la propia respuesta de los servicios asistenciales, y recoger aspectos relacionados con los cambios demográficos en las sociedades desarrolladas, los estilos de vida adaptativos y las causas de enfermedad y defunción más importantes, la respuesta sanitario-asistencial a los desafíos del desarrollo, los problemas ambientales comunes a muchos países, las actividades de prevención y promoción de las cuales se puede esperar un efecto importante en la salud, los servicios sanitarios efectivos que no se prestan y se deberían prestar o los servicios sanitarios sin efecto, o con muy dudoso impacto en la salud. A finales de julio de 2004 se nos encomendó la elaboración del Informe.

Clásicamente, cuando se han conceptualizado las sucesivas transiciones sanitarias, analizando las razones del descenso de la mortalidad y los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones, se las ha relacionado con la transición epidemiológica, asistencial

y de riesgos. Es decir, con los cambios en las tasas de mortalidad general y por algunas causas específicas con la esperanza de vida y la morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria; con las transformaciones en la organización asistencial para adaptarse al suministro de nuevos servicios, y con las consecuencias del cambio de exposición desde los riesgos tradicionales (p. ej., agua contaminada o falta de higiene en los alimentos) hasta la exposición a los riesgos actuales, como la contaminación atmosférica, el tráfico o los riesgos laborales, y a los nuevos estilos de vida¹. Algunas de las transiciones anteriormente descritas sufren una aceleración en las sociedades desarrolladas.

Es evidente que el desarrollo socioeconómico ha aportado enormes mejoras en la salud de las poblaciones donde se ha producido. Para verlo, no hay más que comparar la esperanza de vida y otros indicadores sanitarios con los de los países en desarrollo. Sin embargo, en el mundo desarrollado también se viene produciendo una aceleración en los cambios relacionados con la exposición a riesgos, la mayoría derivados del propio desarrollo y de lo que éste lleva asociado (necesidad de mantener unos niveles de producción y consumo altos). Estos riesgos se relacionan con el medio ambiente, con las conductas y los estilos de vida, con el uso de las tecnologías e incluso con los propios efectos adversos de la utilización de los servicios sanitarios. Al mismo tiempo se produce un cambio demográfico hacia el envejecimiento de la población. Todos estos cambios, así como los intentos de adaptación a ellos en las sociedades desarrolladas, nos llevan a preguntarnos sobre los efectos en la salud de esta cara del «desarrollo», por eso el objetivo de este Informe es repasar el efecto del estilo de vida de los países desarrollados en la salud pública y las repercusiones en la salud colectiva de los «desajustes» que se producen como consecuencia de la adaptación a un entorno hostil, competitivo o claramente agresivo, así como la respuesta de los servicios sanitarios a esos desajustes.

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

Contenidos y estructura del Informe

A las mejoras en la salud y en la calidad y la esperanza de vida en los países desarrollados contribuyeron los avances científicos y tecnológicos, las mejoras económicas y sociales, la sociedad de la comunicación, la generalización del ocio junto con la disminución de las horas de trabajo, la mejora en los transportes y el final de la discriminación formal hacia las minorías étnicas y las mujeres. Sin embargo, en las encuestas realizadas a ciudadanos de estos países, por ejemplo EE.UU., los entrevistados dicen que su país está en decadencia, que sus padres vivían mejor, que no pueden soportar el estrés y que a sus hijos les espera un futuro decadente. Esta tendencia pesimista ya se daba en las encuestas anteriores a los atentados del 11 de septiembre de 2001, es decir que la opinión actual puede ser peor. De hecho, el porcentaje de norteamericanos que se consideran felices no ha variado desde 1950 porque, aunque los ingresos medios se han duplicado desde entonces, las enfermedades mentales a consecuencia del estrés, como la depresión unipolar, son 10 veces más frecuentes que hace 50 años. Datos similares se dan en Japón y en Europa, lo cual nos hace pensar que quizá la sociedad occidental ha perdido el rumbo con tanta producción de bienes materiales y está ocasionando un estrés y unas exigencias mentales por los que la población no puede disfrutar de esos logros².

Como es fácil entender, es improbable que un Informe SESPAS sea capaz de interrogarse por todos los aspectos que caracterizan nuestra «sociedad del malestar». Por otra parte, muchas de las revisiones que se pueden sugerir suelen tener cabida en otros formatos: GACETA SANITARIA, *Revisiones en Salud Pública*, etc., o son análisis que se publican (mortalidad, enfermedades de declaración obligatoria, evolución del virus de la inmunodeficiencia humana/sida, etc.), por eso nos centraremos en los aspectos puntuales y relevantes en los que *a priori* son esperables los desajustes en la salud y en el sistema sanitario españoles.

Parte 1. Vivir, enfermar y morir en una sociedad opulenta

En este apartado del Informe analizamos la influencia de la migración en la estructura poblacional, la magnitud de los diversos problemas de salud en aumento en el mundo desarrollado (diabetes mellitus, suicidio y lesiones) y los efectos adversos de la propia asistencia sanitaria.

Los cambios en la dinámica de poblaciones implican patrones distintos de morbilidad, así como el envejecimiento de la población, la prolongación de la vida, el aumento de familias monoparentales, la incorporación de la mujer al trabajo fuera del domicilio, el pro-

ceso de urbanización y el consiguiente desarraigo de los vínculos familiares tradicionales. La población en la segunda mitad de este siglo será más vieja, con familias menos estructuradas, abundarán los hijos únicos, que casi no tendrán tampoco ni tíos ni primos, y serán frecuentes los fenómenos inesperados relacionados con las migraciones³.

El efecto de la inmigración en la pirámide de población española es fundamental. En septiembre de 2005 los ciudadanos extranjeros suponían ya el 9% de la población, unos 4 millones de personas. Aunque no se resuelve nuestra baja fecundidad, las mujeres extranjeras están mejorando decisivamente la natalidad española. En el año 2003 fueron responsables del 12,2% de los nacimientos y en los últimos 8 años los partos de inmigrantes han aumentado un 350%, frente a sólo un 10% de las españolas. Si bien las extranjeras aportan un número creciente de niños porque llegan más mujeres en edad fértil, en la medida en que éstas vienen a trabajar y adoptan progresivamente las pautas de natalidad del lugar al que llegan, su promedio de hijos está bajando, de forma que será muy difícil alcanzar el nivel de reemplazo generacional (2,1 hijos)⁴. La reciente regularización administrativa de inmigrantes ha incrementado notablemente la contribución de éstos al fondo de la Seguridad Social. Al ser una población mayoritariamente joven suele gozar de buena salud y consumir pocos recursos sanitarios, excepto que concurren situaciones sociales conflictivas o determinados procesos mórbidos, como es el caso de la tuberculosis importada⁵. Pero: ¿qué ocurrirá cuando la población inmigrante envejezca?

Entre las enfermedades vinculadas con el desarrollo, la diabetes mellitus está adquiriendo una importancia creciente por su relación con la sobrealimentación, con el sedentarismo y con la obesidad. En el año 2002 la diabetes fue la séptima causa de muerte en España, con 9.754 casos. De los datos difundidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 14 de noviembre del año 2004, con motivo del Día Mundial de la Diabetes, cabe destacar, en primer lugar, que cerca de 200 millones de personas tienen diabetes en el mundo (2,5 millones en España) y que la incidencia va en aumento, y se espera que llegue a 330 millones en 2025. En segundo lugar, la OMS informaba que cada año mueren en el mundo 6,2 millones de personas por enfermedades derivadas de la diabetes y que entre el 5 y el 10% del gasto sanitario mundial se emplea en esta enfermedad y en sus secuelas cardiovasculares. En este sentido, la diabetes ha pasado de considerarse una enfermedad estrictamente metabólica a una enfermedad cardiovascular de origen metabólico; de hecho la mortalidad por cardiopatía isquémica es entre 2 y 3 veces más elevada en los diabéticos.

Según la OMS, en el futuro la diabetes se incrementará con los 22 millones de niños menores de 5 años

con sobrepeso que hay en el mundo (17 millones viven en países pobres), el 90% de los cuales acabará desarrollando la enfermedad. En EE.UU., entre 1960 y 2000 la prevalencia de diabetes diagnosticada ha crecido del 1,6 al 4,2% en personas con sobrepeso, y del 2,9 al 10,1% en obesos⁶.

El suicidio es la causa de defunción en el 15% de los pacientes depresivos⁷ y para el año 2020 la depresión mayor unipolar será la segunda causa con mayor carga de enfermedad en el mundo con un 5,7% del total. Actualmente, en los países desarrollados representa el 4,5% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), y es la primera causa de los AVAD en la región americana con el 8%, y la tercera en la región europea con el 6,1%⁸.

La importancia del suicidio como causa de defunción en los pacientes depresivos aumenta cuando consideramos las preguntas a los familiares y médicos de cabecera de los fallecidos por suicidio, porque en un 30-45% de los suicidios consumados la depresión es el antecedente principal. Además, en España se ha objetivado tanto una tendencia creciente en el reconocimiento del suicidio como causa de muerte⁹ como un incremento de los suicidios. Por ejemplo, en Galicia, donde se ha pasado de 6/100.000 a 10/100.000 entre 1976 y 1998, y donde afecta cada vez más a personas jóvenes¹⁰.

Los accidentes laborales, de tráfico y domésticos también son propios de las sociedades desarrolladas y merecen un tratamiento propio en este Informe. De hecho, la tendencia de los accidentes de tráfico es creciente en todo el mundo y puede llegar a representar la tercera causa de carga de enfermedad en el año 2020, después de la cardiopatía isquémica y la depresión unipolar. En España, aproximadamente 5.100 personas sufren cada día un accidente en su casa o durante el ocio y fallecen 1.100 personas cada año por estas causas; 1.033 fallecen por accidente laboral y 4.170 víctimas de accidentes de tráfico en 2001¹¹. En el trabajo, se producen diariamente 2.700 lesiones y fallecen 3 trabajadores cada día¹².

La actividad de los sistemas sanitarios induce su propia patología. Ya no es necesario acudir a los presagios apocalípticos de Iván Illich para darse cuenta de que muchas intervenciones sanitarias aportan unos beneficios marginales inferiores a los riesgos o a los costes que suponen¹³. Es el caso de EE.UU., donde la combinación de errores médicos y efectos adversos o iatrogénicos produce 12.000 defunciones/año por cirugía innecesaria, 7.000 defunciones/año por errores médicos en hospitales, 20.000 defunciones/año por otros errores hospitalarios, 80.000 defunciones/año por infecciones nosocomiales y 106.000 defunciones/año por efectos adversos de la medicación. En total, 225.000 defunciones/año por causas iatrogénicas, la tercera causa de defunción después de las cardíacas y el cáncer. Entre el 4 y el 18% de los pacientes atendidos ex-

perimentan efectos adversos que pueden estar en relación con el efecto en cascada que se desencadena por el abuso de la alta tecnología¹⁴.

Parte 2. Estilos de vida

Para esta parte del Informe hemos elegido analizar los estilos de vida que implican determinados modelos de interacción con el medio ambiente, así como comportamientos de riesgo reconocidos, como son los trastornos asociados a la dieta occidental y el sedentarismo o las adicciones. Se incorporan dos perspectivas del comportamiento netamente nuevas: el efecto social de la violencia y del estrés cotidianos. Además, se analiza el efecto preventivo de una intervención ajena a los servicios asistenciales (políticas regulatorias preventivas de las lesiones por accidentes de tráfico) y el efecto y las consecuencias de los cribados inducidos por los propios servicios sanitarios.

Se empiezan a agotar los epítetos cuando se habla de la gravedad de las consecuencias de la creciente epidemia mundial de obesidad. Así, la mortalidad anual en EE.UU. por obesidad se ha calculado en 300.000 personas/año, cifra que puede estar subestimada, porque se ha calculado para poblaciones sanas y se han excluido a los muy ancianos¹⁵. En el caso de España, baste decir que las enfermedades y afecciones crónicas asociadas a la obesidad representan la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, ya que alrededor del 8% de las defunciones ocurridas en España a mediados de los años noventa son atribuibles a la obesidad, y que la prevalencia de obesidad en la población adulta española lleva 14 años de incremento continuado¹⁶. En los países desarrollados la obesidad representa entre el 2 y el 8% del gasto sanitario; en España, en torno del 7 %¹⁷.

Una adicción consentida y estimulada en España, el consumo de alcohol, ocasiona 3.833 millones anuales de euros en costes de atención médica y farmacológica de la enfermedad y en pérdidas de productividad laboral como consecuencia del absentismo y de la reducción de la eficiencia. Además, el alcoholismo causó durante el 2001 más de 12.000 defunciones y casi 115.000 accidentes laborales¹⁸.

Otros motivos de preocupación proceden de los datos de la encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas, según los cuales el 27% de los adolescentes admite que se emborrachó en el último mes, una subida del 40% respecto de 2 años antes, en 2002. La edad de inicio en el consumo de alcohol ha pasado de los 15 años en 2002 a los 13 años en 2004. También se constata una intensa asociación entre el consumo de alcohol, cannabis y tabaco.

España es el país europeo donde se consume más cocaína y en los últimos años se ha producido un au-

mento importante en el consumo de las denominadas drogas de diseño o *club drugs*, sustancias asociadas a la cultura *rave* y a la cultura de club, movimientos que buscan ampliar sensaciones mediante la combinación de música electrónica, baile maratoniano y consumo de sustancias¹⁹.

La adicción al juego y a las nuevas tecnologías (videojuegos, Internet, teléfono móvil) generan mecanismos de dependencia y de abstinencia parecidos a los que producen las sustancias psicoactivas. Los trastornos mentales y las conductas adictivas se asocian en lo que se conoce como patología dual, porque muchas afecciones físicas y mentales individuales se originan en sociopatologías colectivas previas, generadas por estilos de vida asimétricos o inconvenientes para el desarrollo armónico del ser humano; la afección individual resulta el eslabón más débil de la correa de transmisión social²⁰.

El estrés es la consecuencia de la dificultad de adaptación a un entorno que se modifica con mucha rapidez, de unas condiciones de vida y de trabajo que nos obligan a cambiar más deprisa que lo que soporta nuestro organismo, y que se manifiesta por insatisfacción, trastornos psicósomáticos y depresión y sus consecuencias. En una reciente encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas, el 26% de los entrevistados manifiesta que siempre termina el día cansado o muy cansado después de sus actividades; la media de horas semanales de trabajo es de 41; el 22,5% de los sujetos hace horas extraordinarias sin compensación económica y sólo el 35,5% puede determinar su horario laboral²¹. Estas condiciones de trabajo están muy relacionadas con el estrés laboral. El futuro de los jóvenes de nuestro país tampoco parece muy halagüeño, por la precariedad laboral, los cambios frecuentes de empleo que les impiden adquirir experiencia y la deslocalización del trabajo (alejado de la protección de sus vínculos familiares). No es extraño que 3 de cada 4 jóvenes consideren que viven de una manera hostil y competitiva, aunque por ahora el 70% está satisfecho con su vida, según los estudios del Instituto de la Juventud²².

La violencia está muy presente en la vida cotidiana. La información sobre hechos violentos prima en las páginas de los diarios y en las parrillas informativas; estamos tan acostumbrados a la impregnación informativa y a la cercanía de los hechos violentos que puede que estemos asistiendo a una aceptación acrítica de la violencia estructural y que, de alguna manera, ese conformismo acarree una especie de legitimación social, o cuando menos asimilación, de la violencia.

Algunas de las medidas preventivas aplicadas sobre determinados comportamientos o estilos de vida con probado éxito son competencia de servicios o administraciones públicas no sanitarias; pensemos, por ejemplo, en las políticas públicas destinadas a re-

ducir el consumo de tabaco o la frecuencia y la mortalidad de los accidentes de tráfico. En el caso de la utilización del cinturón de seguridad, su uso generalizado en cualquier asiento y en todos los desplazamientos podría evitar la pérdida de 1.000 vidas en nuestro país.

El control de la alcoholemia es otra de las intervenciones públicas con marcado efecto positivo en los accidentes de tráfico, especialmente en los jóvenes y durante los fines de semana, porque la bebida es la causa del 80% de los accidentes de tráfico atribuibles a un error humano y porque los accidentes de tráfico son la primera causa de defunción en los menores de 40 años. Hay subgrupos de lesionados en accidente de tráfico con alcoholemia positiva, la cual es mayor en varones, en accidentados ingresados y en atendidos en fin de semana de noche o de madrugada²³, en los que las intervenciones preventivas deberían intensificarse.

La «medicalización» de la vida también alcanza a las medidas preventivas y la idea de que el diagnóstico temprano siempre resulta beneficioso está muy arraigada. Sin embargo, en algunos casos no tiene ningún efecto en la salud de la persona afectada; es más, en ocasiones el proceso que conduce a un diagnóstico temprano puede resultar perjudicial para el individuo. El cribado tiene como objetivo reducir la morbilidad y la mortalidad derivadas de la enfermedad en la población participante y el éxito de un programa de cribado depende de la relación entre las características de los procedimientos de cribado y la efectividad de los tratamientos precoces. Pero además, los cribados están sujetos a unas implicaciones éticas que son distintas de las de la atención sanitaria con intención curativa o rehabilitadora y buscada por el propio individuo. Aquí, es el sistema sanitario el que ofrece el servicio a personas que *a priori* están sanas: el análisis de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia es especialmente necesario y exigible.

Parte 3. Recursos asistenciales y utilización

El primer artículo de esta parte analiza en qué medida podemos confiar en disponer de una financiación sanitaria suficiente y adecuada. El nivel del gasto sanitario total por persona en España, público y privado, es relativamente moderado, según los últimos datos disponibles, cuando se compara con la mediana de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Sin embargo, los resultados de estudios recientes indican que no es del todo cierto que el gasto sanitario total por persona sea demasiado bajo, puesto que el gasto total por persona en España es muy cercano al que corresponde a su estado actual de desarrollo económico y al conjunto de determinantes co-

nocidos del gasto sanitario. El gasto sanitario público por persona, en cambio, se sitúa claramente entre un 6 y un 12% por debajo del nivel que correspondería a nuestro país de acuerdo con el nivel de renta y las características socioeconómicas. Así pues, lo que aparece como bajo no es el gasto sanitario total sino el gasto sanitario público.

Los artífices de la actividad del Servicio Nacional de Salud (SNS) son los 420.000 médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios y no sanitarios²⁴. La evolución de su desempeño en los 20 años anteriores se ha caracterizado por un elevado grado de cualificación profesional y por una probada dedicación asistencial y compromiso con el sistema. Algunos de los problemas que acechan la suficiencia de mano de obra asistencial son la emigración a países próximos en mejores condiciones laborales, el déficit de especialistas en algunas disciplinas medicoquirúrgicas y la próxima jubilación de un gran número de trabajadores que se incorporaron a los hospitales y a la atención primaria a principios de los años ochenta. La progresiva feminización de la profesión médica (el 40,7% de los médicos menores de 30 años son mujeres) introduce otras variables que habrá que considerar a la hora de calcular las necesidades laborales del SNS.

La sobreutilización, infrutilización y mala utilización de los servicios sanitarios tienen un efecto importante en términos de costes económicos para el sistema, resultados negativos para la salud y problemas de equidad en el acceso a la atención sanitaria. Por ello, los estudios sobre la utilización de servicios, incluidos los que ponen de manifiesto las variaciones en la práctica médica, son muy necesarios para poner en evidencia el problema y buscar modelos explicativos plausibles y replicables en distintas situaciones y entornos²⁵.

Aunque los informes de la OMS sobre la salud en el mundo y los sistemas sanitarios no están exentos de controversias, tanto en sus aspectos metodológicos como en los resultados conceptuales y en las implicaciones políticas, parece probado que en los países con peores expectativas de vida el 18% de los años se viven con discapacidad, frente al 8% en los países con más expectativas; que las reducciones de la mortalidad se acompañan de reducciones en la discapacidad; que el aumento en la provisión de servicios de salud *per capita* incrementa la expectativa de vida y que la elevada expectativa de vida al nacer se asocia a una comprensión de la morbilidad²⁶. Todos estos indicadores se han enriquecido con la utilización de otros específicamente dirigidos a medir la efectividad de los sistemas sanitarios, como la hospitalización evitable, la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable o las condiciones de salud sensibles a los cuidados ambulatorios.

Frecuentemente la investigación médica y la farmacovigilancia nos sorprenden con advertencias sobre

los riesgos de la sobreutilización o la inadecuada indicación de recursos diagnósticos o terapéuticos, de forma que cobra sentido la propuesta de defendernos de los abusos del propio sistema sanitario, de practicar lo que se conoce como prevención «cuaternaria». Podemos recordar la retirada de la cerivastatina por la mortalidad causada, los problemas y medias verdades en torno de la comercialización y los efectos secundarios de los antiinflamatorios denominados «coxibs» o los múltiples ejemplos de encarnizamiento terapéutico con las mujeres, el más reciente el incremento de casos de cáncer de mama por la utilización de la terapia hormonal sustitutiva²⁷. La próxima amenaza tiene como protagonista las desmedidas expectativas que despierta la terapia genética.

El llamado cuarto pilar del estado de bienestar, la atención a la dependencia, también es objeto de interés en este Informe. El envejecimiento de la población española proporcionará 3 millones de personas dependientes en el año 2010. Hoy día el 9% de la población española padece algún tipo de discapacidad y casi 1 millón de personas necesitan ayuda diaria. Sin embargo, los servicios sociales sólo atienden al 9,4% de la población mayor. En el 86% de los casos de dependencia es la familia la que proporciona los cuidados, y cuando esto es así en el 83% de las situaciones las mujeres son las cuidadoras²⁸.

El umbral de la tolerancia a la frustración es cada vez menor en unas sociedades desarrolladas donde el consumo es un valor hegemónico y la «medicalización» de la vida cotidiana es la norma. Por eso no es extraño que se haya producido un incremento tan espectacular del consumo de medicamentos, especialmente psicótropos, porque las personas buscan en los fármacos la solución a problemas personales o sociales.

El consumo de antidepresivos coincide con el incremento de los diagnósticos de depresión y con la comercialización de los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS). Si bien ha mejorado la sensibilidad diagnóstica de las entrevistas clínicas, alcanzándose una prevalencia de depresión de entre el 3 y el 9%, también se ha producido un desplazamiento de lo que antes se denominaban trastornos por angustia, con el auge de las benzodiacepinas, a lo que ahora se considera depresión, con el auge de los ISRS²⁹. Desde el punto de vista del gasto, la suma de neurolépticos y de antidepresivos representa el 24% del gasto producido por los 35 medicamentos más consumidos³⁰.

El peso relativo del gasto farmacéutico es la partida más significativa del gasto sanitario total: representa el 21% de ese gasto en 2001 y un total de 9.647,50 millones de euros en 2004³⁰. Por eso, en el último artículo de esta parte se analizan los criterios de compra y distribución de medicamentos en los hospitales y los problemas de la comercialización en las farmacias comunitarias.

Parte 4. Ecosalud y participación social

En esta parte se presentan tres artículos destinados a conocer la influencia en la salud humana de las alteraciones del ecosistema, tanto en el medio ambiente en que se desenvuelve como en el propio cuerpo, donde las agresiones pueden alterar el equilibrio con los organismos microscópicos con los que convivimos, y donde los cuidados de la salud y las mejoras en las condiciones de vida conducen a la cronificación de las enfermedades. En otros dos textos se analiza la respuesta social a las políticas de salud desde la perspectiva de la participación comunitaria y de la información sanitaria.

Las recientes catástrofes ocasionadas por los huracanes Katrina y Wilma en la costa del sur de EE.UU. y en el Caribe han elevado el interés social por las consecuencias del calentamiento global del planeta. La contaminación atmosférica causa miles de muertos al año en Europa. Los estudios de series temporales de los 10 últimos años evidencian una relación directa, independiente y positiva entre contaminación atmosférica y enfermedades circulatorias³¹. Los valores de la concentración de partículas en suspensión en el ambiente se asocian con las urgencias por asma, con los ingresos por enfermedades circulatorias y con las defunciones diarias³². Pero la destrucción de la capa de ozono por la contaminación no es la única agresión que nos amenaza, también en lo que comemos está el peligro, ya que se han detectado trazas de pesticidas y de plaguicidas en un elevado porcentaje de frutas y verduras³³.

Cuando se incrementa el uso de los antibióticos aumenta la frecuencia con que aparecen cepas de gérmenes resistentes, y la utilización de los antibióticos es la norma en muchas esferas de la vida humana, y no sólo en los casos de enfermedad. Los antibióticos aparecen en los productos de limpieza, en los alimentos de consumo humano y en los tratamientos veterinarios para mejorar la producción animal, de forma que al entrar en la cadena trófica el exceso de consumo de antibióticos se convierte en un problema de salud pública por las resistencias que puede generar. España y Francia están a la cabeza en resistencias bacterianas en Europa³⁴.

La elevada comorbilidad, que afecta a más del 70% de los pacientes mayores de 70 años que viven independientes³⁵, complica la organización de los cuidados, al plantear, necesariamente, intervenciones sobre más de una enfermedad, de forma que, si las enfermedades crónicas y sus repercusiones en la vida cotidiana de los pacientes son la esencia de la medicina y de la enfermería de atención primaria, el manejo de los pacientes con comorbilidad representa un cambio radical en la práctica clínica y acrecienta la importancia de la continuidad y de la longitudinalidad de los cuidados, y

plantea un reto a las políticas de salud, porque condiciona la distribución de los recursos asistenciales y sociales y el gasto.

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo. La aplicación de este concepto, ampliamente reconocido en el ámbito internacional, supondría dotar a la sociedad de los elementos necesarios para ejercer su poder de decisión y capacidad de control. A pesar del tiempo transcurrido desde ese reconocimiento, la aplicación de la participación comunitaria permanece aún cargada de confusión y polémica. Se da una escasa congruencia entre los discursos participativos y las prácticas a que ha dado lugar y parece hasta ahora más fácil hablar de participación, e incluso estar de acuerdo en lo teórico, que incorporarla a la práctica cotidiana del sistema sanitario³⁶.

La información sobre salud en los medios de comunicación social goza de un éxito y de una presencia crecientes. La influencia atribuida a los medios de comunicación es tal que ningún acontecimiento relacionado con la salud que se precie de importante alcanzará la categoría de tal si no sale en los medios. La difusión pública de las innovaciones médicas y tecnológicas se convierte en un requisito para lograr su éxito, no basta con la publicación científica. El problema surge en la traslación de la información científica a los medios profanos, en la procedencia de la información y en la profesionalidad y capacitación del periodista para trasladarla con fidelidad, y también, por qué no, en el interés de los profesionales sanitarios por extender la información buscando alianzas con los medios de comunicación para colocar sus demandas (p. ej., sobre las desigualdades en salud) en las agendas políticas y sociales³⁷.

Proceso de elaboración

Durante el verano de 2004 los editores del Informe fuimos decidiendo temas a considerar, posibles primeros autores a quienes encargarles la redacción e incluso el enunciado de los temas. En octubre de 2004, aprovechando la celebración en Cáceres del congreso de la Sociedad Española de Epidemiología, conseguimos acordar la estructura, el número de artículos y los primeros autores deseados para escribir el Informe. En los pasillos del Convento de San Francisco, lugar donde se celebraba el congreso, empezamos a asediar a los autores y a recibir las primeras aceptaciones.

Todos los contactos se cerraron a finales de noviembre, concediéndose un plazo de 6 meses para en-

INTRODUCCIÓN

tregar un primer manuscrito. Todos los primeros autores recibieron una carta personal de invitación y agradecimiento, así como un esquema de la filosofía y los objetivos del Informe y una adaptación de los criterios formales de GACETA SANITARIA. Aunque se trata de artículos encargados, hemos tratado de aproximarnos al formato de artículo de revisión en la estructura solicitada.

Los primeros manuscritos se empezaron a recibir a finales de mayo de 2005. Todos ellos se han revisado por dos de los editores, o por uno de los editores y un experto. Algunos textos han recibido comentarios de tres o incluso cuatro revisores. Los comentarios a los autores se enviaron entre junio y julio de 2005. Las versiones definitivas se terminaron de recibir a finales de octubre de 2005.

Analizar críticamente los problemas que plantea a la salud el modelo de vida de los países desarrollados fue un proceso estimulante y cargado de dudas. Era la primera vez que desde SESPAS se trataba de recoger información que pusiera en evidencia las contradicciones de una sociedad tan poderosa (y que, paradójicamente se autoproclama «sociedad del malestar»), intentando no conformarse con describir los efectos, sino interrogarse por las causas. Aunque no era posible abarcar todos los temas que hubiéramos deseado, y aunque no siempre los autores han logrado la información más apropiada, por ausente, para conseguir el objetivo propuesto, creemos que los artículos obtenidos describen bien las carencias de los servicios de salud y los inconvenientes de los estilos de vida propios del desarrollo.

Si tenemos en cuenta que los autores de este Informe han realizado su trabajo de manera totalmente altruista, no podemos más que expresar reconocimiento por el esfuerzo intelectual realizado, y agradecimiento por los costes personales empleados en la consecución del producto final. Esperamos que los autores vean recompensado su esfuerzo con la difusión del Informe y con la repercusión profesional y científica que no dudamos lograrán sus magníficos textos.

Bibliografía

- Robles González E, García Benavides F, Bernabeu Mestre J. La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Rev Esp Salud Pública*. 1996;70:221-33.
- Easterbrook G. *The progress paradox*. New York: Random House Trade Paperback; 2004.
- Cohen JE. Human population: the next half century. *Science*. 2003;302:1172-5.
- Monllor C, Gómez J. La natalidad y la fecundidad de la población inmigrante en España. *Nimbus. Revista de Climatología, Meteorología y Paisaje*. 2004;13-4:143-65.
- Arce A, Martínez JI, Cabello L, Burgoa M. Tuberculosis e migración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución en la década 1994-2003. *Med Clin (Barc)*. 2005;125: 210-2.
- Gregg EW, Cheng YJ, Cadwell BL, Imperatore G, Williams DE, Flegal KM, et al. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *JAMA*. 2005;293:1868-74.
- WHO. *World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184:386-92.
- Ayuso-Mateos JL. Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:181-6.
- Vidal-Rodeiro CL, Santiago-Pérez MI, Paz-Esquete J, López-Vizcaino ME, Cerdeira-Caramés S, Hervada-Vidal X, et al. Distribución geográfica y temporal del suicidio en Galicia (1976-1998). *Gac Sanit*. 2001;15:389-97.
- Estudio de la mortalidad a 30 días por accidentes de tráfico. [Accedido 13 Nov 2005]. Disponible en: www.msc.es/enfermedades/Lesiones/accidentes/accidentes_Trafico/pdf/morAcc.Trafico2_2.pdf.
- Durán F, Benavides FG. *Informe de Salud Laboral, España 2004*. Barcelona: Altelier; 2005.
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5:47-53.
- Starfield B. Is US Health Really the Best in the World? *JAMA*. 2000;284:483-5.
- Flegal KM, Willianson DF, Pamuk ER, Rosenberg HM. Estimating deaths attributable to obesity in the United States. *Am J Public Health*. 2004;94:1486.
- Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:196-7.
- González López-Valcárcel B. La obesidad como problema de salud y como negocio. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2005;7: 83-7.
- García-Sempere A, Portella E. Los estudios de coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones*. 2002;14 Supl 1:141-53.
- Abanades S, Peiró AM, Farré M. *Club drugs*: los viejos fármacos son las nuevas drogas de la fiesta. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:305-11.
- Altarriba FX. Las nuevas adicciones. *El Médico*, 19-03-04, p. 12-8.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. *Barómetro Mayo 2005; estudio 2607*. [Accedido 13 Nov 2005]. Disponible en: <http://www.cis.es/file/viewfile.aspx?.field:2876>
- Instituto de la Juventud. *Sondeo de opinión y situación de la gente joven (2.ª encuesta de 2004)*. [Accedido 13 Nov 2005]. Disponible en: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1032916592&menuId=1973816276>.
- Martínez X, Plasencia A, Rodríguez-Martos A, Santamaría E, Martí J, Torralba L. Características de los lesionados por accidente de tráfico con alcoholemia positiva. *Gac Sanit*. 2004;18:387-90.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2004.
- Bernal E, Martínez N, Librero J, Sotoca R por el grupo VPM-IRYSS. Necesidad u oferta: ¿qué hay detrás de las variaciones geográficas de la práctica? *ATLAS VPM*. 2005;1:5-10.
- Mathers CD, Sadana R, Salomón JA, Murria CJL, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*. 2001;357:1685-91.
- Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003;362:419-27.
- Las personas mayores en España 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales; 2005.
- Ortiz A, Lozano C. El incremento de la prescripción de anti-depresivos. *Aten Primaria*. 2005;35:152-5.

30. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el SNS en 2004. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005;29:49-53.
31. Tenías JM, Ballester F. Evidencias sobre la relación entre la contaminación atmosférica y las enfermedades del sistema circulatorio. *Gac Sanit*. 2002;16 Supl 2:12-28.
32. Ballester F, Iñiguez C, Pérez-Hoyos S, Tenías JM. Contaminación atmosférica por partículas y salud en Valencia, 1994-1996. *Gac Sanit*. 2002;16:464-79.
33. Vicente A, Arqués JF, Villalba JR, Centrich F, Serrahima E, Llevaría X, et al. Plaguicidas en la dieta: aportando piezas al rompecabezas. *Gac Sanit*. 2004;18:425-30.
34. Goznes H, Ferech M, Stichele RV, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europa and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365:579-87.
35. Corrales D, Palomo L, Magariño MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria*. 2004;33:426-33.
36. Ruiz Jiménez JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; 2005.
37. Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. What can doctors do to reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:449.