

## **DISCURSO DE APERTURA**

leído por el Académico de Número

**Ilmo. Prof. Dr. D. Enrique Viviente López**

el día 26 de enero de 1996.

En la inauguración del curso académico de la

**REAL ACADEMIA DE MEDICINA  
Y CIRUGÍA DE MURCIA**

**SITUACIÓN SANITARIA MUNDIAL Y FACTORES  
DETERMINANTES DE LA MISMA**

Tal como indicamos en el título de esta conferencia, vamos a intentar exponer la situación sanitaria mundial y analizar la importancia que en salud pública tiene el conocimiento y control de los denominados determinantes de la salud, por su influencia en la protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Recuerdo que hace aproximadamente doce años, en este mismo lugar y como consecuencia de mi ingreso en esta Real Academia de Medicina, hablamos sobre el tema "Salud y Enfermedad en los umbrales del año 2000". Comentamos entonces el 6º informe de la OMS sobre la situación sanitaria mundial y comprobábamos la terrible situación existente sobre todo en los países en vías de desarrollo y dentro de estos en el grupo de los denominados "menos adelantados". Esta situación motivó que la ONU y la OMS consideraran la salud para todo un objetivo universal para el año 2000, añadiendo a este deseo de naturaleza sanitaria la necesidad de paz y bienestar para todos los habitantes de todos los pueblos del mundo. Es evidente el fracaso, al menos hasta ahora, de este segundo objetivo como lo confirman los recientes conflictos bélicos de Ruanda, la antigua URSS y sobre todo Bosnia, no siendo necesario insistir en la enorme repercusión que sobre la salud en su triple aspecto físico, mental y social tienen las guerras en las poblaciones que desgraciadamente las sufren, además de los daños materiales que estos conflictos originan.

En estos países en vías de desarrollo la patología dominante se origina como consecuencia de la pobreza y el subdesarrollo que siempre la acompaña, apareciendo las enfermedades de mayor incidencia como consecuencia de la falta de recursos económicos y al mismo tiempo sanitarios. No hay por tanto agua corriente, depuración de residuales, la alimentación es totalmente insuficiente y sin ningún control sanitario de los alimentos que se consumen, la asistencia sanitaria es muy deficiente y sin programas de protección de la salud y prevención de la enfermedad. En ese sexto informe, ya mencionado, se nos indicaba que en muchos países las tasas de mortalidad infantil representan más del 50% del total de defunciones. Decía el entonces director general de la OMS DR. Mahler: "como podemos hablar de progreso cuando un niño recién nacido en algunas zonas de África tiene tan sólo un 50% de posibilidades de llegar a la adolescencia, cuando cuatro quintas partes de la población mundial que viven en barriadas míseras y en las zonas rurales no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención de salud; cuando solamente una de cada tres personas de los países mencionados tiene acceso razonable al agua potable y a un saneamiento adecuado. La esquistosomiasis afecta a 200 millones de personas y esa misma cifra son los que padecen la variedad bancroftiana de filariasis, provocando la variedad de oncocercosis 30 millones de afectados de la denominada ceguera de los ríos, con poblados en muchas zonas del Congo con un 70 u 80% de la población ciega por esta causa. Cada año aparecen 150 millones de casos nuevos de paludismo, falleciendo anualmente cinco millones de niños solamente por problemas diarreicos". A todo esto, habría que añadir las enfermedades más conocidas como la tuberculosis, poliomielitis, sarampión, meningitis, enfermedades respiratorias, etc. que ocasionan una altísima morbilidad y mortalidad.

Esta era la situación sanitaria, muy resumida, del citado 6º informe de la OMS, y es curioso que en el mismo se subraya que la malnutrición de la abundancia se ha convertido en uno de los mayores problemas sanitarios de los países industrializados al conducir a la obesidad, diabetes, arterioesclerosis, enfermedades cardiovasculares, etc.; es decir, a las más denominadas enfermedades de la civilización<sup>1</sup>.

¿Qué ha sucedido diez años después? ¿Cuál es pues la situación actual? Hemos de decir en primer lugar la preocupación que las crecientes restricciones financieras de los estados miembros de la OMS está produciendo, ya que se están limitando las mejoras sanitarias en muchas naciones con las implicaciones sociales y políticas que conllevan las desigualdades entre los distintos grupos poblacionales; la cual ha provocado que los órganos deliberantes del organismo sanitario internacional pidieran a la organización que hiciera a partir de 1004 evaluaciones anuales de la situación sanitaria mundial y de las necesidades prioritarias. Asimismo, solicitaron que se elaborara a partir de 1995 una publicación anual indicando los principales problemas de salud pública prioritarios para la acción internacional.

En consecuencia, en este año pasado, finalizado hace unos días, se ha publicado “El informe sobre la salud en el mundo 1995” y en su presentación el director general de la OMS Iroshi Nakajima, nos advierte de la poco halagüeña situación sanitaria a nivel mundial, diciéndonos, al mismo tiempo, que la causa principal de enfermedad y muerte en el mundo es la pobreza. Esta ejerce sus efectos destructores en todas las etapas de la vida humana y para la mayoría de sus víctimas sólo una muerte prematura permite escapar de ella. Existen países del grupo de los menos desarrollados con menos de 4 dólares americanos por persona y año de presupuesto para cuidados de salud, cantidad inferior a la que habitualmente lleva en el bolsillo la gente de los países industrializados<sup>2</sup>.

En este último decenio las diferencias entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo se han intensificado notablemente, así como en los diferentes países de este último grupo, e incluso entre grupos poblacionales dentro de un mismo país.

Según estimaciones realizadas en 1993, un habitante de alguno de los países menos desarrollados del mundo tiene una esperanza de vida al nacer de 43 años. En los países avanzados esta esperanza de vida es de 78-79 años. Pero todavía hay algo que nos asombrará más, y es que de aquí al año 2000 esas cifras van a disminuir aún más, hasta los 42 años en cinco países, mientras que en los industrializados se pasará de los 80. Dense cuenta del siguiente ejemplo: en un solo día de travesía los pasajeros de un avión que viajen de Japón a Uganda dejarán un país con la mayor esperanza de vida (80 años) para llegar al país con la menor (42 años); o bien en un vuelo de unas pocas horas entre, por ejemplo, Francia y La Costa de Marfil nos encontraremos con una diferencia en la esperanza de vida de 26 años, y en un vuelo muy corto entre Haití y La Florida hallamos una diferencia de 19 años.

Es también cierto que, dentro de esos países en desarrollo, algunos de sus indicadores sanitarios están mejorando, pero aún hasta el año 2000, 45 países al menos tendrán todavía una esperanza de vida inferior a los 60 años.

¿Cuáles son las prioridades sanitarias a nivel mundial? ¿Qué enfermedades son las que ocasionan mayor mortalidad, morbilidad, incapacidades e incluso mayor sufrimiento en estas poblaciones? Es bastante difícil responder a estas preguntas dada la poca fiabilidad de muchos datos, escasez de instrumentos que permitan medir el estado de salud de esas poblaciones menos favorecidas, pero quizá los procedimientos mejores y más utilizados de que disponemos consisten en estudiar las causas de mortalidad, incidencia y prevalencia de algunas enfermedades, mortalidad infantil, etc. Los datos obtenidos nos indican que a nivel mundial las enfermedades que ocasionan mayor mortalidad son las infecciosas y parasitarias con un total de 16.445.000 defunciones al año, y de esta cifra 16.310.000 corresponden a los países en vías de desarrollo, suponiendo el 41,5% del total de fallecimientos en esas mismas

comunidades, y los 135.000 restantes ocurrieron en los países adelantados, lo que representa solo el 1,2% del total de sus fallecimientos.

Siguen en segundo lugar las enfermedades cardiovasculares con cerca de 10 millones de muertes al año y son causa del 46,7% del total de fallecimientos en los países desarrollados, es decir, casi la mitad de todos los fallecimientos en estos países es debido a esta causa, mientras que en los en vías de desarrollo son responsables de sólo el 10,7% del total.

El cáncer ocasiona más de 6 millones de defunciones anuales, suponiendo el 22% de fallecimientos en los países desarrollados y el 9% en los en vías de desarrollo.

Las denominadas causas externas de defunción (accidentes y los actos de violencia) producen alrededor de 4 millones de víctimas mortales, correspondiendo de esta cifra 3 millones a los países en desarrollo, es decir, el 8% del total de fallecimientos, cifra aproximadamente igual que en los países desarrollados con el restante millón de defunciones (7'5%).

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las causas perinatales y natales, otras causas y causas desconocidas completarían la cifra total estimada de 51 millones de defunciones anuales.

Hemos podido apreciar que el 99% de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias ocurre en los países pobres, pero dentro de esa patología infecciosa ¿cuáles son las enfermedades que más daño ocasionan? Estudiando los indicadores de morbilidad y sobretodo su incidencia (número de casos nuevos que se producen cada año de una determinada enfermedad) y la prevalencia (casos existentes en un momento determinado) podremos comprobar que la enfermedad con una mayor incidencia y que más muertes ocasiona es la diarrea en los menores de 5 años, y así la disentería ocasiona la muerte de 3 millones de esos niños al año, siendo incalculable conocer el número de casos que se producen de estos procesos anualmente.

A continuación, siguen en importancia las enfermedades de transmisión sexual con una incidencia de 297 millones de casos nuevos por año. Las infecciones agudas de las vías respiratorias, como la neumonía, también en los menores de 5 años provoca 248 millones de casos por año, la mayoría en países en vías de desarrollo, que la sufren además con una mayor gravedad como consecuencia de la malnutrición, insuficiencia de peso al nacer, etc. La solución viable en estos casos para reducir la alta mortalidad sería el tratar las infecciones bacterianas iniciales con antibióticos y poco coste durante algunos días, ya que 4 millones de niños mueren cada año (un niño cada 8 segundos) en razón de una penuria de antibióticos apropiados que administrados oralmente durante 5 días y con una media de coste de 30 pesetas por niño tratado reduciría drásticamente la mortalidad.

Todavía es muy alta la incidencia de tétano neonatorum por contaminación en el momento del parto al cortar el cordón con material no aséptico o después del parto al infectarse la herida umbilical por diversas aplicaciones sobre la misma. El tétanos neonatorum mata a 8 de cada 10 niños afectados, ocasionándole la muerte a más de medio millón de niños en 1993. El programa ampliado de inmunizaciones de la OMS que se está llevando a cabo en estos países está vacunando a la población infantil de difteria, tétanos, tosferina, polio, sarampión y tuberculosis. Pues bien, sobre la base de la cobertura notificada y de las estimaciones en razón a la eficacia de las vacunas podemos calcular que en 1992 estas inmunizaciones habían evitando la muerte a 3 millones de niños como consecuencia de la

reducción del sarampión, tétanos neonatorum y tosferina, y evitando más de medio millón de casos de poliomielitis. Pero a pesar de este excelente dato, en ese mismo año todavía fallecían 2 millones de niños como consecuencia del sarampión, tétanos y tosferina y se declararon más de 114.000 nuevos casos de polio.

A propósito de la difteria, creo que es conveniente resaltar que fuera de los países a los que nos estamos refiriendo, es decir, en zonas donde esta enfermedad prácticamente había desaparecido ha comenzado nuevamente a resurgir, me refiero a los países de la Europa del Este y de la Federación Rusa y de Ucrania, como consecuencia de la reducción de la cobertura vacunal en estos países.

El reumatismo polioarticular con sus complicaciones cardíacas es también un problema mayor en los países en vías de desarrollo y originan 3 de cada 10 ingresos hospitalarios. La tuberculosis, enfermedad controlada sanitariamente en los países adelantados, aunque en aumento actualmente como consecuencia del SIDA. En los países menos adelantados, tiene una gran incidencia, calculándose que en este finalizado año de 1995 se van a declarar cerca de 9 millones de casos nuevos, es decir, mil casos nuevos por hora. Siguen siendo muy altas las cifras de meningitis meningocócica. El cólera sigue originando alta mortalidad y morbilidad en muchos países africanos, asiáticos y en América del Sur, algunos de ellos cercanos a nosotros como sucede con Marruecos. Recordemos la creciente epidemia que ha afectado a Perú, Ecuador, Colombia y otros países sudamericanos. Recordemos también una enfermedad de la que nos habíamos olvidado últimamente produciendo recientemente un importante brote en 1994 en la India, me refiero a la peste bubónica; o el brote de fiebre hemorrágica en Zaire por virus ébola.

La lepra, producida como la tuberculosis por una micobacteria, provoca todavía la aparición de seiscientos mil casos nuevos cada año con una prevalencia de 2 0 3 millones de enfermos.

La principal enfermedad parasitaria, el paludismo, ocasiona un número incalculable de enfermos, así como de pérdidas de jornada de trabajo, gastos en su tratamiento, etc. El plasmodium falciparum es responsable de la mayor parte de los casos en África y más de 1/3 en el resto del mundo, es al mismo tiempo la variedad más peligrosa puesto que en muchas ocasiones afecta al sistema nervioso central. Podemos estimar la mortalidad en 2 millones de personas, el 90% de estos fallecimientos ocurren en África y los restantes por orden decreciente en la India, Sri Lanka, Afganistán, Vietnam y Colombia.

Dentro del capítulo de las enfermedades parasitarias debemos aumentar algo sobre la filariasis en sus diversas variedades y así, en lo referente a la oncocercosis (ceguera de los ríos) la prevalencia actual de la misma podemos cifrarla en 18 millones de afectados, como vemos ha descendido con respecto a las cifras de hace diez años, afectando fundamentalmente a 14 países del oeste africano y con una incidencia de cuarenta mil nuevos casos por año. Las variedades bancroftiana y la dracunculosis, la otra variedad de filariasis también ha decrecido algo, pero siguen siendo un importante riesgo sanitario en muchas regiones del mundo, así como otras enfermedades parasitarias como la esquistosomiasis o la tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño) y americana (enfermedad de chagas).

No podemos por falta de tiempo continuar con las enfermedades parasitarias pero diremos que la cuarta parte de la población mundial sufre parasitosis intestinales crónicas que producen efectos negativos sobre el crecimiento, nutrición y función cognitiva en los niños.

He dejado para el último lugar en la patología infecciosa en los países menos desarrollados a dos enfermedades viriásicas, que creo que por su importancia merecen atención especial, me refiero a la hepatitis B y el SIDA.

La hepatitis B se extiende principalmente por Asia, África subsahariana y en la cuenca del Pacífico; como saben ustedes se transmite a través de la sangre y otros fluidos corporales desde las personas infectadas al compartir agujas, jeringuillas, por relaciones sexuales, etc. La persona enferma de hepatitis puede curar de su enfermedad desapareciendo el virus de la sangre, o bien en algunos casos permanecer como portadora crónica del mismo en su sangre y en este último caso permanecer así el resto de su vida sin ninguna alteración, o bien evolucionando hacia la hepatitis crónica, cirrosis o cáncer de hígado, y por ello hemos de decir que esta enfermedad es la primera causa de esta modalidad de cáncer. Podemos calcular en 350 millones los portadores crónicos del virus y que una cuarta parte de ellos sucumbirán de cirrosis o de cáncer. Su incidencia anual es de 4.200.000 casos, ocasionando en 1993 la muerte a un millón de personas (diez mil por hepatitis fulminante, cuatrocientas mil por cirrosis y seiscientos mil por cáncer de hígado).

Esta grave situación ha ocasionado que 73 países han iniciado desde los últimos meses de 1994 un programa de vacunación contra esta enfermedad en los lactantes, intentándose por parte de la OMS que para 1997 todos los países incluyeran esta vacuna en sus programas nacionales de inmunización. Desgraciadamente no va a ser fácil cumplir este objetivo, pues el coste adicional que supondría la inclusión de esta vacuna en las clásicas sería de un dólar y medio más por vacunación. Con los gastos de administración y distribución el coste total anual para la OMS sería de 200 millones de dólares, cifra que no están dispuestos a compartir algunos de los estados miembros de este organismo sanitario internacional.

EL SIDA, con un mecanismo de transmisión análogo a la hepatitis B, agujas, transmisión sexual, transmisión vertical de madre a hijo, etc. continúa extendiéndose a un ritmo inquietante. A finales de 1994 se estimaba en más de 13 millones de personas infectadas en adultos y, aunque en un principio, los afectados eran principalmente homosexuales y drogadictos, son cada vez más los casos en la población heterosexual. Podremos entender fácilmente el problema que supone que cada día se infecten del virus del SIDA unas 6.000 personas y que en ciertos lugares de África y Asia la propagación se hace imparable. En Tailandia el 20% de las mujeres controladas y el 8% de las que visitan las consultas prenatales están infectadas, siendo prácticamente desconocido el virus en este país antes de 1987; en la India las tasas de infección se han triplicado desde 1992 y lo mismo está sucediendo en China. En África, sobre todo en la región Subsahariana el problema es inquietante.

Resumiendo, podemos decir que en la actualidad el número total de casos acumulados de SIDA a nivel mundial es de un millón y medio (nos estamos refiriendo a casos notificados, porque realmente la cifra estimada está alrededor de 5 millones), la mayoría en África y América, en Europa podemos calcular en unos 150.000 casos. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que la cifra total de infectados a nivel mundial sobrepasa los 20 millones y que en plazo más o menos largo la mayoría desarrollarán la enfermedad. Esperemos que en un plazo no muy lejano podamos disponer de una vacuna efectiva, al vencer el obstáculo que supone la variabilidad antigénica del virus. En Murcia hemos superado los 500 casos.

Otro de los indicadores que hemos comentado de interés para analizar la situación sanitaria es el estudio de la mortalidad infantil, que la vamos a resumir diciendo que según los datos del Informe del Banco Mundial<sup>3</sup> de 1993, de los 50 millones de fallecimientos que se

ocasionan cada año en el mundo 39 millones ocurren en los países en vías de desarrollo y 11 de los desarrollados, y que el 32% de las muertes de esos países en vías de desarrollo suceden niños menores de 5 años, mientras que en los países desarrollados las muertes infantiles sólo suponen el 2% del total.

Vamos ahora más brevemente a comentar cuáles son las enfermedades de mayor morbilidad en los países desarrollados, puesto que hasta aquí prácticamente hemos analizado la situación en los pueblos menos desarrollados.

La Comisión Europea ha presentado recientemente el primer informe sobre el estado de salud de la Unión Europea y contiene datos actualizados a 1994, los cuales indican que Europa Occidental es un continente saludable cuya media de edad aumenta progresivamente.

La población en estos países ha pasado de 320 millones de personas en 1970 a 350 en la actualidad, y este aumento se ha producido a pesar del descenso de la natalidad, es decir, a expensas exclusivamente del descenso de la mortalidad, incrementándose por consiguiente el número de personas de edad avanzada, y esto ocasiona que las causas de mortalidad sean aquellas enfermedades crónicas y degenerativas que afectan fundamentalmente a estas edades de la vida como consecuencia del mayor desgaste orgánico y a un mayor tiempo de exposición a agentes medioambientales.

Son aquí las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte y debido también a su elevada morbilidad provocan importantes incapacidades con costes humanos y económicos enormes, y en este sentido podemos decir que el gasto farmacéutico que ocasionan en España los tratamientos de estas enfermedades supera los 70.000 millones de pesetas. Originan aproximadamente el 50% del total de defunciones, siendo dentro de este grupo de enfermedades cardiovasculares las más importantes la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular y junto a ellas la hipertensión arterial, siendo ésta un importantísimo factor de riesgo para las dos anteriores.

El hecho de que cuando los países han ido avanzando en su desarrollo, al mismo ritmo han ido aumentando las enfermedades cardiovasculares, ha motivado que se llegase a decir que esta patología iba a suponer un importante factor limitativo de ulteriores progresos tecnológicos, pero esto no es así, las naciones pueden progresar y al mismo tiempo conseguir un control de estas enfermedades con modificaciones de sus hábitos, como veremos a continuación.

En España ocasionan el 41% de todas las defunciones, es decir, dos de cada cinco fallecimientos lo son por esta causa predominando el accidente cerebrovascular en las mujeres y la cardiopatía isquémica en los hombres. Un hecho favorable que viene observándose desde 1975 en España y unos pocos años antes en el resto de países de la OCDE es el descenso progresivo de las tasas de mortalidad por estas enfermedades a un ritmo de un 3'75% anual<sup>4</sup>.

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en estos países ocasionando el 22% del total de fallecimientos, aunque en determinadas edades sea la primera causa. En el informe anual sobre el estado de salud en la Unión Europea se indica que esta enfermedad es la primera causa de muerte en los adultos de 34 a 60 años, y así de 600 mil personas que fallecen anualmente en la Comunidad Europea, 4 de cada 10 fallecen por esta causa, siendo el cáncer de pulmón en los hombres y el de mama en las mujeres los de mayor frecuencia. Entre el 2 y el 3% de las mujeres de la comunidad desarrollarán cáncer de mama a lo largo de su vida originando unas 70.000 muertes anuales.

En España los tumores malignos originan alrededor de 80 mil muertes al año (22% el total de los fallecimientos). Es más frecuente en los hombres, siendo en ellos responsables del 25% de su mortalidad y en las mujeres del 18%. Los más frecuentes en orden decreciente son los de pulmón, estómago, próstata, colon y recto en los hombres, y el de mama, estómago, colon y recto en las mujeres. Al contrario de lo que sucede con las enfermedades cardiovasculares, que han ido produciendo un discreto incremento global, calculándose en un 1'16% de media anual.

En lo que se refiere a la supervivencia de los enfermos con este padecimiento, actualmente a los doce meses del diagnóstico continúan con vida el 70% de los diagnosticados, el 60% a los dos años y el 40% a los cinco años, supervivencia que ha ido mejorando como consecuencia de nuevos tratamientos, pero sobretodo como consecuencia del diagnóstico precoz, que podría evitar innumerables víctimas de esta cruel enfermedad.

Los accidentes son la tercera causa de muerte global y la primera causa entre la población joven, con una enorme importancia sanitaria y social por la elevada mortalidad, así como por las innumerables invalideces que ocasiona, con enormes costes económicos derivados. Sólo en relación con el tráfico diremos que al día mueren 685 personas en las carreteras del mundo, y esta cifra que crece incesantemente representa casi la mitad de todas las muertes accidentales. En nuestro país, al igual que en el resto de los países de nuestro entorno, son los accidentes de tráfico los que ocupan por su número y consecuencias mayor preocupación, y en este sentido diremos que en 1994 se produjeron en España alrededor de 80.000 accidentes con víctimas, y de ellas 5.600 mortales. No disponemos aún de datos en relación a 1995 puesto que todavía se está recogiendo información de las diversas regiones a través de la "Dirección General de Tráfico.

En nuestra comunidad autónoma en 1994 se produjeron alrededor de 1.500 accidentes con víctimas, 88 de ellos mortales, ocasionando cerca de 2.300 heridos y 129 muertos. En este pasado año se han producido 1.710 accidentes con víctimas, de ellos 87 mortales con 98 muertos.

Teniendo en cuenta otros tipos de accidentes, el total de los mismos que se producen en España según datos recientes ronda los 3 millones de traumatismos, de los que 600.000 son laborales, 2 millones accidentes domésticos y periodomésticos, más de 130.000 al tráfico rodado y unos 114.000 accidentes deportivos, con un total de 38 muertos diarios, suponiendo entre el 5'5% y el 6% del total de muertes ocurridas en España al año.

Aproximadamente el 8% de los pacientes atendidos en los hospitales lo son por causa de traumatismo y envenenamiento.

Una de las enfermedades más frecuentes es la conocida como EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) hasta el punto que afecta en nuestro país aproximadamente al 20% de los varones fumadores de más de 65 años, y es la cuarta causa más frecuente de mortalidad. En el libro blanco "Impacto Social y Económico de la EPOC en España" patrocinado por la SEPAR y aparecido el pasado año, se muestra la preocupación por este tema dada su frecuencia, así como por el deterioro de la calidad de vida que produce en los afectados, provocando además elevados costes sanitarios y sociales estimados en un 2% del presupuesto total de sanidad, unos 140.000 millones de pesetas al año, es decir un 0'25% del PIB<sup>5</sup>. Es importantísimo hacer hincapié en que el 92% de los casos de EPOC se deben al tabaco, así se desprende de los resultados que se dan conocer en el libro "EPOC, perspectivas actuales" presentado recientemente en Madrid.

Las enfermedades mentales constituyen uno de los grupos mayoritarios de la atención sanitaria tras las enfermedades que hemos comentado anteriormente y representan el segundo o tercer motivo de las consultas médicas. Son muchos millones de personas en el mundo las afectadas por trastornos mentales graves como la esquizofrenia, demencias, epilepsia y otros trastornos menos graves mentales y neurológicos como las neurosis, retraso mental y neuropatías periféricas. De aquí al comienzo del próximo siglo aumentará esta patología y sobre todo la depresión como consecuencia de los cambios en la estructura demográfica de la población con envejecimiento de la misma, el aumento de morbilidad por enfermedades crónicas que ocasionan reacciones depresivas y sobre todo la ruptura de los tradicionales mecanismos protectores por la transformación de nuestro entorno físico y social, aumento del desarraigo, estrés psicosocial, desintegración familiar y sobre todo algo muy importante y que no tenemos tiempo de analizar por la enorme cantidad de problemas que origina, me refiero al paro.

En España, así como en los países de nuestro entorno, una de cada cinco personas padece en algún momento de su vida un trastorno mental, el más grave de ellos es la esquizofrenia con una incidencia (es decir, casos nuevos por año) de 20 casos por 100.000 personas, pero debido a su cronicidad y a lo temprano de su inicio su prevalencia es alta, alrededor de 5 personas de cada mil. Los trastornos más frecuentes son las depresiones que afectan al 5% de la población con especial predilección por las mujeres, dos de cada tres enfermos son mujeres y es el primer factor de riesgo en los suicidios, estando asociada a los mismos en el 30-60% de éstos.

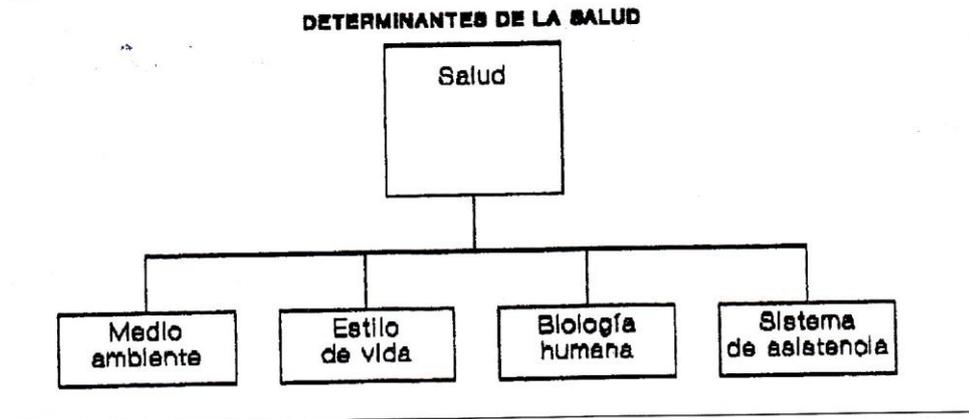
Los trastornos neuróticos, sobre todo la ansiedad, es el grupo más frecuente dentro de los trastornos mentales y su prevalencia oscila entre el 7 y el 12% de la población.

La enfermedad de Alzheimer, una de las enfermedades neurológicas más preocupantes, en la actualidad afecta a más de 20 millones de personas en todo el mundo. En los países europeos con una población que envejece, las enfermedades neurológicas como el Alzheimer ocupan el 20% de los gastos en salud pública. No se conocen bien los mecanismos responsables de esta enfermedad ni estrategias para su prevención. Actualmente se están ensayando algunos tratamientos con algún resultado, aunque escaso, estándose investigando un nuevo tratamiento a base del trasplante de células nerviosas para ciertos grupos de pacientes con resultados alentadores<sup>6</sup>.

El tema de la drogodependencia merece, por su importancia en salud pública, un tiempo del que no disponemos, pero vamos a comentar, en relación con el mismo, que el 60% de la población española consume alcohol, siendo la cirrosis hepática la quinta causa de muerte en nuestro país. En 1993 se dispensaron en las farmacias 37.000 envases de fármacos psicoactivos, en ese mismo año murieron de reacción aguda a la heroína o cocaína 642 personas, recibieron tratamiento como consecuencia de estas drogas 39.000 enfermos, existiendo, por supuesto, muchos más que no acuden a los Centros de Salud Mental y que 14.579 casos de SIDA lo fueron como consecuencia de su adicción a la heroína, estando relacionada la drogadicción con el 30% de la población reclusa de España. En un número muy considerable de accidentes de tráfico está implicado el alcohol u otras drogas en el desencadenamiento de los mismos.

Hasta aquí hemos podido conocer las enfermedades que ocasionan mayor morbilidad y mortalidad en las diversas regiones del mundo y ahora nos podemos preguntar ¿cuáles son las causas que originan esta situación?; para ello vamos a hacer un breve comentario sobre los

denominados “determinantes de la salud” y analizar la importancia que cada uno de ellos tiene en el actual estado sanitario.



*Determinantes de la salud (De Lalonde, 1974)*

La salud y los factores que la determinan han sido recogidos y expresados en el informe Lalonde (antiguo ministro de Sanidad de Canadá) que construyó un modelo muy utilizado en salud pública<sup>7</sup>. Según dicho informe la salud se ve influida por: 1) la biología humana, 2) el medio ambiente (físico, químico, biológico y social), 3) el estilo de vida y 4) el sistema de asistencia sanitaria.

Estos cuatro factores están interrelacionados y condicionan la salud en un sentido favorable o desfavorable.

- A. Denver, estudiando todas las causas de muerte determina la importancia de cada factor en las mismas, y llega a la conclusión que en Estados Unidos en 1978 el 43% de las causas de defunción están relacionadas con los estilos de vida, el 27% con la biología humana, el 19% con el medio ambiente y el 11% con la asistencia sanitaria.

Vemos por consiguiente con los estudios de Lalonde y también de Dever y McQueown que los trabajos de éstos avalan la hipótesis que la salud de las poblaciones está influenciada en gran parte por los estilos de vida, el medio ambiente, la biología y, en menor proporción, por la asistencia sanitaria.

Según estos autores la reducción más notable de las muertes por determinadas enfermedades como tuberculosis, bronquitis, neumonía, gripe, tosferina, toxiinfecciones alimentarias e hídricas, se habría producido antes que los avances en el campo de las inmunizaciones y antes que los tratamientos actuales se hubiesen iniciado, y que por tanto la contribución total de la actuación de la medicina y cirugía en reducir las tasas de mortalidad ha sido exigua comparada con los resultados obtenidos con medidas ambientales, políticas, económicas y sociales<sup>8</sup>.

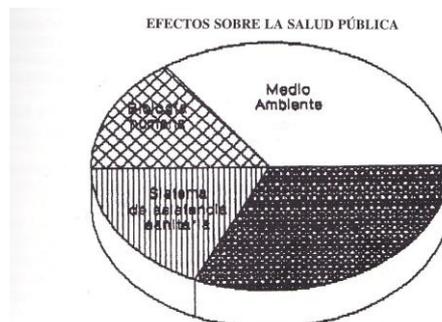
Ahora bien, no podemos estar totalmente de acuerdo con esta hipótesis puesto que el informe Lalonde y los estudios de Denver y Mr. Queown fueron realizados en países industrializados y en ellos si es posible que los determinantes de la salud influyeran en el orden que los mencionados autores establecen, pero en los países en vías de desarrollo y sobre todo en los menos adelantados las conclusiones no hubiesen sido las mismas; y así, por ejemplo, la viruela, enfermedad que hasta hace pocos años ocasionaba miles de víctimas, ha sido erradicada gracias a la vacunación sistémica de la población expuesta; la

tuberculosis con una mortalidad a mediados del siglo pasado en España de 300 por cien mil pasa en la década de los años 40, ya en este siglo, a 100 por cien mil y a partir de los años 50 con la llegada de la Estreptomicina y la Hidracida y en los años siguientes la Rifampicina, Etambutol y otros tuberculidas y tuberculostáticos la cifra de mortalidad se reduce a la tasa actual de un 5 o 6 por cien mil. Vemos por consiguiente el enorme papel que ha jugado la medicina moderna para conseguir la reducción obtenida en la mortalidad.

Es obvio que lo que sucede es que las enormes diferencias en los niveles socioeconómicos y sanitarios entre las diversas regiones del mundo lleva aparejada una enorme diferencia en las disponibilidades económicas para mejorar el medio ambiente y la asistencia sanitaria, y cuando estas mejoras se consiguen gracias al incremento del nivel socioeconómico del país, es entonces cuando los estilos de vida adquieren mayor relevancia como determinantes de la enfermedad.

Si examinamos el tipo de patología en las diversas zonas geográficas con esas diferencias socioeconómicas, culturales y sanitarias ya mencionadas, llegamos a la conclusión que en los países en vías de desarrollo los determinantes que originan los bajos niveles de salud son el deterioro del medio ambiente y la insuficiente existencia sanitaria que recibe la población y todo ello como consecuencia de la pobreza extrema en la que viven estos pueblos. Tan importante es este hecho que en la última edición de la clasificación internacional de enfermedades que revisa desde la A a la Z todas las enfermedades existentes figura el código Z 59,5 una nueva enfermedad, la más mortífera de todas, la pobreza extrema.

Son muchos los factores medioambientales que inciden sobre la salud: factores físicos (presión, temperatura, radiaciones ionizantes, etc.), químicos (diversos contaminantes atmosféricos, aditivos en los alimentos, alcohol, tabaco, colesterol de la dieta), biológicos (diversos microorganismos, parásitos) y sociales (a nivel familiar, laboral, etc.). La influencia relativa de estos diversos factores ambientales es diversa, según el grado de desarrollo de cada país, y así en aquellas poblaciones con alta morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y dentro de ellas fundamentalmente las de origen hídrico, será el causante el medio ambiente biológico por la carencia de agua potable, ningún control de residuales, contaminación de los alimentos, etc., todo ello asociado a una escasa asistencia sanitaria. En cambio, los factores ambientales de origen químico tienen mas influencia en los países desarrollados, y por consiguiente industrializados, en donde aumenta la contaminación del medio ambiente por la evacuación de vertidos industriales incontrolados; la contaminación en las empresas provoca las enfermedades profesionales, se utilizan aditivos en la alimentación, los plaguicidas, etc.



*Efecto relativo del medio ambiente, el estilo de vida, el sistema de asistencia sanitaria y la biología humana sobre la Salud Pública (De M. Lalonde, 1974)*

Los progresos de la civilización han entrado en conflicto con el mundo natural. Es cierto que los avances científicos y técnicos constituyen una necesidad en muchos sectores tales como la industria farmacéutica, elaboración y conservación de alimentos, agricultura, energía, transportes, etc., pero ¿son necesarios tantos productos de cosmética, lacas, fijadores, etc.?, ¿es necesario utilizar tantos productos refulgentes y abrillantadores en las viviendas?, ¿son realmente necesarios todos los diversos tipos de plaguicidas que se emplean en la agricultura? Las consecuencias todos las padecemos; el aire y el agua están siendo contaminados por la lluvia ácida. El clima del planeta está amenazado de calentamiento. Prosiguen los procesos de desertización, deforestación y erosión del suelo. Al ritmo actual de desarrollo industrial, si no se adoptan medidas correctoras que existen y pueden ser aplicadas que reduzcan la contaminación del medio, así como el control del crecimiento en el consumo, estaremos agotando rápidamente las reservas de recursos naturales de los que depende nuestra existencia. La ciencia y la técnica introducen constantemente nuevas sustancias en la sociedad humana y el medio ambiente, pero de un desarrollo químico de gran utilidad se ha ido entrando en una revolución química, pero hay que evitar llegar al caos químico<sup>9</sup>.

La estrecha relación entre deterioro ambiental y salud ha llevado en los últimos años a proponer la integración de objetivos de protección de medio ambiente en las estrategias para la protección de la salud y prevención de la enfermedad. Bajo este planteamiento surge inevitablemente el concepto de calidad de vida como respuesta integral a la interdependencia, salud y enfermedad; se consolida la idea de que los progresos para fomentar la salud de la población han de apoyarse en la mejora del medio ambiente o hábitat humano.

Ejemplo de esta integración es la Carta Europea sobre el Medio ambiente y Salud, adoptada para la región europea por la OMS en 1989, en la que se acuerdan una serie de objetivos de protección del medio ambiente con el fin de proteger la salud.

Más recientemente la conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en 1992 en Rio de Janeiro, incluye este tipo de objetivos en su Documento de Estrategia Global.

Vamos a comentar ahora brevemente algo sobre los hábitos o estilos de vida, términos que, aunque distintos en la psicología<sup>10</sup>, nosotros vamos a emplearlos en un mismo sentido. Es decir, hay determinadas actitudes o comportamientos, y lo que es más importante, que podemos modificar, que van a influir extraordinariamente en la aparición de muchas enfermedades y sobre todo teniendo especial importancia en aquellas que por su morbilidad y mortalidad representan una amenaza muy grave para la salud de la población, me refiero al cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La base de la cardiopatía isquémica, causante del infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita, etc. es la cardiopatía aterosclerótica, originándose ésta como consecuencia de los depósitos de colesterol en las paredes de las arterias coronarias que forman las placas de ateroma en las mismas, jugando también un papel en este proceso de aterogénesis la agregación plaquetaria.

Aunque el colesterol total en sangre de cada persona no sólo depende de la dieta rica en él, sino también de un factor genético, ésta, la dieta, juega un papel importantísimo en la cifra media total que cada individuo tiene en el suero sanguíneo.

Una alimentación rica en grasas animales, las cuales poseen un elevado contenido en ácidos grasos saturados, eleva los niveles de colesterol en sangre, sobre todo a expensas de la fracción LDL, que es la que favorece el depósito de colesterol en las paredes, estimulando al mismo tiempo la agregación plaquetaria, favorecen pues la formación de la placa de aterosclerosis por un doble mecanismo. Al contrario, una dieta rica en grasas vegetales o de pescado, las cuales contienen ácidos grasos insaturados, hace disminuir los niveles de colesterol y aumentar la fracción HDL, que favorece la retirada del colesterol depositado en las placas y al mismo tiempo dificulta la agregación plaquetaria.

Desde los trabajos de Doll y Hill y posteriormente de Framingham, los incluidos en el Pooling Project y otros muchos, se ha demostrado, sin lugar a dudas, la relación directa entre el hábito de fumar cigarrillos y las posibilidades de padecer cardiopatía isquémica. El riesgo de padecer un accidente vascular, concretamente infarto de miocardio, entre fumadores varones es el doble que en los no fumadores, si además de fumador se tiene el colesterol elevado o se es hipertenso, el riesgo es casi cuatro veces mayor, y si se es fumador, hipertenso y el colesterol está elevado, la posibilidad de accidente vascular se multiplica por nueve.

Recientes trabajos realizados en mujeres han demostrado que entre los 25 y 49 años el riesgo relativo de padecer un infarto de miocardio es de 7 para fumadores de más de 25 cigarrillos al día, y de 3'4 para fumadores de 10 a 24 cigarrillos al día. El riesgo aumenta mucho si al mismo tiempo se toman anticonceptivos, subiendo a 39 si la mujer fuma más de 25 cigarrillos al día.

El mecanismo por el que el tabaco produce estos efectos parece ser debido a que reduce HDL-colesterol, aumenta la agregación plaquetaria, aumenta la tendencia a latidos ventriculares prematuros y, al mismo tiempo, eleva los niveles de carboxihemoglobina<sup>11</sup>.

El alcohol influye negativamente en la cardiopatía isquémica en los consumidores excesivos, pero no en los moderados.

Resumiendo, en relación con la problemática de la cardiopatía isquémica y los hábitos de vida, aconsejaremos una dieta con pocas grasas animales, poca sal para controlar la hipertensión arterial (importante factor de riesgo) y rica en fibras. Evitar el sedentarismo, otro importante factor de riesgo, ya que el ejercicio físico disminuye el colesterol total, aumenta el HDL-colesterol y al mismo tiempo reduce la obesidad. Evitar el estrés y la ansiedad que le acompaña, sobre todo en las personalidades del denominado tipo A, caracterizadas por su competitividad, agresividad, impaciencia, urgencia en el trabajo, etc. Y sobre todo no fumar.

En relación con el cáncer, son muchísimos los casos de esta enfermedad que podrían evitarse modificando nuestros hábitos de vida. En el Código Europeo contra el Cáncer, revisado en noviembre de 1994 en Bonn por un grupo de expertos oncólogos de la C.E. en sus seis primeras recomendaciones se refieren a los estilos de vida.

Veamos estas recomendaciones:

Primera: "No fume, si es fumador deje de fumar lo antes posible y no fume en presencia de otras personas. Si no fuma, no pruebe el tabaco". La relación cáncer-tabaco está tan demostrada, no sólo en el pulmón sino en otras localizaciones que no vamos a entrar en ello.

Segundo: “Si debe alcohol, ya sea cerveza, vino o licores, modere su consumo”. En relación con este punto, solamente diremos que está demostrada la relación entre alcohol y cáncer de esófago, estómago, colon, pulmón y próstata y con el de mama en las mujeres. El alcohol es responsable de muerte por cirrosis hepática y por accidente.

Tercera: “Aumenta el consumo diario de verduras y frutas frescas. Coma a menudo cereales con alto contenido en fibras”.

Cuarta: “Evite el exceso de peso, haga más ejercicio físico y limite el consumo de alimentos ricos en grasas”.

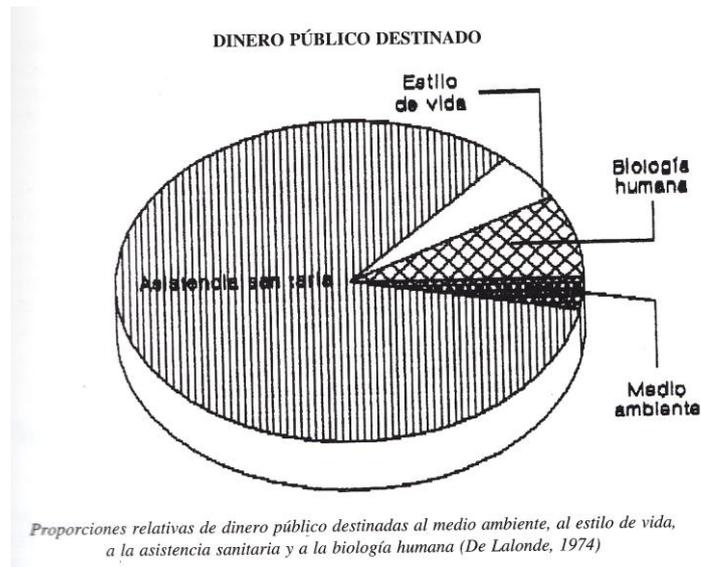
Quinta: “Evite las exposiciones prolongadas al sol y las quemaduras por el mismo, especialmente durante la infancia”.

Sexta: “Respete estrictamente las normas destinadas a evitar cualquier tipo de exposición a sustancias consideradas cancerígenas. Cumpla todas las instrucciones de salud y seguridad en relación con las sustancias que puedan producir cáncer”<sup>12</sup>.

No podemos entrar en el tema de lo que supone en relación también con los estilos de vida la drogadicción, pues tendríamos que utilizar demasiado tiempo para ello, pero sí comentar los tremendos problemas sanitarios que acarrearán y sus implicaciones sociales.

También habría sido interesante hablar de las denominadas “adicciones sin drogas”, un nuevo tipo de enfermedad cada vez más común en la que se produce una dependencia hacia objetos o actividades habituales y que comienza a preocupar cada vez más a los psiquiatras. En esta moderna psicopatología el alimento, el sexo, la compra, el juego, el trabajo y la televisión dejan de ser un acto normal y se convierten en una necesidad incontrolable.

Como una breve conclusión de lo hasta aquí expuesto, podemos decir que de los cuatro determinantes de la salud mencionados, en lo que se refiere a la biología humana es poco lo que podemos hacer, ya que son factores de naturaleza genética los que intervienen en el mismo; es obvio que la asistencia sanitaria hay que mejorarla en todas las regiones, pero sobre todo en los países en vías de desarrollo al mismo tiempo que el medio ambiente, relacionado todo ello a la mejora económica de estos pueblos, pero para ello habrá que ayudarles para que puedan salir de la situación en la que se encuentran, y en ese sentido mencionamos el denominado “Llamamiento de Heidelberg” tras la reunión de Río, en él más de 200 científicos, entre ellos 52 premios Nobel proponen la necesidad de ayudar a los países pobres para salir del subdesarrollo en que viven y al mismo tiempo a mejorar su nivel de salud; ayuda que consistirá en crear una infraestructura económica y social que finalmente consiga un grado de desarrollo suficiente para enfrentarse a sus propias necesidades<sup>13</sup>.



En cuanto a los estilos e vida es claro que será la educación para la salud a todos los niveles con prioridad sobre otros gastos sanitarios con lo que ahorraremos muchas vidas humanas y así por ejemplo: estudios recientes demuestran que 100.000 personas con un elevado consumo de cigarrillos fallecen anualmente en EE.UU como consecuencia de cáncer de pulmón, y lo mismo podríamos decir en relación con otros hábitos de vida.

¿Por qué conociendo prácticamente todo el mundo lo que estamos comentando, sin embargo, no se modifican esos comportamientos? Probablemente el efecto placentero de muchos agentes nocivos como el alcohol o el tabaco es inmediato, mientras que para la aparición de la enfermedad se requiere un dilatado tiempo y mientras que el agente nocivo siempre produce satisfacción, la aparición de la enfermedad es sólo probable<sup>14</sup>.

Con datos recogidos por el análisis experimental del comportamiento nos muestra que el individuo casi siempre escoge la situación placentera inmediata a pesar de las consecuencias a largo plazo. Sólo si se le ha educado previamente a demorar sus satisfacciones, podrá encontrar alternativas placenteras a través de comportamientos saludables.

Termino diciendo que la salud es un bien que puede comprarse a un precio inferior a lo que cuesta la enfermedad.

**NOTAS:**

- 1 Viviente López E.: La Salud y la Enfermedad en los umbrales del año 2000. Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Mayo 1984.
- 2 O.M.S. Rapport sur la Santé dans le Monde 1995. Geneve 1995
- 3 Informe sobre el desarrollo Mundial. Invertir en Salud, Indicadores y desarrollo Mundial. Banco Mundial 1993.
- 4 La Salud y el Sistema Sanitario en España. Informe SESPAS 1995. S.G. Editores. Barcelona 1995.

- 5 Jano. Vol. XLIX nº 1144. 17-23 noviembre. Doyma. Barcelona 1995.
- 6 Sístole. Nº 185. Octubre 1995. Ciencia y Medicina 1995.
- 7 Lalonde M.; Nouvelles perspectives de la santé des canadiens. Ottawa 1974
- 8 Caba Martín P.: Concepto de Prevención de la O.M.S. Publicaciones ENS. Abril 1990. Madrid
- 9 Tenny Proncank: Salud Mundial. Enero-Febrero Ginebra 1990.
- 10 Pérez de Guzmán Moore. Estilos de vida y Teoría social. Valores y estilos de vida. II Jornadas de Sociología. Universidad de Deusto. Bilbao 1994.
- 11 Sierra López A. y Torres Lana A.: Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª edic. Masson. Salvat Medicina. Barcelona 1991.
- 12 Código Europeo contra el Cáncer. Oficina de Publicaciones oficiales de la Comunidad Europea. Luxemburgo 1995.
- 13 Pérez Pérez F.: Hacia un nuevo orden mundial para el gobierno de la biosfera desde la ONU. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina Tomo CX. Instituto de España. Madrid 1993.
- 14 Bayés R.: La prevención del cáncer. Jano 783 1987.