

Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde



Miguel A. Martínez-González y Jokin de Irala

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

El fracaso de la salud pública

¿Es posible que estuviéramos ante un complaciente pacto de silencio? Nadie se atrevía a declararlo, pero cualquier observador crítico –y todos hemos de serlo– se daba cuenta casi a diario de lo estériles que resultaban tantas y tantas iniciativas en salud pública. Pero nadie lo decía. Fue justamente la revista *The Lancet*¹ que, fiel a su tradición de denuncia radical e inconformista, rompió en marzo pasado aquel mutismo y nos habló abierta y catárticamente, de «los fallos catastróficos de la salud pública».

El anónimo editorialista nos dice, ya desde el título, que las cosas no van. Se trata de un mensaje fuerte y realista, no de una provocación insultante. Hemos de reconocer sin paliativos que, en estos comienzos del siglo XXI, en el mundo occidental, igual que en los países en vías de desarrollo, la salud pública está fallando. Cierto que no todo son sombras, hay también luces; pero la dura realidad es que entre 1990 y 2000 han crecido las sombras y eso cuando llevábamos años hablando de «salud para todos en el año 2000».

Los fracasos denunciados no son de la especie de la temida epidemia de nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, ni el síndrome respiratorio agudo o las epidemias de gripe aviar. Son cosas mucho menos noticiables, pero más extendidas, importantes y peligrosas, que se han iniciado en estos últimos decenios y en países avanzados, que cuentan con las mejores estructuras de salud pública. Se han desencadenado a velocidad prodigiosa y algunas afectan ya en algunos de estos países a más del 60% de la población². Tratemos de ellas.

Obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular

En el año 2000 y en Estados Unidos se estimaba que el 64% de la población mayor de 20 años era obesa o tenía sobrepeso, lo que equivale a más de 120 millones de personas afectadas por este grave problema. En ese mismo año, cerca del 15% de los niños sufrían de exceso de peso³. La obesidad mórbida (índice de masa corporal > 40) afecta a más del 5% de los adultos norteamericanos⁴. Además, las estimaciones de prevalencia que se van obteniendo cada vez son más altas. Lo mismo ocurre en España^{5,6}. Los datos norteamericanos son muy rigurosos y fiables por la excelen-

te metodología de los estudios transversales secuenciales que han valorado estos problemas. Nos guste o no, la globalización nos incluye. Europa sigue miméticamente los mismos pasos que Estados Unidos⁷. En España, se observa la misma tendencia creciente⁸.

El incremento explosivo de sobrepeso/obesidad conducirá a un crecimiento inexorable de la prevalencia en primer lugar de la diabetes mellitus tipo 2 y, después, de la enfermedad cardiovascular. Amenaza muy seriamente con venirse abajo el medio siglo de logros de prevención cardiovascular gracias a las acciones sobre el tabaco y a los continuos cribados y búsquedas oportunistas de hipertensión e hiperlipidemia.

La OMS estima que hoy viven al menos 177 millones de diabéticos en el mundo. En 2030 la cifra se multiplicará por más de 2. Más de 4 millones de muertes anuales son atribuibles a la diabetes⁹. Las pruebas del decisivo papel causal del sobrepeso/obesidad en la diabetes son de las mejores que hoy poseemos, con riesgos relativos superiores a 40, dato realmente infrecuente en epidemiología observacional¹⁰. Hay, además, estudios experimentales recientes con rigurosa aleatorización individual que demuestran que reduciendo el sobrepeso/obesidad e incrementando la actividad física se previene la diabetes mejor que con cualquier medida farmacológica¹¹. Una vez desarrollada la diabetes, la enfermedad cardiovascular es causante de la muerte prematura de la mitad de los diabéticos. Y a eso hay que sumarle la arteriopatía periférica, las complicaciones microvasculares y las cargas médicas, sanitarias y sociales de la diabetes.

Hubo 57 millones de muertes mundiales en el año 2000, de las que más de 33 millones (el 59%) se debieron a enfermedades no transmisibles: en concreto, 16,7 millones (el 29%) a enfermedades cardiovasculares¹². En el futuro, la carga de la obesidad y la diabetes se proyectará todavía más sobre la mortalidad cardiovascular. Ya en 2003, el informe de la OMS¹² había denunciado, antes que el citado editorial de *The Lancet*, el grave descuido en la prevención de las enfermedades no transmisibles.

El mal no se limita a los países avanzados. Se puede afirmar hoy que los países en vías de desarrollo están ya inmersos en la «transición epidemiológica»; están pasando del viejo patrón en el que predominaban las enfermedades transmisibles, al nuevo patrón donde las crónicas no transmisibles adquieren cada vez mayor importancia. Lo peor es cuando coexisten ambos patrones: no se ha salido de la tragedia de epidemias del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, tuberculosis y paludismo, y se está ya inmerso en el sobrepeso/obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular. La primera causa de mortalidad en los países en vías de desarrollo corresponde ya a las enfermedades cardiovasculares; así lo declaraba un reciente e impactante ar-

Correspondencia: Dr. M.A. Martínez-González.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.
Irunlarrea, 1. 31008 Pamplona. Navarra. España.
Correo electrónico: mamartinez@unav.es

Recibido el 2-11-2004, aceptado para su publicación el 26-11-2004.

TABLA 1

Retrocesos en salud pública en la última década según el Informe Mundial de la OMS de 2003

Impacto de la epidemia VIH/sida sobre la expectativa de vida	«Después de los adelantos realizados en materia de supervivencia de adultos en África, se ha sufrido un retroceso tan grande que en algunas partes del África subsahariana las tasas actuales de mortalidad de adultos son mayores que hace 30 años»
Impacto de la epidemia VIH/sida sobre la mortalidad en menores de 5 años	«En 14 países africanos, los niveles actuales de mortalidad en la niñez son mayores que en 1990»
Exportación desde Occidente de los estilos de vida autodestructivos	«En algunos países de Europa oriental ha aumentado sustancialmente la mortalidad masculina»
Transición epidemiológica en países en vías de desarrollo sin haber superado todavía la carga de enfermedades transmisibles	«La mayor parte de los países de todo el mundo ya están haciendo frente a la doble carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles»
Expansión del invierno demográfico a países en vías de desarrollo	«El envejecimiento de la población y los cambios en la distribución de los factores de riesgo han acelerado esta epidemia en la mayor parte de los países en vías de desarrollo»

Fuente: Elaboración propia, a partir de OMS³⁷.

título en el *New England Journal of Medicine*¹³. La realidad es que el 80% de las muertes cardiovasculares y el 87% de la incapacidad asociada con la enfermedad cardiovascular a escala mundial se presentan en los países no occidentales. Las enfermedades cardiovasculares, causantes del 25% de las muertes en los países en vías de desarrollo en 1990, lo serán del 40% en 2020.

Consumo de drogas, enfermedades transmisibles, accidentes de tráfico y demografía

En España, en 1994, el 18,2% de los jóvenes de 14-18 años admitía haber consumido cannabis en los últimos 12 meses; en 2004 ese porcentaje ha subido hasta el 36,1%. En el mismo período y con respecto a la cocaína, el porcentaje ha pasado del 1,8 al 6,8%. Considerando estos datos, la actual ministra de sanidad admitía que «algo falla» en las campañas de prevención.

Hemos de reconocer que hay más fracasos clamorosos de la salud pública a comienzos del tercer milenio. El Informe Mundial sobre la Salud 2003 no tuvo reparos en denunciar varios trágicos retrocesos que ha sufrido globalmente la salud pública mundial en el último decenio (tabla 1).

Volviendo a España, se ha de subrayar la estremecedora tragedia que suponen las vidas humanas perdidas cada año en accidentes de tráfico¹⁴. Las muertes en carretera, la globalización del tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares son 3 graves epidemias ante las que se ha actuado con negligente tibieza en los países avanzados. Nuestra tasa de mortalidad en carretera, inaceptablemente alta y persistente, es la primera causa de años potenciales de vida perdidos, destruye vidas muy jóvenes, y hace a nuestro país reo de la pasividad sanitaria denunciada por la OMS.

Los determinantes de los determinantes

Durante la segunda mitad del siglo xx, la salud pública ha apoyado sus acciones cada vez más en el paradigma de los factores de riesgo. Pero ese paradigma es insuficiente: requiere ser completado y enmarcado. Si no queremos seguir amontonando fracasos, hay que adelantarse a los factores de riesgo, buscar sus determinantes, actuar sobre ellos. Sabemos que fumar cigarrillos incrementa en un 2.000% el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón. Pero no sabemos cómo erradicar el tabaco de nuestra sociedad, como en su día se erradicó la viruela. ¿Por qué nos está resultando tan difícil trasladar a una política sanitaria realmente efectiva la masa de conocimientos epidemiológicos palmarios sobre la relación tabaco-cáncer, sedentarismo-sobrepeso, sobrealimentación-obesidad, múltiples parejas-infección por el VIH o alcohol-muerte en carretera?

Es preciso dar un paso más. El paradigma de los factores de riesgo culpa siempre a la víctima, se encierra en un sesgo individualista. Se necesita ir más allá de la educación del sujeto individual¹⁵. Las grandes frustraciones que padece la salud pública sólo se superarán si, por un lado, se acierta a identificar las raíces culturales y sociológicas de ciertos estilos de vida autodestructivos y, por otro, se atina en el modo de actuar con temple y sin prejuicios sobre esas raíces. No basta con identificar los estilos de vida patógenos (tabaco, alcohol, conducción temeraria, comportamiento sexual arriesgado, sedentarismo, sobrealimentación). Ésa ha sido la ocupación fundamental de la epidemiología moderna desde hace muchos años. Hay que buscar también y primordialmente los «determinantes de esos determinantes» y actuar sobre ellos. En esto consiste la prevención.

«Sabemos cuáles son los comportamientos sociales que es necesario cambiar, pero sabemos muy poco sobre cómo cambiarlos, incluso cuando constituyen una seria amenaza para la sociedad entera»¹⁶. Se han identificado causas, pero ha faltado capacidad para ponerles el remedio de debilitarlas o suprimirlas. La epidemiología moderna de los factores de riesgo se queda corta ante este desafío, que es la más clamorosa de sus limitaciones.

Frente a la epidemia de obesidad o de sedentarismo, no son imprescindibles las complejas investigaciones etiológicas de la genética o de alta biología molecular. Su problema real es más simple: los asesores de los Departamentos de Agricultura y de Salud del Gobierno de Estados Unidos concluyeron que la estrategia para perder peso no está en las proporciones de grasas y carbohidratos de una dieta, sino en algo mucho más simple: menos comida y más ejercicio. Comer menos y moverse más. Esto es lo que hace falta. Lo prioritario.

Respecto al tabaquismo, la raíz del problema es la misma. No se ha logrado un cambio en profundidad de los comportamientos¹⁷. Parece increíble que sabiendo lo que desde hace 40 años se sabe sobre la relación entre el tabaco y la destrucción de la salud, no se haya sabido plasmar tanto conocimiento epidemiológico en una política efectiva de cambio de conductas^{18,19}. Todo el que haya valorado las actitudes de la población ante el abandono del tabaco habrá comprobado que la causa por la que la mayor parte de los fumadores no lo deja es porque la fuerza de la adicción o del hábito supera o ha aniquilado su fuerza de voluntad. Es necesario determinar también por qué España es el país de la Unión Europea con mayor prevalencia de consumidores de cocaína, y con una de las más elevadas de usuarios de cannabis y éxtasis, según el informe de 2004 del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (véase www.emcdda.eu.int).

Algo similar podría decirse respecto al control de la epidemia del VIH/sida. Es preciso educar para cambiar comportamientos. Hay pruebas de la eficacia de la educación.

Cuando la cosa no se ha quedado en repartir condones, sino que «se ha sabido ir más allá», y se ha hecho un esfuerzo serio dirigido sobre todo a educar con sensibilidad y respeto a la población para que cambie sus conductas, se ha conseguido reducir la prevalencia de la infección, aun sin tener acceso a los costosísimos antirretrovirales. La prevención primaria dirigida a eliminar el riesgo y no sólo reducirlo ha conseguido mucho más que las medidas paliativas habituales. Es el caso de Uganda en la década de los noventa, que pasó del 15 al 5% de prevalencia de infección por el VIH²⁰. La educación social desarrollada en este país ha superado en eficacia a lo que hubiesen conseguido muchas vacunas. Esta es la aproximación sobre la que insiste el más importante consenso mundial sobre la prevención del sida²¹.

En cambio, en España, no han faltado campañas regulares de «sexo seguro». Pero su mensaje suele centrarse en la fase última del proceso y evita referencias al comportamiento, tanto porque algunos consideran impropio un mensaje «moralizante», como por razones ideológicas que llevan a prescindir de ciertas evidencias científicas. Así, en 2003 se dispensaron en España 317.670 unidades de la píldora del día siguiente, y todo indica que hay un fuerte incremento de este consumo. El uso tan elevado de este método supone ya un fracaso: corresponde a casi el 3% de las mujeres en edad fértil. Si, como es razonable, se restringe el denominador a la usuaria habitual (menor de 25 años) ese porcentaje llega al 7%. No es comprensible que alcance tal frecuencia de uso algo previsto sólo para «emergencias». Publicaciones recientes sugieren que ni siquiera la disponibilidad adelantada y abundante de la píldora del día siguiente consigue reducir la incidencia de embarazos en adolescentes²². La Consejería de Salud de Andalucía calcula que el 20% de las usuarias son reincidentes. El fracaso de la salud reproductiva española es preocupante: el Ministerio de Sanidad ha reconocido que los más de 77.000 abortos en 2002 constituyen un indicador muy negativo y «que hacen falta más campañas de prevención e información». El acceso fácil a los anticonceptivos no ha evitado el aumento de los abortos, ni la difusión del preservativo reduce la demanda de la píldora del día siguiente. Más bien parece que son factores que se suman e invitan a adoptar situaciones de riesgo o a permanecer en ellas²².

No sirve de mucho saber que la conducción temeraria o el consumo de alcohol son cofactores causales de miles de muertes de personas jóvenes en accidentes de tráfico en España, si no sabemos por qué los jóvenes españoles conducen temerariamente o por qué consumen tanto alcohol.

Buscar respuestas a esas preguntas es tarea nada fácil, que no da prestigio ni provoca admiración. Es asunto más arduo que embarcarse en sofisticadas investigaciones de biología molecular o de genómica, tan de moda y tan bien financiadas. Pero es más urgente y más eficaz actuar sobre el comportamiento, mucho más prometedor y menos reconocido que las terapias de eficacia cuestionable, pero que se están llevando la parte del león en dinero y prestigio mediático. La investigación sobre la promoción de comportamientos saludables probablemente sea lo más difícil, pero es lo prioritario.

Educar para cambiar comportamientos

Aunque parezca que hablamos de cosas diferentes —obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual (ETS), tabaco, alcohol y carretera, drogas—, estamos girando en torno de un mismo denominador común: hace falta un cambio de comportamientos. Es patente que ese cambio no llega. Pero la razón parece clara: falla la fuerza de voluntad.

Es evidente que para prevenir, hay que anticiparse. Sólo entonces se llega antes. Pero la realidad observada en nuestro entorno sanitario, lo mismo en atención especializada que en atención primaria, es ésta: cuando se decide hacer prevención, se hace prevención «secundaria». Abundan el cribado y el empleo de fármacos, generoso y a veces poco juicioso, para controlar los factores de riesgo. Pero no se actúa «antes», educando al que todavía no está expuesto a estos factores para que no sea presa de ellos. La prevención óptima no consiste en poner parches cuando ya es tarde. Si se asume que la presencia de los factores de riesgo sigue una distribución normal en campana de Gauss, donde se viene actuando es sólo al final de la cola derecha de la curva, sobre ese 5-10% de la población que ya tiene un riesgo elevado o que ya ha desarrollado el trastorno. De hecho, no se previene con efectividad y firmeza el tabaco «antes» de que se empiece a fumar, ni se actúa «con antelación» para prevenir el sobrepeso en quienes tienen ya 24 kg/m² de IMC, ni se aconseja sistemáticamente sobre la velocidad y el consumo de alcohol a los conductores «antes» de que hayan tenido un accidente, ni se educa en la sexualidad a los adolescentes «antes» de que hayan tenido relaciones sexuales para que sepan posponerlas responsablemente. Se descuida esto y se acaba con los remiendos de última hora, prescribiendo contracepción de emergencia, operando cánceres de pulmón u obesidades mórbidas, actuando sobre los politraumatizados en carretera, o poniendo *stents* a los que han tenido un infarto a los 40 años. Se habla de prevención, pero parece a veces que prevalecen otros intereses. El negocio de las industrias que venden estilos de vida insanos y el de los fabricantes de fármacos de prevención secundaria parecen potenciarse mutuamente. El hermano pobre es la prevención primaria.

Sin negar las virtudes de estatinas, antihipertensivos y otros fármacos y remedios «preventivos», poner en ellos el énfasis exclusivo es equivocarse de pleno. No se trata sólo de aumentar el arsenal químico: la solución hay que buscarla en el cambio de conductas insanas. A la prevención, o se llega antes o se llega mal. Los datos que prueban el fracaso de llegar tarde están a la vista.

Paradojas y contradicciones

Sería interesante aclarar por qué un país se llena de carteles contra el tabaco, mientras se subvenciona su cultivo. Y por qué no se eleva el precio de la cajetilla de modo que fumar se haga inasequible a la población adolescente²⁴. No parece lógica esta ambigüedad. Son muchos los jóvenes fumadores españoles que, cuando van a otros países de la Unión Europea, dejan de fumar sencillamente porque el tabaco les resulta demasiado caro.

¿Y por qué no hacer cumplir de una vez y de verdad las normas de tráfico? Todos los conductores españoles sospechan que hay señales de limitación de velocidad que «nadie» observa. Es mejor poner menos limitaciones pero que sean más realistas, y hacer de verdad que se cumplan. Acostumbrar a los ciudadanos a ver que las normas de tráfico se infringen impunemente es la esencia de la antieducación.

No es hablar claro a la población decir que el sexo seguro «elimina» el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras ETS, cuando simplemente lo «reduce». El mensaje es patéticamente engañoso en el caso de algunas ETS potencialmente cancerígenas^{25,26}.

Ciertos determinantes de morbimortalidad han podido arraigar muy hondo gracias al clima social de permisividad y de búsqueda de satisfacciones inmediatas, de indulgencia ante los comportamientos autodestructivos. Se gratifican y re-

compensan conductas irresponsables. No faltan, incluso, agentes sanitarios que sonríen escépticamente si oyen hablar de disciplina o fuerza de voluntad, que han sucumbido ante la cultura de lo fácil. De ahí arrancan muchos de sus fracasos. Las cifras no engañan.

Determinantes sociales, económicos, familiares y culturales

La desigualdad socioeconómica, y sobre todo la desigualdad educativa, el modelo de familia, los valores que implanta el sistema educativo, los mensajes mediáticos y las modas contribuyen a implantar los estilos de vida. Para que la salud pública no siga fracasando es preciso influir en los modelos culturales que son específicamente responsables de los fracasos sanitarios. Repugna hablar de ingeniería social. Pero hay que buscar modelos de acción verdaderamente humanos que no reduzcan la salud pública a mera técnica veterinaria. Se ha afirmado que la incapacidad para cambiar estilos de vida puede residir «en que no encuadramos nuestra comprensión de la enfermedad en un contexto social más amplio»¹⁶. Se han llegado a proponer algunos proyectos que podrían haber articulado acciones efectivas²⁷, pero no se pueden contabilizar logros.

Resulta instructivo comprobar que hay un denominador común que impide abandonar el tabaco o ejercer una conducta racional frente a los hartazgos de comida, alcohol, sexo, velocidad en carretera o drogas. Ese denominador común tampoco es algo espectacular o misterioso. Es pura y llanamente la falta de «autocontrol, de fuerza de voluntad». Apena comprobar cómo esta verdad palmaria queda disimulada u ocultada en muchos mensajes de promoción de salud dirigidos a la población. Muchos responsables de salud pública, y en especial sus expertos en comunicación, parecen tener pánico a parecer inquisidores, represivos o políticamente incorrectos. No es realista una promoción de salud que no invite al esfuerzo. Es como anunciar cursos de inglés «sin esfuerzo». Aprender inglés de verdad exige empeño, lo demás son cuentos. Sucede lo mismo con los hábitos saludables: casi todos suponen abnegación, exigencia, vencimiento, perseverancia, tesón. Pero, ¿cuál de estas palabras es políticamente correcta? Es cierto que la salud es para vivir y no al revés, pero también es verdad que el ser humano vive más plenamente cuando adquiere autodominio. Por otra parte, no estamos hablando de esfuerzos titánicos, ya que en el núcleo de la promoción de salud está la necesidad de hacer fáciles las elecciones sanas, como proclamó la Carta de Ottawa. Cierta grado de esfuerzo y el cultivo de la fuerza de voluntad resultan imprescindibles, pero estos conceptos están ausentes de los modelos educativos en boga. Nadie se atreve a mentarlos. Priman las tendencias a negar los problemas, a no contrariar la espontaneidad, a infundir actitudes *light*.

No es difícil documentar que estas afirmaciones no son exageradas. Es curioso que en todas las definiciones de dieta mediterránea se omite sistemáticamente una de sus características básicas: la *frugalidad*²⁸. Sin frugalidad en la comida, no se previene el sobrepeso. Pero decir frugalidad significa chocar con los intereses económicos de la industria alimentaria, que, con innegable éxito, consigue que las dietrices dirigidas a reducir el consumo resulten crípticas e incomprensibles a la población²⁹. Muy pocos se atreven a enfrentarse con una industria que financia gran parte de la investigación sobre nutrición. El simple mensaje «¡come menos de todo!» brilla por su ausencia, cuando tendría que empapar la conducta de todos. Nos llamamos esto y luego aumenta la cirugía bariátrica (y sus complicaciones). Llegamos tarde.

Todos sabemos que pasar muchas horas delante del televisor es un determinante fuerte de la creciente epidemia de obesidad y diabetes^{30,31}. También hay nuevas evidencias que asocian ciertos contenidos de la televisión con comportamientos sexuales arriesgados en los adolescentes³². Pero decirlo supone enfrentarse al todopoderoso cuarto poder. Afirmar que los contenidos de programas de radio o de revistas para adolescentes cooperan a la epidemia de anorexia/bulimia³³ equivale a plantar cara a la industria de los *mass-media*. Y eso no le conviene ni le gusta a ningún político. Las pruebas epidemiológicas están ahí, pero no se plasman en las acciones primarias y eficaces de política sanitaria que hoy son posibles. Se promueven, en cambio, campañas como las de detección precoz de anorexia/bulimia, que llegan tarde porque son de prevención secundaria. No originan enfrentamientos con los medios, pero carecen de aval científico: no está probado que la detección precoz de ese trastorno sirva para algo. En estas situaciones algunos presuponen, gratuitamente, que se está haciendo «prevención»³⁴.

Políticamente incorrectos para apoderar a la población

No hay más remedio que admitir que para que muchas acciones resulten efectivas en salud pública necesitan incluir algún elemento «políticamente incorrecto». No hacerlo sería quedarse en aplicar un mero barniz decorativo o demagógico. Esa necesidad afecta a las acciones de los ministerios y las consejerías de sanidad, lo mismo que a la acción intersectorial y holística de todo un gobierno y de muchas organizaciones no gubernamentales. Impregnar la cultura de un espíritu de esfuerzo y superación es quizá un cometido más de las instancias educativas que de las sanitarias. Hacer hoy una propuesta así es como navegar contra corriente. Pero eso es lo que hicieron quienes más han contribuido a mejorar la salud de la población. Contra corriente fueron Chadwick, Shattuck y Snow. ¿No deberíamos hacer todos un esfuerzo para continuar este legado?

Se habla actualmente de *empowerment*, de «apoderamiento»³⁵. Apoderar aquí es traspasar el poder, el control sobre la propia salud, a los ciudadanos, de modo que tengan los recursos necesarios para elevar su nivel de salud. Esta meta requiere, en primer lugar, devolver a los ciudadanos el recurso de la fuerza de voluntad, la «autonomía responsable», que tan necesaria es y de la que tan poco se oye hablar. Exactamente lo contrario es lo que más se observa en nuestro entorno. Algunas pautas educativas invitan, ya desde la guardería, a hacer sólo y siempre lo que a uno le gusta. Así se generan individuos víctimas de sus propios estilos de vida, a los que ya no se oponen por no haber sido educados en el autodominio.

Invitar al apoderamiento no es postular un puritanismo moji-gato. Es proponer a los ciudadanos modelos que les ayuden a autoconstruir su personalidad y sus valores, que los hagan responsables y dueños de sí mismos, capaces de resistir a las presiones comerciales de los estilos de vida autodestructivos. Todo lo contrario de algunas utopías de la salud pública que han creado esas criaturas pasivas, perezosas y conformistas, donde «papá-Estado» se ocupa de mantenerlos sanos.

En salud pública, como en toda medicina, es preciso un tratamiento etiológico, ir a la raíz, tratar la causa. La mejor vacuna es hacer a los ciudadanos dueños de sí, darles el mejor recurso: el autodominio de una personalidad madura.

Llegar antes para llegar con efectividad

No es eso lo que se ha hecho frente al cannabis y el alcohol. Ha primado en cambio el llegar tarde. Es un error ha-

berse centrado sobre todo en medidas de reducción de daños, lo que no queda libre de sospechas de ser una aprobación tácita de comportamientos autodestructivos. Lo mismo cabe decir de las actuaciones ante el sida, las ETS y los embarazos juveniles. Es un fracaso hiriente el crecimiento vertiginoso de la tasa de abortos en España. Apenas el dato, sorprendente, de que por primera vez en décadas la sífilis haya tenido, entre 1999 y 2003, un crecimiento relativo del 34%³⁶. Una vez más, lo mismo: se ha llegado tarde porque la prioridad ha sido la contracepción de emergencia o los métodos de barrera, pero no la educación.

El ejemplo «estrella» de los logros en salud pública es la aplicación de los calendarios vacunales en la infancia. Precisamente porque llegan «antes» son muy eficaces y han cambiado drásticamente la epidemiología de las enfermedades transmisibles. Esto se ha notado espectacularmente con la hepatitis B. Con su mera introducción en el calendario infantil, se ha logrado reducir muy efectivamente la incidencia. Limitarse a quienes tenían alto riesgo fue un fracaso. Adelantarse ha sido la solución. No se hubiese vencido la enfermedad fabricando la vacuna sin aplicarla precozmente. La política sanitaria de anticipación es fundamental para que los logros de la ingeniería genética sean un éxito en la práctica.

Se ha de concluir con contundencia que lo que necesitamos son más políticas sanitarias de anticipación. La cultura, la legislación, la moda, los mensajes educativos en los medios de comunicación: eso es lo que a la salud pública, dotada de una perspectiva multisectorial e interdisciplinaria, ha de cambiar. Si no lo hace, seguirá acumulando fracasos en el siglo XXI. El médico clínico, en su práctica diaria, desempeña una tarea insustituible en esta educación para cambiar comportamientos. Su error sería actuar sólo cuando ya es demasiado tarde.

Agradecimientos

Agradecemos las opiniones y los comentarios sobre sucesivos borradores de este manuscrito que hemos recibido de Joaquín Fernández-Crehuet, María Pilar Civeira, Pedro Gil Sotres, Miguel Delgado-Rodríguez, Manuel Serrano-Martínez, José María Martín Moreno, María Seguí-Gómez, Almudena Sánchez-Villegas y Álvaro Alonso. También agradecemos muy especialmente la ayuda de otros profesores universitarios que nos han hecho diversas sugerencias sobre el contenido del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anónimo. The catastrophic failures of public health. *Lancet*. 2004; 363:745.
2. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 2002;288:1723-7.
3. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA*. 2002;288:1728-32.
4. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA*. 2004;291:2847-50.
5. Aranceta J, Perez Rodrigo C, Serra-Majem L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:608-12.
6. Martínez JA, Moreno B, Martínez-González MA. Prevalence of obesity in Spain. *Obes Rev*. 2004;5:171-2.
7. Martínez JA, Kearney JM, Kafatos A, Paquet S, Martínez-González MA. Variables independently associated with obesity in the European Union. *Public Health Nutrition*. 1999;2:125-33.
8. Gutiérrez-Fisac JL, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Regidor E. Increasing prevalence of overweight and obesity among Spanish adults, 1987-1997. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24:1677-82.

9. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27:1047-53.
10. Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*. 1994;17:961-9.
11. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346:393-403.
12. Organización Mundial de la Salud. World Health Report, 2003. 6: Neglected Global Epidemics: three growing threats. (www.who.int, publicado el 18-12-2003).
13. Reddy KS. Cardiovascular Disease in Non-Western Countries. *N Engl J Med*. 2004;350:2438-40.
14. Seguí-Gomez M. Lesiones de tráfico en España: una llamada a la acción. *Gac Sanit*. 2000;14:1-3.
15. Gostin LO. Health of the people: the highest law? *J Law Med Ethics*. 2004;509-15.
16. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: (I). Eras and paradigms. *Am J Public Health*. 1996;86:668-73.
17. Waxman HA. The future of the global tobacco treaty negotiations. *N Engl J Med*. 2002;346:936-9.
18. Blum A, Solberg E, Wolinsky H. The Surgeon General's report on smoking and health 40 years later: still wandering in the desert. *Lancet*. 2004;363:97-8.
19. Atwood K, Colditz GA, Kawachi I. From public health science to prevention policy: placing science in its social and political contexts. *Am J Public Health*. 1997;87:1603-6.
20. Alonso A, de Irala J. Strategies in HIV prevention: the A-B-C approach. *Lancet*. 2004;364:1033.
21. Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, Green EC, Hearst N, Kirby D, et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet*. 2004;364:193-5.
22. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Searman P, Walker J, et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception*. 2004;69:361-6.
23. Stammers T. Sexual spin. *Postgrad Med J*. 1999;75:641-2.
24. Villalbi JR. El tabaco como problema de salud pública. En: Cabasés JM, Villalbi JR, Aibar C, editores. Informe SESPAS 2002. Valencia: Generalitat Valenciana; 2002. p. 113-29.
25. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2002;29:725-35.
26. Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol*. 2003;157:218-26.
27. Martín-Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la salud pública en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:637-43.
28. Vialettes B. L'alimentation méditerranéenne, un modele pour le monde? *Arch Mal Coeur Vaiss*. 1992;85 Supl 2:35-8.
29. Nestle M. Food politics: how the food industry influences nutrition and health. Berkeley: University of California Press; 2003.
30. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA*. 2003;289:1785-91.
31. Vioque J, Torres A, Quiles J. Time spent watching television, sleep duration and obesity in adults living in Valencia, Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24:1683-8.
32. Collins RL, Elliot MN, Berry SH, Kanouse DE, Kunkel D, Hunter SB, et al. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*. 2004;113:280-89.
33. Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, De Irala J, Cervera S. Parental factors, Mass-media influences and the onset of Eating Disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*. 2003;111:315-20.
34. Martínez-González MA, De Irala J. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gac Sanit*. 2003;17:347-50.
35. Salmon P, Hall GM. Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Soc Sci Med*. 2003;57:1969-80.
36. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2003. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2004;12:101-12.
37. Organización Mundial de la Salud. World Health Report, 2003. 1: Global Health: today's challenges (www.who.int, publicado el 18-12-2003).