



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**La pandemia de enfermedades
crónicas no transmisibles
Retos de salud pública y nuevos
paradigmas en el siglo XXI**

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

ILMO. SR. DR.

D. José M^a. Martín Moreno

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

EXCMO. SR. DR.

D. Antonio Llombart Bosch

Leídos el 21 de noviembre de 2013

VALENCIA



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**La pandemia de enfermedades
crónicas no transmisibles
Retos de salud pública y nuevos
paradigmas en el siglo XXI**

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

ILMO. SR. DR.

D. José M^a. Martín Moreno

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

EXCMO. SR. DR.

D. Antonio Llombart Bosch

Leídos el 21 de noviembre de 2013

VALENCIA

Sumario

Discurso de recepción del académico electo, Ilmo. Sr. Dr. D. José M^a. Martín Moreno, *La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles: Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI* 7

Agradecimientos 9

La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles:
Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI 11

1. Introducción y base conceptual 11

2. Causas y determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles 15

3. Principales factores de riesgo conductuales sobre los que se puede influir a través de promoción de la salud y de medidas socio-ambientales 16

4. Impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles: el por qué es necesaria una acción global 20

5. Estrategias de la Organización Mundial de la Salud y de los estados miembros que responden al compromiso adquirido en las Naciones Unidas 23

6. Plan global de acción para el periodo 2013-2020 26

7. Rebatiendo diez “falsos mitos” y proponiendo paradigmas adaptados a los retos del siglo XXI en este campo 36

Bibliografía 65

Discurso de contestación del académico numerario Excmo. Sr. Dr. D. Antonio llombart Bosch 75

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA,
EXCMOS. E ILMOS. SRS. ACADÉMICOS,
SEÑORAS Y SEÑORES, AMIGOS TODOS:

CON SENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD, a la par que gratitud e íntima satisfacción, me dirijo a Vds. en este acto en el que ingreso como Académico de número de la Real Academia de Medicina y Ciencias Afines de la Comunidad Valenciana. Permítanme, por ello, que mis primeras palabras sean de agradecimiento a todos los que han hecho posible el que esta distinguida corporación sea hoy lo que es, y a los que me han permitido que me incorpore a la misma.

Durante casi 200 años, esta institución ha sido asociada con los hombres y mujeres más prestigiosos de la medicina y la ciencia en la Comunidad Valenciana, y es un privilegio a la par que una responsabilidad unirme hoy al elenco de profesionales, académicos e investigadores de la salud que tanto han hecho para el desarrollo de la ciencia en nuestra Comunidad, en España y en el mundo.

El sillón que voy a tener el honor de ocupar es el número 20 de esta docta institución, sillón que anteriormente ocupaba como Académico el distinguido farmacólogo Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Esplugues Requena (1927-2011), y que ahora se con-

vierte en un sillón de Medicina Preventiva y Salud Pública. Esto adquiere una doble dimensión. Por un lado, aunque no se trata de una sucesión o continuidad en la disciplina o especialidad del Académico, sí que debe quedar subyacente un deseo de continuidad en los valores y principios de actuación infundidos por la labor del profesor Esplugues Requena. Tengo la suerte de ser amigo y compañero de su hijo, actual catedrático de Farmacología de nuestra Universidad, D. Juan Vicente Esplugues Mota, al que conozco y estimo desde hace muchos años y quien ha compartido conmigo algunos detalles biográficos sobre su padre, D. Juan Esplugues Requena, profesor de la Facultad de Medicina desde 1956 y catedrático desde 1971, Director del Departamento de Farmacología entre 1971 y 1986, y a partir de entonces y hasta 1991, del entonces denominado Departamento de Farmacología y Farmacotecnia, merecedor de numerosos galardones, entre otros del Premio al “Reconocimiento a toda una vida profesional” concedido en 2006 por la Fundación del Colegio de Médicos y el Ayuntamiento de Valencia, y en definitiva maestro de maestros, y fuente de inspiración para todos nosotros.

Por otro lado, esta adscripción supone una oportunidad sin precedentes para una especialidad de enorme trascendencia en el contexto actual de la Sanidad y el desarrollar su potencial requiere firme determinación. Entiendo que la Real Academia de Medicina de la Comunidad ha decidido dar impulso a los temas relacionados con la prevención de la enfermedad, la protección y promoción de la salud, y con la gestión sanitaria, y será para mi un honor contribuir a esta noble iniciativa.

Además, en esta introducción no puedo dejar de hacer explícito mi agradecimiento al Presidente de la Real Academia,

Excmo. Sr. Dr. D. Antonio Llombart Bosch, quien siempre me ha distinguido con su espléndido magisterio y amistad y que tan generosamente aceptó dar respuesta a este discurso, interviniendo en nombre de la corporación. Y mi reconocimiento también a los tres académicos que tan noblemente avalaron mi candidatura a este sillón: la Ilma. Sra. Dra. D^a. Carmen Leal Cercós y los Ilmos. Sres. Dres. D. Rafael Carmena Rodríguez, y D. Agustín Llopis González. Supone para mí un gran honor y he adquirido con todos ellos una deuda de gratitud que perdurará en mi corazón.

Y hablando de deuda de gratitud, mi reconocimiento a todos mis maestros a los que debo tanto, destacando los Dres. Ramón Gálvez Vargas, Brian MacMahon y Walter Willett, a todos mis buenos colegas de la Universitat de València, a mis compañeros del Hospital Clínico Universitario y Departamento de Salud-Valencia-Clínico-Malvarrosa, y en la dimensión más íntima a mis amigos (los que están aquí hoy y a los que no han podido estar físicamente presentes pero me acompañan de corazón), y sobre todo a mi familia: por supuesto a mis queridos padres y hermanos, y cómo no a mis hijos (Alejandro, Víctor y Jaime) y a mi mujer. Necesitaría más de una vida para corresponder a Lydia, su amor y sus desvelos para hacerme feliz y apoyarme en todo.

Se dice que la vida del hombre es un continuo deseo de hacer realidad sus proyectos e ilusiones, y para ello es importante contar con ese apoyo afectivo que ha de combinarse con el entusiasmo. Así se puede buscar lo que se quiere y querer lo que se busca, transformando los recursos en posibilidades, para seguir haciendo que el futuro nos ilusione y se mantenga la llama vital. Llegar a la Real Academia de Medicina de la Comu-

nidad Valenciana es para mí conseguir que una parcela que antes estaba ubicada en el futuro, y que ahora se ha hecho realidad, se convierta a su vez en una nueva posibilidad de desarrollo personal. En definitiva, todo esto supone para mí una satisfacción a la par que una responsabilidad, dado que admiro a esta Real Academia por su historia y por todas las personas que la componen.

La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles: Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI

1. Introducción y base conceptual

El tema objeto de este discurso ha sido elegido con sentido de compromiso. En él he estado trabajando de manera especial durante mi reciente experiencia en la Organización Mundial de la Salud. Además de la motivación que supone el compartir conocimientos e información actualizada que he recogido durante este periodo, considero que este tema es trascendental en el amplio campo de la medicina preventiva y salud pública. Estoy hablando de la pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles, el problema que actualmente supone la mayor carga de enfermedad para la humanidad y que conlleva enormes desafíos sociales y sanitarios. Lo que implica todo este fenómeno ha supuesto a mi juicio un movimiento sísmico en los arquetipos que hasta ahora teníamos como sólidamente fundamentados en medicina y salud pública, motivo por lo que entiendo que se requieren un nuevo marco teórico-práctico articulado en formas de paradigmas que se adapten a este reto en el siglo XXI.

Empecemos reconociendo que el perfil de las enfermedades que afectan a los grupos poblacionales ha variado a lo largo del tiempo. Así, la Comunidad Valenciana y las poblaciones del conjunto de España han experimentado lo que también ha

ocurrido en otros países de nuestro entorno, donde se ha producido un cambio importante en el patrón de los problemas de salud comunitaria. Aunque posteriormente intentaré explicar cómo estos paradigmas van evolucionando, hasta ahora viene siendo habitual dividir las patologías, enfermedades o problemas de salud en dos grandes bloques: el de las enfermedades agudas (fundamentalmente transmisibles o infecciosas) y el de las enfermedades crónicas (habitualmente “no transmisibles”, por su carácter en principio no contagioso). Todas ellas las podemos estudiar desde un enfoque clínico y epidemiológico que tiene como objeto la descripción o magnitud del problema, el análisis de las causas y el planteamiento de las medidas de intervención más adecuadas.

Lo cierto es que desde hace poco más de un siglo se ha producido una marcada disminución de las tasas globales de mortalidad bruta, con un aumento de la longevidad de la población. Las mejoras en el saneamiento, nutrición y condiciones generales de vida, especialmente desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, han condicionado un acusado cambio en las causas de muerte, lo que ha provocado una disminución en las enfermedades infecciosas o transmisibles (agudas), mientras se ha situado destacadamente a la cabeza de este escalafón las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se incluyen las cardiovasculares, oncológicas, respiratorias, neurodegenerativas, y diabetes mellitus.

Lógicamente, cada una de estas enfermedades merecería más de un discurso de estas características, por lo que ruego indulgencia y comprensión por la limitación impuesta para el abordaje genérico de este tema bajo el paraguas conceptual de la

agrupación de procesos nosológicos definidos con el término de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Para tener una idea preliminar de la seriedad del problema que nos ocupa, baste decir que este grupo de enfermedades provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y paulatinamente ha ido aumentando la importancia de su impacto proporcional hasta el punto de haber alcanzado proporciones de “epidemia” global que traspasa fronteras y afecta a todos los países del mundo.¹

Recordemos que cada año se producen alrededor de 60 millones de muertes en el mundo. A la hora de examinar el por qué de estos óbitos, hemos de analizar la mortalidad específica por causas de enfermedad. Pues bien, del total de defunciones en el globo, más de 36 millones (es decir, por encima del 60% del total de las muertes) son causadas por ECNT. Algo más de una cuarta parte de estos decesos –unos 10 millones–, se pueden considerar prematuros, dado que se dan en personas con menos de 60 años de edad, lo que viene a contabilizar años potenciales de vida perdidos. Esta mortalidad atribuible a ECNT está liderada, en cuanto a la magnitud, por las siguientes entidades nosológicas: enfermedades cardiovasculares (30% del total de mortalidad global), cáncer (13%), enfermedades respiratorias crónicas (7%) y diabetes (2%).² Hay muchas más enfermedades importantes que podrían también clasificarse como ECNT, pero siguiendo la priorización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propuesta inicial de Naciones Unidas (ONU), nos centraremos principalmente en las cuatro enfermedades citadas.

En España, se calcula que estas dolencias son causantes de más de 300.000 muertes cada año, lo cual representa el 80% respecto al total de defunciones, y unas pérdidas de salud superiores a 3,4 millones de años de vida ajustados por discapacidad.^{3,4}

Además, las ECNT tienen un enorme impacto sobre las sociedades y las economías. En este sentido es bien conocido el estudio conjunto de la Universidad de Harvard y el Foro Económico Mundial que estimó que, si continúa la inercia y no se toma ninguna medida adicional, las ECNT costarán a los países de ingresos bajos y medios casi 500.000 millones de dólares estadounidenses por año, lo que equivale a un 4% de su producto interno bruto (PIB) actual.⁵ Y este problema afecta a países pobres y ricos, dado que, además, las ECNT generan la mayor parte de los costes evitables de la atención sanitaria.⁶ A pesar de todo lo anterior, el problema no ha entrado en la agenda de prioridades globales de salud hasta recientemente, dado que abordarlo significaba un esfuerzo de inversión en acción y cooperación para la salud que muchos preferían no tener que tratar. Era un problema que se identifica con lo que los sajones denominan “elefante en la habitación”. En idioma inglés, la alusión a “*the elephant in the room*” se usa como expresión metafórica que hace referencia a una verdad evidente o amenaza obvia que es ignorada y que nadie quiere discutir, en este caso pese al gran impacto para la humanidad. Y es que la trascendencia de las ECNT es enorme y sigue creciendo.

2. Causas y determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles

Y cabe preguntarse... ¿Por qué hemos llegado a este punto? Ante todo hay que tener en cuenta factores como la globalización y las tendencias demográficas de envejecimiento (al disminuir a su vez la mortalidad por enfermedades infecciosas y otras causas), a lo que hay que añadir la urbanización y evolución del modo de vida. También ejercen una enorme influencia los determinantes sociales de la salud, como los ingresos económicos, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género. Por lo tanto, las ECNT constituyen un complejo problema de salud pública y un reto para el desarrollo económico de la población. Su abordaje requiere de intervenciones no solo propias del ámbito sanitario, sino también de otros sectores sociales, tanto públicos como privados.⁷

Fruto de todo lo anterior hemos asistido a una voz creciente que reclamaba que este problema dejara de ser “el elefante en la habitación” para recibir una atención estratégica priorizada, máxime cuando actualmente sabemos que el impacto de estas enfermedades podría reducirse de manera significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos, con lo que se salvarían millones de años potenciales de vida prematuramente perdidos y se evitarían sufrimientos incontables.^{2,8,9}

El reconocimiento del enorme problema y de las grandes oportunidades de prevención y control ha hecho que, de manera excepcional, este tema sea objeto de consideración en la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Efectivamente, en

septiembre del 2011 se produjo una histórica “Reunión de Alto Nivel” de la Asamblea General de ONU sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. No era una reunión de ministros de sanidad sino de los presidentes y los más altos mandatarios de todas las naciones del globo. Ello condujo a una Declaración política de extraordinaria trascendencia.¹⁰ Desgranando la esencia de la misma, se trata de una estrategia que es identificada como “de 4x4”, no por utilizar una metáfora de automóviles “todoterreno”, sino porque aborda la problemática a través de una matriz compuesta por cuatro enfermedades principales, y los cuatro factores de riesgo cardinales. Los cuatro grupos de enfermedades que acaparan la atención principal son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. A su vez pone el foco en los cuatro determinantes o factores de riesgo de enfermedad a combatir: el tabaquismo, la alimentación poco saludable, el sedentarismo o la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Estos cuatro factores son los identificados por la OMS y las Naciones Unidas como los factores de riesgo evitables que generan la mayor carga de enfermedad, y sobre los cuales sin duda hay que actuar.

3. Principales factores de riesgo conductuales sobre los que se puede influir a través de promoción de la salud y de medidas socio-ambientales

Centrados pues en el conocimiento de que un alto porcentaje de ECNT puede prevenirse mediante la reducción de sus cuatro factores de riesgo conductuales más importantes antes aludidos, y a través de acciones a nivel poblacional e individual,

paso a aportar unas breves cifras para comprender el impacto de estos factores de exposición homicidas. Y utilizo este término tan contundente porque detrás de los fríos números, existen personas con corazones y sonrisas perdidas debido al desconocimiento o la negligencia derivada de la falta de acción para evitar o subsanar un mal hábito adquirido.

Respecto al **tabaco**, su impacto nocivo es atroz, por más que nos hayamos desensibilizado a fuerza de hablar de ello en nuestra sociedad, a veces con demasiada superficialidad. Se sabe que algo más de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo. Y, si no se corrige la tendencia, hacia el 2030 esa cifra llegará a los 7,5 millones, lo que representará el 10% del total de muertes anuales en el mundo. Se estima que el tabaquismo causa algo más del 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas, y alrededor del 10% de todas las enfermedades cardiovasculares.¹¹

Por su parte, el uso nocivo de **alcohol** causa la muerte de 2,3 millones de personas cada año (alrededor del 3,8% de todas las muertes que tienen lugar en el mundo), y se da la circunstancia de que las ECNT suponen la causa de muerte en más de la mitad de dichos fallecimientos (hablamos de diversos tipos de cánceres, enfermedades cardiovasculares o cirrosis hepática, fundamentalmente).¹²

En cuanto al **sedentarismo**, se calcula que la muerte de 3,2 millones de personas al año es atribuible a una insuficiente actividad física. Las personas sedentarias corren un riesgo objetivamente más alto de morir, fundamentalmente por causas básicas relacionadas con las citadas ECNT, hasta un 30%

mayor comparado con el riesgo que tienen las personas activas. Por otra parte, la actividad física regular reduce la incidencia de depresión, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres como el de mama o de colon.¹³

Respecto a la **dieta no saludable**, una descripción completa del abordaje de este problema (como el de las exposiciones nocivas arriba aludidas) supondría de por sí centrarse monográficamente en otro discurso, pero de forma muy sintética intentaremos destacar algunos aspectos. Así, la evidencia muestra que la mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más elevados que los que se consideran saludables según recomendaciones de la OMS. Recordemos que la ingesta excesiva de sal es un determinante que incrementa la probabilidad de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, el riesgo de cardiopatías (así como de ciertos tumores malignos) aumenta con el consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos *trans*, fundamentalmente generados en el proceso de hidrogenación que se realiza sobre las grasas para solidificarlas, con el fin de utilizarlas en diferentes alimentos (un ejemplo de ello es la solidificación del aceite vegetal, originalmente líquido, para la fabricación de ciertas margarinas). Los alimentos con alto contenido en sal y ricos en grasas saturadas y ácidos grasos *trans* suelen formar parte del triste elenco gastronómico de la comida rápida o “comida basura”, y el consumo de estos alimentos malsanos está desgraciadamente creciendo en todas las poblaciones, y sobre todo en entornos con escasos recursos económicos. De forma complementaria, conocemos las bondades de nuestra dieta mediterránea así como el hecho de que el consumo de suficientes cantidades de fruta y verdura puede reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, así como cán-

cer de estómago y colorrectal, todo lo cual indica que una adecuada educación alimentaria y sólida planificación de menús en centros escolares y de restauración colectiva puede suponer un gran beneficio para la salud.¹⁴

Intrínsecamente ligado a lo anteriormente descrito, en relación a la insuficiente inactividad física y/o excesiva ingesta calórica, el sobrepeso y la obesidad constituyen en la actualidad un problema creciente. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y ciertos tipos de neoplasias malignas crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC), exceso al que actualmente se atribuyen al menos 2,8 millones de muertes cada año.¹⁵

Además de las exposiciones amenazantes anteriormente descritas, otros factores de riesgo intermedios de enorme trascendencia son los constituidos por la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia (trascendentales para las enfermedades cardiovasculares, que pueden combatirse en parte adoptando los estilos de vida saludables antes descritos, y mediante tratamientos farmacológicos específicos cuando estén médicamente indicados).^{16,17}

También hay que recordar las infecciones relacionadas con neoplasias, dado que se sabe que al menos 2 millones de cánceres anuales, esto es, el 18% de la carga mundial de tumores malignos, pueden atribuirse a ciertas infecciones crónicas, tal y como fundamentó en su brillante conferencia el profesor Harald zur Hausen el pasado 7 de mayo de 2013 en la Real Academia de Medicina y Ciencias Afines de la Comunidad Valenciana. Los principales agentes infecciosos posibles causantes de cáncer son entre otros: el virus del papiloma humano, el virus de la

hepatitis B, el virus de la hepatitis C y *Helicobacter pylori*. Dichas infecciones pueden prevenirse mediante vacunas y medidas para evitar la transmisión, o bien pueden llegar a tratarse para controlar el problema cuando así esté indicado.¹⁸

4. Impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles: el por qué es necesaria una acción global

El impacto de las ECNT es extraordinario para todas las poblaciones en el mundo, aunque todavía es más terrible de afrontar para las comunidades con menos recursos económicos. Así, la OMS afirma que “las consecuencias para las sociedades y las economías son devastadoras en todas partes, pero sobre todo entre las poblaciones pobres, vulnerables y desfavorecidas. Estas personas enferman y mueren antes que las de las sociedades más ricas. En amplias zonas del mundo en desarrollo las enfermedades no transmisibles son detectadas tardíamente, cuando los pacientes necesitan una atención hospitalaria intensa y costosa, como consecuencia de complicaciones graves o episodios agudos. La mayor parte de esa atención la pagan los pacientes directamente de su bolsillo, lo que puede traducirse en gastos médicos catastróficos. Por todas esas razones, las enfermedades no transmisibles suponen un doble revés para el desarrollo: año tras año, causan pérdidas de miles de millones de dólares o euros en la renta nacional, y empujan a la gente por debajo del umbral de pobreza”.⁹

Ante este desafío, la OMS propuso medidas concretas a través del denominado “Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia

Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles”,¹⁹ incluyendo, la exigencia de tomar conciencia de la magnitud de la carga que suponen las ECNT, a la par que de las posibilidades de prevención y control de las mismas; la necesidad de fortalecer en todos los países compromisos políticos y técnicos de prevención y control, a través de intervenciones coste-efectivas y basadas en la evidencia; el requerimiento de fortalecer los servicios de salud, integrando las actividades de prevención y control de enfermedades crónicas especialmente a través de la atención primaria; el establecimiento de mecanismos de coordinación nacional, para generar y mantener acciones priorizadas tendentes a modificar positivamente los factores ambientales, sociales y económicos determinantes de la salud; y la formulación explícita de las intervenciones básicas para la prevención y el control de ECNT, calculando los costes de su ejecución y estimando la magnitud de sus repercusiones en cuanto a la mortalidad y discapacidad, prevenida o evitada. Todo ello debería hacerse en un plazo establecido y con indicadores operativamente definidos.

La Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas llegó a reconocer que sólo se puede tener éxito en la prevención y el control de las ECNT si se va más allá del estricto sector sanitario forjando vínculos y alianzas con otros sectores, en particular: educación, agricultura y ganadería, comercio, trabajo, planificación urbana y transporte, agua y saneamiento, entre otros.¹⁰

A pesar de que el tema se ha convertido en evidente, y que hay pruebas científicas de la gravedad del problema y de las posibilidades de acción, muchos responsables políticos, anclados en el nihilismo cortoplacista, siguen sin ser conscientes

de que las ECNT requieren de atención prioritaria. Una escasa comprensión integral del problema y la persistencia de algunas ideas erróneas siguen obstaculizando la acción.

Por un lado, y aunque la mayoría de las defunciones causadas por las ECNT, en particular las muertes prematuras, se producen en los países de ingresos bajos y medios, se sigue erróneamente creyendo que estas enfermedades son propias de países y poblaciones “ricas”, siendo fruto “inevitable” del desarrollo.

Más allá de lo anterior, otro obstáculo es la consideración de estas enfermedades como problemas atribuibles únicamente a conductas y modos de vida individuales nocivos, perspectiva que lleva a menudo a “culpar” a la víctima por sus problemas. La influencia de las circunstancias socioeconómicas en el riesgo de estas enfermedades y en la vulnerabilidad a las mismas, así como los efectos de políticas perjudiciales para la salud, son factores que no siempre se comprenden en toda su justa dimensión. Por el contrario, su importancia es subestimada desde algunas instancias normativas, sobre todo en sectores no sanitarios. Por ejemplo, a veces no parece valorarse debidamente la nefasta influencia de las políticas públicas relacionadas con el inapropiado control del tabaco (el caso de Eurovegas es a mi juicio, un ejemplo de la tentación de caer en errores que deberíamos evitar). Otros ejemplos, son los propios en los que el marco de convivencia generado por las decisiones políticas favorece hábitos de alimentación inadecuada a base de comida rápida y poco equilibrada, o promueve condiciones urbanísticas y sociales que acarrean obstáculos para la actividad física, o induce a un contexto que provoca el consumo nocivo de alcohol. Todas esos aspectos normativos y

“socio-ambientales” influyen de manera fundamental en los comportamientos y los factores de riesgo que conducen a las ECNT.

Existen otros falsos mitos o paradigmas obsoletos que se discuten más adelante en este discurso, pero ahora simplemente digamos que, para superar esas concepciones erróneas o puntos de vista incompletos, hay que intentar cambiar la percepción que tienen los gobiernos o las personas responsables de la formulación de políticas sobre las ECNT y sus factores de riesgo, de modo que actúen en consecuencia.

5. Estrategias de la Organización Mundial de la Salud y de los estados miembros que responden al compromiso adquirido en las Naciones Unidas

Una acción integral y duradera es esencial para prevenir los factores de riesgo de las ECNT, abordando los determinantes sociales de estas enfermedades, a la par que fortaleciendo los sistemas de salud para que ofrezcan tratamiento y atención adecuados y oportunos a quienes ya las padezcan.^{9,19}

En lo que constituye un elemento de esperanza, y a través de iniciativas lideradas o coordinadas por la OMS, conocemos una serie de opciones para abordar estas enfermedades, tanto mediante intervenciones poblacionales costo-efectivas, encaminadas esencialmente a la prevención, como a través de intervenciones individuales, orientadas a la detección y el tratamiento tempranos para retrasar la evolución de afecciones y

complicaciones graves y costosas. El foco se dirige, por un lado, a los factores conductuales o de estilos de vida antes aludidos, y por otro, a los factores de riesgo metabólicos y fisiológicos propios de cada individuo (habría que hacer mención especial aquí a la hipertensión arterial, el aumento del colesterol sérico y las alteraciones del metabolismo de la glucosa).^{6,19}

Permítaseme en este punto que nos adentremos, aunque sea de forma breve, en un terreno algo más teórico-normativo, pero necesario, con el objeto de conocer el fundamento y génesis de las estrategias de salud que se han puesto recientemente en marcha a nivel global y que si son asumidas y llevadas a cabo van a suponer una revolución médico-social. La base de esta aproximación se fundamenta en una visión común con acciones orientadas a invertir la tendencia de la epidemia. Así es como se articulan los ejes de la Estrategia Global para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, cuyo germen fue ya formulado por la Asamblea Mundial de la Salud del año 2000. A partir de ahí, se reconoció la necesidad de una acción intensiva en tres objetivos: la cartografía de la epidemia de ECNT y de sus causas; la reducción de los principales factores de riesgo mediante actividades de promoción de la salud y de prevención primaria; y el fortalecimiento de la atención sanitaria para las personas ya afectadas por ECNT.

Durante la década transcurrida desde la aprobación de la estrategia del año 2000 hemos sido testigos de importantes avances en política e iniciativas estratégicas que suponen un apoyo adicional para los Estados Miembros en su lucha contra la epidemia de ECNT. En este sentido, los hitos más destacables son los siguientes:

- la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003.²⁰
- la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004.²¹
- el Plan de Acción 2008-2013 que desarrolla de forma práctica la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Este Plan de Acción fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008.²²
- la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010.²³

A lo anterior hay que sumar el impulso de consolidación que supuso la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las ECNT, aprobada en 2010.²⁴ En ella fue donde se hizo un llamamiento para que la Asamblea General celebrara una reunión de alto nivel, con la participación de Jefes de Estado y de Gobierno, sobre la prevención y el control de las ECNT, que finalmente se llevó a cabo en septiembre de 2011 y que supuso un hito extraordinario.¹⁰ También es necesario citar iniciativas tales como la Primera Conferencia Global Ministerial sobre Estilos de Vida Saludables y Enfermedades No Transmisibles, celebrada en Moscú en el 2011, y que se plasmó en la denominada “Declaración de Moscú” sobre ECNT,²⁵ y más recientemente el Plan de acción para la prevención y control de ECNT 2013-2020, que en realidad articula el seguimiento de la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas.²⁶

Lo anterior es simplemente una muestra de hitos destacados, y no una lista exhaustiva de referencias, reuniones y declaraciones del más alto nivel político y social. De hecho, una descripción con espíritu prolijo podría llevarnos a extender este texto hasta la extenuación, aunque si intentara aquí incluir todo este debate en su más amplia extensión excedería a todas luces los objetivos de este discurso y me temo que también la paciencia de la generosa audiencia.

6. Plan global de acción para el periodo 2013-2020

Por todo lo anterior, ahora paso directamente a describir los aspectos básicos para la comprensión y abordaje de las metas que se han fijado a nivel global por las Naciones Unidas a través de la OMS en mayo de 2013, y que se siguen actualizando de manera dinámica (aquí revisado hasta octubre de 2013).²⁶

La visión de este plan global de acción 2013-2020 es la de aspirar a un mundo libre de la carga evitable de ECNT. Nótese que no se afirma que se pretende evitar todas las ECNT (más frecuentes en la medida que la población envejece), pero sí la parte evitable y la mortalidad prematura.

La meta formulada es la de reducir la carga prevenible y evitable de morbilidad, mortalidad y discapacidad por estas enfermedades mediante la colaboración multisectorial y la cooperación a nivel mundial, nacional y regional, para que las poblaciones alcancen los más altos niveles posibles de salud y la

productividad en todas las edades. En definitiva, se persigue que estas enfermedades no sean un obstáculo para el bienestar y el propio desarrollo socioeconómicos de las poblaciones.

Los principios generales se articulan a través de las siguientes ideas: el enfoque del ciclo vital (actuaciones desde la infancia, dado que cuanto antes se intervenga la prevención será más efectiva); el empoderamiento o capacitación de las personas y comunidades; el planteamiento basado en los derechos humanos y en la equidad; la cobertura de salud universal, fortaleciendo los sistemas sanitarios; la labor nacional y cooperación internacional; las estrategias basadas en la evidencia y la solidaridad; la adecuada gestión de posibles conflictos de intereses; y la acción multisectorial.

Todo lo anterior se plasma de forma práctica en una serie de metas globales que, aunque de carácter voluntario, dan muestra del compromiso adquirido en esta lucha contra las ECNT. Así, a lo que se aspira es que, al finalizar este periodo, es decir cuando concluya el año 2020, pueda constatarse:

- Una reducción relativa del 25% en el riesgo de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, y enfermedades respiratorias crónicas.
- Una reducción relativa del 30% en la prevalencia del consumo de tabaco en personas mayores de 15 años.
- Por lo menos el 10% de disminución relativa en el uso nocivo del alcohol, según el contexto nacional.
- Una reducción relativa del 10% en la prevalencia de sedentarismo o actividad física insuficiente.

- Una disminución relativa del 30% en la media de ingesta de sal de la población.
- Una reducción relativa del 25% en la prevalencia de la hipertensión arterial.
- La objetiva contención de lo que hasta ahora ha sido una tendencia creciente de la diabetes y la obesidad.
- La garantía de que al menos el 50% de los pacientes con indicación apropiada, reciban tratamiento farmacológico y asesoramiento médico (incluyendo el control de la glucemia) para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
- La disponibilidad de al menos el 80% de las tecnologías básicas asequibles y medicamentos esenciales necesarios para el tratamiento de las principales ECNT, tanto en centros sanitarios públicos como privados.

Si nos adentramos en la forma en la que se aportan soluciones para alcanzar el objetivo consistente en reducir los factores de riesgo modificables y los determinantes sociales subyacentes a través de la creación de entornos que promueven la salud, el plan de acción plantea una serie de opciones de política estratégica y táctica para los Estados miembros. A continuación, extraeré las principales acciones delineadas.

En la dimensión relativa a la **prevención y control del tabaquismo**, las opciones políticas propuestas incluyen:

- Acelerar la aplicación plena del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).

- Con el fin de reducir el consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo de tabaco, se insta al cumplimiento de las siguientes medidas:
 - Proteger las políticas de control del tabaco contra los intereses comerciales y de otro tipo de la industria del tabaco o afín.
 - Legislar para conseguir el 100% de ambientes libres de humo en todos los lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, en lugares públicos abiertos.
 - Advertir a los ciudadanos sobre los peligros del consumo de tabaco, en particular mediante la muestra de evidencia contundente, e incluyendo campañas en los medios y advertencias sanitarias claramente visibles y legibles.
 - Implementar una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
 - Reducir la exposición al humo de tabaco en el ambiente y ofrecer ayuda a las personas que desean dejar de fumar, especialmente a las mujeres embarazadas y a los pacientes con enfermedades crónicas.
 - Regular el contenido y las emisiones de los productos de tabaco y obligar a los fabricantes e importadores de productos de tabaco a que revelen la información relativa al contenido y las emisiones de los productos del tabaco.
 - Aumentar los impuestos a todos los productos del tabaco con el objeto de reducir su demanda y consumo.

Además, y con el fin de facilitar la aplicación de medidas multisectoriales integrales de acuerdo con el CMCT de la OMS, se insta a reforzar la vigilancia epidemiológica del consumo, así como a asegurar el establecimiento de mecanismos explícitos para hacer cumplir las políticas de control del tabaco debidamente adoptadas.

En cuanto a las opciones para la **promoción de una dieta saludable** se propone que los Estados miembros desarrollen o fortalezcan las políticas de nutrición a través de planes de acción nacionales de alimentación. Se insta a que estos incluyan los conceptos contenidos en las estrategias globales sobre régimen alimentario, actividad física y salud, alimentación del lactante y del niño pequeño, la promoción y apoyo a la lactancia materna, y las recomendaciones sobre el control de promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (por supuesto, las bebidas alcohólicas deben estar directamente proscritas en población infantil). También se insta al control de las guías alimentarias para la población general, de forma que se impida la influencia de intereses comerciales nocivos para el interés de salud.

Esas políticas y programas deben incluir un plan de monitorización y evaluación, y en la medida de lo posible hay que involucrar a los diferentes sectores relevantes, como los productores y elaboradores de alimentos y otros operadores comerciales pertinentes, con el objeto de:

- Reducir el nivel de sal/sodio en alimentos pre-envasados o preparados.
- Favorecer el consumo de frutas y verduras en las propuestas gastronómicas.

- Tender a eliminar los ácidos grasos *trans* y reducir los ácidos grasos saturados en los alimentos, reemplazándolos con ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados.
- Reducir el contenido de azúcares libres y su añadido en los alimentos y bebidas no alcohólicas.
- Reducir el tamaño de la porción y la densidad de energía de los alimentos, con el fin de limitar el exceso de ingesta de calorías.

Además, se ha acordado adoptar medidas adicionales dirigidas a la cooperación con el sector agrícola, procesadores de alimentos, minoristas, y empresas de catering para mejorar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los alimentos más saludables antes descritos. Junto a ello, se propone promover la provisión y disponibilidad de estos alimentos saludables en todos los centros comunitarios de restauración colectiva tales como escuelas, instituciones educativas y comedores de centros de trabajo. Finalmente, y adaptado al contexto nacional, se pueden utilizar herramientas económicas incentivadoras o disuasorias. Estas pueden incluir los impuestos y subsidios. La idea es crear alicientes para los comportamientos asociados con mejores resultados de salud, con el objeto de mejorar la accesibilidad y fomentar el consumo de alimentos saludables, mientras se intenta desalentar en el consumo de las opciones menos saludables. Junto a todo lo anterior, se promueve el correcto etiquetado nutricional de todos los alimentos pre-ensados, evitando las alegaciones nutricionales o de salud que no estén fundamentadas en evidencias científicas sólidas.

Pasando ahora a revisar las opciones de estrategia de salud para la **promoción de la actividad física**, las propuestas están elegidas para contribuir a los objetivos previamente aludidos de disminución del 10% en la prevalencia de sedentarismo (o actividad física insuficiente), frenando la tendencia creciente de diabetes y obesidad, y reducción relativa del 25% en la prevalencia de presión arterial elevada. Además, se busca promover los beneficios secundarios de la actividad física, tales como la mejora del rendimiento escolar, las ventajas de un aire más limpio (por tráfico reducido y con menor congestión) y el impacto positivo en la salud mental y social, todo lo cual es coherente con el desarrollo sostenible de las sociedades.

Las principales opciones que se han acordado consisten en:

- Adoptar y aplicar directrices por parte de cada país sobre actividad física para la salud, mediante el estableciendo de un comité multisectorial u organismo similar para proporcionar liderazgo y la coordinación estratégica.
- Desarrollar sinergias involucrando a todas las partes interesadas, a través de los gobiernos, la sociedad civil / ONGs y los agentes económicos, para adoptar medidas destinadas a favorecer o aumentar la actividad física en todas las edades.
- Establecer medidas de política para promover la actividad física en la vida diaria, entre otras cosas mediante el transporte activo, la recreación, el ocio y el deporte. Ello incluye promover infraestructuras para facilitar el ir a pie o en bicicleta, mejorar la oferta de educación física de calidad en los centros educativos, y difundir las alternativas activas a través de buena comunicación (incluyendo en redes sociales),

todo ello considerando las condiciones apropiadas para todas las edades, tanto en escuelas, universidades, lugares de trabajo, como en la comunidad en general.

Para concluir esta revisión de los acuerdos de acción sobre los principales factores de riesgo de ECNT adoptados este mismo año por todos los Estados miembros con la Organización Mundial de la Salud, quedan por revisar las opciones de políticas saludables en torno al **control del uso nocivo del alcohol**.

Aquí destacan las políticas y medidas de eliminación o minimización del alcohol al volante; regulación de la comercialización de bebidas alcohólicas –incluyendo política de precios (con componente impositivo disuasorio)–; control y medidas contra el alcohol ilícito pernicioso (como el metanol fraudulento) y el alcohol de producción informal o no regulada; y adecuada asistencia para reducir las consecuencias negativas del consumo de alcohol y de la intoxicación etílica.

Pues bien, una vez revisados las acciones globales sobre los cuatro principales factores de riesgo ligados a estilos de vida y ambientes condicionantes, el plan de acción adoptado en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013 contempla también de forma explícita el **fortalecer y orientar los sistemas sanitarios para hacer frente a la prevención y control de enfermedades no transmisibles** y los determinantes sociales subyacentes mediante la cobertura universal de la asistencia sanitaria. Ello se ha de estructurar fundamentalmente a través de la atención primaria de la salud centrada en el paciente (esto es, en la persona potencialmente vulnerable o afectada por la enfermedad crónica).

El compromiso incluye llegar a asegurar mecanismos para la protección del acceso a los servicios para los enfermos, con el objeto de que todas las personas, con independencia de su situación socio-económica, puedan beneficiarse de la prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para todas las condiciones, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, y otras enfermedades no transmisibles, además de la adecuada integración con programas específicos de enfermedad, incluidos los de salud mental.

Para todo lo anterior es imprescindible establecer en cada Estado miembro las bases presupuestarias y organizativas que permitan la financiación sanitaria para la provisión sostenible y equitativa de los servicios de atención a la salud, con especial atención a las ECNT. La OMS insiste en algo todavía complejo de alcanzar en muchos países del mundo, pero a lo que todos debemos aspirar: a la cobertura universal de la atención a la salud, dando prioridad a la financiación de una combinación de cuidados preventivos, curativos y paliativos plasmados en intervenciones costo-eficaces en los diferentes niveles de atención que se ocupen de las ECNT y sus comorbilidades asociadas.

También se formula el deber adquirido para establecer sistemas de mejora continua de la calidad para el manejo de las enfermedades a través del uso de directrices basadas en la evidencia, protocolos de tratamiento y herramientas para atender las principales ECNT, sus factores de riesgo y comorbilidades, a la par que la determinación para intentar garantizar la seguridad del paciente.

Además, hay que capacitar a las propias personas con ECNT para detectar tempranamente problemas de salud, o reclamar servicios de detección precoz, y conocer cómo manejar de manera más efectiva su propia afección, proporcionando información y herramientas para el auto-cuidado y auto-gestión en la medida de lo posible. Esto ha de estar fundamentado en directrices basadas en la evidencia, fomentando la mejor relación e interacción médico-paciente, lo cual incluye actualmente tecnologías de la información y comunicación como e-salud (a través de internet) y m-salud (a través de dispositivos móviles).

Además, y esto es importante en nuestro entorno universitario y de Real Academia, se reconoce la obligación de los gobiernos de recoger las principales propuestas que fundamenten medidas de cara al desarrollo de recursos humanos bien preparados para la prevención y control de las ECNT, lo cual conlleva la identificación de las competencias necesarias y, por supuesto, la pertinente inversión para la mejora de los conocimientos, habilidades y motivación del personal de salud actual para hacer frente a las ECNT, incluidas comorbilidades comunes (como los frecuentes trastornos mentales asociados), así como la formulación de planes explícitos para hacer frente a las proyecciones futuras de necesidad de personal sanitario en general y médico en particular, sobre todo a la luz del envejecimiento demográfico propio de nuestras poblaciones.

A fin de ayudar a establecer prioridades y alentar a adoptar medidas inmediatas, el informe propone una serie de “mejores opciones” costo-eficaces, demostradamente factibles y asequibles cualesquiera que sean los recursos, señalándose claramente que la atención primaria es el mejor marco para aplicar las intervenciones recomendadas a la escala necesaria.

Hasta aquí he intentado hacer una recopilación de los problemas asociados a las ECNT y de las soluciones y compromisos internacionales. De todo ello habrá que hacer un oportuno seguimiento. Pero ahora lo dejo aquí con una palabra seguida de tres puntos suspensivos: "continuará...". Los tres puntos suspensivos dejan entrever la secuencia que seguirá inexorablemente en el tiempo.

7. Rebatiendo diez “falsos mitos” y proponiendo paradigmas adaptados a los retos del siglo XXI en este campo

Como corolario de todo lo anterior, abordaré algo con lo que nos encontramos con frecuencia en nuestra vida. Se trata de ideas, “mitos” y leyendas urbanas que, a fuerza de repetirse, terminan creyéndose como innegables. Se dice que por salud mental debemos siempre contrastar y en su caso desafiar los mitos establecidos. De hecho, en medicina se ha acuñado el término “escepticemia” propuesto por Skrabanek y McCormick como neologismo que proviene de la contracción de los términos escepticismo y septicemia.²⁷ Se basa en la aplicación en la sanidad del escepticismo científico, buscando ser especialmente riguroso, ya que las decisiones sanitarias deberían evitar cualquier atisbo de frivolidad, dado que afectan directamente a la salud de la población y a la integridad de las personas. Con ese espíritu “escepticémico” a la par que intentando ser constructivo, presento las siguientes opiniones y formulo la necesidad de adaptar ciertos paradigmas. Intento utilizar este término alejándome de pretenciosidad, refiriéndome al

hablar de paradigma solo al concepto subyacente de fundamento esquemático de pensamiento, o marco teórico de partida en una línea de razonamiento.

Ruego, en cualquier caso, indulgencia por la libertad de ideas que expreso de forma que en algún caso puede rozar lo políticamente incorrecto o excesivamente atrevido, aunque todo lo que afirmo se hace desde el máximo respeto y teniendo claro de partida que en ningún caso tengo el monopolio de la verdad.

7.1. El primer paradigma que necesita adaptación por haber quedado desfasado, es aquel que *clasifica a las enfermedades en dos grandes grupos: las infecciosas, transmisibles o agudas, y las no-transmisibles o crónicas*, siendo “compartimentos-estanco” bien delimitados y mutuamente excluyentes.

Esta visión es a mi juicio incorrecta, como trataré de exponer a continuación. Cuando la identificación científica de gérmenes permitió reemplazar en la segunda mitad del siglo XIX anteriores estereotipos para la enfermedad, como la explicación miasmática o la de los humores, se articuló la teoría germinal que explicaba la causa de un número elevado de enfermedades que presentan algunas características comunes básicas: originarse por la entrada de un microorganismo al huésped y transmitirse entre los seres vivos en forma directa (por contacto) o por vía indirecta (vehículos químicos, físicos o biológicos). A este grupo de patologías, se les ha venido denominando desde entonces enfermedades “transmisibles”, “infecciosas” o “contagiosas”. En el otro grupo de patologías, tradicionalmente se ha venido hablando de las enfermedades

“no transmisibles”, conceptualizadas como enfermedades causadas por factores genéticos, medioambientales o del propio estilo de vida y que no tienen naturaleza infecciosa (en otras palabras, son enfermedades no generadas por patógenos microbiológicos y no contagiosas de persona a persona).

A partir de lo expuesto, en el campo de la medicina y la salud pública, las palabras “contagiosas” y “transmisibles” están reiteradamente asociadas con determinadas enfermedades de causa microbiana y que se propagan a través del aire, fluidos corporales, objetos sucios, contacto sexual, o a través de alimentos y agua contaminados. Sin embargo, esta estrecha interpretación del concepto de contagio no cuenta toda la historia. La creciente evidencia muestra cómo el término “enfermedades crónicas no transmisibles” es, en mi opinión, un nombre poco apropiado para caracterizar estas enfermedades, siendo incapaz, además, de capturar y transmitir a la audiencia no médica (y fundamentalmente a los políticos y decisores) la trascendencia del fenómeno objeto de análisis.

En primer lugar, el identificar un grupo de enfermedades utilizando para ello la partícula negativa que define lo que no es, más que lo que en realidad es, puede considerarse intelectualmente pobre. De la misma medida que Andrija Stampar consideró necesario que para definir la salud había que ir más allá de la fórmula simplista de referirse a la ausencia de enfermedad, y eso se tuvo en cuenta al conceptualizar la salud en la constitución de la OMS adoptada en 1948, tampoco parece afortunado definir estas enfermedades simplemente como no-transmisibles.

En segundo lugar, el término “no transmisible” no refleja la realidad de la naturaleza de estas enfermedades, que de hecho son socialmente contagiosas o transmisibles. Así, como he venido describiendo con anterioridad, estas enfermedades generalmente se caracterizan por la fuerte influencia del estilo de vida o conductas como determinantes causales, especialmente el consumo de tabaco y alcohol, la mala alimentación y la inactividad física. A primera vista, estas opciones parecen ser individuales y puramente dependientes de la voluntad de la persona. Sin embargo, una amplia gama de evidencia epidemiológica demuestra de manera concluyente que los comportamientos poco saludables son inseparables del contexto socio-económico en el que se encuentran incardinados. De particular preocupación es el hecho de que la carga de ECNT afecta desproporcionadamente a las comunidades más vulnerables de la escala socio-económica, convirtiéndose en una de las principales causas de la inequidad en salud, que crece en todo el mundo. Otros factores causales, cuyo impacto no debe ser ignorado, incluyen ciertos componentes ambientales y la predisposición genética, así como el desempeño y eficacia del sistema de salud, todo lo cual puede ser crucial en la prevención primaria o secundaria de estas enfermedades, además de para su gestión y control.²⁸

Entonces, si reconocemos que esta “transmisión social” ha hecho que la incidencia y carga asociada adquieran niveles tan altos como para que desde el punto de vista de la evolución de su incidencia exista lo que podría considerarse epidemia o, globalmente, pandemia... ¿Por qué se propuso en su momento el término “no transmisibles” para estas enfermedades? La razón subyacente es que en estas enfermedades no hay transferencia de un agente infeccioso a partir de un orga-

nismo a otro. Pero incluso esta lógica ya no es válida, ya que sabemos que muchas de las entidades nosológicas clasificadas bajo el paraguas de “*noncommunicable diseases*” (ECNT) en realidad están causadas por agentes infecciosos (siendo el paradigma los virus y ciertas neoplasias malignas, aunque existen también enlaces etiológicos virales o de naturaleza infecciosa ligados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, respiratorias, neurológicas y otras relacionadas).^{18,29} Por ello, hay quien ha propuesto que en lugar de hablar de “*noncommunicable diseases*” (enfermedades no transmisibles), se hable sencillamente de “*chronic diseases*” (enfermedades crónicas), término que una corriente de autores viene utilizando para agrupar enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes o enfermedades respiratorias.³⁰ Esto es también coherente con el fenómeno que ha sido acuñado como de “transición epidemiológica”, lo que ha venido siendo utilizado para describir el cambio a largo plazo en las principales causas de mortalidad: de infecciosas y agudas, a enfermedades crónicas y degenerativas.³¹

Sin embargo, y por otra parte, ahora vivimos una nueva “transición epidemiológica”, y ciertas enfermedades de naturaleza claramente “infecciosa” en su origen y evolución inicialmente aguda, como el VIH/SIDA o la tuberculosis, son actualmente de por sí de naturaleza crónica, y su gestión clínica tiene mucho en común con el cáncer, enfermedades del corazón y afecciones así mismo crónicas.³² Además, y como es bien sabido en clínica, no es cierto que las afecciones contempladas bajo el epígrafe de ECNT sean exclusivamente “crónicas”, dado que pueden sufrir agudizaciones y reagudizaciones o aflorar como condiciones súbitas (como un infarto agudo de miocardio) dentro de la cronicidad subyacente de estas condiciones.

Fruto de todo lo anterior, **creo que es oportuno reformular el paradigma taxonómico arriba especificado, haciéndolo más flexible y permeable**, subrayando que por un lado **existen enfermedades infecciosas que son crónicas**, mientras que por otro las hoy denominadas **ECNT tienen una amplia naturaleza social, en sí también transmisible**, aunque sea a través del marketing y los mercados, y cuya solución puede así mismo abordarse de forma “saludablemente contagiosa”. Además, con todo lo anterior en mente, y creyendo que el término ECNT es esencialmente inapropiado, **convendría encontrar un término más adecuado**. Pues bien, a falta de mejores alternativas por el momento, una posibilidad sería quizá utilizar el término **“Enfermedades Multifactoriales Crónicas”** (que en español correspondería a las siglas EMC y en inglés se expresaría como CMD –“*Chronic, Multifactorial Diseases*”–, ya que considero que este término capta mejor su naturaleza y proporciona más claridad a los que están fuera del sector salud para comprender que estamos hablando de un gran reto subyacente que es socialmente sostenido en el tiempo, y que necesita de acción y comunicación para su prevención y control. Por supuesto, esto es una simple propuesta, y seguro que en la comunidad científica valenciana, nacional e internacional surgirá alguna idea mejor para definir el concepto objeto de este interés nosológico. Por cierto, ha de dejarse explícito que en este concepto caben muchas más dolencias o padecimientos que las cuatro grandes enfermedades formuladas por la OMS y la ONU. Por ello, siempre habrá que tener además en mente algunas ECNT adicionales. Sin ánimo exhaustivo, se incluiría afecciones de la esfera de salud mental y enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer y otras demencias), además de

ciertas afecciones crónicas oftalmológicas, otorrinolaringológicas, dermatológicas o músculo-esqueléticas.

7.2. El segundo de estos mitos falsos es el que considera que *la Salud Pública se ha de ocupar ante todo de las enfermedades infecciosas, y sobre todo de las epidemias infecciosas*, por ser contagiosas y necesitar de un abordaje poblacional para su contención, y que su papel sería nulo o marginal para el caso de las ECNT que requerirían de un abordaje más individual con un diagnóstico, tratamiento e intervención delimitado en la asistencia clínica.

Esto se ha contra argumentado en parte en el punto anterior. Ciertamente, hay que reconocer que las enfermedades infecciosas tienden a recibir mucha más atención mediática. Se supone que ello es así por sus efectos tan inmediatos y porque en ocasiones el interés tiene su génesis en el miedo y la espectacularidad. Frente a ello, las Enfermedades Multifactoriales Crónicas o “no transmisibles” han sido identificadas como “la epidemia invisible”, porque van horadando la salud comunitaria de una forma paulatina y poco aparatosa. En realidad vivimos en un mundo global en el que los problemas de salud que trascienden fronteras cada vez reciben más atención. Las enfermedades infecciosas, el agua y el saneamiento, la salud materna, infantil y reproductiva, así como los determinantes ambientales de la salud y el cambio climático, forman parte de los retos más importantes de la salud global. Y, cómo no, tal y como hemos venido explicando en esta disertación, las denominadas ECNT han emergido como un problema global condicionado por la economía, el comercio, la industria

del tabaco y del alcohol, las importaciones y exportaciones alimentarias y todos los condicionantes socio-ambientales sin cuya comprensión es difícil abordar este problema que causa la mayor carga de enfermedad y mortalidad del mundo.^{19,26}

En conclusión, respecto a este segundo punto, creemos que es **oportuno readaptar como paradigma de prioridad de salud pública a las Enfermedades Multifactoriales Crónicas o “no transmisibles”**. Se dice que toda la medicina (y toda la salud pública en general) es hoy social, y se necesita un enfoque global y multidisciplinario de la persona en su entorno familiar, escolar, laboral, medioambiental y comunitario que incluya los componentes biológicos, psicológicos y sociales relativos a su salud.

7.3. El tercer falso mito, así mismo relacionado en parte con los dos anteriores, es el que subyace en la idea de *las ENCT son propias de sociedades ricas u opulentas*, que pueden encargarse directamente de afrontar el problema, por lo que no serían necesarias iniciativas globales ni ayudas al desarrollo en este campo.

Históricamente, las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria han estado en el centro de las iniciativas globales de salud, ya que se propagan fácilmente a través de las fronteras nacionales y han venido amenazando (y aún amenazan) las vidas de millones de personas en países de ingresos bajos y medianos con poco desarrollado de sus sistemas sanitarios.³³ Sin embargo, mientras el mundo ha disfrutado de avances en la reducción de las enfermedades infecciosas, la globalización de estilos de vida poco

saludables, la urbanización rápida y no planificada, y las fuerzas liberales de mercado han impulsado una amenaza aún mayor para la salud y el desarrollo del denominado “Sur global”. Y es que aunque las ECNT hayan sido frecuentemente asociadas con el estilo de vida propio de los países ricos, sin embargo, están afectando cada vez más a personas en los países pobres o en desarrollo. Así, y como antes se ha mencionado, se sabe que 29 millones de un total de los 36 millones de muertes por ECNT que se produjeron a nivel mundial en el 2008 se encontraban en países de ingresos bajos y medios (lo que se traduce en el 80% de todas las defunciones). Y en términos de muertes más prematuras (que afectan a personas que no habían llegado a los 60 años de edad), este grupo constituye el 29% de las muertes por ECNT en los países en desarrollo en comparación con sólo el 13% en los países de ingresos altos. Más aún, si contamos la proporción de muertes antes de los 70 años, la proporción asciende en países en desarrollo al 48%, frente al 26% de países más avanzados.

Por todo ello, la OMS afirma que la carga combinada de estas enfermedades está aumentando más rápidamente entre los países de bajos ingresos, con poblaciones en crecimiento y en las que al envejecer se están tornando menos activas, y donde el sobrepeso, el tabaquismo y el consumo de alcohol están azotando más que antes.³⁴

Así, los países más pobres se enfrentan a una creciente carga de los riesgos modernos para la salud, mientras que al mismo tiempo se está luchando contra las enfermedades infecciosas básicas y los riesgos de salud tradicionales con recursos muy limitados. Por tanto, es necesario el apoyo internacional para desarrollar y mejorar sus infraestructuras sanitarias. Sin

embargo, según los informes de la ayuda al desarrollo, el gasto mundial de donantes sobre las ECNT ha sido hasta ahora incompatibles con la carga humana, social y económica que representan estas enfermedades multifactoriales crónicas. Y la necesidad es tan clara que ha merecido mención explícita en la declaración final Rio+20 como conclusión de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible celebrada en el 2012, que afirma en su párrafo 141 que: “Reconocemos que la carga y la amenaza que representan las enfermedades no transmisibles a nivel mundial constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo sostenible en el siglo XXI”.³⁵

Finalmente, digamos aquí que en el momento actual se están discutiendo las bases de lo que serán los nuevos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la ONU a partir de 2015. Como es bien sabido, los actuales Objetivos del Milenio son ocho propósitos de desarrollo humano que fueron fijados en el año 2000, y sobre los que los 189 Estados miembros de las Naciones Unidas acordaron unas metas a conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran de radical gravedad, entre los que estaban, además de los objetivos de erradicación de la pobreza extrema y el hambre, objetivos de salud tales como reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.³⁶

Pues bien, para asegurar una adecuada adaptación de los ODM, la propuesta entre los líderes sanitarios es que la salud permanezca en el centro del marco post-2015, añadiendo la prevención y control de las ECNT. La idea es que el desarrollo de los futuros ODM incluya un objetivo específico sobre las

ECNT para ayudar a lograr el objetivo acordado por los líderes mundiales en la ONU de reducir al 25% la mortalidad evitable por ECNT para el año 2025.³⁷

Aportando el paradigma que propongo respecto a este tercer punto, se aboga por comprender que **las Enfermedades Multifactoriales Crónicas o “no transmisibles” afectan a todas las poblaciones, no sólo a las más desarrolladas, sino también de forma especial a las menos favorecidas**, siendo esencial el apoyar iniciativas globales que prioricen **ayudas al desarrollo** en este campo.

7.4. Otra falsa apreciación de partida es la que considera que *las ECNT son propias de las personas mayores, y la prevención no se puede anticipar hasta que se llega a edades avanzadas*, por lo cual sería poco útil cualquier esfuerzo preventivo o de control.

Ante esto hay que decir en primer lugar que es cierto que a mayor edad, mayor frecuencia de ECNT, pero a partir de ahí, no es en absoluto cierto que haya que resignarse o que no haya nada que hacer.

Estamos de hecho asistiendo a un envejecimiento de la población en todo el mundo desarrollado y en desarrollo. Mientras que la población mayor del mundo ha estado creciendo constantemente a lo largo de la historia, es el ritmo acelerado de envejecimiento lo que distingue a este desarrollo como un fenómeno claramente moderno. Se espera que el número de personas mayores de 60 años en todo el mundo supere el número de niños en el año 2045. En 2009, había más de 700 millo-

nes de personas mayores, y este número aumentará a 2.000 millones en 2050 (por encima del 20% de la población mundial) esperándose los aumentos más rápidos precisamente en los países en desarrollo más necesitados.³⁸

Esto debería ser un motivo de satisfacción para el mundo, porque estamos consiguiendo añadir años a la vida. Pero si bien podemos estar viviendo más tiempo, los efectos del aumento de la longevidad sin apoyo son una gran preocupación y plantean problemas de salud y falta de calidad de vida. La mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas supone la principal causa de mortalidad y morbilidad entre las personas mayores, tanto en el mundo desarrollado y en desarrollo. La prevención en los mayores y en edades avanzadas es siempre beneficiosa. Eliminar el tabaco, hidratarse correctamente, ingerir alimentos saludables, minimizar el consumo de alcohol y mantenerse físicamente activo va a condicionar una mayor calidad de vida. Pero es que, además, la prevención de enfermedades del adulto debe hacerse desde una aproximación completa del curso de vida, y se inicia de la forma más efectiva desde la edad pediátrica. De hecho, hay factores de riesgo detectables ya en la infancia, y es posible tener grandes resultados si invertimos en la prevención del riesgo de ECNT desde la edad pediátrica como muestran múltiples evidencias.^{39,40}

Proponiendo el paradigma correspondiente a este cuarto punto, abogaría por **priorizar el objetivo de añadir vida a los años, y no sólo añadir años a la vida, siendo ello posible a través de la prevención continuada en el curso de la vida de las Enfermedades Multifactoriales Crónicas o “no transmisibles” empezando desde la infancia.**

7.5. El quinto falso mito es el que propugna que *la medicina preventiva de las ECNT se aplica solo a las personas sanas y sus esfuerzos fracasan o concluyen cuando aparece la enfermedad*, momento en el que ya solo procede un esfuerzo terapéutico o paliativo.

Aquí creo que es fácil de comprender algo que se enseña en los estudios de medicina, enfermería, farmacia y ciencias de la salud: la distinción entre diferentes niveles de prevención. La tipología de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria representa la diferenciación de técnicas y objetivos diferentes, al considerar como criterio el conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas. Esto es aplicable a cualquier enfermedad, y por supuesto a las ECNT.⁴¹

La prevención primaria evita la enfermedad o daño en personas sanas y previene la adquisición de la enfermedad antes de que se inicie (por ejemplo, al desarrollar anticuerpos como defensa inmunológica en respuesta a la vacunación, o al eliminar y controlar riesgos ambientales, o al minimizar riesgos conductuales a través de educación sanitaria).

La prevención secundaria va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces, en fases preclínicas detectables en las que el establecimiento de tratamiento temprano o medidas adecuadas puede impedir su progresión.

La prevención terciaria comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalideces, e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

También se habla de la prevención cuaternaria refiriéndonos al conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del propio sistema sanitario. En ese sentido, la prevención cuaternaria incluye las medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de la iatrogenia o excesiva medicalización, sugiriendo solo las intervenciones que son potencialmente efectivas y éticamente aceptables.

Se dice que estos niveles preventivos no son incompatibles entre sí, sino que se complementan, enriqueciéndose mutuamente en su implementación conjunta y continua para mejorar la calidad de vida de cada individuo y de la sociedad en su conjunto.

A la hora de proponer el paradigma propio de este concepto, considero importante afirmar que **la prevención continuada de las Enfermedades Multifactoriales Crónicas o “no transmisibles”, aplicada tanto a personas sanas como a enfermas, no solo es posible sino que es muy necesaria**, siendo primordial aplicar intervenciones de medicina preventiva articuladas multidisciplinariamente pivotando desde la atención primaria propia de pediatría o de medicina familiar y comunitaria, hasta la atención especializada.

7.6. Un marco de debate adicional es el que *contrasta la Salud Pública o Comunitaria frente a la Medicina de atención individual o Personalizada, presentadas como opciones confrontadas.*

Los ilustres miembros de esta Real Academia y nuestros distinguidos colegas de la medicina y ciencias afines conocen bien cómo el proyecto de secuenciación del genoma humano está considerado entre los grandes hitos de la historia de la ciencia y tecnología. Se dice que es tan importante como la llegada del hombre a la luna o el desarrollo del microprocesador. Pues bien, una de las grandes aplicaciones de esta secuenciación es la puerta que se abre para el diseño de terapias “a medida” de perfiles genéticos, llevándonos a lo que se conoce como medicina personalizada, que en realidad no deja de ser la aplicación de métodos farmacogenómicos y afines que permiten una mayor precisión en la atención a los pacientes oncológicos y afectos de otras patologías.⁴² También existe una medicina preventiva personalizada, a través de aplicaciones de la nutrigenómica, bioeconomía genómica, y nuevas tecnologías. El abordar este tema en detalle no forma parte del objeto de este discurso, pero lo traigo aquí por la inadecuada contraposición que a veces se hace de este tipo de aproximación con la propia de la disciplina identificada como Salud Pública, al ser esta visualizada como fundamentalmente “colectiva” y sin aparente sensibilidad ante la individualidad. Intentaré defender que esto no tiene por qué ser así. Existen muchas definiciones de Salud Pública, pero una de las más usadas es la formulada por Sir Donald Acheson como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”.⁴³ Sin duda, la Salud Pública trabaja con alianzas que interrelacionan disciplinas, profesiones y organizaciones, y explota esta diversidad mediante la colaboración, para identificar y proponer políticas basadas en la evidencia en todas las áreas con impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones. Para

entender las interrelaciones entre campos especializados, se están desarrollando disciplinas como la salud pública genómica o molecular que intentan integrar las aproximaciones personalizadas en un contexto de sistemas de atención de salud que requieren de adecuada gobernanza, financiación, generación de recursos y provisión de servicios. Pero las aproximaciones de Salud Pública se centran en las personas, que no por formar parte de una población pierden su identidad como individuos. De la riqueza de la interacción individual surge la fuerza de una comunidad. Y lo que afecta a una comunidad, afecta a sus individuos.

En definitiva, intentando hacer una propuesta de paradigma de conexión relacionado con este concepto, **la medicina individualizada y personalizada y la medicina comunitaria o salud pública son imprescindiblemente complementarias para el abordaje de las ECNT**. La Salud Pública no tiene sentido si no es teniendo siempre en mente a todas las personas que con su individualidad hacen posible una comunidad. Por otro lado, al igual que un cuerpo humano tiene órganos que a su vez están compuestos por células funcionando como un todo, la visión de conjunto permite promover un mundo en el que la individualidad tenga un valor en sí mismo y a través de su contribución comunitaria o social.

7.7. Otro paradigma desde mi punto de vista desacertado y que frecuentemente escuchamos en boca de algunos dirigentes políticos internacionales y nacionales es el de que *el sistema de salud conlleva un enorme gasto no siempre asumible*

para la economía del país, particularmente en situaciones de crisis financiera. Más aún, el afrontar temas de promoción de la salud y de prevención y control de enfermedades en momentos de crisis es desaconsejable, siendo preferible dejarlo para épocas de bonanza financiera.

En realidad este planteamiento ignora la premisa demostrada científicamente de que invertir en salud es invertir en riqueza.⁴⁴

Por supuesto todos comprendemos que ante un momento de insuficiencia financiera hay que “apretarse el cinturón”, pero es fundamental priorizar servicios, y en ese sentido hay que señalar que la restricción de los presupuestos de los sistemas de salud realizados en respuesta a una crisis económica general vienen en un momento en que los servicios sanitarios pueden necesitar más (en lugar de menos) recursos. Eso es así, entre otras cosas, para hacer frente a los potenciales efectos adversos del desempleo, atender a poblaciones más vulnerables ... Además, la eliminación o reducción de servicios importantes en salud, cuando no están suficientemente evaluados y fundamentados, pueden desestabilizar el sistema de salud, producir una alteración en el acceso equitativo a la atención sanitaria, en la calidad de la atención recibida, y en el aumento de otros costos a largo plazo.⁴⁵ Es más, se ha visto que una población sana puede lograr más eficazmente los objetivos de desarrollo individual y social, la reducción de la demanda en la sociedad a través de menores costos de bienestar, la mejora de los resultados en la educación, y una fuerza de trabajo más productiva con mayor rendimiento y producto interior bruto.⁴⁶

El reto consiste en mejorar el nivel de salud sin necesidad de gastar más, o utilizar de la mejor forma los recursos disponibles. La cartera de servicios de atención primaria y especializada que contemple acciones preventivas y de salud pública puede ser parte de la solución a este desafío.

En ese sentido, se ha visto que, si bien es cierto que la crisis económica ha provocado un aumento de la demanda y la reducción de los recursos para los sectores de salud, también es una oportunidad para reformar y optimizar ciertos aspectos del sistema de salud y reasignar recursos a las intervenciones más eficientes, trasladando el foco hacia la prevención de la salud y la reducción de dolencias y demandas sociales de una manera costo-efectiva.⁴⁷

La inversión en la prevención de enfermedades y promoción de la salud y del bienestar reduce la demanda y los costos de los servicios sanitarios, y al mismo tiempo genera mejores resultados de salud.

Los servicios de salud pública incluyen la protección de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Algunos de estos servicios pueden ser proporcionados en el marco de la atención primaria y especializada, por ejemplo: la detección precoz, la vacunación frente a la hepatitis B o el virus del papiloma humano o los consejos de salud por parte de los profesionales de medicina o enfermería. Sin embargo, otros tienen que ser articulados a través de acciones intersectoriales con sectores propios como educación, urbanismo, medioambiente, industria alimentaria, o servicios sociales.⁴⁸

Pues bien, pese a la evidencia que muestra la relación entre inversión en salud y mayor desarrollo, en el contexto actual de crisis financiera, el dejar de lado esta consideración es por supuesto una alternativa, pero a mi juicio ésta adolece de miopía, dado que hay estudios que muestran que ello provocará un aumento significativo de los costes sanitarios a largo plazo. Por ejemplo, existen datos que muestran que en la Unión Europea los costes anuales asociados a la inactividad física ascienden hasta 300 euros por habitante, y la enfermedad cardiovascular (ECV) y el coste asociado al cáncer asciende a 169.000 y 124.000 millones de euros respectivamente cada año.⁴⁹

Actualmente se estima que el presupuesto medio de gasto en salud pública y prevención en Europa está en torno al 3% de los presupuestos del sector salud. El informe de la OMS sobre la ampliación de esta acción sobre las ECNT supondría una inversión adicional a esta partida presupuestaría de 1,4% sobre los presupuestos actuales, lo cual supone una inversión cinco veces menor que las intervenciones sanitarias individuales cuando ya han aparecido dichas enfermedades.⁶ Más aún, las evidencias disponibles muestran que el coste de la no actuación es muy superior al de la adopción de las medidas contra las ECNT que se recomiendan en el plan de acción global formulado por la OMS con el respaldo de los Estados miembros a través de las Naciones Unidas. Se calcula que el coste anual medio de la aplicación de un conjunto básico de intervenciones preventivas y terapéuticas de gran impacto detalladas en el plan de acción disponible, en todos los países de ingresos bajos y medios, sería de unos 11.400 millones de dólares estadounidenses (USD).⁵ La inversión en estas intervenciones tiene, por ende, un buen rendimiento. La inversión anual necesaria

es inferior a 1 dólar estadounidense por persona en los países de ingresos bajos, a 1,50USD en los de ingresos medianos-bajos, y unos 3USD en los de ingresos medianos-altos. Expresado como proporción del gasto actual en salud en relación al PIB, el coste de la aplicación de ese paquete de intervenciones ascendería al 4% en los países de ingresos bajos, al 2% en los de ingresos medianos-bajos, y a menos del 1% en los de ingresos medianos-altos.

Llegado el punto de hacer una propuesta de paradigma relativo a este concepto que es sumamente sensible, hay que señalar que, **si el nivel de salud se deteriora, el potencial para superar la recesión también disminuye, lo que genera un círculo vicioso que debemos evitar. La salud no solo es un derecho y un valor más allá de consideraciones monetarias, sino que a su vez es una inversión que genera riqueza.**

7.8. Otra idea falsa que conviene rebatir es aquella que propugna que *todos los temas de salud, incluyendo los propios de la prevención y control de ECNT, se solucionan o abordan exclusiva o fundamentalmente desde los propios servicios asistenciales, dentro de las competencias del ministerio, consejería o departamento responsable del sistema sanitario.*

Un enfoque exclusivo desde el punto de vista de la enfermedad nos lleva a defender como válido el arquetipo que acabo de formular. Por el contrario, una aproximación que intente comprender y atajar las causas o determinantes de la enfermedad desvelará que su abordaje solo es posible a través de

la colaboración de todos los sectores de la sociedad que tienen influencia sobre la salud. Ahí es donde surge la necesidad de poner en marcha sinergias que permitan unir esfuerzos y potenciar los recursos existentes en todas las poblaciones, y más aún en aquellas con escasa riqueza y más vulnerables a estas enfermedades.^{2,10} Eso es lo que subyace cuando se defiende el trabajo multidisciplinario e intersectorial, y la perspectiva de los determinantes sociales, sin dejar nunca de lado las intervenciones propias del sector salud.^{19,29}

El paradigma que resolvería este concepto está basado en algo que ha manifestado de forma repetida en este discurso, dado que **si queremos afrontar las causas de las ECNT o Enfermedades Multifactoriales Crónicas, necesitamos la participación y cooperación de todos los sectores de la sociedad que tienen influencia sobre la salud, y en particular los que influyen sobre el comercio y marco de consumo de tabaco, alcohol, alimentación y actividad física.**

7.9. Estamos ya cerca del final de este ensayo, y no puedo dejar de mencionar la necesidad de desafiar el que ha venido siendo el *paradigma de la atención cimentada exclusivamente en el objetivo de tratar, y a ser posible curar, afecciones fundamentalmente agudas, dejando la atención a la cronicidad a la esfera de los servicios sociales.*

La atención de salud ha venido estando organizada alrededor de un modelo que es adecuado para afrontar casos agudos y episódicos. Esto no satisface hoy día las necesidades de muchos

pacientes, especialmente aquellos que padecen condiciones crónicas. La disminución en el número de casos de enfermedades infecciosas transmisibles de naturaleza aguda y el envejecimiento rápido de la población han producido un desajuste entre el modelo imperante y los problemas de salud actuales. Las dolencias más prevalentes como la diabetes, el asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades cardiovasculares, procesos oncológicos, neurodegenerativos, u otros problemas de similar naturaleza requieren un contacto con el sistema de salud prolongado y regular, y aquí la atención primaria o medicina familiar y comunitaria tiene un papel esencial, asegurando la continuidad y coherencia de la atención médica. Además, los pacientes o sus cuidadores tienen que estar cada vez mejor informados y más capacitados para atender sus necesidades. Las innovaciones telemáticas o los dispositivos móviles pueden facilitar mucho esta tarea. A su vez es esencial articular una coordinación adecuada con la atención social, haciendo efectivo el cuidado socio-sanitario.

Por ello, en el contexto del debate actual sobre los sistemas sanitarios, empieza a producirse un cierto consenso que aboga por reorientar los modelos de servicios de salud para mejorar la atención de los pacientes con ECNT, intentando disminuir la carga de enfermedad a través de un abordaje integral, continuado y longitudinal, todo ello pivotando en torno a la atención primaria de salud y mediante la adecuada interconexión con la atención especializada, garantizándose además la seguridad, efectividad y coste-efectividad de los cuidados sanitarios.^{4,8}

En esta línea, el pasado mes de octubre de 2012 fue presentada oficialmente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en

el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo general de «disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras». ⁵⁰

Esta estrategia, como la propia de otros países de nuestro entorno, plantea responder a los cambios en la atención sanitaria y socio-sanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de la cronicidad. Es en cualquier caso necesario esperar a que se cristalice la implantación y desarrollo de la citada Estrategia, asignando los recursos necesarios, y realizando los cambios estructurales que posibiliten el establecimiento de colaboraciones estables entre clínicos, investigadores y planificadores. Todo ello se ha reconocido como muy importante para ir construyendo un nuevo modelo de atención sanitaria que haga posible hacer frente al reto, actual y futuro, de la creciente epidemia de las ECNT. ⁴

Completando esa visión con la atención social y la interfase socio-sanitaria, la solución propuesta se fundamenta en un nuevo prototipo de atención a la patología crónica o dependencia, que integra todos los recursos existentes en el territorio en el que interactúan en la atención a este perfil de usuario. De una forma gráfica, frente al modelo actual en el que el paciente aparece, es diagnosticado y tratado, después dado de alta, y finalmente “desaparece de la pantalla del radar”, la atención más moderna ha de basarse no sólo en curar sino también en cuidar (donde el paciente aparece, es diagnosticado y tratado por un equipo multidisciplinario, dado de alta

con un plan preventivo y de tratamiento..., y a partir de ahí no desaparece, sino que continúa “en la pantalla” con monitorización remota e historia clínica electrónica, actitud activa, y recibiendo apoyo continuo del sistema “socio-sanitario”.⁵¹

En conclusión, el nuevo paradigma propone **reorientar los modelos de servicios de atención sanitaria para mejorar la atención de los pacientes crónicos, mediante un abordaje integral, continuado y longitudinal, (prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y cuidados paliativos, cuando proceda) todo ello pivotando en torno a la atención primaria de salud adecuadamente interconectada con la atención especializada. Y complementando lo anterior con la capacitación del propio paciente (que es proactivo en el manejo de su propia enfermedad) y la coordinación con la atención social de manera que el espacio socio-sanitario sea efectivo para optimizar la calidad de vida de las personas.**

7.10. Finalmente, me gustaría abordar otros dos mitos en uno. En sí mismos son contradictorios pero circulan de forma paralela y a mi juicio son ambos erróneos, por lo que intentaremos en cada caso rebatir.

En un extremo está *el modelo de pensamiento que culpa al propio individuo de su enfermedad* (cardiovascular, respiratoria, cáncer, diabetes, u otro tipo), dado que esa persona ha optado por un estilo de vida que le ha llevado al destino de enfermar (aquellos de “tú mismo te lo buscaste”...).

En el otro está *la visión que sistemáticamente atribuye a las decisiones o indecisiones de los poderes públicos todas las enfermedades* (aquella visión que echa la culpa de todo a los gobiernos).

Ciertamente, un dilema central en salud pública es reconciliar el papel del individuo con el papel del gobierno en la promoción de la salud. Por un lado, instrumentos políticos tales como impuestos gubernamentales, prohibiciones, y demás normativa, son vistos por algunos como un emblema de extralimitación propio de “Estado niñera”. Desde este punto de vista, la regulación de la salud pública cae en una pendiente resbaladiza hacia la intromisión del gobierno en la libertad individual. Este contexto se tiende a dar más en las sociedades en las que el libre mercado es más extremo, y ese punto de vista es particularmente defendido desde la industria, que considera que cada uno debe hacer su elección en una sociedad informada. Sin embargo, la situación actual no es la propia de un campo de juego con equilibrio y bien informado; estas mismas empresas gastan millones en publicidad muy bien diseñada, y luego animan a realizar “nuestra propia elección”.⁵²

Desde el otro extremo de pensamiento, la política de regulación se describe como un instrumento fundamental para un “Estado inteligente” de cara a combatir las condiciones subyacentes de la inexorable pandemia de ECNT. Los defensores de la regulación pública para la salud citan la asociación de acciones (como la lucha intensa contra el tabaco, la promoción regulada de la actividad física, y las intervenciones nutricionales) con incrementos demostrables en la esperanza de vida de las personas.⁵³

Para resolver este dilema, debe superarse el planteamiento simplista de una sencilla elección entre responsabilidad (de los individuos) *versus* restricción (de la libertad). Téngase en cuenta, que esta ecuación tiende a ignorar que el no intervenir es también una forma pasiva de intervención, con sus correspondientes resultados. En otras palabras, se hace necesario llevar a la mesa las consecuencias para la salud pública que tanto la actitud proactiva como la inacción como opción reguladora pueden conllevar.

La actual epidemia de enfermedades crónicas se ha convertido en un entorno en el que las conductas no saludables y exposiciones a factores de riesgo son a menudo un hecho que se da por sentado o se acepta por defecto. En la medida en que este ambiente se potencia por la política existente, debería haber una mayor transparencia en las decisiones de salud pública derivadas de la opción de no regular o no actuar. Por ejemplo, la ausencia de una prohibición de fumar en el lugar de trabajo debe considerarse una decisión política con consecuencias en la salud laboral, dado que genera una mayor exposición de los empleados a carcinógenos y un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio.⁵⁴ Otra idea subyacente es hacer que sea más fácil el vivir de forma saludable. **No se trata de hacer imposibles las opciones menos saludables, sino de hacer que las elecciones más saludables sean las más fáciles o cómodas de aplicar.**

Por otra parte, para promover de manera más efectiva un discurso público que tenga cierto rigor, los líderes de salud pública deben responder de frente a los argumentos de la “pendiente resbaladiza” antes aludida. Para contrarrestar los temo-

res de un excesivo intervencionismo, se debe persuadir a través de una demarcación de principios para **asegurar al público que la acción reguladora es juiciosa, proporcionada y más eficaz que otras alternativas.**

Complementariamente, se debería buscar compromisos o acuerdos políticos basados en consideraciones de bien común y evidencia costo-efectiva. Las intervenciones reguladoras, cuando son razonables y proporcionadas, ofrecen una oportunidad poco común para mejorar la salud a buen coste, e incluso a veces generan ingresos a través de la vía impositiva de quienes optan por las alternativas menos saludables.⁵⁵

También hay que apostar por **utilizar las redes sociales de manera creativa y proactiva para mejorar la salud de las poblaciones, entendiendo la naturaleza contagiosa de las principales opciones de estilo de vida que contribuyen a la causalidad de las principales patologías no transmisibles:** consumo de tabaco, consumo de alcohol, la dieta y la actividad física.⁵⁶ Se ha visto que estas redes sociales ayudan a determinar muchos de los comportamientos relacionados con la salud y difundir supuestamente afecciones no transmisibles, entre ellas el consumo de tabaco, ingesta de alcohol, la obesidad, la depresión, la soledad, la felicidad y el comportamiento social, incluso de forma cooperativa. Sus conclusiones indican que tanto la salud física como la mental están fuertemente influenciadas por las fuerzas sociales, y que los comportamientos sanos y saludables pueden “contagiarse” en grandes grupos sociales.⁵⁷

Finalmente, hemos de asumir que los médicos (así como todos los profesionales de las ciencias sanitarias) tenemos una par-

particular responsabilidad en esta labor de educación y promoción de la salud, incluyendo la capacidad de dar adecuada respuesta al problema que los psicólogos denominan “descuento hiperbólico”, que resumido en forma sencilla representa la tendencia humana de infraestimar el valor de beneficios futuros, que se valora tanto menos cuanto mayor sea el retraso en ver plasmados estos beneficios de forma tangible.⁵⁸ Los médicos somos testigos de momentos de lamento cuando los pacientes se arrepienten de haber optado por alternativas poco saludables (por ejemplo, cuando un ex-fumador sufre dificultades respiratorias o sibilancias objetivas al tratar de jugar con sus nietos) y siempre podemos trabajar para evitar que otros pacientes lleguen a sufrir lo que de otra forma son destinos inevitables. Tal vez por ello **los médicos y otros profesionales de ciencias afines como los representados en esta Real Academia, tenemos una particular obligación de comunicación para influir en cómo la sociedad puede mitigar las condiciones sociales y ambientales que conducen a decisiones poco saludables.**

En conclusión, existe un debate importante y legítimo sobre hasta dónde es razonable un enfoque normativo o proactivamente intervencionista para mejorar la salud pública. Pero el debate político puede caricaturizarse o derivar en demagogias. El camino para encontrar un equilibrio adecuado pasa por responder respetuosa y directamente a las críticas y preocupaciones legítimas sobre evitar regulaciones innecesarias de “Estado niñera”, ofreciendo evidencias para que los líderes políticos puedan presentar planteamientos serios y creativos que den respuesta a la moderna epidemia de ECNT.⁵⁹

Como corolario, el que haya líderes políticos que sepan cómo responder a las prioridades de salud pública depende en gran parte de que instituciones como la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana y todos los defensores de la salud arrojen luz para identificar un camino claro hacia un Estado sensato y políticamente acertado. El reto es apasionante y el esfuerzo merecerá la pena.

Muchas gracias por su atención.

Bibliografía

1. RATZAN SC. The noncommunicable disease challenge. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 2:1-2.
2. WAGNER KH, BRATH H. A global view on the development of non communicable diseases. *Prev Med.* 2012; 54 Suppl: S38-41.
3. GÈNOVA-MALERAS R, ALVAREZ-MARTÍN E, MORANT-GINESTAR C, FERNÁNDEZ DE LARREA- BAZ N, CATALÁ-LÓPEZ F. Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: An updated and policy-oriented overview. *Public Health.* 2012; 126: 1024-31.
4. CATALÁ-LÓPEZ F, GÈNOVA-MALERAS R. La prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en España: una llamada para la acción. *Med Clin (Barc).* 2013; 140: 502-3.
5. BLOOM DE, CAFIERO ET, JANÉ-LLOPIS E, *et al.* The Global Economic Burden of Non Communicable Diseases. Working Papers Series. Ginebra: Foro Económico Mundial y Escuela de Salud Pública de Harvard (Program on the *Global Demography of Aging*); 2012. Disponible en: [http://www.hsph.harvard.edu/pgda/Working Papers/ 2012/ PGDA_WP_87.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/pgda/Working%20Papers/2012/PGDA_WP_87.pdf)
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? [con-

- sultado el 10 de oct. de 2013]. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications>
7. BEAGLEHOLE R, BONITA R, HORTON R, *et al.* Priority actions for the non- communicable disease crisis [Internet]. *Lancet*. 2011, doi:10.1016/S0140- 6736(11)60393-0 [consultado 15 ago 2013]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60393-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60393-0/abstract)
 8. DAAR A, SINGER P, LEAH PERSAD D, *et al.* Grand challenges in chronic non- communicable diseases. The top 20 policy and research priorities for conditions such as diabetes, stroke and heart disease. *Nature*. 450: 494-6. Disponible en: <http://www.nature.com/nature/journal/v450/n7169/full/450494a.html>
 9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status Report on non communicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: WHO, 2011 [consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
 10. NACIONES UNIDAS. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Sexagésimo sexto periodo de sesiones de la Asamblea General; 19 y 20 de septiembre del 2011 (documento A/66/L.1 y resolución A/RES/66/2). Nueva York: Naciones Unidas; 2011 [consultado 9 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>
 11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Geneva: WHO Document Production services; 2013.

12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO Document Production services; 2011. [consultado 10 Oct 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564151_eng.pdf
13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS; 2010. [consultado 10 Oct 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
14. JOINT WHO/FAO EXPERT CONSULTATION. Diet, nutrition and the prevention chronic diseases. WHO Technical Report Series No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
15. CHRISTAKIS NA, FOWLER JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med.* 2007; 357: 370-9.
16. THE Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2013, 31: 1281-1357. Disponible en: <http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>
17. JELLINGER PS *et al.* AACE Lipid and Atherosclerosis Guidelines. *Endocr Pract.* 2012; 18 (Suppl 1): 1-78.

18. ZUR HAUSEN H. La búsqueda de causas infecciosas del cáncer humano. Valencia: *Anales de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana*; 2013.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>
20. WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION 56.1. The WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2003. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en
21. WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION 57.17. The WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. 2004. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
22. WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION 61.14. Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Implementation of the Global Strategy (& the associated 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases); 2008. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>
23. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, Resolución 63.13. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. 2010. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalestrategies.pdf

24. ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 64/265. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. 2010. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64/265>
25. FIRST Global Ministerial Conference on Healthy Life styles and Noncommunicable Disease Control Moscow, 28-29 April 2011. The Moscow Declaration. Disponible en: http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow_declaration_en.pdf
26. ACTION plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 & Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf
27. SKRABANEK P, MCCORMICK J. *Follies and Fallacies in Medicine*. Third Edition. Eastbourne (UK): Tarragon Press; 1998.
28. LIM SS, VOS T, FLAXMAN AD, DANAIEI G, SHIBUYA K, ADAIR-ROHANI H *et al*. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380: 2224-60.
29. RAY TJ. Infections may cause NCDs like, diabetes and cancer: Ongoing scientific quest to decipher the mystery. PILMAN: A Tapan Ray Website on Healthcare; 2012. Disponible en: <http://www.tapanray.in/infections-may>

cause-ncds-like-diabetes-and-cancer-ongoing-scientific-quest-to-decipher-the-mystery/

30. ACKLAND M, CHOI BC, PUSKA P. Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease. *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 838-9.
31. GRIBBLE JN, PRESTON SH (editors). *The Epidemiological Transition: Policy and Planning Implications for Developing Countries*, Washington, DC: National Academy Press; 1993.
32. ULLRICH A, OTT JJ, VITORIA M, MARTIN-MORENO JM, ATUN R. Long-term care of AIDS and non-communicable diseases. *Lancet.* 2011; 377: 639-40.
33. MORENS DM, FOLKERS GK, FAUCI AS. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. *Nature.* 2004; 430: 242-9.
34. DOBUSCH L, MADER P, QUACK S. *Governance across Borders: Transnational Fields and Transversal Themes.* Cologne: Max-Planck Institute for the Study of Societies; 2013.
35. DECLARACIÓN final Rio+20. Resolución A/CONF.216/L.1 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. Río de Janeiro: Organización de las Naciones Unidas; 2012. Disponible en: https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf
36. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2000-2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

37. THE NCD ALLIANCE. Putting noncommunicable diseases on the global agenda: Post-2015 development framework and NCDs. [consultado 25 Sep 2013]. Disponible en URL: <http://www.ncdalliance.org/post-2015-development-framework-and-ncds>
38. UNITED NATIONS. World Demographic Trends. Report of the Secretary General E/CN.9/2011/6. New York: UN; 2011. [consultado 25 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2011/documents/ecn92011-6buettner-presentation.pdf>
39. BRINES J. Child Care and Paediatric Education in Europe. XXIX Congress of the Association for Paediatric Education in Europe. Valencia; 1999.
40. CHIESA P, GAMBETTA JC, DUTRA S. Prevención cardiovascular desde la edad pediátrica. *Rev Urug Cardiol* 2009; 24: 105-11.
41. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA, editor. *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*. Barcelona: Elsevier; 2013.
42. HAMBURG MA, COLLINS FS. The path to personalized medicine. *N Engl J Med*. 2010; 363: 301-4.
43. DEPARTMENT OF HEALTH. *Public health in England (the Acheson report)*. London: HM Stationery Office; 1988.
44. DURAN A, KUTZIN J, MARTIN-MORENO JM, TRAVIS P. Understanding health systems: scope, functions and objectives. En: J. Figueras and M. McKee editors. *Health Systems*,

- Health, Wealth and Societal Well-being*. Berkshire: McGraw-Hill; 2012. p. 19-36.
45. MLADOVSKY P, SRIVASTAVA D, CYLUS J, *et al.* *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies); 2012.
 46. REEVES A, BASU S, MCKEE M, *et al.* Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization and Health*. 2013; 9: 431-2. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/43>
 47. MCDAID D, SASSI F, MERKUR S. *The Economic Case for Public Health Action*. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies); 2013.
 48. BLOOM DE, FINK G. The Economic Case for Devoting Public Resources to Health. May 2013. PGDA Working Paper No. 104. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2013/PGDA_WP_104.pdf
 49. DOREY S, YAO L, NURSE J, MARTIN-MORENO JM. *The case for investing in Public Health*. Copenhagen: World Health Organization; 2013 (en prensa).
 50. MINISTERIO DE SANIDAD, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: http://www.aepcp.net/arc/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

51. BENGOA R. *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas*. Barcelona Elsevier-Masson; 2008.
52. DOWELL D, FARLEY TA. Prevention of non-communicable diseases in New York City. *Lancet*. 2012; 380: 1787-9.
53. CHOKSHI DA, STINE NW. Reconsidering the politics of public health. 2013 *JAMA* doi:10.1001/jama.2013.110872.
54. LIGHTWOOD JM, GLANTZ SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to second hand smoke. *Circulation*. 2009; 120: 1373-9.
55. CHOKSHI DA, FARLEY TA. The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention. *N Engl J Med*. 2012; 367: 295-7.
56. KORDA H, ITANI, Z. Harnessing social media for health promotion and behavior change. *Health Promot Pract*. 2013; 14: 15-23.
57. FOWLER JH, CHRISTAKIS NA. Cooperative behaviour cascades in human social networks. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010; 107: 5334-8.
58. MORAIN S, MELLO MM. Survey finds public support for legal interventions directed at health behaviour to fight non communicable disease. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32: 486-96.
59. NCDFREE [Internet]. A global social movement against Non-Communicable Diseases. [consultado 10 Oct 2013]. Disponible en: <http://ncdfree.org>

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

DEL ACADÉMICO NUMERARIO

EXCMO. SR. DR.

D. Antonio Llombart Bosch

SIRVAN MIS PRIMERAS PALABRAS para felicitar al nuevo académico de número el Prof. José María Martín Moreno, que hoy se incorpora con todos los merecimientos a esta dos veces centenaria Academia para ocupar un sillón denominado como Medicina Preventiva y Salud Pública. Quienes tenemos la fortuna de conocerlo desde hace años refrendamos con toda convicción la medida que en su momento tomaron los miembros de esta Institución así como los académicos que actuaron como padrinos del mismo, los académicos de número Dr. Rafael Carmena Rodríguez, Dra. Carmen Leal Cercós y Dr. Agustín Llapas González al darle soporte unánime a su propuesta.

Por ello deseo que estas primeras consideraciones vayan también dirigidas a felicitar el acierto de toda la Academia, que juzgó adecuado el adoptar esta nueva denominación como la opción más adecuada para sustituir a quien fue su predecesor en el sillón n.º 20 que ahora ocupa. Me refiero al desaparecido Profesor de Farmacología el Dr. Juan Esplugues Requena.

Es norma en los discursos de ingreso como académico de número el dedicar un recuerdo afectivo al miembro de la misma al

que se sustituye. Así lo ha hecho el Dr. Martín Moreno mostrando una gran sensibilidad.

Mi misión en el día de hoy como responsable de responder al discurso de ingreso del nuevo académico se une a la de presidir esta digna Institución por lo que no puedo omitir también un emotivo recuerdo hacia el compañero desaparecido.

La pérdida del profesor Juan Esplugues Requena fue causa de tristeza para quienes éramos sus compañeros de claustro y amigos, con quien compartimos en numerosas ocasiones las alegrías y los pesares de la Universidad. Su actividad en la Academia fue intensa desde 1975, año que ingresó como académico de número pronunciando el discurso "*Tradición farmacológica valenciana*". Su actividad fue siempre permanente e importante, siendo raro el acto que sin una razón justificada faltara su presencia. En la apertura del curso académico de 1993 pronunció el discurso preceptivo sobre las "*Perspectivas futuras de la farmacología y terapéutica*". Habían transcurrido 18 años desde su ingreso dándonos en esta nueva ocasión una magnífica lección magistral de lo que se entreveía como futuro de una farmacología uniendo las nuevas tendencias de la farmacodinámica y farmacocinética en una medicina que buscaría nuevas dianas y más personalizadas terapéuticas.

También fue un testigo excepcional de la vida de la Universidad de Valencia hasta su transformación en "Universitat Estudi General". Su testimonio permanecerá en nuestra memoria tanto como académico, profesor e investigador así como testigo de la vida de la Facultad de Medicina durante la segunda mitad del siglo XX. Hoy rendimos un sentido homenaje a su memoria.

Una visión de la vida del nuevo académico

EL Prof. José María Martín Moreno nació en Almería el 25 de julio de 1959, pero pasó su infancia en Córdoba y Madrid, marchando cuando tenía nueve años a Granada de donde eran sus padres y origen de sus principales raíces familiares.

El fallecimiento repentino de su padre a los 15 años, supuso un duro golpe que marcó su carácter y el rumbo de su vida. Y es durante este periodo de su vida, también por influencia familiar, ya que su padre había sido médico rural, cuando decide elegir la medicina como su profesión. Sin embargo la situación familiar hizo que para salir adelante tuviera que trabajar en diversas y variopintas ocupaciones, a la vez que estudiaba. De hecho, llegó a tener la licencia fiscal de “vendedor de jabón sin vehículo”, dedicándose a vender productos de limpieza por los domicilios y trabajando a tiempo parcial en una empresa de transportes. Todo ello a la par que estudiaba medicina. Eran tiempos duros, pero que al echar la mirada atrás le llena de orgullo. De hecho, aprovechando sus conocimientos musicales (terminó la carrera de piano a la par que la licenciatura de Medicina) también tocaba el piano en pubs y el órgano en las bodas, con el loable fin de ayudar a costearse los estudios y para ayudar económicamente a su familia.

Durante los estudios de licenciatura de medicina siempre tuvo inquietudes y pasión por aprender, y fue sucesivamente alumno interno de anatomía, fisiología, anatomía patológica, ginecología, endocrinología y medicina interna. Y en la dimensión más personal afectiva, fue en la licenciatura de medicina cuando conoció a la que desde entonces ha sido su pareja, Lydia, la

persona que desde entonces le ha acompañado y apoyado a lo largo de la vida. Conjugando todas estas tareas llegó a completar con éxito sus estudios de licenciatura y doctorado médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, recibiendo el Premio Extraordinario de Licenciatura y seguidamente el Premio Nacional Fin de Carrera. Tras obtener el número 9 entre los más de 28.000 candidatos que aspiraban a plaza en la convocatoria del MIR, decidió formarse como médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Clínico Universitario de Granada, completando su formación como Oficial Sanitario en la Escuela Nacional de Sanidad y como Master y Doctor en Salud Pública en la Universidad de Harvard, en Estados Unidos, donde dejó tal huella que recibió el Premio *Harvard University Outstanding Teaching Assistant of the year* y posteriormente fue galardonado con el premio *Alumni Award of Merit de la Universidad de Harvard del 2003*, galardón que distingue a los antiguos alumnos de esta universidad, que han contribuido de manera especial al desarrollo de esta especialidad en el mundo.

Desde 1991 hasta el 2001 tuvo diferentes responsabilidades en el Instituto de Salud Carlos III, incluyendo la Dirección del Centro Nacional de Epidemiología, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y de la Escuela Nacional de Sanidad, todo ello dentro del Instituto de Salud Carlos III. Fue en el año 2002 cuando obtuvo por oposición la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universitat de València, momento que marcó un antes y un después en su trayectoria profesional y su vinculación con la Comunidad Valenciana. Pero inmediatamente después de obtener la cátedra fue requerido para asumir el cargo de Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo hasta mayo del 2004,

donde pudo actuar en diferentes foros internacionales como “*Chief Medical Officer*” de España, habiendo presidido entonces la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, coordinando la respuesta frente a la inicialmente denominada “neumonía asiática” (SARS), el plan inicial de preparación ante el riesgo de pandemia de gripe, las acciones sanitarias ante brotes epidémicos y problemas de salud pública, la unificación del calendario vacunal en España, el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, o el diseño y puesta en marcha de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Tras ese paréntesis, corto pero intenso, en mayo del 2004 se incorporó a su plaza de Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universitat de València, labor que compaginó desde el 2007 con su plaza de Facultativo Médico Coordinador de la Unidad Central de Calidad del Hospital Clínico Universitario y Director del Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria que se ha venido llevando a cabo en colaboración entre la Universitat de València y La Escola Valenciana d’Estudis de la Salut (EVES).

El nuevo académico une sus dotes profesionales a nivel nacional con un amplio currículum de actividades internacionales que le transforma sin lugar a dudas en uno de los profesores más internacionales que hoy enseña e investiga en la Univesitat de Valencia.

Así, es desde 1997 *Senior Associate* de la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos, habiendo recibido nombramientos como profesor honorario o visitante en universidades de diferentes países. También ha sido Presidente de la Asociación

Europea de Escuelas de Salud Pública, y ha participado en diferentes comités científicos del Parlamento Europeo y de investigación biomédica de la Comisión Europea, de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer y de la Organización Mundial de la Salud.

Estas actividades han culminado tras diferentes ofertas de incorporarse a organismos internacionales, en que desde febrero de 2010 hasta septiembre del año pasado, ha asumido el puesto de Director de Gestión de Programas de la OMS para toda la Región Europea, puesto que aceptó para articular la puesta en marcha la estrategia de la OMS de Salud 2020 (*Health 2020*).

Tras este periodo internacional, el pasado curso académico se reincorporó con la mayor ilusión de nuevo a su puesto en la Universitat de València y en la vida de la Comunidad Valenciana, donde me consta que está volcando en la labor de docencia, investigación y asesoría toda su amplia experiencia acumulada en el campo práctico nacional e internacional de la Salud Pública.

Aunque como él mismo dice, no puede presumir de haberse formado en la “Escuela de Valencia”, sí puede hacerlo de haberse integrado con ilusión y lealtad a la misma, siempre aprendiendo de distinguidos compañeros a los que admira y que le sirven de punto de referencia. Además de su labor en la Facultad de Medicina y Hospital Clínico, es miembro del Comité Técnico de la Junta Asociada Provincial de Valencia de la Asociación Española Contra el Cáncer que presido, y del Comité Científico permanente de la Fundación *Gent per Gent*. Así mismo, ha participado en múltiples actividades organizadas por

organismos de la Comunidad Valenciana tales como la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados, el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia, la Universitat Jaume I de Castellón, la Universidad Miguel Hernández de Elche y la Universitat d'Alacant/Universidad de Alicante.

Quiero también adentrarme en su dimensión más personal y familiar haciendo una especial mención de su mujer, Lydia, que siempre le ha ofrecido un apoyo incondicional siendo compañera inseparable en la carrera desde sus estudios de medicina, profesión que ella también ejerce con brillantez y en su envidiable vida familiar como motor y empuje de sus tres hijos (Alejandro, Víctor y Jaime). Podemos asegurar que José M^a. felizmente y toda su familia se ha integrado con plenitud en nuestra Comunitat.

Pero yo quisiera añadir algo más en su largo y excelente currículum. Yo conocí a José María en Granada cuando fui invitado por el Catedrático de Radiología Dr. Vicente Pedraza, con quien en los años 90 compartía responsabilidades en el Comité Científico de la Junta Nacional de la AECC, para formar parte del tribunal de tesis doctoral de una joven doctoranda de la Universidad de Granada, la licenciada Lydia Gorgojo. Su tesis fue recibida con Sobresaliente *cum laude*. Transcurrido el tiempo, hoy ocupa la jefatura del Servicio de Vacunación Internacional de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Valenciana. Jaime (su hijo menor) está cursando actualmente su último año de Bachillerato. Víctor cursa segundo año de formación médica en la Facultad de Medicina de la UV, y Alejandro (su hijo mayor) es médico residente de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, tras completar sus estudios de licenciatura con Premio Extraordinario, lo

que sella para él un elemento más de vínculo familiar con la medicina de la Comunidad Valenciana.

Como en alguna ocasión he tenido ocasión de comentar esta familia configura un núcleo ejemplar dedicado a la ciencia, a la medicina, así como también son un verdadero y envidiable “club” que llenan en buena parte sus horas libres ejercitando y disfrutando del hobby de tocar con gran destreza varios instrumentos musicales.

Algunas de sus publicaciones más destacadas

José M^a. ha publicado más de 300 publicaciones, incluyendo artículos y libros de carácter científico en revistas de alto nivel de impacto y editoriales de prestigio, que hacen de él un referente mundial en temas fundamentalmente aplicados a la medicina y salud pública, con especial énfasis en la epidemiología y la prevención del cáncer y enfermedades cardiovasculares, y en estrategias y gestión de sistemas sanitarios. Ello ha quedado reflejado en el reciente premio que le ha otorgado la Asociación Europea de Salud Pública el 14 noviembre, en Bruselas, el *Andrija Stampar Medal*, uno de los premios más importantes que se pueden dar a un profesional de la salud pública en el mundo, y sin duda el más prestigioso de Europa en esta disciplina.

Destaco algunas de las más sobresalientes bien por el alto índice de impacto de la revista donde se ha publicado o por la repercusión que ha tenido a nivel científico y en los medios sociales de comunicación mundial:

- Spain: a decentralised health system in constant flux. *Br Med J*. 2009; 338: b1170.
- Palliative care in the European Union. *European Parliament Economic and Scientific Policy Department 2008. IP/A/ENVI/ST/2007-22*.
- Cancer causes and prevention: a condensed appraisal in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1390-1403.
- Saturated fat in the diet of Spanish children: relationship with anthropometric, alimentary, nutritional and lipid profiles. *Public Health Nutr*. 2006; 9: 429-35.
- Acute health problems among subjects involved in the cleanup operation following the Prestige oil spill in Asturias and Cantabria (Spain). *Environ Res*. 2005; 99: 413-24.
- Low toenail chromium concentration and increased risk of nonfatal myocardial infarction. *Am J Epidemiol*. 2005; 162: 157-64.
- Curbing tobacco's toll starts with the professionals: World No Tobacco Day. *Lancet*. 2005; 365: 1990-2.
- European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol*. 2003; 14: 973-1005.
- Mercury, fish oils, and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2002; 347: 1747-54.
- The role of olive oil in lowering cancer risk: is this real gold or simply pinchbeck? *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54: 726.

- Tissue stores of individual monounsaturated fatty acids and breast cancer: the EURAMIC study. European Community Multicenter Study on Antioxidants, Myocardial Infarction, and Breast Cancer. *Am J Clin Nutr.* 1998; 68: 134-41.
- DDT (dicophane) and postmenopausal breast cancer in Europe: case-control study. *BMJ.* 1997; 315: 81-5.
- Adipose tissue isometric trans-fatty acids and risk of myocardial infarction in nine countries: the EURAMIC study. *Lancet.* 1995; 345: 273-8.
- Dietary fat, olive oil intake and breast cancer risk. *Int J Cancer.* 1994; 58: 774-80.

Me van a permitir que comente someramente alguna de las publicaciones más destacadas que en buena medida están relacionadas con el tema que hoy nos ocupa y del cual es un reconocido y estimado experto internacional.

En el trabajo “Mercury, fish oils, and the risk of myocardial infarction”, (*N Engl J Med* 2002; 347: 1747-1754), se aportó información novedosa sobre la modificación de efecto/interacción entre los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga contenidos en el pescado y el mercurio que el propio pescado puede acumular. Así, por primera vez se pudieron llevar a cabo estimaciones del riesgo de infarto de miocardio según la concentración de mercurio (medido en uñas) y de ácido docosahexaenoico (medido en tejido adiposo) y –utilizando modelos de regresión no paramétrica–, ajustar por los diversos factores de confusión.

El artículo demuestra una asociación independiente, robusta y gradual entre la concentración de mercurio en uñas y el riesgo de infarto de miocardio, asociación que aparece atenuada por su relación inversa con los niveles de docosahexanoico. Al controlar por éste, las estimaciones del riesgo se hacen más nítidas. De forma complementaria se muestra una asociación inversa entre los niveles de ácido docosahexanoico (papel protector) y el riesgo de infarto de miocardio, protección que aparece aminorada por la relación inversa con la concentración de mercurio en uñas.

J.M. Martín Moreno fue el investigador principal de este proyecto de la Unión Europea (Concerted Action Contract No. BMH4-98-3565) y como tal se ocupó de su diseño, dirigió su ejecución, y contribuyó en la redacción del manuscrito y en la respuesta a las cartas posteriores del *New England Journal of Medicine*.

Como nota adicional, merece comentarse que esta revista posee un factor de impacto superior a 50 y ocupa el primer lugar entre todas las revistas del ámbito de medicina. El trabajo tuvo gran trascendencia, fue editorializado en el *New England Journal of Medicine* y ha sido objeto de atención pública en medios de comunicación como la CNN o el *New York Times* (Study Looks at Mercury - Tainted Fish, By The Associates Press, *The New York Times*. Nov 29, 2002) además de servir de referencia básica en los trabajos de la propia Comisión Europea y organismos reguladores sobre niveles de contaminantes en pescados de consumo humano.

En la publicación: "Tobacco: deadly in any form or disguise", (*Lancet* 2006; 367: 1710-1712), se habla de la epidemia de

enfermedades asociadas al tabaquismo, señalando aquellos grupos poblacionales en los que la tendencia es preocupante. Específicamente se cita el caso de las mujeres jóvenes españolas, un grupo poblacional en el que se augura unas consecuencias en término de cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas cuando el periodo de latencia o inducción empírica haya pasado, aunque se señala que las nuevas medidas legislativas de control del tabaquismo pueden ayudar a corregir esa tendencia preocupante. También se citan las estrategias de la industria tabaquera en países en desarrollo y la necesidad de fortalecer la prevención y control del tabaquismo como estrategia prioritaria de salud pública.

También relacionado con el problema del cáncer es la publicación “Cancer causes and prevention: a condensed appraisal in Europe in 2008”, (*European Journal of Cancer* 2008; 44: 1390-1400), donde se resumen los factores determinantes del cáncer de acuerdo a su importancia relativa en Europa, incluyendo tabaquismo, consumo de alcohol, dieta y actividad física. También se revisa el papel de factores ambientales y ocupacionales, agentes infecciosos y factores genéticos y hormonales.

Además, este artículo expone recomendaciones explícitas para facilitar la modificación de hábitos y conductas individuales y para promover posibles políticas públicas saludables. También detalla ejemplos de políticas europeas y programas vigentes que persiguen reducir el impacto de estos factores de riesgo sobre el cáncer.

El problema de la crisis económica que afecta a España en estos últimos años ha sido motivo de gran preocupación y estudio por cuanto pudiera afectar al mantenimiento del actual

sistema de salud. Recojo tres de sus últimas publicaciones analizando objetivamente estos problemas.

En la publicación: “Spain: a decentralised health system in constant flux”, (*British Medical Journal* 2009; 338: 863-866), se hace una síntesis de la situación actual y evolución del sistema nacional de salud en España, aportando un análisis comparativo europeo. A través de este trabajo, se proponen soluciones para un adecuado marco de suficiencia dinámica de financiación (que adapte y mejore el del marco de la Ley 21/2001, de Medidas Fiscales y Administrativas), y para que las ventajas de la cercanía y capacidad de adaptación a cada contexto que ofrece la descentralización no queden contrarrestadas por las desventajas de potenciales inequidades inducidas por servicios redundantes y heterogéneos según comunidades.

Al mismo tiempo en el trabajo “The effects of the financial crisis on primary prevention of cancer”, (*European Journal of Cancer* 2010; 46: 2525-2533) se revisa el impacto potencial de la presente crisis financiera sobre la prevención primaria del cáncer a través de diferentes dimensiones: estilos de vida de elección personal, exposición a factores ambientales, y decisiones de gestión en el sector público y privado que pueden afectar a los determinantes causales del cáncer. Se hace énfasis en las posibilidades de tomar las mejores decisiones para asegurar apropiadas medidas de prevención primaria, que deben ser priorizadas frente a medidas cortoplacistas que pueden redundar posteriormente en mayor carga de cáncer con el consiguiente detrimento económico y sobre todo de morbilidad y mortalidad. Este trabajo tuvo amplia repercusión en medios de comunicación general y divulgativos, como se puede

comprobar fácilmente a través de un buscador telemático (tal como Google o similar).

También queremos destacar la publicación “Cancer screening and health system resilience: Keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis”, (*Eur J Cancer* 2012; 48: 2212-8), donde se revisa el impacto potencial de la presente crisis financiera, esta vez sobre la prevención secundaria del cáncer, haciendo énfasis en la necesidad de potenciar los programas poblacionales de *screening* basados en la evidencia.

Por último en el trabajo “The social nature of chronic non-communicable diseases and how to tackle them through communication technology, training, and outreach”, (*J Health Commun* 2011; 16 (Suppl 2): 94-106), se formula algo que precisamente se desarrolla ahora con un marco conceptual más detallado del discurso del académico-electo ante la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana: la naturaleza social de las enfermedades crónicas no transmisibles, que carecen todavía de un planteamiento integral incluyendo una adecuada comunicación, para lo cual se fundamenta la necesidad del adiestramiento profesional y de mejores infraestructuras de comunicación.

Comentarios al discurso

A continuación tenemos el grato cometido de analizar y comentar el erudito discurso del nuevo académico. Señalo que nuestra labor va a servir para resaltar algunos de los aspectos más sobresalientes del mismo, sabiendo que siendo experto mundial en el tema, sería presuntuoso por mi parte tratar de aña-

dir mayor doctrina a la ya aportada en el texto escrito que obra a su disposición y que invito a leer con máximo interés y detalle.

Llama la atención al analizar el texto la perfecta sistematización del mismo, distribuida en apartados concretos, con encabezamientos descriptivos claros, esbozando las ideas propuestas para desarrollar, lo que hace que el mismo sea de lectura fácil y amena, en un lenguaje que aun siendo técnico también resulta inteligible para el profano. Pone de manifiesto con ello su experiencia docente como excelente didacta y buen profesor universitario.

La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles: Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI

Con este título plantea el nuevo académico uno de los mayores problemas que tiene la sociedad al enfrentarse ante las disyuntivas presentes y de un próximo futuro sobre el estado de la salud pública en un mundo globalizado.

Para analizarlo con una mayor perspectiva hemos de retrotraernos a la declaración de Alma Ata en 1978 cuando la OMS defendió la necesidad de lograr una sanidad pública universal al alcance de todos los ciudadanos, independiente de su localización geográfica, raza y estatus político o social. Esta declaración ha sido recordada en varias ocasiones tanto por las Naciones Unidas como por la OMS, incluso en su última Asamblea General celebrada el 6 de diciembre del pasado año. La necesidad de conseguir la cobertura universal de la salud

continúa siendo un reto incumplido en el mundo y un problema social de primer orden, ya que aun habiendo logrado grandes avances, se está todavía lejos de alcanzar.

Los especialistas internacionales en salud pública, como lo es el Dr. Martín Moreno, mantienen abierto el debate sobre cómo orientar la salud pública global, organizándola, bien de modo vertical, atendiendo de modo particular programas que se ocupen de determinados procesos como es la lucha contra la malaria, tuberculosis, polio o SIDA e incluso el cáncer o bien adoptando una postura horizontal en donde estos programas se integren entre sí mediante sistemas interconectados con sinergias que abarquen también a las organizaciones socio-económicas y políticas nacionales y locales, ya que plantean problemas comunes que afectan en buena medida a todas ellas. Desde esta perspectiva los recursos disponibles estarían mejor aprovechados y los resultados parecen más fácilmente alcanzables.

Es cierto que estas orientaciones se dirigen sobre todo a las llamadas enfermedades transmisibles o de declaración obligatoria, que siguen siendo aún un grave problema en el tercer mundo. Sin embargo este abordaje horizontal alcanza también al gran grupo de enfermedades no transmisibles o no comunicables que además tienen como peculiaridad su naturaleza crónica y carácter global.

Acabamos de oír en boca del nuevo académico que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) matan a más de 36 millones de personas cada año. Casi el 80% de las defunciones, 29 millones, se producen en los países con ingresos bajos o medios, los que también conocemos como del “tercer mundo”.

Más de 9 millones de las muertes atribuidas se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes “prematuras” también ocurren en países de ingresos bajos o medianos. Es decir que nos enfrentamos a un problema de salud pública que alcanza a todas las edades y también a todos los estratos sociales así tanto al mundo que goza de un alto estándar de vida como a las naciones en desarrollo. Es un verdadero problema de salud con magnitud universal.

Tomando la iniciativa, la OMS publicó recientemente (2012) un estudio recogiendo las conclusiones de la reunión de alto nivel que tuvo lugar en 2011 como plan de acción. Quiero llamar la atención e invitar a los interesados a revisar la publicación comenzando por el dibujo que ocupa la cubierta y que sintetiza su contenido. Son tres grandes círculos: el más interno contiene a su vez cuatro círculos más pequeños de distintos colores y análogo tamaño, entrelazados con los nombres de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, diabetes y cáncer. Por fuera envolviéndolos aparece un segundo círculo en donde se sitúan las causas desencadenantes: consumo de tabaco, dieta inadecuada, inactividad física y uso abusivo del alcohol. Cubren ambos círculos la sombra de numerosas personas con las manos entrelazadas en un abrazo común que simboliza a la humanidad. De este modo se refleja la universalidad del problema que afecta por igual a todos en un mundo globalizado.

El Dr. Martín Moreno ha dividido su discurso en 7 apartados en donde analiza no solo la complejidad del problema motivado por las ECNT sino también aportando posibles soluciones, que describe bajo el epígrafe: “rebatando mitos que representarían paradigmas equivocados”.

No vamos a entrar en los detalles de cada uno de ellos por cuanto caeríamos en redundancias de lo que tan brillantemente ha expuesto. Me refiero a el análisis de las causas y determinantes que causan las ECNT, los factores de riesgo influenciados mediante la promoción de la salud, y en tercer lugar la necesidad de una actuación global basada en las propuestas de la OMS, como objetivos a alcanzar entre los años 2013-2020.

Por lo además creo pertinente insistir en algunas facetas que a mi juicio tienen gran vigencia presente. Me refiero a las iniciativas nacionales y comunitarias existentes en los sistemas sanitarios que tratan de fortalecer y orientar para hacer frente a la prevención y control de enfermedades no transmisibles mejorando la atención, disminuyendo la carga de enfermedad mediante un abordaje integral y continuado que garantice la seguridad y coste-efectividad de los cuidados sanitarios.

A mi juicio uno de los grandes problemas relacionados con las ECNT es el envejecimiento de la población tanto a nivel mundial como nacional y por lo que más directamente nos afecta a nivel comunitario. Este gran logro social presenta como contrapartida el bascular la pirámide poblacional a tasas de esperanza de vida media que alcanzan los 82 años en la mujer y cerca de 79 en el varón. Hemos visto que tres cuartas partes de la ECNT afectan a la población de más de 60 años. El envejecimiento saludable se ha transformado en uno de los considerados más importantes para la salud pública.

¿Cuál es la situación global de lo que podemos considerar como vejez saludable?

Acaba de publicarse el informe “Global age Wacht Index 2013” por la “Help Age Internacional” donde se analiza la situación de la tercera edad en 90 países (considerada globalmente a partir de los 60 años) sobre la base de distintos indicadores entre los que se sitúa en primer rango el grado de acceso a los servicios de salud así como otros determinantes de salud social. Ellos han sido elaborados con datos provistos por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, la UNESCO y el Grupo Gallup World. El resultado para España merece ser revisado en profundidad por sociólogos, epidemiólogos y otros responsables de la salud ya que está situada en el lugar 22, entre naciones como Israel por encima y Uruguay a continuación, ocupando los primeros rangos los países nórdicos de Europa: Suecia, Noruega y Alemania, quienes gozarían de un máximo de calidad y bienestar en la vejez.

Recordemos que en base a datos del Ministerio de Sanidad y del Instituto Nacional de Estadística, en España la proporción de mayores de 60 años será del 31,4% y se producirá un rápido incremento del número de personas mayores de 80 años. Actualmente España ya se encuentra entre los cinco países de la Unión Europea con mayor número de personas de edad avanzada y entre los cinco países del mundo con población más envejecida. Además existe una feminización del envejecimiento pues las mujeres tienen mayor longevidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades que los hombres.

La población valenciana es una población adulta envejecida con un desigual impacto del envejecimiento en el territorio. Existen departamentos de salud con un mayor peso relativo de personas mayores debido, en las comarcas del interior, al éxodo rural de personas en edad laboral y, en la costa mediterránea, al denominado turismo residencial por la llegada de personas jubiladas provenientes de la Unión Europea que fijan su residencia en la Comunitat Valenciana, sobre todo en la provincia de Alicante. Esto ocasiona una clara demanda diferencial de cuidados socio-sanitarios respecto a otras comunidades autónomas. La esperanza de vida al nacimiento se ha incrementado en 3 años en la última década en la Comunitat. Así ha pasado de estar situada en 78,74 años en 2000 a encontrarse en 81,83 años en 2011. (Datos INE, últimos disponibles).

Se ha considerado al tabaco como una de las causas más graves, condicionante de las enfermedades crónicas pulmonares y cardio-circulatorias. Es un factor repetidamente confirmado en todos los ambientes científicos. Además, este mismo año, la OMS ha añadido un nuevo factor tóxico, la contaminación ambiental como causa en el año 2012 de más de 200.000 muertes por patología cardio-pulmonar.

Otro problema que no debe dejarse de lado en este contexto son los procesos neuro-degenerativos como es el Alzheimer, la demencia senil o simplemente la depresiones que son fuente de patología importantísima en la población envejecida.

El último capítulo de su discurso merece una atención más detallada por cuanto se ofrecen nuevas iniciativas para controlar las ECNT, rebatiendo 10 falsos mitos como paradigmas y ofreciendo propuestas propias para la salud en el siglo XXI.

En la ciencia, un *paradigma* es un conjunto de realizaciones científicas “universalmente” reconocidas, que proporcionan modelos de problemas y al mismo tiempo ofrecen soluciones a una comunidad científica. Un cambio de paradigma sería, siguiendo a Thomas Kuhn en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), un cambio en los supuestos básicos, o paradigmas, dentro de la teoría dominante de la ciencia.

Vemos que en buen grado el nuevo académico ha hecho interesantes propuestas capaces de desechar falsos paradigmas en la salud pública y orientar nuevas posibilidades y posiciones que abren un futuro esperanzador en el que la RAMCV también es invitada a participar como sujeto activo.

En efecto coincidimos en que debería ser reconsiderado el término de ECNT por el propuesto de “Enfermedades Multifactoriales Crónicas” en (*“Chronic, Multifactorial Diseases”*), más adecuado a una realidad científica que muestra cómo las causas infecciosas son también motivo de patología vascular crónica, obesidad o cáncer (ejemplos: nuevas teorías sobre las arteriosclerosis o los agentes infecciosos implicados en la obesidad mórbida o los cánceres del tracto digestivo e hígado).

La OMS ha insistido en el carácter global del problema independiente del grado de desarrollo económico de la población. Es preciso conseguir que no solo el proyecto Alma Ata de salud universal para todos sea una realidad sino también que los distintos determinantes de salud alcancen a toda la población, como son la educación y el trabajo, luchando contra el empobrecimiento social y laboral. Solo así se conseguirá que la sociedad disponga de unas armas adecuadas para controlar acti-

vamente la patología del envejecimiento, añadiendo vida a los años y no solo años a la vida.

Insistimos en que la educación para la salud es el gran instrumento que dispone nuestra sociedad para encarrilar adecuadamente estas patologías. Recordemos la defensa de una dieta saludable, la lucha contra la obesidad infantil, las prohibiciones de fumar, todas ellas a modo de ejemplo son ingenios prioritarios a utilizar en las escuelas y universidades. No se puede esperar que la población arraigada en hábitos poco saludables acepte romper con costumbres que son verdaderos falsos mitos de la salud.

Es cierto que no se puede culpar al ciudadano de los males enraizados por conductas equívocas, que la sociedad ha hecho suyas durante años, pero tampoco se puede pedir, apelando a un falso paternalismo que sea el “Estado” quien se haga responsable de los males de la sociedad obligándole a cubrir los enormes costos para la salud que causan estas conductas.

La salud pública deberá procurar por tanto la educación para la salud, promocionando la prevención primaria y la secundaria en aquellos casos de costo efectividad comprobada y también promocionar la emergente medicina predictiva nacida de una nueva biología genómica y epigenómica, también apoyándose en las redes sociales disponibles así como contando con las organizaciones no necesariamente estatales que voluntariamente contribuyen a ello.

Lograr una vejez activa es el nuevo proyecto de la sanidad valenciana presentada hace unos días por el Gobierno de esta Comunidad, que abre una camino esperanzador en el que nos encontramos comprometidos todos los ciudadanos.

Concluyo estas consideraciones que tratan de dar respuesta a los numerosos retos que tan acertadamente ha presentado para análisis el nuevo académico, basados en una larga experiencia que lo confirman como uno de los grandes expertos que dispone España en Salud Pública y Medicina Preventiva. Con su habitual bien hacer y grandeza de espíritu ha sabido transmitirlos a una audiencia académica que pone en él grandes esperanzas para un inmediato futuro.

Mi enhorabuena Dr. José María Martín Moreno; es una gran satisfacción tanto a nivel institucional como personal tener la oportunidad de darle la bienvenida a la Real Academia de Medicina y Ciencias Afines de la Comunidad Valenciana.

