

Foro de Sanidad

Resumen Ejecutivo

Elaborado por: Doctor Europeo Esteban Arribas Reyes

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad crónica

Dirección: D. Enrique Castellón y D. Joaquín Arenas

Centro de Estudios de Políticas Públicas y Gobierno

Directora: Dña. Carmen Mateo

Universidad de Alcalá, 30 y 31 de octubre de 2014

Recomendaciones

Responsabilidad y liderazgo político ante la promoción de la salud

- ❖ **Las políticas públicas podrían reducir la mortalidad global hasta un 43%, si van encaminadas a promover estilos de vida saludables y a crear las condiciones adecuadas para facilitarlos.** Actualmente, la prevención y promoción de la salud es un campo fértil y poco explorado por el decisor político. Es necesario que las administraciones públicas actúen con responsabilidad y no caigan en la búsqueda de soluciones simplistas y escasamente evaluadas. Sin duda, la prevención y la promoción de la salud es el mejor instrumento para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades crónicas.
- ❖ **Existe una necesidad de liderazgo político y soluciones contextuales basadas en la evidencia empírica.** El decisor político tiene ante sí un gran número de proyectos y estudios de investigación españoles, que pueden ayudarle a llevar a cabo estrategias eficaces para mejorar la salud de los ciudadanos. PREDIMED es un caso paradigmático de trabajo científico español reconocido a nivel mundial, cuyos resultados confirman cómo la promoción de la salud es una de las mejores fórmulas para prevenir y reducir el riesgo de enfermedades crónicas.
- ❖ **España es uno de los países líderes en investigación biomédica de la UE,** con un gran número de profesionales altamente cualificados que trabajan en este campo. Debemos aprovechar esta riqueza y poner en marcha políticas que promuevan que dicha labor de investigación pueda materializarse en el ámbito de nuestra salud pública.
- ❖ **Además, existe un programa marco legal y económico de la Unión Europea (Horizonte 2020) que no se está aprovechando.** La Administración pública tiene la oportunidad de llevar a cabo iniciativas sencillas y económicas que sitúen a España en un lugar de referencia en materia de promoción de la salud a nivel europeo. Para ello, es clave crear estrategias, políticas, leyes, campañas de sensibilización y educación, etc., así como llevar a cabo una evaluación del impacto de las políticas públicas.

Introducción

El *leitmotiv* del Foro de Sanidad fue el siguiente: los gobiernos no suelen apostar por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a pesar de la importancia que suponen estas políticas para la mejora de la calidad de vida de las personas.

Durante dos días, el Foro analizó el problema en profundidad y trató de entender por qué no es así. Además, se debatió sobre qué debería hacerse para modificar este estado de cosas.

Asistieron al Foro más de sesenta personas entre diputados, senadores y diputados autonómicos, Consejeros de Comunidades Autónomas, Concejales y miembros de distintos organismos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como académicos de la Universidad de Alcalá.

Participaron expertos muy cualificados como Valentín Fuster, quien expuso las estrategias para promover globalmente la salud cardiovascular. Por su parte, José María Martín Moreno explicó las iniciativas que se están tomando en el marco europeo para promover la salud y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades que evolucionan a la cronificación.

La estructura del Foro se dividió en tres bloques.

- 1) Promoción de la salud como prioridad de las políticas públicas de los Gobiernos en sus distintos niveles: Estatal y Autonómico y Municipal.
- 2) Nutrición y promoción de la salud.
- 3) Programas más significativos de promoción de la salud que existen en nuestro país, incluyendo su descripción e impacto.

Problema

“Las sociedades avanzadas sufren una verdadera epidemia de patología crónica y pluripatología. Otras sociedades cuyo nivel de vida está aumentando rápidamente inician la misma senda. Aparte del impacto sobre la calidad de vida de las personas, esta situación tensiona extraordinariamente las estructuras asistenciales - médicas y sociales” (Enrique Castellón y Joaquín Arenas, Directores del Foro).

Inauguración

Enrique Castellón, Director del Foro, destacó dos ideas (ver cuadro) que contextualizan el Foro y se preguntó: ¿Qué podemos hacer en relación al sistema sanitario y en relación al sistema social, tan íntimamente relacionados?

Contexto	
1)	Siempre ha existido tensión en un sector de políticas públicas complejo, donde confluyen gran variedad de intereses.
2)	Dos retos interrelacionados: financiación y calidad de vida de los pacientes.

Por su parte, Joaquín Arenas, también Director del Foro, destacó la importancia de la transferencia de la investigación a la salud pública¹.

Joaquín Arenas enfatizó la importancia de la creación de redes de investigación/investigadores y de la cooperación para conseguir los objetivos. Finalmente mencionó las oportunidades que ofrece el Programa de Investigación en Innovación de la Unión Europea *Horizonte 2020*.

Bloque I: La promoción de la salud y los gobiernos

Se abordaron las siguientes preguntas:

1. Los gobiernos ¿Se preocupan de la promoción de la salud?
2. ¿Deberían? El ejemplo de los entornos urbanos y los determinantes de la salud.
3. ¿Cómo puede modificarse esta situación?

Beatriz González recordó la evolución de la conceptualización sobre la prevención de la salud a través del recorrido histórico que va desde la Conferencia y Carta de Ottawa (1986); pasando por el ‘Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud’, de la Organización Mundial de la Salud (2000); hasta llegar a la Presidencia de la Unión Europea de Finlandia (2006)². Asimismo, recordó la idea de ‘equidad’ del Banco Mundial (2006) así como los determinantes de la salud como elementos claves de los últimos análisis e informes sobre la salud a nivel mundial.

Cambio de paradigma
De la <i>Salud para Todos</i> (STP) a la <i>Salud en todas las Políticas</i> (STP).

Beatriz González expuso numerosos ejemplos de programas donde se observan los determinantes de la salud para mostrar la importancia de la prevención y de la equidad en el diseño de las políticas públicas de salud: ciudad de Glasgow (esperanza de vida, desigualdades); Individuos y Población: Cuba (enfoque poblacional, índice de masa corporal y embargo económico); paradoja del tabaco (análisis clínicos y análisis poblacional,

¹ Como ejemplo de buenas prácticas en materia de investigación en salud, con enfoque en el desarrollo de la prevención (enfermedades crónicas, cardiovasculares, etc.), Joaquín Arenas destacó la labor del *Centro de Investigación Biomédica en Red: Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina* (CIBER-bbn: <http://www.ciber-bbn.es/>).

² http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf.

diferentes resultados); lombrices en Kenia (economía del desarrollo – sanidad y educación: + profesores NO; + salud = +educación); carnet por puntos (éxito de una política de salud).

La profesora González le dio importancia a la intersectorialidad para ‘atacar a los determinantes de la salud’. Insistió en las ideas del Informe de la Presidencia de Finlandia de 2006 de la UE: ‘public policy across sector son health determinants’ (UE, 2006).

Idea fuerza

El coste sanitario no es el único coste

González se realizó la siguiente pregunta: ‘¿más vale prevenir?’: la mayoría, dijo, contestan que sí. Sin embargo, es necesario realizar un análisis coste/efectividad. Mencionó ejemplos como la tasa de mortalidad prematura por consumo de alcohol en España y expuso su idea clave (ver cuadro). Esta idea se basa en la necesidad de medir distintas variables para calcular el coste y responder si vale más la pena prevenir. Para ello expuso la metodología del Análisis Coste/Efectividad (ACE) y puso como ejemplo la presión fiscal en Australia como política transversal de disminución de costes de sus políticas sanitarias.

Continuó la profesora con otra idea que nos ayuda a comprender la importancia de analizar otros factores: *Nudging* (ver cuadro derecha).

González concluyó con varios ejemplos de buenas prácticas de políticas de salud que han incluido determinantes relacionados con el comportamiento del ser humano: Ciudad de Bogotá; California (*Health Impact Assessment*); Ciudad de Vitoria (soterramiento); Bilbao (barrios).

Por su parte, Manuel Franco presentó su última investigación que comenzó el 1 de abril del 2014, y tiene como objetivos tres determinantes sociales de las enfermedades cardiovasculares en un barrio de Madrid (comportamiento social, entorno físico y salud). La premisa con la que el profesor Franco trabaja es la siguiente (ver cuadro derecha):

El Bloque I concluyó con un turno de preguntas en el que se comprobó que, en algunos casos, se realizan políticas que influyen en la salud pero no se incluyen como determinantes de la misma. Por ejemplo: política fiscal (impuestos); política comercial (horarios).

Nudging

Economía del comportamiento

El ser humano no es tan racional como pensábamos

‘El lugar en que residimos y trabajamos puede afectar a nuestros hábitos de salud y lo hace de dos maneras diferentes. Por un lado el entorno que nos rodea tiene una serie de características físicas y de recursos relacionados con el nivel de actividad física, el tabaquismo, la alimentación y el consumo de alcohol. Por otro lado los comportamientos grupales y normas sociales en las que vivimos afectan a nuestros comportamientos individuales’ (Manuel Franco).

A continuación, el Foro tuvo el privilegio de contar el Dr. Valentín Fuster para el desarrollo de la Conferencia Inaugural: ‘Promoviendo la salud cardiovascular a nivel global’.

Conferencia inaugural

Dr. Valentín Fuster: ‘Promoviendo la salud cardiovascular a nivel global’

El Dr. Valentín Fuster expuso sus ideas principales (ver cuadro derecha):

Dijo el Doctor Fuster que ‘a pesar de los avances experimentados por la medicina en los últimos años, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en todo el mundo, pasando de afectar solo a las naciones más ricas a incluir también a los países en vías de desarrollo, donde es responsable del 80% de los fallecimientos’. El Doctor expuso la idea de que se debe ‘clarificar el papel de la genética como casusa de las enfermedades cardiovasculares’. En su opinión, ‘es absurdo, excepto en algunos casos incidir excesivamente en esta causa’. En España, por ejemplo, el 60% de los casos pertenecen a causas no genéticas.

Este cambio de tendencia y la pandemia imparable que suponen estas patologías hizo que en 2010, el *Institute of Medicine of the National Academies* (IOM), una entidad sin ánimo de lucro dedicada a la promoción de la salud basada en la evidencia científica, convocara a un grupo de expertos mundiales en medicina cardiovascular, liderados por el Dr. Valentín Fuster. El objetivo: desarrollar recomendaciones para promover la salud cardiovascular en los países en vías de desarrollo. Algunos de los resultados de este grupo de científicos se publicó en la revista *American Scientific* (2014, junio), ‘Promoting Cardiovascular Health Worldwide Perspective on the 12 Recommendations from the Institute of Medicine’ (Editado por Valentín Fuster, Jagat Narula, Rajesh Vedantahan, y Bridget B. Kelly)³.

El Doctor explicó que las enfermedades cardiovasculares están alcanzando proporciones épicas en los países en vías de desarrollo. A pesar de ello, estas patologías crónicas siguen siendo las menos financiadas en salud global. Para conseguir controlar estas patologías tan devastadores y reducir su importante impacto económico, cree el Doctor que se necesita más financiación y una mejor coordinación en todo el planeta. Cree que se debe colaborar a un nivel global y potenciar un mayor compromiso para invertir más en la salud cardiovascular de los individuos, para salvar más vidas y reducir la carga de estas enfermedades tan debilitantes, mientras que disminuimos también los insostenibles y cada vez más altos costes económicos que se derivan del cuidado de los pacientes crónicos de estas patologías, muchas de las cuales son prevenibles.

Valentín Fuster se preguntó: ¿por qué, si conocemos todos estos datos, no somos capaces de ver la enfermedad antes? Seguidamente, mencionó la inminente publicación de

Ideas principales
‘Es más cara la prevención que la promoción’ (Dr. Fuster).
‘Prolongar la vida es más caro – imposible de sostener – que prevenir el desarrollo de la enfermedad (Dr. Fuster).

³ El número especial se puede descargar gratuitamente en <http://www.scientificamerican.com/products/cardiovascular-health/>.

dos estudios donde se muestran resultados de la aplicación de la tecnología y la economía al estudio de las enfermedades cardiovasculares. En este caso, nos recordó de manera somera, pero creemos interesante, que algunas compañías de seguros de países nórdicos están aplicando ya esta relación entre la responsabilidad del individuo de llevar una vida saludable como modo de calcular, y penalizar en su caso, el coste del precio de la póliza.

Cree el Dr. Fuster que es esencial tener en cuenta la estructura de pensamiento de los individuos, donde la cultura y, por tanto, valores y principios, determinan en buena medida su comportamiento, sus hábitos. Por ello, apuesta por estudiar el cerebro humano, para detectar de manera más certera los futuros riesgos.

El Doctor destacó que en el estudio publicado en *American Scientific* (2014) el perfil de los miembros del equipo fue multidisciplinar: trece personas de las cuales 8 eran economistas.

La publicación dejó claro que hay numerosos factores involucrados en la epidemia de enfermedad cardiovascular, desde el estilo de vida a la predisposición genética, por no hablar de los factores de riesgo cardiovascular ya conocidos, como la hipertensión, el sedentarismo o el tabaquismo, entre otros. Sin embargo, cada uno de estos factores puede ser exacerbado por componentes sociales como la pobreza, la guerra o las propias desigualdades socioculturales.

La publicación desarrolló 12 recomendaciones (ver cuadro superior) como eficaces para la promoción de la salud cardiovascular y que se aplican ya en distintos países con éxito.

El Dr. Valentín Fuster concluyó recordando que la promoción de la salud cardiovascular ha de ser una tarea conjunta de toda la sociedad.

A continuación, el Foro prosiguió con el Bloque II: Nutrición y promoción de la salud.

12 Recomendaciones para promover la salud cardiovascular	
1.	Reconocer las enfermedades crónicas como una prioridad de la ayuda al desarrollo.
2.	Defender y apoyar las enfermedades crónicas como una prioridad de financiación.
3.	Mejorar la coordinación nacional para enfermedades crónicas.
4.	Implementar políticas para promover la salud cardiovascular.
5.	Incluir las enfermedades crónicas y fortalecer los sistemas de salud.
6.	Mejorar el acceso al diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares, a las medicinas y a la tecnología, prestando la atención donde se necesite.
7.	Políticas y programas de colaboración para mejorar la dieta.
8.	Mejorar la información y los datos locales.
9.	Definir las necesidades de recursos.
10.	Investigar para evaluar lo que funciona en diferentes contextos.
11.	Difundir el conocimiento y la innovación entre países similares.
12.	Informar sobre el progreso mundial.

Bloque II: Nutrición y promoción de la salud

Tras la presentación del Bloque por parte del Dr. Joaquín Arenas, donde se incide en la importancia del estudio de PREDIMED⁴, el panel comenzó con la intervención Fernando Rodríguez-Artalejo, quien reiteró la idea de ‘prevenir es mejor que curar’. Se preguntó si los estados deben o no intervenir. Y si se ocupan, ¿hasta dónde deben llegar? Comenzó su intervención con datos sobre la obesidad en España (ver presentación en la página web del Centro de Estudios de Políticas Públicas y Gobierno).

‘La obesidad se considera una epidemia. Es el factor que más produce la mala salud’ (Rodríguez-Artalejo).

Siguió Rodríguez-Artalejo enfatizando la importancia del papel de los poderes públicos dado que ‘los determinantes de la salud no son solo individuales sino sociales’. En

The Intervention Ladder
Eliminate choice. Regulate in such a way as to entirely eliminate choice, for example through compulsory isolation of patients with infectious diseases.
Restrict choice. Regulate in such a way as to restrict the options available to people with the aim of protecting them, for example removing unhealthy ingredients from foods, or unhealthy foods from shops or restaurants.
Guide choice through disincentives. Fiscal and other disincentives can be put in place to influence people not to pursue certain activities, for example through taxes on cigarettes, or by discouraging the use of cars in inner cities through charging schemes or limitations of parking spaces.
Guide choices through incentives. Regulations can be offered that guide choices by fiscal and other incentives, for example offering tax-breaks for the purchase of bicycles that are used as a means of travelling to work.
Guide choices through changing the default policy. For example, in a restaurant, instead of providing chips as a standard side dish (with healthier options available), menus could be changed to provide a more healthy option as standard (with chips as an option available).
Enable choice. Enable individuals to change their behaviours, for example providing ‘free ‘stop smoking’ programmes, building cycle lanes, or providing free fruit in schools.
Provide information. Inform and educate the public, for example as part of campaigns to encourage people to walk more or eat five portions of fruit and vegetables per day.
Do nothing or simply monitor the current situation.

este punto mostró lo que se llama la ‘*The intervention ladder*’ (ver cuadro)⁵.

⁴ PREDIMED es un estudio sobre la “Prevención con dieta mediterránea”, financiado por el Instituto de Salud Carlos III. Algunos de sus resultados se publicaron en la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine* el 4 de abril de 2013. Más información sobre PREDIMED en: <http://www.predimed.es/>.

⁵ ‘The Intervention Ladder’ se propuso por el *Nuffield Council on Bioethics* en su Informe de 2007 – *Public health: ethical issues* – como método de pensamiento para la aprobación y justificación de diferentes políticas públicas de salud. El *Nuffield Council on Bioethics* es una organización independiente de reputación internacional en el asesoramiento a ‘policy-makers’ y en la promoción de debate sobre bioética. Más información en: <http://nuffieldbioethics.org/report/public-health-2/policy-process-practice/#sthash.n2fMYW1c.dpuf>.

Rodríguez-Artalejo nos explicó que la toma de decisiones en Salud Pública deben ir un paso más: de ‘basarse en evidencias’ a ‘orientarse por evidencias’ y con una ‘estrategia poblacional’.

Rodríguez-Artalejo resumió su propuesta en dos ideas sencillas:

Recordó Rodríguez-Artalejo que ‘los móviles de la prevención son humanitarios, no económicos. La principal justificación de la prevención es que en muchos procesos no hay un tratamiento muy eficaz (sólo unas cuantas enfermedades graves pueden curarse sin secuelas), oportuno (a veces la enfermedad debuta con la muerte en sólo horas), y muy seguro. Ello no obvia para priorizar

Dos ideas sencillas	
1)	Frente a la “prevención creativa”, el modelo clínico de intervención.
2)	Estrategias/políticas vs. Programas
	<ul style="list-style-type: none"> • No es posible acabar con la obesidad multiplicando los programas de intervención comunitaria • No todo el mundo puede estar en un programa • No nos lo podemos permitir (económicamente) • Priorizar ámbitos y programas en lugares donde el problema de la obesidad sea mayor
(Rodríguez-Artalejo, diapositiva de su intervención)	

las estrategias preventivas más eficientes’. Además, nos recordó que se deben tener en cuenta ‘otros factores más allá de la eficiencia (una buena eficiencia hace que la intervención sea razonable; el siguiente listado la hace posible):

- si se puede pagar (*affordability*) la intervención;
- sostenibilidad;
- factibilidad de implantación;
- aceptabilidad para la gente;
- y equidad’.

Ramón Estruch intervino seguidamente realizando la siguiente pregunta: ¿previene la dieta mediterránea tradicional las enfermedades cardiovasculares?

Ramón Estruch reflexionó sobre la importancia de tomar decisiones (*decision-making*) y realizar políticas (*policy-making*) basándose en la evidencia empírica (*evidence-based decision/policy-making*) y presentó las ‘últimas evidencias de los efectos protectores de la dieta mediterránea sobre la salud’.

Comenzó definiendo ‘dieta mediterránea (DMed) tradicional’ (ver cuadro más abajo) y siguió explicando que ‘numerosos estudios epidemiológicos han comprobado que una mayor adherencia a la DMed tradicional se asocia a una mayor protección frente al desarrollo de enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. No obstante, los estudios de cohorte sólo consiguen resultados de validez intermedia, ya que resulta muy difícil controlar todos los factores de confusión. Para conseguir resultados

con el mayor grado de evidencia científica debe recurrirse a estudios aleatorizados en los que se valoren variables finales duras (“*hard endpoints*”) como infarto de miocardio y accidente vascular cerebral, como ejemplo?

Siguió, ‘hasta el momento actual, sólo se han realizado dos estudios con estas características, el “*Lyon Diet Heart Study*” y el estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea). El estudio de Lyon se realizó en pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio y demostró la eficacia de una DMed enriquecida con ácido linoléico, pero no aceite de oliva en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria. El estudio PREDIMED, en cambio, es un ensayo clínico de intervención nutricional,

Dieta Mediterránea: ¿qué es?

‘Se define como el patrón de alimentación que tenían los países mediterráneos en los años 60. Se caracteriza por un uso abundante y diario de aceite de oliva, un alto consumo de verduras, fruta, legumbres, cereales, frutos secos y semillas, la ingesta frecuente (y moderada) de vino con las comidas; un consumo moderado de pescado y marisco, productos lácteos fermentados (queso y yogurt), pollo y huevos; y un bajo consumo de carne roja, productos derivados de la carne y dulces’ (Ramón Estruch).

multicéntrico, aleatorizado y controlado en el que se ha valorado la eficacia de una DMed tradicional en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. En este estudio se incluyó a cerca de 7.500 participantes con alto riesgo que fueron aleatorizados a tres grupos de intervención: DMed suplementada con aceite de oliva virgen extra (AOVE), DMed suplementada con frutos secos y una dieta baja en grasa. Tras una media de 4,8 años, se detectaron 288 complicaciones cardiovasculares mayores. No obstante, los dos grupos de DMed suplementados con AOVE y frutos secos presentaron un riesgo relativo de sufrir un infarto de miocardio, un accidente vascular cerebral o una muerte de causa cardiovascular un 30% menor que el grupo control. El estudio PREDIMED demuestra, pues, con el mayor grado de evidencia científica que la DMed tradicional tiene un potente efecto protector frente a la enfermedad cardiovascular. No obstante, estos efectos podrían ser mayores si se sustituye el aceite de oliva común por AOVE, se aumenta el consumo de frutos secos, pescado azul y cereales integrales, se reduce la ingesta de sodio, se consumen preferentemente lácteos desnatados y se mantiene un consumo moderado de vino con las comidas’. Es importante señalar que pequeños cambios en la alimentación tienen impactos a corto plazo.

Concluyó Ramón Estruch añadiendo un elemento que ya hemos mencionado como uno de los elementos centrales de una salud de calidad: estilo de vida (dieta y ejercicio físico).

La intervención de Dolores Corella ‘Hacia una alimentación más personalizada: La experiencia del estudio PREDIMED’ fue muy ilustrativa de la profundidad analítica de PREDIMED y de su capacidad para ofrecer resultados empíricos contrastados sobre los determinantes de la obesidad.

Se preguntó Dolores Corella:
‘¿Qué influencia posee la genética en

‘Las cifras que ilustran el aumento de la prevalencia de la obesidad a nivel mundial son cada día más alarmantes, y, recientes publicaciones han alertado del enorme coste económico y social que esto supone. Por ello es importante conocer los factores que influyen en este aumento de obesidad para poder actuar sobre ellos de una manera más eficaz. Una gran parte de este aumento de prevalencia de obesidad se ha atribuido a una dieta inadecuada, también al sedentarismo’ (Corella).

estas tendencias? Estudios de heredabilidad han indicado de manera clásica que la obesidad tiene un componente genético y otro ambiental, cuantificándolos con cifras diversas según los estudios (30% genético vs 70% ambiental; 60% genético vs 40% ambiental; 50% genético vs 50% ambiental), sin embargo, excepto para casos muy concretos de obesidad monogénicas, todavía no se conocen bien los genes que pueden estar influyendo en la obesidad común o cuál o cuáles de ellos es más relevante. A pesar de esta aparente falta de conocimiento en la genética de la obesidad, en los últimos años se han realizado descubrimientos muy relevantes y se está avanzando de manera muy intensa generando nuevo conocimiento. Así, gracias a los estudios de asociación de genoma completo, más conocidos por sus siglas en inglés correspondientes a “*Genome-Wide Association Studies*” (GWAs) se han podido conocer decenas de nuevos genes asociados con la obesidad, fundamentalmente obesidad común, y también algunos casos de obesidad mórbida. De entre todos los genes que se han asociado a obesidad común, el que tiene un mayor impacto es el denominado FTO (*Fat Mass and Obesity*), seguido del MC4R (*receptor 4 de la melanocortina*)’.

Sin embargo, sigue Corella, ‘los estudios de asociación que solo analizan la relación entre genotipo y fenotipo, están asumiendo el principio de determinismo genético y de esta manera están olvidando la importancia de las interacciones ambientales en la modulación de los efectos. En este sentido, la genómica nutricional resulta crucial para investigar la interacción entre dieta, genética y obesidad, ya que asume que la relación entre la genética y la obesidad no es determinista sino que está modulada por la dieta. De esta manera, personas con una determinada variante de susceptibilidad genética, tendrán mayor o menor riesgo de llegar a ser obesos en función del tipo de dieta que consuman (alta en grasas saturadas, proteínas, carbohidratos, etc). Todo ello es importante tanto para poder prevenir el desarrollo de obesidad como para poder tratarla dietéticamente consiguiendo una mayor eficiencia en la pérdida de peso a través de dietas más personalizadas. A pesar de las múltiples investigaciones en este ámbito, el nivel de evidencia todavía es bajo y hay que seguir aumentando la consistencia de los resultados de las investigaciones’.

Concluyó Corella, ‘en la era de las ómicas y de la medicina personalizada todavía no se dispone de suficiente información para realizar recomendaciones individualizadas sobre la posible influencia genética en el riesgo de enfermedad así como en la variación interindividual en la respuesta a la dieta o incluso si los efectos protectores observados como media en la población de la dieta mediterránea son favorables para todas las personas o existen grupos de individuos que no se beneficiarían o que se beneficiarían más de una dieta mediterránea. Por ello, hay que seguir generando conocimiento y en este sentido nuestras investigaciones en el estudio PREDIMED son punteras y muy relevantes por el alto nivel de evidencia al ser generadas en el marco de un ensayo clínico randomizado. Nuestros resultados iniciales, sugieren que una mayor adherencia a la dieta mediterránea es capaz de modular los efectos desfavorables (dislipemias, hiperglucemia, obesidad, infarto, ictus, etc) de determinadas variantes genéticas, protegiendo así al genoma más vulnerable que claramente se podría beneficiar de unas dietas más individualizadas’.

Por su parte, Montserrat Fitó, miembro del Grupo de Riesgo Cardiovascular y Nutrición (CARIN) del Instituto Hospital Mar de Investigaciones Médicas de Barcelona aportó los avances que sus investigaciones están llevando a cabo⁶.

La intervención de la investigadora se basó en los resultados del análisis del aceite de oliva. Explicó Fitó que ‘se considera al aceite de oliva una de las grasas más saludables de la dieta. Hay, sin embargo, varios tipos de aceite de oliva presentes en el mercado. Con los datos actualmente disponibles, el más saludable de ellos es el aceite de oliva virgen, rico en compuestos fenólicos’.

Recordó Fitó que en noviembre de 2011, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) publicó una declaración acerca de los beneficios de la ingesta diaria de aceite de oliva rico en compuestos fenólicos, como el aceite de oliva virgen. Y concluyó diciendo que ‘son los ensayos clínicos los que proporcionan el mayor grado de evidencia para proporcionar recomendaciones nutricionales a nivel poblacional’.

Las ponencias de este Bloque II concluyeron con la intervención de Jordi Salas-Salvadó: ‘La dieta mediterránea, el primer paso en la prevención de la diabetes mellitus’.

Salas-Salvadó explicó que ‘ambos, estudios epidemiológicos y estudios de intervención clínica sugieren que la pérdida de peso es el factor principal para conseguir reducir el riesgo de desarrollar diabetes. Sin embargo, a partir de estos estudios no se ha podido establecer si los cambios en la ingesta dietética por si solos juegan un papel significativamente beneficioso sobre la prevención de la diabetes.

Estudios epidemiológicos prospectivos sugieren firmemente que patrones dietéticos saludables tal como es la dieta Mediterránea tradicional están asociados con una reducción del riesgo de desarrollar diabetes. La mayoría de los componentes dietéticos que influyen sobre el riesgo de diabetes tienen efectos similares sobre biomarcadores de riesgo cardiovascular e inflamación. Resultados preliminares del estudio PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea) demostraron que ambas dietas, dieta Mediterránea suplementada bien con frutos secos o aceite de oliva virgen extra, reducen de manera similar la incidencia de diabetes en un 50%, en comparación a una dieta control baja en grasa después de una mediana de 4.0 años de seguimiento. Esta reducción en el riesgo de diabetes fue similar independientemente del grupo de intervención en aquellos participantes que mostraron mayores puntuaciones en la escala de adherencia a la dieta Mediterránea, en 55 casos incidentes con participantes procedentes de uno de los 11 centros reclutadores del estudio PREDIMED. Más recientemente, se ha analizado la incidencia de casos de diabetes en toda la cohorte PREDIMED y después de una mediana de 4.1 años de seguimiento, se fueron detectados 273 nuevos casos de diabetes entre 3541 participantes sin diagnóstico de diabetes al inicio del estudio, 80 en el grupo de dieta Mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra, 92 en el grupo de dieta

⁶ CARIN es un equipo multidisciplinario compuesto por especialistas en análisis clínicos, endocrinología, farmacología, epidemiología, medicina de familia y nutrición. El grupo se ha focalizado en el estudio de la nutrición y su relación con el riesgo de enfermedades degenerativas crónicas, como las cardiovasculares.

Mediterránea suplementada con frutos secos y 101 en el grupo control. Tras ajustar por diferentes variables, las *hazard ratios* para diabetes fueron de 0.60 (IC, 0.43-0.85) para el grupo suplementado con aceite de oliva virgen extra y de 0.82 (IC, 0.61-1.10) para el grupo suplementado con frutos secos, comparados con el grupo control. Estos resultados demuestran una vez más que las intervenciones en el estilo de vida pueden reducir sustancialmente la incidencia de diabetes en individuos de alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, en este caso los efectos beneficiosos fueron principalmente debidos a la composición general del patrón dietético, sin otros cambios en el estilo de vida’.

Concluyó, ‘no hay una estrategia dietética universal para prevenir la diabetes o retrasar su aparición. Junto con un mantenimiento de un peso corporal ideal, el fomento de un patrón dietético Mediterráneo rico en aceite de oliva, frutas y vegetales, incluyendo cereales integrales, legumbres y frutos secos, lácteos bajos en grasa, y un consumo moderado de alcohol (principalmente vino tinto y tomado durante las comidas), se presenta como la mejor estrategia para reducir el riesgo de diabetes, especialmente si las recomendaciones dietéticas tienen en cuenta las preferencias individuales, permitiéndonos por tanto una mayor adherencia a largo plazo’. Además, ‘una dieta Mediterránea sin restricciones calóricas que es suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos puede reducir el riesgo de diabetes tipo 2’.

Bloque III: Programas más significativos de promoción de la salud que existen en nuestro país

El Bloque III comenzó con la conferencia de José María Martín Moreno: ‘La promoción de la salud (y la prevención de la enfermedad crónica) en el ámbito europeo’. Finalizó el Bloque con un Panel sobre ‘Políticas y programas de prevención de patologías’. Martín Moreno se mostró como un firme defensor de la búsqueda de soluciones en el ámbito europeo.

‘La inteligencia es la capacidad de adaptarse’ (Martín Moreno).

Según Martín Moreno ‘lo crónico parece que no da miedo y la ausencia de temor pareciera que impide la toma de decisiones necesarias’. Las enfermedades infecciosas agudas (tenemos el reciente ejemplo del Ebola) generan verdaderas ‘epidemias de miedo’. Sin embargo, pese a la “espectacularidad” de las enfermedades infecciosas, actualmente más del 80% de la morbi-mortalidad a nivel internacional es atribuible a las ‘enfermedades crónicas “no transmisibles”, que fundamentalmente incluyen afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (NCDs), que causan no solo sufrimiento y discapacidades asociadas, sino – además – casi 40 millones de muertes cada año. Complementariamente, ello viene acompañado de un tremendo impacto económico’.

‘...más del 80% de la morbi-mortalidad a nivel internacional es atribuible a las (NCDs), que causan no solo sufrimiento y discapacidades asociadas, sino – además – casi 40 millones de muertes cada año. Complementariamente, ello viene acompañado de un tremendo impacto económico’ (Martín Moreno).

Nos contó Martín Moreno que ‘según la oficina europea Eurostat, el gasto sanitario anual para atender esas patologías ascendió al 15% del gasto público total, suponiendo el sector de cuidados de salud el generador de gasto que ocupa en ese “ranking” el segundo lugar, después del de protección social (que incluye pensiones, el desempleo y otras prestaciones sociales), y antes que los gastos propios de los servicios públicos generales’.

Por otro lado, y pese al indudable avance experimentado en la esperanza de vida, Martín Moreno nos explicó que ‘los datos europeos muestran que estamos añadiendo años a la vida, pero no necesariamente vida a los años, los años adicionales no siempre se disfrutan con la básica calidad de vida’.

Ante este reto, siguió Martín Moreno, ‘hay que examinar cuáles son los determinantes que condicionan estos resultados, y cómo afrontarlos. Aquí hemos de empezar reconociendo que, según el clásico paradigma de Lafambroise-Lalonde, alrededor del 65% de esa morbi-mortalidad está condicionada por factores conductuales (estilo de vida) y de entorno ambiental sobre los que podemos hacer algo. En otras palabras, las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades. Entre ellos destacan: el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol, la inactividad física/sedentarismo, y una alimentación desequilibrada’.

El modelo biopsicosocial para examinar esta problemática apunta a que la enfermedad es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, y que los principales factores de riesgo son de tipo conductual y tenemos capacidad para actuar sobre ellos, ‘aquí entra la promoción de la salud como instrumento para proporcionar a la comunidad (y a las personas que las componen) los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma’.

Martín Moreno recordó que ‘desde la Carta de Ottawa, y las sucesivas declaraciones de Adelaida, Sudsvall, Yakarta, México, Bangkok, Nairobi, y más recientemente la de Helsinki (precisamente el año pasado en Europa), se han hecho propuesta prácticas consistentes en desarrollar aptitudes personales (competencias) para la salud, impulsar la participación-acción comunitaria, desarrollar entornos favorables,

Acciones específicas de capacitación de pacientes

Ahora que la enfermedad crónica se ha convertido en el desafío principal del sistema sanitario, el paciente debe convertirse más que nunca en parte activa en el proceso, no sólo porque los pacientes merecen ser protagonistas de su propio cuidado de la salud por derecho propio, sino también porque el cuidado de la salud puede ser provisto de manera más eficaz y eficiente si los pacientes contribuyen en todo ese proceso. Aquí también hay que citar el reto de la equidad en la atención y la necesidad de contraponer acciones frente a la denominada “ley de atención inversa” (la tendencia a que se produzca, si no hacemos nada, menor atención a mayor necesidad), y en este contexto se muestran acciones de la Alianza General de Pacientes y la figura que han promovido de “Comisionado para la Equidad en Sanidad” (Martín Moreno).

reorientar los servicios de salud, e impulsar acciones públicas sanas en todas las políticas. Complementariamente se ha llegado a proponer el paradigma de la salutogénesis (de Aarón Antonovsky), y paralelamente se ha introducido el concepto de “empowerment”

(capacitación) de los ciudadanos en general, y de los pacientes en particular (ver cuadro derecha). Martín Moreno expuso la revisión de experiencias europeas (y dentro de las europeas, las españolas) bajo el concepto de “Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud” y más recientemente la “Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos”. Se trata con ello, según explicó, de mejorar la alfabetización/conocimiento y capacitación en salud. En ese marco también se destacan los Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Una vez planteado el tema de forma conceptual y práctica, Martín Moreno describió las siguientes acciones de políticas públicas en el ámbito de la UE y de España:

- Iniciativas de la Organización Mundial de la Salud / Región Europea (incluyendo la estrategia holística “Health 2020” y las Operaciones Esenciales de Salud Pública).
- Acciones en este campo de la Unión Europea / Comisión Europea (incluyendo intervenciones sobre los principales determinantes, sobre los sistemas de salud y sobre las enfermedades crónicas de mayor carga de morbi-mortalidad).
- Programas en España para abordaje de la cronicidad a través de la promoción de la salud y el empoderamiento de los ciudadanos en general y pacientes en particular (incluyendo las posibilidades ofrecidas por webs, redes sociales y apps saludables).

Concluyó el profesor Martín Moreno haciendo énfasis en que, ‘en la promoción de la salud en España, en Europa y en el mundo, es particularmente importante crear políticas públicas saludables y entornos que apoyen la salud, mejoren las condiciones de vida y favorezcan estilos de vida saludables, todo ello con el objeto de hacer que las opciones más saludables sean las más fáciles... lo que ha de conducir a una sociedad más sana y que, en definitiva, disponga de las condiciones para su mejor desarrollo integral’.

En el turno de preguntas intervinieron distintos ponentes (la profesora Beatriz González, Enrique Castellón). Destaca la idea del profesor Martín Moreno de ‘la necesidad de transparencia y coordinación poniendo la evidencia empírica sobre la mesa’ para mejorar el sistema sanitario. Enrique Castellón incidió en la importancia de crear el entorno adecuado en la medida en que no siempre es la persona libre de elegir la forma en que le gustaría vivir.

El Bloque III finalizó con el Panel ‘Políticas y programas de prevención de patologías’. El Panel lo coordinó Roberto Nuño, Director del Instituto Vaco de Innovación Sanitaria, e intervinieron el profesor de la UOC Francisco Lupiáñez y Elia Díez, miembro de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

En resumen, los ponentes nos mostraron que la modificación de hábitos y estilos de vida conlleva grandes beneficios para la salud, ya que el sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo y el abuso del alcohol son las principales causas de morbimortalidad en los países industrializados. Existe una necesidad de ‘liderazgo político y soluciones contextuales con evidencia empírica’.

Estilos de vida no saludables son una de las principales causas de la epidemia de cronicidad y multimorbilidad que estamos sufriendo. Suponen un deterioro de la calidad de vida de las personas afectadas, generan un innecesario sufrimiento, así como una sobrecarga y encarecimiento de los sistemas de salud y sociales desproporcionados.

Por ejemplo, la OMS estima que, el 80% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de la diabetes tipo 2 y el 30% de todos los cánceres podrían ser evitados si la población siguiera una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y dejara de fumar. Estimaciones realizadas en nuestro Sistema Nacional de Salud atribuyen a la adopción de un estilo de vida saludable una reducción potencial de la mortalidad global de un 43%.

El enorme potencial de intervención en este terreno lo hace un campo fértil para la búsqueda de soluciones simplistas, bienintencionadas y escasamente evaluadas.

Sin embargo nos recordaron que afrontamos uno de los problemas más complejos que existen como es la modificación de los hábitos de las personas. Cuya conducta está determinada por múltiples factores personales, institucionales y ambientales, que operan e interactúan a diferentes niveles: individual, interpersonal y comunitario.

La promoción de la salud, entendida como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla, es un proceso complejo en el que interaccionan estrategias como la educación para la salud, la puesta en marcha de políticas saludables y la movilización y participación social.

En el Panel se habló de lo que funciona y de lo que no funciona en materia de promoción de la salud, de las dificultades de su implementación en la práctica, de la importancia del contexto, de la escasa efectividad de las estrategias basadas exclusivamente en la educación para la salud, de la necesidad de estrategias intersectoriales y de salud en todas las políticas. Finalmente, se remarcó la necesidad de evaluar las políticas públicas.

Asimismo, se abordó la complejidad que conlleva abordar esta difícil tarea en la práctica real de una Atención Primaria como la española, muy sesgada al modelo biomédico y donde lo comunitario ha venido quedando relegado según avanzaba el modelo. Como consecuencia, la promoción de la salud dista mucho de ser un componente integrado en la práctica clínica diaria en primaria. Los ponentes nos mostraron con ejemplos reales la dificultad de implementar la prescripción de estilos de vida saludables en atención primaria.

Por último, se profundizó en algunas aportaciones que desde el campo de la economía conductual se han realizado en el sector salud. Por ejemplo, Francisco Lupiáñez nos explicó el caso del “nudging” definido como cualquier aspecto de la arquitectura de la toma de decisiones que modifica el comportamiento de la gente de una manera previsible, pero sin prohibir ninguna alternativa y sin cambiar de forma significativa los incentivos económicos. Para que una intervención se considere “nudge” debe ser posible evitarla de una forma fácil y barata. Los “nudges” no son órdenes. Nos explicó Lupiáñez que el

“nudging” introduce además un debate ideológico relevante que se ha enmarcado en un llamado “paternalismo libertario”⁷. El profesor mencionó ejemplos como la *Nudge Office* de Obama, el *Behavioural Insights Team* en el Reino Unido, el caso de Francia y el caso de la Unión Europea y su enfoque ‘Applying behavioural sciences to EU policy-making’.

En cualquier caso, se dejó claro que el “nudge” no es una píldora mágica ya que debemos tener en cuenta que el contexto determina: los perfiles socio-demográficos y sus determinantes sociales.

Elia Díez recordó que existen ejes de desigualdad que tienen como factor determinante los ejes de poder donde la mejora de la gobernanza de los poderes públicos mejoraría los resultados en salud. Díez cree necesario un enfoque ‘downstream’ y ‘upstream’ dirigiendo los esfuerzos hacia lo que llamó ‘saludtogénesis’: ‘intentar llenar el vaso. No utilizar otro vaso’.

Elia Díez se preguntó qué funciona y respondió: leyes; intervenciones fiscales, campañas de sensibilización, rediseño del entorno físico (ejemplo del rediseño del patio escolar en el Reino Unido), y la evaluación del impacto de las políticas públicas.

Por último, es interesante destacar en el turno de preguntas la de Martín Moreno interesado por la importancia del trabajo en equipo, a lo que Elia Díez respondió que ‘debe ser un éxito de todos, no únicamente del responsable público’.

Finalizó el Foro con la intervención de Enrique Castellón enfatizando la necesidad de cambiar el paradigma ‘de la Gestión Sanitaria’ hacia otro enfocado en ‘la Gestión de la Salud’. En términos generales y dentro de ese marco, cree que habría que insertar la que sería la idea fundamental de que es esencial trabajar en prevención y promoción, ambos conceptos importantes pero diferentes. De la misma manera que hay que apelar a la responsabilidad individual pero teniendo en cuenta que no siempre los individuos están en condiciones de llevar una vida saludable. De manera muy evidente a veces y otras más sutil, el entorno no se lo permite o lo dificulta o, aún peor, es agresivo para la salud. Ahí es dónde deben actuar las políticas públicas no estrictamente sanitarias pero si importantes para la salud. Y donde debe situarse el complicado debate sobre la desigualdad con implicaciones sobre la salud y el bienestar de la población.

⁷ Sobre la noción de ‘paternalismo libertario’, consultar dos obras de sus creadores: Sunstein, Cass y Thaler, Richard, "Libertarian Paternalism", en *The American Economic Review* [AER] 93 (2), (2003): 175-179; y, Sunstein, Cass y Thaler, Richard, "Libertarian Paternalism is Not an Oxymoron", en *University of Chicago Law Review* 70 (4), (2003): 1159-1202.