

Desarrollo comunitario, salud y calidad de vida

Instituto Deusto de Drogodependencias

Desarrollo comunitario, salud y calidad de vida

Avances en drogodependencias

Edición a cargo de
Juan Manuel González de Audikana

2019
Universidad de Deusto
Bilbao

Serie Drogodependencias, vol. 34

Comité de Redacción

María Teresa Laespada Martínez
Elisabete Aróstegui Santamaría
Pablo Gómez de Maintenant de Cabo
Ioseba Iraurgi Castillo
Iñaki Markez Alonso
José Javier Meana Martínez

Comité Asesor Científico

Luis Felipe Callado Hernando
Domingo Comas
Nieves Corcuera Bilbao
Fernando Fantova Azcoaga
Ane Miren Gabilondo Urkijo
Juan Manuel González de Audikana de la Hera
José Félix Marcos Frías
Eusebio Megías Valenzuela
Jesús Antonio Pérez de Arrospide
María Purificación Pinilla Tejero
Federico Ruiz de Hilla Luengas
Javier Ruiz Fernández

Página web del IDD: www.idd.deusto.es

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Imagen de portada:

© El director de la edición
© Los autores de sus respectivos textos
© Publicaciones de la Universidad de Deusto
Apartado 1 - 48080 Bilbao
e-mail: publicaciones@deusto.es

ISBN: 978-84-1325-055-7

Índice

Lista de autores	9
Introducción	11
Capítulo 1. Desarrollo comunitario, salud y calidad de vida Por <i>Alberto Infante Campos</i>	17
Capítulo 2. Contribución de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS en el abordaje de las adicciones Por <i>Pilar Aparicio Azcárraga</i>	33
Capítulo 3. La participación comunitaria. Una perspectiva sanitaria de su necesidad y limitaciones Por <i>Marciano Sánchez Bayle y Carlos Sánchez Fernández</i>	55
Capítulo 4. Una experiencia comunitaria. Muchas prácticas Por <i>Itziar Cabieces Ibarrondo</i>	69
Capítulo 5. La salud como elemento de la Responsabilidad Social Uni- versitaria en la Universidad de Deusto Por <i>Fernando Asenjo y Eider Gaztelu</i>	87
Capítulo 6. Plan de salud de Cádiz. Experiencia y retos en salud comu- nitaria Por <i>Pilar San Narciso Aguinaco</i>	101
Capítulo 7. El ámbito local como promotor de la salud: a propósito del I Plan Municipal de Salud de Bilbao Por <i>Unai Martín Roncero</i>	129

Lista de autores

Alberto Infante Campos

Doctor en Medicina y Diplomado en Administración General de Empresas y Análisis de Sistemas.

Pilar Aparicio Azcárraga

Médica, Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Marciano Sánchez Bayle

Médico, Presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.

Carlos Sánchez Fernández

Periodista, Miembro de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Itziar Cabieces Ibarrondo

Psicóloga, Red Pública de Salud y promotora de ARSCAVI.

Fernando Asenjo Dávila

Doctor en Ocio y Desarrollo Humano, Red de Universidades Saludables.

Eider Gaztelu Amarika

Enfermera, Red de Universidades Saludables.

Pilar San Narciso Aguinaco

Médica, Coordinadora del Plan de Salud de Cádiz.

Unai Martín Roncero

Sociólogo. Profesor de la UPV/EHU. Miembro de OPIK-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

Introducción

A finales del siglo XVIII los primeros médicos «higienistas» promovieron la Salud Pública como una disciplina científica. Desde entonces se ha avanzado mucho, gracias a la incorporación de muy diversos descubrimientos científicos, que han marcado diversos hitos, como la determinación de las causas de las enfermedades infecciosas, que han impulsado intervenciones de salubridad como el saneamiento del agua potable y la conducción segura de las aguas residuales, eficazmente separadas de las aguas potables.

Otro hito clave es el *Informe Lalonde* que, promovido por el gobierno de Canadá y publicado en la primera mitad de la década de los 70 del pasado siglo, establece, como es sabido, los cuatro grandes determinantes básicos de la salud: la biología, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria. Informe que la OMS, pocos años después, al final de la década de los 70 en su reunión de Alma Ata, asume como propio; esto favorece su divulgación, de manera que a partir de entonces las políticas públicas en salud de muchos países y regiones parten de los principios de dicho informe.

Una de las aportaciones de este documento es la importancia que concede a la influencia de variables extra sanitarias sobre la salud, lo que implica que en las mejoras de la salud de una población las políticas y las inversiones no solo deben ir al sistema sanitario sino también hacia la mejora de estos determinantes de salud, especialmente aquellos que suponen avances en la calidad de vida de los ciudadanos. Al hilo de esto y como lego en la materia me planteo seis reflexiones que me parecen pertinentes:

1.^a reflexión: la relación entre el desarrollo socio-económico y la salud. Una de las aportaciones del desarrollo económico-productivo y social es que ha favorecido un incremento notable de la esperanza de vida; dato fácilmente verificable, ya que en España la esperanza de vida se ha duplicado en cien años, pasando de ser de unos 40 años a principios del siglo xx hasta alcanzar los 80 años a principios del siglo xxi. Este es el resultado de la mejora en las condiciones de vida, mejora de la alimentación por un mayor acceso a alimentos y a una mayor variedad; mejora de las condiciones de trabajo y reducción de la accidentalidad laboral; mejora en la vivienda con la disminución del chabolismo y del hacinamiento, etc.; todo ello ligado a un incremento de la renta per cápita, pero también derivado de los avances en el conocimiento de la salud pública, que se han trasladado a la mejora de las condiciones higiénicas en los hogares, con la «traída» del agua potable a las cocinas y el saneamiento de las fecales en los cuartos de baño; obras de infraestructura que algunos hemos conocido a finales de los sesenta en poblaciones rurales nada remotas del Estado, cuando aún recogíamos el agua del caño del pueblo para las viviendas, íbamos a la cuadra a evacuar y trillábamos con trillos tirados por animales,...

2.^a reflexión: la relación entre riqueza y la salud no siempre es una correlación perfecta. Hay algunos datos que, si bien no consideramos contradictorios, sí muestran valores separados de una correlación perfecta, ya que si colocamos el listado de países del mundo y comparamos su renta per cápita y su esperanza de vida observaremos que no siempre un crecimiento de la renta va acompasado con un incremento de la esperanza de vida. Ciertamente, los países que tienen menos esperanza de vida coinciden con aquellos que tienen una menor renta, son, sobre todo, países del África Subsahariana, pero, si avanzamos hacia la parte superior de la tabla donde encontramos los países con mayor esperanza de vida, no siempre coinciden con los de más renta per cápita, como son los casos del Estado español y de Japón, con la esperanza de vida más elevadas y con rentas elevadas pero de un segundo nivel; al contrario, nos encontramos con países con elevadas rentas como Qatar, Brunei, Emiratos Árabes Unidos o Arabia Saudí... pero con índices de esperanza de vida un tanto mediocres para sus rentas. Podemos pensar que es el efecto de unas condiciones de vida peculiares, al estar sometidos a una climatología muy adversa... pero algo así también ocurre en Estados Unidos, que por su posición geográfica no tiene unas condiciones climáticas tan rigurosas y, según informa la OCDE, tiene junto a Noruega y Suiza las rentas per cápita más elevadas de la organización y, sin embargo, ocupa la posición vigésimo octava en cuanto a esperanza de vida, aproximadamente cinco años menos de esperanza de vida que Japón, Suiza y el Estado español.

3.^a reflexión: la relación entre gasto sanitario y salud no siempre es una correlación perfecta. Si bien es cierto que el mencionado Informe Lalonde apunta a que sobre la salud de la población la organización sanitaria solo es una parte, a nadie se le escapa que no es una parte despreciable; de hecho, los avances en la asistencia sanitaria han contribuido poderosamente a reducir la mortandad infantil, lo cual tiene una gran influencia en el crecimiento de la esperanza de vida. Se puede pensar que el caso norteamericano reflejaría una situación de un bajo gasto sanitario. Todos sabemos que en Estados Unidos la sanidad pública es una pequeña parte, mientras que la gran parte está en manos privadas y se podría pensar que es un efecto de la crisis la reducción en el gasto sanitario; sin embargo, el gasto en salud del país norteamericano no ha parado de crecer durante toda la crisis. Otro supuesto es que el gasto en lo público es mucho menor pero más eficaz, pero los datos parecen apuntar en dirección contraria: su gasto sanitario, sumando lo público y lo privado, es, según datos de la OCDE, el más elevado con casi 10.000\$ per cápita, seguido de Suiza con casi 8.000\$, mientras que Japón gasta la mitad y el Estado español un tercio.

4.^a reflexión: la relación entre desigualdades sociales y la salud. Otro elemento es la reducción en la esperanza de vida, que según algunas fuentes se están produciendo en algunos países de elevadas renta, en concreto en Estados Unidos. Según algunos informes, en 2017 volvió a descender por tercer año consecutivo la esperanza de vida en el país norteamericano. Esta reducción se atribuye a tres causas: la sobredosis, el alcoholismo y el suicidio (algunas fuentes también apuntan en este paquete la salud mental y las tendencias autodestructivas de la obesidad). De las 65.000 muertes accidentales al año, por consumo de drogas, dos tercios se deben ya a los opioides. Enfermos de «desesperanza», así definen el origen de esta crisis sanitaria, que parece afectar fundamentalmente a varones blancos de mediana edad, clases medias y medias-trabajadoras que habrían sufrido los embates de la crisis económica, con la reducción en la calidad de los empleos, la temporalidad, la pérdida del trabajo y el consiguiente empobrecimiento. Cuando el país ha ido recuperado su PIB, estas personas no se han beneficiado de la mejoría, porque la riqueza se ha ido distribuyendo de diferente manera, se ha producido una gran concentración de renta en un reducido grupo de personas, mientras se han empobrecido el resto. Se apunta que este malestar ha creado sufrimiento y depresión a muchas personas, empujándolas a un consumo excesivo de alcohol y a tratamientos con opioides y psicofármacos de prescripción médica, a los que posteriormente muchas de estas personas han accedió a través del mercado negro de internet y que han consumido sin el debido control.

5.^a reflexión: la relación entre estilos de vida y salud. Podríamos decir que casi en el lado opuesto de estas circunstancias se encuentra lo acontecido en la población de Roseto, en el estado de Pensilvania (EE.UU.), habitada fundamentalmente por una población de origen italiano, procedente de una localidad homónima. En EE.UU., en los años 50 del pasado siglo xx, las enfermedades cardiovasculares eran una de las primeras causas de muerte, sin embargo, en la localidad de Roseto dichas enfermedades eran irrelevantes. Se investigaron diversos supuestos para aclarar el fenómeno como el consumo de tabaco y los hábitos alimenticios, ya que se suponía que por origen tendrían una dieta similar a la mediterránea, sin embargo mantenían similares hábitos alimenticios y de tabaquismo que el resto de los norteamericanos. Se analizó la genética, estudiando la incidencia de las enfermedades cardiovasculares entre los rosetianos que residían fuera la localidad, pero estos sufrían estos problemas de igual forma que el resto de los norteamericanos. También se pensó en las características de la zona geográfica, pero los habitantes de los pueblos de alrededor padecían enfermedades de este tipo en igual proporción que el resto de norteamericanos. La solución vino de la mano de una investigación sociológica que mostró que era una población muy cohesionada, con alto sentido de la comunidad y en la que se promovía el igualitarismo a través de la ayuda de unos a otros, lo cual reducía los altos niveles de estrés a los que estarían expuestos otros ciudadanos, estrés que a su vez produce un aumento de la hormona cortisol en el organismo, cuya presencia prolongada provoca el incremento de la presión arterial y la depresión del sistema inmune (reflexión basada en el artículo de Iker Badiola Etxaburu «El efecto Roseto», publicado en *Cuadernos de cultura científica* el 4 de abril de 2016).

... Y 6.^a y última reflexión: hasta qué punto se está produciendo un debate a tres bandas, en lo que respecta al gasto sanitario. De un lado, los intereses de las empresas del entorno sanitario, empresas que fabrican tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, pero sobre todo las farmacéuticas.

En otra esquina, las prioridades del sistema sanitario público, hasta qué punto se está produciendo una racionalización del gasto, orientado hacia aquello que puede proporcionar más beneficios saludables en el conjunto de la sociedad; hasta qué punto se dirigen a la prevención de enfermedades, o solo apuntan a los tratamientos, aplaudiendo los planteamientos de Lalonde, pero obviando sus derivadas, que señalan las mejoras en la calidad de vida de las personas, lo que supone políticas de reducción de las desigualdades, de equidad (principio como tal declarado en el artículo 3 de la Ley de Salud Pública de 2011), mejora de los recursos sociales de apoyo ante las necesidades y los riesgos de exclusión.