
Medidas de prevención o terapéuticas: influencia sobre la calidad de vida

A. Segura

Programa de Formació i Recerca en Salut Pública.
Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona.

Introducción

Desde que Sigerist¹ considerara entre las funciones de la Sanidad, además de las tradicionales responsabilidades médicas de curar, rehabilitar y confortar a los pacientes, la de la prevención de las enfermedades, ahora denominada protección de la salud² y la de la promoción de la salud, en la moderna perspectiva que asume que la salud es más que la ausencia de enfermedad, el espectro de las posibilidades de intervención sanitaria se ha ampliado notablemente.

El incremento potencial de las actividades sanitarias requiere, a su vez, una adecuada consideración del efecto que éstas producen sobre la salud. Así, además de constatar la curación de una enfermedad, la recuperación de una función limitada o perdida, una mayor comodidad a la hora de padecer algún trastorno o alteración, se hace necesario comprobar si la salud se mantiene o se incrementa como resultado de una determinada actuación preventiva o promotora.

El célebre aforismo «más vale prevenir...» es una muestra del característico intervencionismo de nuestra cultura y supone una cierta confianza en nuestra capacidad de modificar favorablemente la realidad, confianza que no siempre se ve correspondida por los resultados obtenidos pero que probablemente ha contribuido a elevar nuestras expectativas sanitarias y hasta a mejorar nuestra salud. O, al menos, a incrementar la importancia del sector sanitario que cada vez moviliza más recursos y da trabajo a más profesionales, no sólo dedicados a la atención de los pacientes enfermos sino también a la de los sanos —ni que sea supuestamente— e incluso a la atención global de las poblaciones.

Pero las actividades de prevención y de fomento de la salud son en muchas ocasiones de naturaleza distinta que las actividades curativas y rehabilitadoras por lo que conviene, en primer lugar, considerar cuáles son las posibilidades de intervención en este ámbito, de manera que sea más fácil comprender, posteriormente, las limi-

taciones con las que se enfrenta la medida del impacto en términos de salud y de calidad de vida de las intervenciones de protección y promoción de la salud. Pero así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos pueden tener efectos indeseables para los pacientes, puede ocurrir lo propio en el caso de los procedimientos preventivos. Finalmente y para mejor justificar el título de este comentario, propuesto por los organizadores de la reunión, se presenta una propuesta pretendidamente práctica para incorporar la medida de la calidad de vida en el conjunto de las intervenciones sanitarias, con la intención de conciliar la disyuntiva entre prevención y curación que se remonta, tal vez, a los inciertos tiempos en que Higea y Panacea, las olímpicas hijas de Asclepio³, tomaron divergentes derroteros para alcanzar el mismo objetivo de la salud.

Las intervenciones preventivas

Las actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud constituyen un campo de intervención complejo. Por lo menos son tres los criterios diferentes en que se pueden clasificar, ya sea según el momento de aplicación, la población a la que se pretende dirigir y, en fin, por el carácter mismo de las actuaciones.

En cuanto al momento de aplicación, se acostumbra a distinguir la prevención primaria, de la secundaria y de la terciaria⁴ (fig. 1). La prevención primaria sería la que se aplica antes de que se haya iniciado el proceso de la enfermedad y, por lo tanto, se refiere al genuino concepto de prevención⁵. Entre las intervenciones de prevención primaria figuran las de inmunización, la mayoría de los procedimientos de seroprofilaxis y todas las actividades que evitan la exposición a los agentes causales de las enfermedades que, en buena parte, tienen que ver con factores no estrictamente sanitarios: calidad global del medio ambiente y de los específicos de la vivienda, el trabajo o la escuela; de

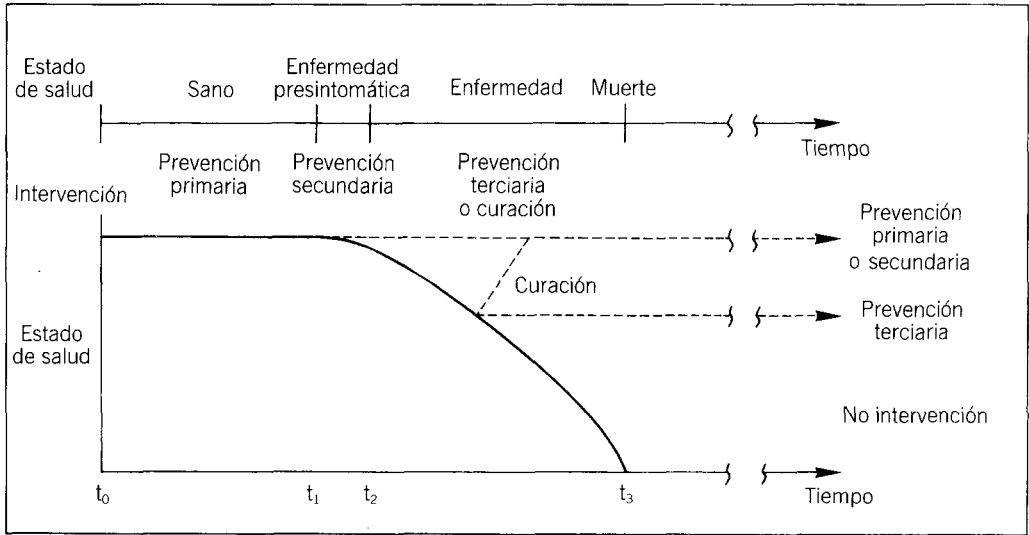


Fig. 1. Las actividades preventivas según el momento de aplicación durante el espectro de la enfermedad (fuente: Cohen y Henderson, citado por Cohen DR⁶¹).

la seguridad vial, de la riqueza, de la cultura, etc.

La prevención secundaria, en cambio, atiende al momento en el que ya se ha iniciado el proceso de enfermar, pero todavía no ha producido suficientes manifestaciones como para requerir una atención médica⁶. Las actividades de prevención secundaria consisten en alterar favorablemente el pronóstico de la enfermedad detectado precozmente, en lo que se denomina fase preclínica detectable. Los programas de detección poblacional son el ejemplo más claro de esta categoría de la prevención⁷ y entre ellos son paradigmáticos los de prevención de cáncer de mama o de cervix⁸. La denominada búsqueda oportunista de casos es también un ejemplo de prevención secundaria y la detección y control de la hipertensión arterial es suficientemente ilustrativa al respecto⁹.

Finalmente, la prevención terciaria sería la que pretende soslayar las complicaciones y las secuelas evitables de la enfermedad establecida¹⁰ y, por lo tanto, se proporciona en el contexto de la atención sanitaria. En este marco la prevención de problemas asociados a la práctica médica como algunas infecciones nosocomiales o la exposición innecesaria de las gestantes a las radiaciones ionizantes, sería, no obstante, un ejemplo de prevención primaria.

Según cual sea la población objeto de la intervención son observables dos grandes cate-

gorías de actividades preventivas y de promoción de la salud. La primera se refiere a la comunidad como tal, de manera que la actuación se produce globalmente. Un ejemplo de este tipo de actividades serían las campañas de divulgación dirigidas a aumentar el conocimiento de las causas de los problemas de salud, aunque probablemente las intervenciones más representativas de este tipo de prevención son las regulaciones legales, las políticas de producción y distribución de alimentos y bebidas, etc.

La segunda categoría se refiere a las personas como objeto individual de la intervención. En este caso la actividad se proporciona personalmente, sea en el contexto asistencial tradicional —los consejos y la educación sanitaria de los usuarios de los servicios clínicos— o en el marco más ampliado de la atención primaria de salud, a partir de los centros de asesoramiento, prevención, planificación familiar, etc.

El interés práctico de utilizar este criterio de clasificación tiene que ver con la modalidad de organización del servicio y, naturalmente, con el previsible impacto que se persigue obtener en el receptor de receptores de la intervención. Efectivamente, la adopción de políticas específicas en cualquiera de los ámbitos que tienen repercusiones sobre la salud —prácticamente todos— no acostumbra a requerir la aplicación de modelos más propios de los servicios personales. En este sentido conviene, por lo me-

nos, que se tengan presentes las consecuencias sanitarias y, si es posible, que el valor salud presida —como lo hace el del rendimiento económico— su diseño y elaboración. Algo parecido ocurre con el impacto. Así, para evitar los problemas de salud asociados al consumo de tabaco, para poner el ejemplo más manido de todos, resulta mucho más efectiva a corto plazo una política de limitación de la producción, de la publicidad y de la comercialización que cualquier actividad educativa, aunque probablemente la adopción de criterios saludables por parte de la población puede procurar, a largo plazo, una solución más definitiva. Del mismo modo la adecuación de una red vial —condiciones del piso, señalización, etc.—, la mayor seguridad pasiva en los vehículos, el establecimiento de una rigurosa vigilancia del tráfico o la limitación real del consumo de alcohol por parte de los conductores, tienen un mayor efecto a corto plazo —y no son, desde luego, incompatibles— que las actividades de educación sanitaria para la prevención de accidentes o incluso que la mejora del dispositivo asistencial de emergencias.

El tercero de los criterios es más descriptivo y se refiere a la naturaleza misma de la actuación preventiva o promotora. Desde este punto de vista son planteables las intervenciones normativas y las políticas económicas, agroalimentarias, educativas, ambientales, etc.; las de información, divulgación y formación sanitaria, las modificaciones del comportamiento, las actividades diagnósticas, y las prescripciones dietéticas, farmacológicas y psicoterapéuticas.

Clasificar las actividades de prevención y de promoción respecto de este criterio es también útil a la hora de plantear la evaluación de su efectividad, porque los requerimientos metodológicos son muy distintos según la actuación de que se trate. Así, la comprobación de la efectividad de una legislación preventiva deberá incluir, por lo menos, el análisis de la evolución de la incidencia de nuevos casos, mientras que si la intervención consiste en una prescripción dietética o farmacéutica habrá que considerar el grado de cobertura de la población (el acceso a los servicios que prestan la intervención y a los productos prescritos), la capacidad diagnóstica y el criterio prescriptivo, el grado de cumplimiento y, finalmente, el efecto conseguido; en primera instancia sobre el indicador indirecto (colesterolemia, tensión arterial, etc.) y a medio y largo plazo sobre la incidencia del problema de salud (arteriosclerosis, cardiopatía isquémica, accidentes vasculares, etc.).

El impacto de las actividades preventivas y de promoción

Lo que se pretende conseguir con estas intervenciones es, desde luego, proteger e incrementar la salud de las personas y de las poblaciones. Por lo que la medida del efecto que producen tiene que ver con la ausencia de enfermedades o al menos con la disminución de su incidencia; con la mejora del pronóstico de los casos diagnosticados precozmente, mediante el aumento de la supervivencia y de la calidad de vida y con el incremento de la frecuencia de los indicadores positivos de salud.

El análisis pormenorizado de las intervenciones que tienen un objetivo específico y cuantificable se enfrenta a dificultades parecidas a las que plantea, por ejemplo, la determinación de la eficacia o de la efectividad de una medida terapéutica, con el añadido de que, en general, las consecuencias de la prevención y de la promoción de la salud requieren un plazo de tiempo mayor para mostrar su utilidad, lo que corresponde a las actuaciones que tienen lugar retrasando o evitando el proceso de la enfermedad. Si como ocurre en la mayoría de padecimientos crónicos, éstos tienen un dilatado período de incubación o de latencia, la comprobación del descenso de su incidencia se manifiesta mucho después del inicio de la actividad preventiva o promotora.

No todas las intervenciones preventivas específicas están sujetas a este inconveniente para controlar su efectividad. Así, en algunos casos es posible valorar la evolución de indicadores indirectos como ocurre con los llamados factores de riesgo¹¹. Por ejemplo, la evolución de la colesterolemia puede resultar orientativa del previsible efecto esperable sobre la futura reducción de la cardiopatía isquémica. Lo mismo puede aceptarse para los valores poblacionales de tensión arterial en relación con los accidentes cardiovasculares. Sin embargo, cuando media un intervalo prolongado es aventurado suponer que todos los elementos que caracterizan el complejo causal de una enfermedad persistirán establemente con la única modificación del factor de riesgo sobre el que interviene la actividad preventiva, máxime cuando el conocimiento actual de la historia natural de la mayoría de enfermedades es simplemente aproximado.

Otra dificultad con la que se enfrentan estas investigaciones es la necesidad de grandes efectivos poblacionales para demostrar los supuestos efectos. Mientras que los ensayos clínicos

pueden poner de manifiesto relaciones causales con un modesto número de sujetos, sobre todo si la relación causa-efecto es intensa, ello no acostumbra a suceder en el caso de las intervenciones preventivas¹².

Pero el impacto sobre la salud y sobre la calidad de vida comporta otro tipo de limitaciones. Me refiero a lo que se entiende en realidad por salud, o por calidad de vida. Como es obvio, para decidir si el efecto de una medida protectora o promotora es adecuado debe poderse medir el grado de salud o de calidad de vida de forma independiente. Pero no hay acuerdo sobre el significado de ambos términos.

El problema no tiene una solución definitiva y es difícil prever si la tendrá en el futuro, puesto que uno y otro concepto son demasiado escurridizos como para poder ser definidos operativamente¹²⁻¹⁷. Sin embargo, desde la definición de la salud por parte de la OMS en 1948¹⁸ y desde que se ha puesto nuevamente de moda el término calidad de vida, que recuerda la siempre perseguida felicidad a la que parece que aspiramos los humanos, muchas han sido las investigaciones y los esfuerzos dirigidos a aprehender una y otra de forma que puedan ser medidas y comparadas. Últimamente se han publicado distintas revisiones entre las que cabe citar las de McDowell¹⁹, Teeling Smith²⁰ y la de Ann Bowling²¹. Buena muestra de tales intentos la podemos encontrar, precisamente, en algunas de las aportaciones que se han efectuado en esta reunión de trabajo.

Efectos negativos

Como mencionaba al principio, debe tenerse en cuenta que las intervenciones sanitarias pueden tener distintas consecuencias. Esquemáticamente son de prever tres: las que surten efectos positivos; las que provocan efectos negativos, y las que no consiguen una apreciable modificación.

Debemos a la farmacología clínica la consideración del riesgo terapéutico, concepto extraordinariamente útil a la hora de tomar decisiones terapéuticas. Espero no defraudar al Prof. Erill —que fue quien me lo enseñó— al definirlo como el balance entre los efectos beneficiosos e indeseables que se pueden derivar, siempre, de una decisión terapéutica. Someter a un paciente al riesgo de padecer alguna complicación conocida (o desconocida) sin que los beneficios esperables superen a los perjuicios potenciales, parece poco ético y desde luego no es razonable. La recomendación de no llevar a

cabo transfusiones sanguíneas de menos de 500 ml es una muestra de este tipo de razonamientos.

El concepto de riesgo terapéutico puede ampliarse sin problemas al de riesgo de intervención que incluye cualquier actividad preventiva o promotora. Pensar que la buena intención que acostumbra a informar todas las actuaciones sanitarias es suficiente talismán para garantizar su incomodidad no deja de ser un ejercicio fetichista e ingenuo. Lamentablemente disponemos de abundante casuística que pone de manifiesto los efectos indeseables de las intervenciones preventivas. Así, por ejemplo, es bastante conocido el incremento de la mortalidad observada en el grupo de intervención sometido a clofibrato para rebajar la concentración de colesterol sérico^{22,23}. Pero conviene recordar que el uso del sigmoidoscopia rígida para diagnosticar precozmente el cáncer colorrectal implicó del orden de cuatro perforaciones intestinales por cada cáncer finalmente hallado²⁴. Sin embargo, uno de los efectos indeseables más importantes es el conocido como efecto etiqueta. Este efecto se describió entre sujetos falsamente considerados hipertensos que padecían trastornos depresivos con la misma frecuencia que los verdaderos hipertensos²⁵. Otros estudios han mostrado también una frecuencia elevada de absentismo laboral²⁶. Problemas como los soplos cardíacos, detectados en los exámenes de salud escolar, también plantean este mismo inconveniente.

Pero cabe todavía otra consideración importante. Que el riesgo aceptable por parte de las intervenciones preventivas y de promoción debe ser estrictamente mínimo. Porque si es admisible aceptar un riesgo elevado de efectos indeseables cuando es esperable a la vez un beneficio considerable —lo que ocurre en el tratamiento de las enfermedades graves— no lo es asumirlo cuando el beneficio es hipotético y, sobre todo, cuando la población o los individuos —supuestamente sanos— no han tomado la iniciativa de solicitar una intervención²⁷. En este caso es imperativa la prudencia, y hay que tener en cuenta que también son efectos indeseables la ansiedad resultante de un falso positivo en una prueba de detección o las horas o días de espera para someterse a una prueba confirmativa, tras haber sido etiquetado como sospechoso^{28,30}.

Salud, calidad de vida y atención sanitaria

Aunque la salud sea sólo uno de los factores que afectan a la calidad de vida de las perso-

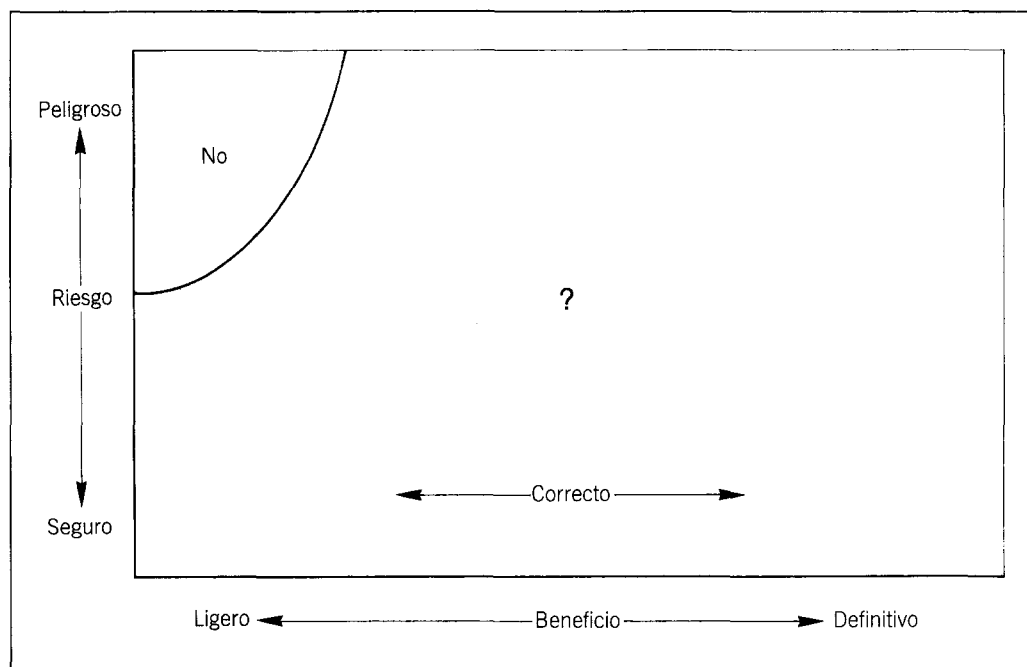


Fig. 2. Matriz de Teeling Smith de riesgo-beneficio de las intervenciones (fuente: Teeling Smith²⁰).

nas, la verdad es que el incremento de los intentos de cuantificarla tiene mucho que ver con la necesidad de demostrar el impacto de las intervenciones sanitarias sobre el bienestar, en relación con la moda de contención de costes en los servicios sanitarios. De ahí que, como propone Teeling Smith, sea de utilidad lo que él denomina la materia de riesgo-beneficio a la hora de valorar el impacto de cualquiera de las intervenciones sanitarias (fig. 2).

El eje de ordenadas muestra el riesgo relativo de la intervención mientras que el de abscisas señala el relativo beneficio esperable. Si el riesgo es pequeño, es aceptable una intervención incluso cuando los beneficios son, también, menores. El problema, desde luego, es establecer el grado de riesgo y de beneficio que corresponde a las intervenciones. Las medidas de calidad de vida suponen ampliar el espectro tradicional de los indicadores negativos de salud a otros aspectos que valoran la capacidad funcional, el bienestar psicológico, el apoyo social, la satisfacción vital y moral o, en un amplio sentido, la salud —sea mediante perfiles, índices o baterías—. Pero si se considera la calidad de vida como una medida del producto de la intervención, el problema principal es el de quién

—y de acuerdo con qué valores— debe medirla.

Existen múltiples evidencias sobre las discrepancias entre los profesionales de la salud, los pacientes y la población acerca de la bondad y, por lo tanto, de lo deseable que es una u otra consecuencia³¹⁻³⁴. Los intentos de Slevin para determinar si la medida de la calidad de vida de los pacientes cancerosos por parte de los médicos era útil y reproducible mediante el empleo de la Karnofsky Performance Scale, el Spitzer Quality of Life Index y la Hospital Anxiety and Depression Scale, entre otros instrumentos, condujeron a la conclusión de que los médicos no podían medir adecuadamente la calidad de vida de los pacientes³⁵.

Algo similar puede decirse de las experiencias en el campo de la promoción de la salud^{36,37}. Así, el empleo del McMaster Index Questionnaire³⁸, del índice de bienestar psicológico de Bradburn³⁹ o del Dupuy⁴⁰ no han conseguido, todavía, una aceptación general, probablemente por las diferencias de opinión entre los investigadores y los políticos sanitarios. Así, mientras que los primeros se inclinan hacia las escalas de autovaloración de la salud actual, a la evaluación personal de las condiciones físicas, de los sentimientos de ansiedad, nerviosismo o

depresión, de la percepción afectiva y de las futuras expectativas sobre la salud, los políticos sanitarios prefieren disponer de indicadores más explícitos para elaborar las políticas de salud: limitación de las actividades cotidianas; guardar cama; grado de intensidad, duración, frecuencia del dolor, etc.⁴¹.

Cualquiera que sea, sin embargo, la perspectiva que se adopte, la validez y la reproducibilidad de las medidas disponibles son todavía cuestionables⁴², en particular de las que se derivan de una concepción profesional del bienestar. De ahí el interés de los perfiles obtenidos mediante entrevistas a la población como el Sickness Impact Profile⁴³, la versión española del cual está en curso⁴⁴, o el Nottingham Health Profile⁴⁵, del que ya se ha publicado y validado la versión española^{46,47}. Ambas exploran diversas dimensiones de la salud percibida según las consecuencias sobre la conducta sin llegar a una medida global. Finalmente, debe considerarse la perspectiva abierta por el grupo EuroQol, convencido de la posibilidad de elaborar un índice de salud global mediante la construcción de un perfil multidimensional que conduce a una sola cifra⁴⁸. El empleo de este nuevo índice se pretende útil para la medida del producto sanitario⁴⁹ y existe ya una versión castellana preliminar⁵⁰.

El empleo de indicadores de salud y de calidad de vida sigue siendo, todavía, relativamente reducido. La persistencia de discrepancias a la hora de establecer los criterios de valoración es una de las mayores dificultades, de manera que han proliferado los procedimientos de medida. El coste de las investigaciones en las que se utilizan los índices y escalas ejerce, probablemente, efectos disuasorios para su empleo en poblaciones grandes, lo que, a su vez, implica dificultades para mejorar su exactitud y precisión respectivas. Su utilización como medidas de efecto de las intervenciones preventivas o curativas plantea, además, el problema de individualizar el impacto atribuible a la intervención que, en el caso de que sea de carácter preventivo o de promoción, es todavía más difícil de resolver.

De todos modos parece muy oportuno que se incremente el uso de este tipo de medida, sobre todo en los ámbitos de prevención y promoción de la salud puesto que, hasta ahora, los gastos sanitarios en estas actividades son muy escasos. Según una reciente estimación del porcentaje relativo a las intervenciones de prevención el National Health Service lo sitúa en el 6%⁵¹. Finalmente, su popularización implicaría

efectos beneficiosos para la población y para el sector sanitario, entre otras razones porque puede servir para modificar la escasa atención real que se presta a la prevención y a la promoción en las políticas de salud y para reformular las prioridades de los servicios asistenciales tal y como ponía de manifiesto Ortún⁵² en las conclusiones del taller sobre distribución de recursos y calidad de vida organizado por el Quadern CAPS en 1988.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sigerist HE. The place of the physician in modern society. En: Roemer MI Henry E, eds. Sigerist on the History of Medicine. Nueva York: MD Publications, 1960: 69-70.
2. Last JM. A dictionary of Epidemiology. 2ª ed. Nueva York, Oxford University Press, 1988; 104.
3. Segura A. Quovadis Esculapio? L'assistència integral de la Salut. *Nous Horizons* 1981; 71-72: 7-12.
4. Leavell HR, Clark EG. Textbook of preventive medicine. Nueva York; McGraw Hill, 1953.
5. Macaccaro GA. Vera e falsa prevenzione. *Epidemiologia e Prevenzione* 1979; 9: 1-4.
6. Hutchinson GB. Evaluation of Preventive Services. *J Chronic Dis* 1960; 11: 497.
7. Commission on Chronic Illness. *Chronic Illness in the United States*. Vol. 1. Cambridge (MA), Harvard University Press 1957.
8. US Preventive Text Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989.
9. Sackett D, Holland W. Controversy in the detection of disease. *Lancet* 1975; 2: 357.
10. Hogarth J. *Vocabulaire de la Santé Publique*. Copenhagen. OMS, Bureau Régionale de l'Europe, 1977; 122.
11. Puska P, Tuomilehto J, Salonen J et al. Changes in coronary artery risk factors during a comprehensive five years community programme to control cardiovascular diseases. *Br Med J* 1979; 2: 1.173-1.178.
12. St Lege AS, Schnieden H, Walsworth Bell JP. Evaluating Health Services' effectiveness. Buckingham, Open University Press, 1992; 123.
13. Dubos R. El espejismo de la salud. México, Fondo de Cultura Económica, 1975; 295.
14. Moriyama IM. Problems in the measurement of health Status. En: Sheldon EB, Moore W, eds. Indicators of social change: concepts and measurements. Nueva York, Russell Sage, 1968; 573-599.
15. Goldsmith SB. A reevaluation of health status indicators. *Health Serv Rep* 1973; 88: 937-941.
16. Chen MK, Bryant BE. The measurement of health—a critical and selective overview—. *Int J Epidemiol* 1975; h: 257-264.

17. Wilson RW. Do health indicators indicate health? *Am J Public Health* 1981; 71: 461-463.
18. World Health Organization. The first ten years of the World Health Organization. Ginebra, WHO, 1958.
19. McDowell I, Newell CI. *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York, Oxford University Press, 1987.
20. Teeling Smith G, Ed. *Measuring Health: a practical approach*. Chichester, John Wiley and Sons, 1988.
21. Bowling A. *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Buckingham, Open University Press, 1992.
22. World Health Organization. Trial on primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate to lower serum cholesterol mortality followup. Report of the Committee of principal investigators. *Lancet* 1980; 2: 379-383.
23. Round the World: clofibrate. Correspondents report. *Lancet* 1981; 2: 771.
24. Frame PS, Carlson SJ. A clinical review of periodic health screening using specific screening criteria. *J Fam Pract* 1975; 2: 123-129.
25. Bloom JR, Monterossa S. Hypertension labelling and sense of well-being. *Am J Public Health* 1981; 71: 1.228-1.232.
26. Brian R, Jackett DI, Wayne D, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med* 1978; 299: 741-744.
27. Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. *Br Med Bull* 1971; 27: 3-8.
28. Campion MJ, Brown Jr, McCance DJ et al. Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 175-181.
29. Posner T, Vessey M. *Prevention of Cervical Cancer. The patient's view*. Londres, King's Fund Publishing office, 1988.
30. Britten N. Personal view. *Br Med J* 1988; 296: 1.191.
31. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1981; 205: 982-987.
32. Orth-Gomer K, Britton M, Rehnquist N. Quality of care in an out-patient department: the patient's view. *Soc Sci Med* 1979; 13 A: 347-357.
33. Thomas MR, Lyttle D. Patient expectations about success of treatment and reported belief from low back pain. *J Psycho Research* 1980; 24: 297-301.
34. Jachuck SJ, Brierly H, Jachuk S et al. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. *J Coll Gen Pract* 1982; 32: 103-105.
35. Slevin ML, Plant H, Linch D et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988; 57: 109-112.
36. Abelin T, Brzezinski ZJ, Castairs V, eds. *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, European series, 1986.
37. Anderson R, Davis JK, McQueen DV et al. *Health Behaviour Research and Health Promotion*. Oxford, Oxford University Press, 1989.
38. Chambers LW, MacDonald LA, Tugwell P et al. The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life. *J Rheumatol* 1982; 9: 780-784.
39. Bradburn NM. *The Structure of Psychological well-being*. Chicago, Aldine Pu., 1969.
40. Dupuy HJ. The Psychological general well-being index. En: Wenger NK, ed. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. Nueva York, Le Jacq Pu., 1984.
41. Noack H, McQueen D. Towards Health promotion indicators *Health Promotion* 1988; 3: 73-78.
42. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement scales*. Nueva York, Oxford University Press, 1991.
43. Berguer M, Bobbitt RA, Kressel S et al. The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *Inter J Health Services* 1986; 6: 393-415.
44. Badia X, Brosa M. Perfil de las consecuencias de la enfermedad. Mimeografiado 1992.
45. Hunt SM, McKenna SP, McEwan J et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Comm Health* 1980; 34: 281-286.
46. Antó JM, Alonso J. A health profile for use in Spain. *Am J Public Health* 1986; 6: 711.
47. Alonso J, Antó JM. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-708.
48. The EuroQol Group. EuroQol. A new facility for the measurement of Health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
49. Williams A. The importance of measuring health outcomes. Mimeografiado. Comunicación presentada en el segundo foro de la School of Hygiene and Tropical Medicine. Europe without Frontiers. Londres, 12-14 de abril, 1992.
50. Badia X (comunicación personal).
51. Cohen DR, Henderson JB. *Health, prevention and economics*. Nueva York, Oxford University Press, 1991; 5.
52. Ortún V. Conclusiones de la sesión de trabajo sobre distribución de recursos sanitarios y calidad de vida. *Quadern CAPS (Barcelona)* 1990; 14: 32-34.

DISCUSIÓN

F. VILARDELL: Hay un hecho que preocupa y es la posibilidad de que las autoridades establez-

can la obligatoriedad de la prevención por algún tipo de medida directa o indirecta, y la

consiguiente posibilidad de castigo si uno no hace lo que le dicen que tiene que hacer.

Se puede llegar al extremo de considerar, de hecho ya se oyen comentarios aislados en este sentido, que una persona con una enfermedad autoinfligida (por ejemplo, un cáncer de pulmón por tabaquismo) no tiene derecho a esperar que la sociedad asuma los gastos derivados del tratamiento de su enfermedad.

M. PÉREZ-OLIVA: Querría introducir en este punto del debate otro elemento más para que nos lo amplíe el Dr. Segura. Creo que previamente a la fase de castigo existe otra basada en la culpabilización. De hecho, entre los propios expertos de salud pública existe ya una corriente muy crítica sobre la conveniencia de recurrir tan frecuentemente a campañas de prevención dirigidas a la población general. En último término, el mensaje implícito de estas campañas acaba siendo que «usted es responsable de su mala salud», porque fuma o porque tiene una determinada conducta. Este planteamiento comporta una simplificación que puede tener graves consecuencias desde el punto de vista ideológico, porque implica que cargamos sobre el individuo toda la responsabilidad de su salud, cuando en ella intervienen factores, como los efectos adversos derivados de la organización social, que él no controla o sobre los que tiene escaso margen de maniobra. Por ejemplo, el individuo no tiene capacidad para incidir individualmente en el grado de contaminación de su ciudad, ni evitar el estrés que pueda provocar un tráfico caótico, ni puede garantizar que el médico que le atiende está suficientemente capacitado para hacer un buen diagnóstico. En cambio, con este tipo de campañas, le hacemos implícitamente responsable de su falta de salud.

A. SEGURA: Coincido con Milagros Pérez-Oliva en la percepción de la culpabilización como una actitud indeseable. El «culpar a la víctima» supone un efecto directo negativo sobre la salud ya que ésta es «aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa». Pero también implica, al simplificar el significado del proceso de enfermar, una limitación para conseguir una verdadera promoción de salud de la población. El efecto protector del miedo es, con independencia de su carácter, «poco sano», pasajero. Dicho esto, creo que sería absurdo no reconocer la importancia que tiene detectar determinados factores que pueden influir sobre la mala salud. Por ejemplo, el tabaquismo o la obesidad en algunos ca-

sos. Hay una serie de aspectos que tienen que ver con las conductas y con los hábitos de vida que, planteados de una forma serena, pueden ayudar a la población a vivir mejor su salud.

Quisiera además hacer referencia al comentario del Prof. Vilardell, que entre paréntesis a mí me produce escalofríos, porque en muchos casos este planteamiento ya se produce, aunque no de una forma explícita. En este sentido creo que hay dos elementos que nos obligan a reflexionar. El primero es que la riqueza de un país la generamos entre todos los que producimos y, por lo tanto, una persona que haya pagado impuestos debe tener algún derecho a opinar sobre lo que se hace con sus impuestos después. La otra cuestión es la que tiene que ver con los criterios de distribución de recursos que se utilizan actualmente, y que dejan fuera de las posibilidades de atención a muchas personas con problemas de salud. Y ésta es una cuestión fundamental, porque explícitamente supone poner por delante una serie de valores con los que mucha gente no estaría de acuerdo, y que tienen que ver especialmente con la capacidad de influencia de los políticos, los profesionales sanitarios y los sectores industriales implicados.

O sea que de hecho ya se está cometiendo este tipo de «injusticia» al no distribuir los recursos según las necesidades de la población general.

F. GARCIA-ALONSO: Creo que este tipo de reflexiones tienen el riesgo de deslizarse hacia la pendiente de un autonomismo exacerbado, según el cual cada uno tiene libertad y autonomía para hacer lo que quiera con su cuerpo. Parece que hoy día dar el «a cada cual según sus necesidades» va derivando hacia un dar «según sus méritos», es decir, parece que ya no está tan claro que las necesidades sean el factor fundamental para distribuir recursos.

M. PÉREZ-OLIVA: Quisiera llevar a cabo una puntualización sobre esto, y es que me parece necesario adoptar una actitud crítica respecto a las campañas de salud dirigidas a la opinión pública, en las que los medios de comunicación estamos implicados de forma muy directa, porque se nos utiliza como vehículo. La utilización de los medios de comunicación de masas como vehículo de persuasión para las campañas de salud pública y educación sanitaria tiene un peaje, exige unos costes que los técnicos que se plantean estas campañas a veces no valoran suficientemente. Y éste es

el punto en el que creo que se debe centrar la crítica. Por ejemplo, en el caso de las campañas dirigidas a la población general emprendidas recientemente por la Generalitat con mucho alarde de imaginación, sobre la necesidad de llevar una vida sana, cabe preguntarse si no responden más bien a una necesidad política de actuar en este ámbito. Algunos especialistas se plantean también si el recurso permanente a las campañas generales no esconde en realidad una incapacidad metodológica para establecer con claridad cuáles son los grupos de riesgo a los que se quieren dirigir, y cuáles son los mecanismos para influir sobre ellos de forma persuasiva.

I. BURGOS: Los médicos, y en especial los que nos dedicamos a la salud pública, corremos el grave riesgo, especialmente en las intervenciones en televisión, de simplificar el mensaje y llegar al: «no haga, no haga, no haga».

Creo que una obligación importante que tenemos los médicos, y más en un tema como el de la calidad de vida, es la de hacer felices a los demás, pero desde luego eso no se consigue con miedos o con miedos excesivos.

M. MORLANS: Un último mensaje que quería mencionar es que creo que desde la cultura se puede hacer mucho por la salud de la población, desde una refundación de la escala de valores donde el paciente sea considerado como un ciudadano de primera categoría como afirmaba el Dr. Segura. Se puede influir mucho en la salud de las personas sin necesidad de ser médico, y éste sería el llamamiento que yo haría. Todos podemos hacer mucho por la salud de todos. No solamente los profesionales sanitarios. Este es el mensaje que me parece que se desprende de reuniones como ésta.