

Retos sanitarios para el 2000

Luis M^a Gonzalo

Universidad de Navarra

Los problemas sanitarios con los que se enfrenta la Humanidad son totalmente distintos en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo. En todos se trata de prolongar la vida y mejorar su calidad, pero el listón está a una altura muy diferente en unos y otros.

Mientras que en los países ricos para promocionar la salud se intenta cambiar estilos de vida que propician la aparición de enfermedades: disminución del consumo de alcohol y tabaco, aumento del ejercicio físico, procurar una dieta sana (1), en los países pobres tienen como principal problema el acceso al agua potable. El problema de las aguas contaminadas no sólo se da en el ambiente rural sino más todavía en las ciudades de esos países (2). A ellas afluyen constantemente gentes del campo que se alojan en chabolas, verdadero cinturón de pobreza en las ciudades. Allí no hay agua corriente ni saneamientos por lo que los trastornos diarreicos, sobre todo en los niños, son habituales y es la primera causa de mortalidad infantil en esos países. La falta del mínimo de condiciones higiénicas explica que la pandemia de cólera que comenzó en 1991 en Perú, todavía persista. El primer año se extendió a 15 países latinoamericanos y en algunos de ellos se ha hecho endémica.

Junto a los trastornos diarreicos otra plaga terrible es el paludismo que afecta sobre todo a los países sub-saharianos y a los latinoamericanos tropicales y sub-tropicales. Se estima que unos 500 millones de personas la padecen y produce unos 2,1 millones anuales de muertes. En una escala inferior, pero también de gran significación es la tripanosomiasis que en Latinoamérica la padecen unos 18 millones y la población en riesgo es, aproximadamente, de 100 millones (2). El SIDA, que en los países desarrollados se considera como un duro azote, afecta fundamentalmente a los países subdesarrollados (93%). Por su

causa se estima que en Zambia y Zimbabue la mortalidad infantil se ha triplicado y un 11% de los niños de menos de 15 años son huérfanos por causa del SIDA. Mientras que en Occidente la asistencia social, por cada uno de los afectados de SIDA, gasta aproximadamente unos dos millones y medio de pesetas, en los países africanos una buena parte muere sin diagnosticar (3).

Estas diferencias tan patentes entre países desarrollados y países del tercer mundo deberían despertar, en este comienzo de milenio, la conciencia de los poderosos, para prestar una ayuda más decidida que la desarrollada hasta ahora a los países del tercer mundo. En algunos casos como el de la salubridad del agua, bastaría con proporcionar una información mínima sobre los riesgos de beber agua contaminada y facilitarles medios, por lo demás de muy bajo costo, para conseguir hacerlas potables.

Retos en Occidente

En el primer mundo, por fortuna, las infecciones no constituyen -como en el tercero- un problema de primera magnitud. Esto no quiere decir que ya hayan sido vencidas, de hecho, de vez en cuando surgen infecciones hasta ese momento no identificadas, como el SIDA, la legionelosis, etc., que crean situaciones de alarma. También es un hecho diario el desarrollo de resistencia a los antibióticos, y la velocidad con que los gérmenes mutan es mayor que la de aparición de nuevos antibióticos eficaces ante las cepas resistentes (4). Con todo, las infecciones no representan uno de los principales retos sanitarios en este comienzo de siglo. En cambio, los trastornos mentales y demencias seniles, depresión, ansiedad, etc. sí que constituyen un serio problema sanitario, pues no sólo tienen consecuencias personales y familiares, sino también nacionales, por su notable repercusión económica.

Depresiones

Se calcula que a nivel mundial alrededor de 600 millones padecen trastornos mentales y de ellos unos 124 corresponden a trastornos depresivos, que representan el 10,5% de la incapacidad temporal y 6,8 de años de vida perdidos por invalidez permanente (4).

La prevalencia de alteraciones psíquicas en consultas de Atención Primaria es un índice de su importancia en la sociedad de nuestros días. Aunque las estimaciones son bastante dispares según los países, la prevalencia oscila entre el 17% (en estudiantes yugoslavos)(5) y el 72% (en Amsterdam) (6) o el 69% en la población Israelí (7), situándose el valor medio alrededor del 40%, como sucede en nuestro país (8,9).

De estos trastornos psiquiátricos, la mayor parte corresponde a estados depresivos, que, a nivel de la población general, representan el 4% y la posibilidad de padecerlos a lo largo de la vida se eleva al 10% en los hombres y al 20% en las mujeres (10). Esta cifra, posiblemente es todavía más elevada, pues en la práctica médica general sólo se suelen diagnosticar la mitad de los casos y hay bastantes pacientes que no recurren al médico, sobre todo personas mayores, por que atribuyen su estado de ánimo a la edad (11,12).

La depresión a lo largo de la segunda mitad del siglo XX ha ido aumentando considerablemente y, en la actualidad, supone una notable carga por el sufrimiento de los afectados y por los gastos que origina (13) y, consecuentemente, es uno de los retos más serios para la sanidad del nuevo siglo.

Demencias seniles

Las demencias seniles constituyen, junto con el cáncer y los trastornos circulatorios, la patología más frecuente en la tercera edad, pues representan el 42% de las enfermedades padecidas de los 65 años en adelante (14,15). La incidencia a partir de los 65 años va en aumento, de tal forma que los que alcanzan los 90 años tienen más de un 30% de posibilidades de padecer una demencia senil (16). Dentro de las demencias seniles la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente representando, aproximadamente, el 60% de los casos (17).

Dada la elevada incidencia de las demencias seniles y, el envejecimiento progresivo de la población, estas enfermedades constituyen un problema sociosanitario cada vez más prioritario(18).

En España se calcula que hay medio millón de personas con demencia senil. Si se tiene en cuenta que en los dos últimos años de evolución de la demencia, sobre todo en la de Alzheimer, los enfermos necesitan una persona que esté pendiente de ellos, se comprende que la mayor parte de estos casos deben ser institucionalizados o bien se debe facilitar, a las familias que los mantienen en casa, una ayuda cualificada.

Si todos los pacientes en la fase final de la demencia senil fueran institucionalizados, el Estado español debería disponer de unas 3.400 residencias - asistidas (calculando que cada una de ellas acogiera a 50 pacientes). Esta cifra está muy lejos de ser alcanzada en un plazo corto de tiempo, por lo que se debería favorecer, en la medida de lo posible, que este tipo de enfermos puedan permanecer con la familia. En algunos países como EEUU se ha creado una profesión, la de cuidadores de pacientes con demencia senil, que los atienden en sus casas (19). También se organizan cursos para las familias que atienden alguno de estos enfermos, con el fin de que conozcan mejor la forma de administrar los medicamentos, tipos de ejercicio físico que deben practicar, peligros de accidentes más frecuentes, etc. Así mismo, es necesario facilitar una orientación psicológica para disminuir el estrés que supone la atención de los enfermos de Alzheimer en el estadio final (20).

Para el cuidado domiciliario de los pacientes con demencia senil, el Estado debería plantearse una financiación adecuada. Esta ayuda a la familia puede parecer fuera de lugar si el cuidado de los enfermos demenciados se considera un asunto familiar. Ahora bien, nadie puede negar que la demencia senil, es una enfermedad, la cual requiere una atención mucho más cuidadosa e intensa que otras enfermedades, que normalmente llevan consigo la hospitalización. Luego, si en este último caso la Seguridad Social se hace cargo de la hospitalización y de todos los gastos que lleva consigo, ¿por qué no en el caso de los enfermos con demencia senil? Los servicios de una hospital general no son adecuados para estos pacientes de larga estancia sino que requieren residencias asistidas con un mínimo de instalaciones médicas para atender las enfermedades intercurrentes que se presentan así como los traumatismos frecuentes en estos enfermos. Si no hay suficientes residencias asistidas para acoger a todos los ancianos con demencia, que necesitan ser institucionalizados, al menos la Seguridad Social debería prestar su ayuda a las familias que las mantie-

MEDICINA Y PERSONA

nen en su casa. Esta ayuda debería ser, por un lado, económica, especialmente en aquellos casos en los que un miembro de esa familia ha debido abandonar su trabajo para cuidar el paciente, y, por otro, asistencial facilitando que una persona especializada en este tipo de cuidados pudiera ayudarles durante un tiempo determinado cada día. Estos gastos son muy

inferiores a los que lleva consigo la in-stitucionalización.

Todo esto supone un reto a la familia, a los médicos y al Estado que, por ahora, apenas ha contado con el gasto que para sus arcas va a suponer una buena atención de los afectos de demencias seniles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilcox W. Public health, FG Ruffner Publ. Detroit USA 1998.

2. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Edición 1998, v.I. Washington

3. Garret L. Infections diseases pose a significant threat to humanity. En: Epidemics. W. Dadley (ed.) Greehaven Press Inc. S. Diego, California. pp. 17-24

4. Ofisalud - Bernard Krief. Libro blanco, abril 1999

5. Eric I., Radovanovic Z. Mental disorders among Yugoslav medical students. Br J Psychiatry 1988;152:127-9

6. Martgers C, van den Hock JA, Continho RA. Psychopathology, Stres and HIV-risk Br J Addict 1992;87:857-65

7. Benjamin J, Mavoz B, Shiber A. Prevalence of psychiatric disorders in three primary care clinics in Beersheba. Israel. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:307-14

8. Alvarez E, Crespo MD. Morbilidad psiquiátrica en atención primaria Rev Med Univ Navarra 1996;40:6-14

9. Martínez Alvarez JM, Marijuan L., Retolaza Estudio de la morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. Atención Primaria 1993;11:127-32.

10. Boyd JH, Weisman MM. Epidemiology of affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1981;38:1039-46.

11. Brody DS, Thompson TT, Larson DB. Recognizing and managing depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1995;17:93-107

12. Badger LW, De Gruy PV, Hartman. Patient presentation, interview content, and detection of depression by primary care physicians. Psychosom Med 1994;56:128-35

13. Stoudemire A, Erank R. Hedemark. The economic burden of depression. Gen Hosp Psychiatry 1986;8:387-94

14. Ott A, Bretelar MD, Hoffman A. The incidence and risk of dementia.

The Rotterdam study. Am J Epidemiol 1998;147:574-80

15. Beard CM, Kokmen E, O'Brien PC, Kurland LT. The prevalence of dementia is changing overtime. Neurology 1995;45:75-9

16. Rikchie K, Kildea D. Is semile dementia "age-related" or "ageing-related?" Lancet 1995;346:931-4

17. Manubens JM, Martínez Lage JM, Lacruz F. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. Neuro-epidemiology 1995; 14:155-64

18. Boada-Roviva M. El papel de las unidades de diagnóstico y evaluación de los trastornos cognitivos en la enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 1998;27(Supl.1):S5-S15.

19. Birkel GL, Zarit SH. Toward a social ecology of home-care household. Psychol Aging 1987;2:294-301

20. Braithwaite V. Caregiver burden: making the concept scientifically usefully used and policy relevant. Res Aging 1992;14:3-27