



## CAPÍTULO 6

# *Fortalecimiento de las políticas de prevención de riesgos*

*En los dos capítulos precedentes se ha cuantificado la importancia relativa de diversos factores de riesgo en diferentes poblaciones en todo el mundo y se han propuesto estrategias de intervención para algunos de ellos. Sin duda, es indispensable disponer de información sobre la magnitud de la carga de enfermedades y traumatismos y sobre la disponibilidad, eficacia y rentabilidad de las intervenciones para determinar el orden de prioridad de las respuestas de política encaminadas a reducir los riesgos y mejorar el grado general de salud de la población. Sólo pueden lograrse rápidas mejoras sanitarias si se centran bien las intervenciones y éstas benefician a grandes segmentos de las poblaciones interesadas. Sin embargo, en esas estrategias se debe tener en cuenta el marco más general de las consideraciones relativas a la gestión de los riesgos, algunas de las cuales se ponen de relieve en este capítulo. En él los riesgos y las estrategias de intervención expuestos en los capítulos 4 y 5 se sitúan en el contexto de otras consideraciones que deberán tenerse presentes al decidir las medidas destinadas a reducir riesgos. Es fundamental lograr un equilibrio adecuado entre los esfuerzos encaminados a la prevención primaria y a la prevención secundaria o posterior; otro aspecto fundamental es la gestión de los riesgos inciertos. También deberán tenerse en cuenta las consecuencias éticas de las diversas estrategias de los programas, en particular su repercusión en las desigualdades en materia de salud de la población. En este capítulo se afirma que los poderes públicos, en la función rectora que han de desempeñar para mejorar la salud, deben realizar importantes inversiones en la prevención de riesgos, lo cual puede evitar muchas muertes en el futuro. Se muestra a continuación cómo adoptar decisiones pertinentes para las políticas y qué riesgos deben considerarse prioritarios, particularmente en los países de ingresos medianos y bajos.*

## 6

## FORTALECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

### ELECCIÓN DE ESTRATEGIAS PRIORITARIAS PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS

En la elaboración de políticas sanitarias para la prevención de riesgos bien conocidos, es preciso escoger entre distintas estrategias. Por ejemplo, ¿permitirá la prevención de pequeños riesgos en grandes poblaciones evitar más resultados sanitarios adversos que la prevención de grandes riesgos en un número reducido de individuos de alto riesgo? ¿Qué prioridad debe asignarse a las intervenciones costoeficaces de prevención primaria frente a la prevención secundaria, por ejemplo a la intervención consistente en reducir la distribución de la tensión arterial mediante la disminución del consumo de sal con los alimentos, frente al tratamiento de las personas hipertensas? ¿Debe darse prioridad a la prevención de los riesgos ambientales y lejanos para la salud, corrigiendo los fallos del saneamiento o los desequilibrios nutricionales, en lugar de dar prioridad a la prevención de los riesgos inmediatos más evidentes en la cadena causal? ¿Cuál es la combinación de estrategias más apropiada y eficaz?

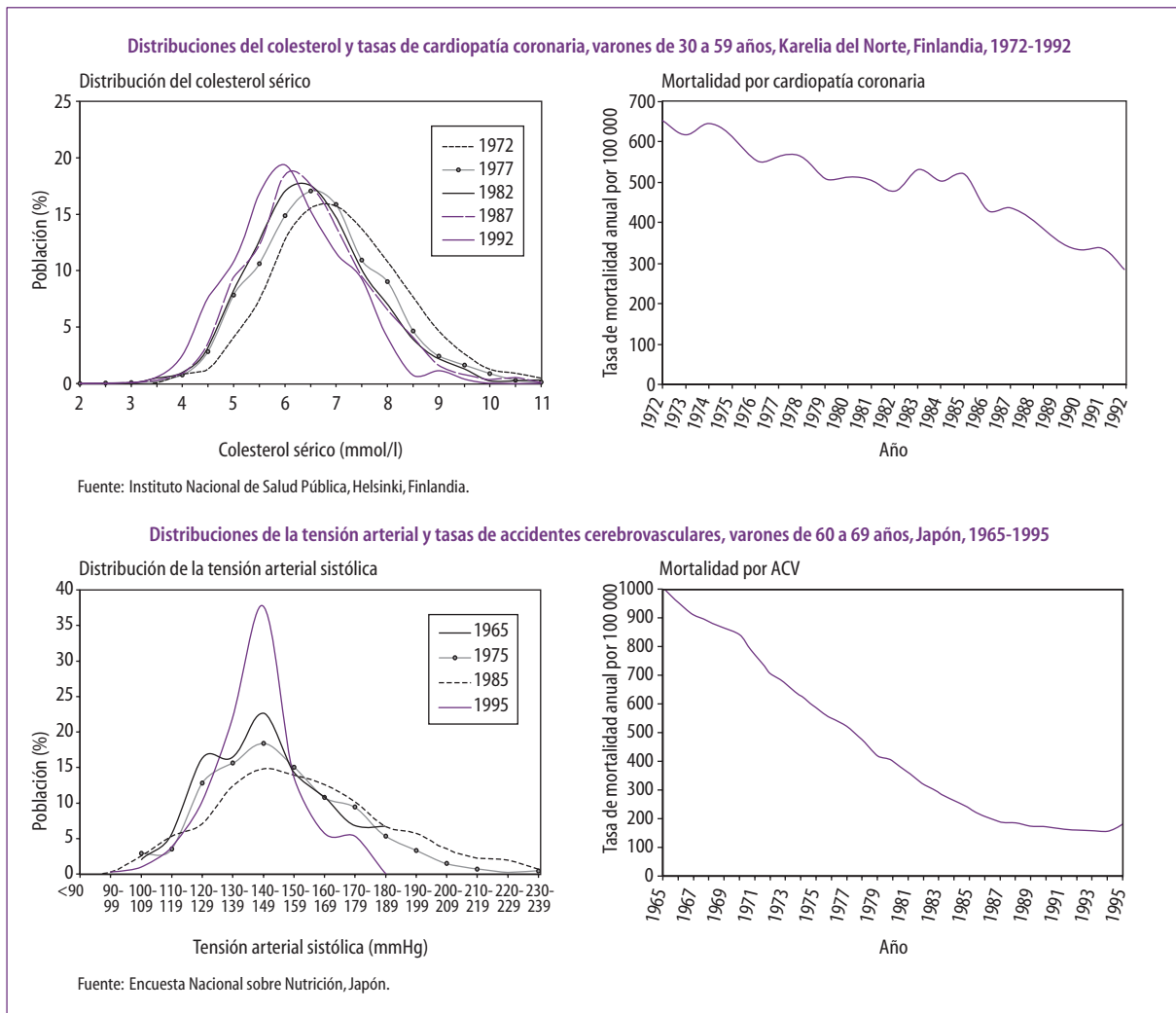
En la práctica rara vez existe una opción evidente y clara. Normalmente esas estrategias suelen combinarse de modo que se complementen entre sí (1), aunque en general es más eficaz dar prioridad a:

- las intervenciones basadas en la población, en lugar de las intervenciones dirigidas a las personas de alto riesgo;
- la prevención primaria por oposición a la secundaria;
- el control de los riesgos lejanos en lugar de los inmediatos.

### ¿INTERVENCIONES DIRIGIDAS A TODA LA POBLACIÓN O A LAS PERSONAS DE ALTO RIESGO?

Existe una «paradoja de la prevención» que muestra que muchas intervenciones permiten conseguir grandes mejoras generales para el conjunto de la población, pero pequeñas ventajas para cada uno de sus miembros. Esto da lugar a una percepción errónea de los beneficios derivados de los mensajes y servicios de prevención por las personas que aparentemente gozan de buena salud (2, 3). En general, las intervenciones orientadas a toda la población son las que más posibilidades de prevención ofrecen. Por ejemplo, en la reducción de los riesgos asociados a la hipertensión arterial y el colesterol, modificar la media del conjunto de la población será más costoeficaz para evitar futuros ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares que localizar y tratar a todas las personas que tengan un determinado nivel de hipertensión o colesterol, como se indica en la figura 6.1 (4-6). Puede utilizarse un criterio parecido para modificar los riesgos comportamentales y la exposición ambiental. Por ejemplo, reducir la media del consumo de bebidas alcohólicas en la población reducirá también previsiblemente el número de personas afectadas por el abuso de esas bebidas (7). A menudo se combinan con éxito los dos enfoques en una sola estrategia.

**Figura 6.1 Estudios de casos de desplazamiento de distribuciones con incidencia en las enfermedades cardiovasculares, Finlandia y el Japón**



### ¿RIESGOS LEJANOS O INMEDIATOS?

Aunque la mayoría de las investigaciones epidemiológicas y los análisis de intervención se han centrado en los riesgos más inmediatos de enfermedades importantes, evitando riesgos indirectos para la salud como el bajo nivel de instrucción y la pobreza también se pueden obtener mejoras fundamentales y sostenidas del futuro estado de salud. Lo que ya sabemos sobre la repercusión predominante de los factores indirectos en la salud y la supervivencia justifica ampliamente la realización de esfuerzos mucho mayores para reducir la pobreza y mejorar el acceso a la educación, especialmente entre las muchachas. Las posibilidades de lograr mejoras sanitarias importantes mediante una acción intersectorial sostenida en la que participen otros ministerios y organismos interesados en el desarrollo son enormes.

### ¿PREVENCIÓN PRIMARIA O SECUNDARIA?

La reducción de riesgos mediante la prevención primaria, como la inmunización, es sin duda preferible, pues disminuye efectivamente la exposición futura y con ello la incidencia de nuevos episodios de la enfermedad a lo largo del tiempo. Para obtener mejoras sanita-

rias a largo plazo, por lo general es preferible suprimir el riesgo subyacente. Sin embargo, la solución puede ser diferente para cada riesgo y dependerá en gran medida de lo común que sea el riesgo y lo extendido que esté, así como de la disponibilidad de intervenciones eficaces y de su costo. Pueden conseguirse grandes mejoras en la salud mediante tratamientos poco costosos cuando ha fracasado la prevención primaria. La prevención secundaria consiste en cribar a las poblaciones expuestas para detectar episodios tempranos de las enfermedades subclínicas, y tratarlas a continuación. Este método puede ser muy eficaz si la enfermedad es reversible, existen pruebas de cribado válidas y se dispone de tratamientos eficaces.

## GESTIÓN DEL PROCESO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Habida cuenta de que la identificación y prevención de los riesgos para la salud es un procedimiento de carácter político, para que los dirigentes de los ministerios de salud y la comunidad de salud pública consigan resultados satisfactorios la prevención de riesgos debe utilizar sus propios procesos de adopción de decisiones (8). Entre otros factores importantes que determinan la adopción de políticas figuran la percepción de los riesgos y los beneficios inherentes por parte del público, los niveles percibidos de inquietud y de incertidumbre científica, la amplitud de la distribución de los riesgos y la mayor o menor desigualdad o injusticia de los resultados sanitarios (9). Los grupos de intereses especiales y los medios de comunicación también tienen gran influencia a este respecto. Por último, se han extraído lecciones importantes sobre la manera idónea de comunicar los riesgos, y esas lecciones deberían difundirse más ampliamente, incluidas las repercusiones que pueden tener para lograr una mayor transparencia del gobierno y una mayor apertura de la comunidad científica (10). El control satisfactorio de los riesgos para la salud presupone la participación de numerosas partes interesadas de distintos sectores de la sociedad, una combinación de procesos científicos y políticos, numerosos juicios cualitativos y cuantitativos, la adopción de toda una serie de medidas intersectoriales por diferentes organismos, y oportunidades de comunicación y diálogo abiertos (11).

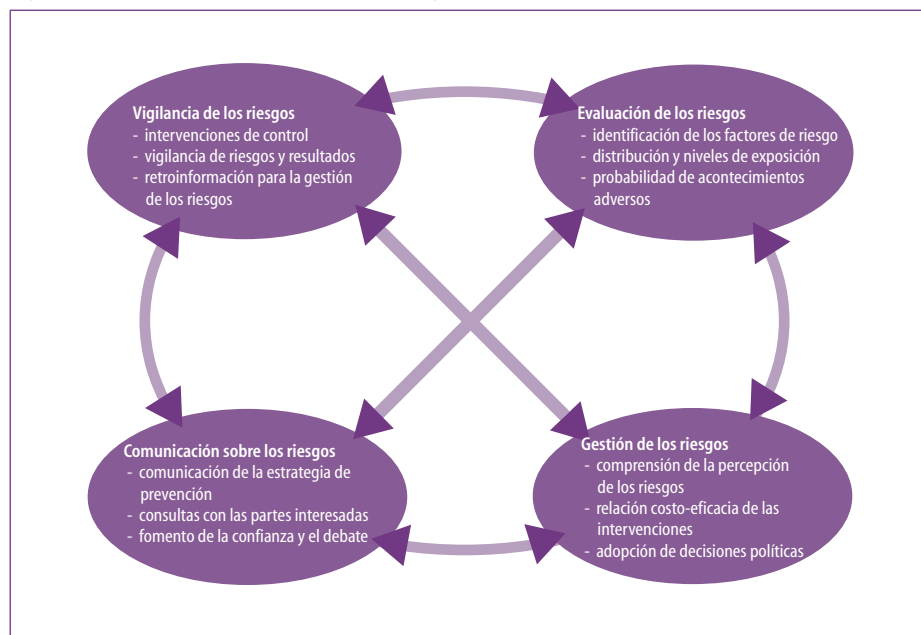
El éxito de la prevención de riesgos vendrá determinado en gran medida por el grado de firmeza del liderazgo político de los ministerios de salud. La gestión del riesgo no es en modo alguno un proceso lineal y, aunque habitualmente entraña un proceso iterativo de adopción de decisiones, habrá que adoptar medidas en los cuatro componentes principales: evaluación, gestión, comunicación y vigilancia (véase la figura 6.2).

## DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PRIORITARIOS PARA LA PREVENCIÓN

La base científica de la carga atribuible a los principales factores de riesgo examinados en este informe se conoce bastante bien, y las lagunas que subsisten sobre esos riesgos no deben ser óbice para adoptar inmediatamente políticas encaminadas a reducir la carga de morbilidad en un futuro próximo. Gran parte de la información científica y económica necesaria para adoptar decisiones de política sanitaria está ya disponible.

Muchos de esos riesgos son además bien conocidos, frecuentes e importantes y están muy extendidos. Es también más probable que existan estrategias costoeficaces para reducirlos. La falta de incertidumbre y la disponibilidad de intervenciones costoeficaces para los riesgos importantes explican que haya consenso en la sociedad sobre la necesidad de intervenir. Cabe citar como ejemplos el aumento del consumo de tabaco, particularmente en Asia y en Europa oriental, y el papel de las prácticas sexuales de riesgo en la epidemia de VIH/SIDA, sobre todo en África. Muchos de esos riesgos son comunes a las poblaciones de los países industrializados y los países en desarrollo, si bien el grado de exposición a ellos puede variar.

Figura 6.2 Aplicación de la prevención de riesgos



No hay que olvidar tampoco los factores de riesgo que dan lugar a una carga de morbilidad menos importante; aunque menores que otros factores, contribuyen sin embargo a la carga total de morbilidad en diversas regiones. Una actividad intensa en la industria del carbón, la contaminación del aire ambiente y la exposición al plomo, por ejemplo, tienen efectos sanitarios comparables a los de otros importantes factores de riesgo. Algunos riesgos, como los ocupacionales, se concentran en determinados sectores de la sociedad. Esto implica no sólo que esos sectores se ven afectados de manera desproporcionada, sino también que la concentración de los riesgos facilita su identificación para combatirlos, como ha atestiguado en muchas regiones el éxito de las intervenciones y políticas de seguridad ocupacional. En lo que respecta a otros factores de riesgo, como el abuso sexual en la infancia, las consideraciones éticas pueden ser mucho más importantes que su contribución directa a la carga de morbilidad. Aunque la carga de morbilidad atribuible a un factor de riesgo sea limitada, a veces se conocen intervenciones muy eficaces o rentables contra él. La reducción del número de inyecciones médicas innecesarias, así como la utilización de jeringas estériles, son métodos eficaces para controlar la propagación de las enfermedades transmisibles. De modo análogo, en la segunda mitad del siglo XX se consiguió reducir la exposición al plomo o a la contaminación del aire ambiente en los países industrializados utilizando eficazmente tecnologías que a menudo posibilitaban también un ahorro de energía y otros beneficios. En el caso de esos factores de riesgo, por consiguiente, los beneficios para la salud de la población resultantes de la evaluación de riesgos, sin olvidar otras consideraciones, constituyen la mejor orientación normativa posible para adoptar medidas específicas.

En la sección siguiente, en el contexto de los criterios de precaución y el empleo del principio de precaución, se examina la gestión de los factores de riesgo o de los peligros cuyas probabilidades o consecuencias adversas son inciertas o sumamente inciertas, como la exposición al cambio climático o los alimentos modificados genéticamente.

El contexto nacional es muy importante para evaluar las opciones disponibles para prevenir los riesgos. Por ejemplo, en muchos países de ingresos medianos y bajos, la falta de expertos científicos y de material puede hacer que se carezca de datos apropiados para efectuar evaluaciones locales del riesgo. Además, también puede suceder que muchos riesgos tengan escasa prioridad para la acción política. En esas situaciones quizá sea necesario

sensibilizar al público sobre los factores de riesgo y señalar abiertamente a su atención los conocimientos disponibles acerca de los más peligrosos; al mismo tiempo, se puede estimular a los grupos de intereses y a los medios informativos para que discutan abiertamente los riesgos locales para la salud. Todo liderazgo de la acción política habrá de venir de los ministerios de salud. También es necesaria la acción colectiva a nivel regional e internacional, pues muchos factores de riesgo y riesgos para la salud trascienden las fronteras nacionales. Es en este sector donde la Organización Mundial de la Salud puede desempeñar un papel consultivo y coordinador de gran eficacia.

## EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS MUY INCIERTOS

Las personas que trabajan en el campo de la salud pública se encuentran continuamente con sorpresas y cuestiones controvertidas. Éstas tienen a veces su origen en grupos de intereses especiales, pero a menudo reflejan limitaciones no abordadas de la capacidad de gestión sanitaria y falta de preparación. En esas situaciones, la prevención se convierte en un proceso particularmente politizado, lo que hace necesario mejorar la comunicación, la confianza, el diálogo, la información recíproca y la planificación para contener el pánico (11, 12). La planificación para afrontar riesgos muy vagos debería ser un componente importante de las actividades de las grandes organizaciones encargadas de gestionar la salud pública.

Desde hace algunos años el público viene pidiendo una mucho mayor cautela en la gestión de los riesgos muy inciertos, lo que ha llevado a hablar del llamado «principio de precaución». Se ha entablado un considerable debate en torno al significado real de ese principio, y no existe una definición generalmente aceptada. La definición más elemental del principio de precaución es la que se adoptó en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en 1992: «Cuando haya peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces en función de los costos para impedir la degradación del medio ambiente» (13).

Aunque se considera comúnmente que ese principio forma parte de las medidas de regulación, en realidad no ha sido incorporado a ningún acuerdo jurídico internacional. Si ha de usarse para hacer frente a riesgos difíciles, ¿cómo lo interpretarán los distintos grupos de intereses? En el recuadro 6.1 se resumen las características de las posturas «débil», «moderada» y «fuerte» adoptadas a favor y en contra del posible uso del principio de precaución dentro de los marcos normativos.

Es importante reconocer que, debido a la falta de conocimientos científicos y a la escasez de recursos, ningún organismo público puede estar preparado para responder a las infinitas eventualidades imaginables. No obstante, los instrumentos de evaluación, gestión y comunicación de riesgos examinados para hacer frente a muchos peligros sanitarios que a estas alturas nos resultan ya familiares pueden ser también útiles, siempre que se empleen de manera adecuada, para abordar los riesgos muy inciertos.

La definición de «muy incierto» depende del contexto. Pueden calificarse así los riesgos que:

- son riesgos ocultos, que no se han estudiado o en los que no se piensa lo suficiente. La razón de que estén ocultos puede ser que sean desconocidos o raros; que sean fenómenos habituales pero estadísticamente invisibles (lo que puede ocurrir si los datos reunidos se clasifican en categorías que no revelan el riesgo); o que sean ignorados por estimarse que no se puede hacer nada contra ellos;
- surgen por sorpresa;
- han sido objeto reciente de controversia. La información disponible es inadecuada y poco concluyente, pero cabe prever razonablemente que aparecerá más información y se podrán aclarar interrogantes cruciales;

- son objeto permanente de controversia, incluso después de largas investigaciones para tratar de resolver las dudas. La controversia tiende a menudo a perdurar debido a que las diferentes perspectivas de los políticos y los científicos entorpecen la comunicación entre las partes e impiden llegar a un consenso y acordar los métodos aplicables para reunir información. Los grupos de intereses especiales no son ajenos al enquistamiento de esas controversias.

En todo riesgo, algunas de estas categorías o todas ellas pueden estar presentes en su aparición. Por ejemplo, un riesgo desconocido como la encefalopatía espongiforme bovina puede aparecer por sorpresa, dar lugar a serias controversias, y convertirse luego en algo asumido.

La evaluación y la gestión de los riesgos muy inciertos pueden ir adaptándose de acuerdo con los principios siguientes.

- Empezar la gestión con lo que ya se conoce, reconociendo abiertamente las principales dudas científicas y subrayando las incertidumbres relativas a los comportamientos humanos que influyen en el riesgo.
- Analizar explícitamente de qué nueva información podría disponerse, al cabo de cuánto tiempo, y con qué posibles conclusiones. El resumen de ese análisis debe constituir una sección separada de la evaluación.
- Elaborar un plan para obtener y manejar la nueva información, y presentar ese plan como parte de las opciones de gestión que hayan de considerarse. Los objetivos de la gestión deben definirse en términos generales, de forma que se pueda utilizar eficazmente el creciente caudal de conocimientos, y la adquisición de nuevos conocimientos debe ser uno de esos objetivos.
- El mejoramiento de la evaluación y de los resultados es necesariamente iterativo, pues es imposible que todo salga bien la primera vez, especialmente cuando las incertidumbres son considerables.

Algunas amenazas pueden ser irreversibles, afectar a gran número de personas o extenderse con rapidez. Por consiguiente, lo apropiado es diagnosticarlas y responder con pron-

### Recuadro 6.1 Distintas concepciones del papel del principio de precaución en el marco de distintas perspectivas mundiales sobre la regulación

<i>Precaución débil</i>	<i>Precaución moderada</i>	<i>Precaución fuerte</i>
Presunción de ausencia de trabas en los progresos dirigidos por el mercado y la innovación tecnológica.	Presunción implícita de ausencia de trabas en los progresos dirigidos por el mercado y la innovación tecnológica, pero reconociendo que ello puede verse contrarrestado por un elevado grado de preocupación social.	Ninguna presunción de progresos dirigidos por el mercado o por la innovación tecnológica.
Los reguladores intervienen solamente si hay pruebas científicas concluyentes del riesgo, y sólo recurren a intervenciones demostradamente costoeficaces.	Presunción sobre las intervenciones como en la «precaución débil», pero con flexibilidad en cada caso para trasladar la carga de la prueba al causante del riesgo.	El causante del riesgo ha de demostrar la inocuidad de la actividad. Escaso crédito de los argumentos sobre la relación costo-eficacia.
Presunción de gestión del riesgo. Prohibición excepcional.	Presunción implícita de gestión del riesgo. Prohibición posible, pero sólo como último recurso.	Presunción de evitación del riesgo. Prohibición muy probable.
Presunción de libre comercio basada en criterios científicos objetivos. No se tienen en cuenta las preferencias individuales ni la preocupación social.	Presunción implícita de libre comercio basada en criterios científicos. Reconocimiento de que las preferencias individuales y la inquietud social sí son datos importantes.	Presunción no automática de libre comercio. Consideración prioritaria de las preferencias individuales y la inquietud social.

Adaptado de: (14).

titud, con lo cual se evitará a menudo que se produzcan grandes daños, sobre todo cuando los cambios son irreversibles o el peligro incierto se propaga con rapidez. De ahí que ciertas características de los peligros, como la persistencia, la irreversibilidad, la intensidad y la magnitud de su impacto, susciten especial preocupación.

En lo que respecta a los riesgos muy inciertos, es importante reconocer que la adaptación de la gestión no debe limitarse a peligros particulares ya especificados. En lugar de ello, para utilizar eficazmente los recursos limitados, se invertirá en actividades que no se centren en reducir peligros particulares, sino que mejoren la capacidad para identificar los peligros que se vayan presentando y para afrontarlos.

La gestión de los riesgos muy inciertos obliga a crear infraestructuras en diversos organismos públicos de ámbito nacional e internacional. La finalidad de éstos consiste en descubrir los peligros ocultos, mantener los medios para reaccionar a las sorpresas y controversias, seguir de cerca el desarrollo de éstas, evaluar los efectos de las intervenciones, controlar el desarrollo de nuevos conocimientos y el acceso a ellos, y evaluar la contribución del comportamiento humano a esos peligros. Cabe citar a este respecto los organismos que vigilan la salubridad de los alimentos o la eliminación de desechos tóxicos y se ocupan de esas cuestiones.

No se trata necesariamente de establecer prioridades para ver si habrá que ocuparse de la gestión de los riesgos conocidos o bien centrarse en los riesgos inciertos. Ambas actividades son complementarias en gran medida. Mejorar la capacidad de gestión de los riesgos conocidos será de utilidad a la hora de abordar los nuevos riesgos, y la capacidad para detectar posibles riesgos, evaluar la incertidumbre y aprender de la experiencia permitirá ocuparse con mejor conocimiento de causa de los riesgos conocidos. Además, se pueden evitar o reducir algunos riesgos inciertos, como los que plantean los cambios climáticos mundiales y los productos químicos tóxicos, por ejemplo con intervenciones destinadas a aumentar la eficiencia energética o utilizar productos químicos alternativos que reporten otras ventajas económicas.

La gestión de los riesgos es ya hoy una tarea internacional, pues muchos riesgos trascienden las fronteras, de forma que lo que se hace en un país o región deja sentir sus efectos en otros. En el caso de la gestión de los riesgos inciertos, el establecimiento de lazos de colaboración entre especialistas de diferentes países – expertos en el manejo de peligros particulares – es un aspecto importante de las actividades de aumento de la capacidad de gestión de los riesgos. Pero el aumento global de esa capacidad se producirá de manera fragmentaria si no existe una coordinación activa entre los generalistas de cada país, en asociación con los organismos internacionales.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS

La ética médica es una disciplina bien desarrollada, pero su principal objeto son las relaciones individuales entre el paciente y el médico. Sus principios apenas se han aplicado a la salud pública, y menos aún a los riesgos para la salud (15, 16). Sin embargo, hay una amplia gama de cuestiones éticas implicadas en la exposición a los riesgos y los resultados de los riesgos, relacionadas en primer lugar con la búsqueda de un equilibrio entre los derechos, libertades y responsabilidades individuales y la mejora de la prevención de los riesgos mediante medidas orientadas al conjunto de la población, y en segundo lugar con la protección de las personas muy expuestas. Además, en algunos casos hay que recurrir a mecanismos reguladores y legales enérgicos, que pueden afectar a los individuos como consumidores, así como a los sujetos pertenecientes a grupos de alto riesgo.

Hay cuatro principios éticos fundamentales ampliamente aplicados en la práctica médica en todo el mundo. Se trata de los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (17). Se trata de principios complejos, pero cuando se aplican a la salud pública y

a los factores de riesgo puede decirse que consisten respectivamente en proteger los derechos de la persona y su posibilidad de adoptar decisiones con conocimiento de causa, no causar daños ni lesiones, producir beneficios que excedan con mucho a los riesgos, y conseguir una distribución más equitativa y justa de los riesgos y beneficios. La aplicación de estos principios exige que las poblaciones enteras y las personas expuestas o afectadas, junto con una amplia gama de otros interesados directos, tengan libre acceso a toda la información. Debe haber libertad para asegurar la plena representación y la transparencia de las decisiones. Todas estas cuestiones muchas veces resultan problemáticas en la gestión de riesgos.

Cuando estos principios entran en conflicto en una situación de riesgo concreta, puede ser que uno de ellos – por ejemplo la justicia distributiva – tenga que prevalecer sobre otro. En tal caso se debe declarar y explicar a cuál se da prioridad. De lo contrario, el resultado puede ser una controversia pública y profesional aún mayor y una pérdida de confianza en los responsables de las decisiones políticas. Estos principios sirven como directrices éticas, y en muchas situaciones de prevención de riesgos para aplicarlos se necesita mucho discernimiento y negociación. Como la experiencia adquirida en la aplicación de estos principios a los riesgos para la salud es escasa, especialmente en los países en desarrollo, existen pocos requisitos legales aceptados o normas basadas en la costumbre y la práctica; por ello, cada situación ha de analizarse por separado (15).

Los conflictos de intereses, tanto personales como empresariales, constituyen una cuestión ética importante que está despertando una creciente atención internacional. Pocas organizaciones disponen de directrices de obligado cumplimiento acerca de la divulgación y el manejo de los conflictos de intereses, particularmente entre los intereses privados y el ejercicio profesional de la medicina, y entre entidades públicas, como los ministerios de salud, y las empresas privadas lucrativas. Por ejemplo, la divulgación de los intereses personales, relacionados quizá con los vínculos de los expertos con la industria mundial del alcohol, el tabaco o la alimentación, raras veces es siquiera un requisito voluntario.

## COMUNICACIÓN DE LOS RIESGOS Y PAPEL DE LOS GOBIERNOS

El público, en particular las personas pobres, considera que el Estado tiene el deber fundamental de reducir su exposición a los peligros y ha de hacer todo lo razonablemente exigible para reducir los riesgos, como cerciorarse de que el medio ambiente, los alimentos y los medicamentos sean inocuos. Esto reviste especial importancia cuando los individuos apenas tienen control sobre su exposición a los riesgos, ya sea porque los riesgos no son evidentes o porque la exposición no puede controlarse voluntariamente (18-20). Aunque no puedan eliminar los riesgos por completo, los gobiernos sí pueden intentar reducirlos a niveles más bajos y aceptables. Además, es lógico que la población tenga interés en conocer cómo adopta el gobierno sus decisiones de gestión de los riesgos.

¿Cómo pueden los gobiernos hacer comprender al público que están persiguiendo activamente ese objetivo? ¿Cómo debe comunicarse la información de interés sobre los riesgos? Se han aprendido algunas lecciones importantes sobre el papel del diálogo entre el público y los gobiernos en la comunicación de riesgos (20, 21). Son lecciones sobre la manera más eficaz de manejar y comunicar al público la información sobre los riesgos importantes, y la reciente epidemia de encefalopatía espongiforme bovina en el Reino Unido (véase el recuadro 6.2) es un ejemplo de ello. También se han publicado directrices prácticas para mejorar la comunicación (22, 23). Las lecciones extraídas pueden resumirse como sigue:

- Debe publicarse una relación completa de los hechos conocidos. Los gobiernos y los organismos públicos prefieren a menudo presentar explicaciones simplificadas y no divulgar la totalidad de los datos. Además, a menudo se disimulan las incertidumbres incorporadas en la adopción de decisiones y se ofrecen al público consejos

tranquilizadores. Hoy en día se reconoce que esto es un gran error. La credibilidad política y la confianza del público se pierden rápidamente cuando éste cree que no se le ha facilitado una información completa sobre los riesgos que le afectan.

- La información debe ser publicada por un organismo profesional independiente y de confianza. También es muy importante quién comunique la información. De esta tarea deben ocuparse expertos reconocidos, muy competentes en la materia y de absoluta confianza, independientes desde el punto de vista político y sin conflictos de intereses. En la salud pública de muchos países la persona más idónea para desempeñar esta importante función es el Director General de Salud. En general, cuando se trata de información polémica el público no suele confiar en los mensajes transmitidos por políticos o por portavoces designados por el estamento político.
- Se necesita un ambiente de confianza entre los funcionarios públicos, los expertos sanitarios, el público y los medios de información, y esa confianza hay que desarrollarla y promoverla. Las actitudes paternalistas y la ocultación de datos pueden generar rápidamente desconfianza en el público y acusaciones de encubrimiento o de escándalo oculto. La confianza se pierde con facilidad, y sólo se recupera con grandes dificultades.

El fomento de la confianza entre todas las partes tiene importantes implicaciones para la transparencia del gobierno y su papel en la sociedad civil. Por ejemplo, los organismos reguladores han de emitir una imagen de inmunidad a las presiones políticas; la información científica debe ser de dominio público; las reuniones de los comités consultivos científicos y sus actas deben estar al alcance de cuantos quieran examinarlas, y los medios de información deben tener libertad para investigar los riesgos y publicar sus conclusiones (10).

## FORTALECIMIENTO DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Desde su nacimiento en los años sesenta, la disciplina de la evaluación de riesgos ha hecho grandes avances científicos. Sin embargo, en sus inicios estaba centrada en gran medida en las nuevas tecnologías y las amenazas ambientales externas, y sólo en los últimos tiempos se ha extendido a los grandes riesgos biológicos y conductuales para la salud, como la tensión arterial, las prácticas sexuales de riesgo y el consumo de tabaco. Por otra parte, la ciencia de la evaluación de riesgos se desarrolló principalmente en América del Norte y después en Europa, mientras que hasta la fecha apenas se ha aplicado en los países de ingresos medianos y bajos. Es necesario emprender investigaciones para determinar si lo aprendido en materia de percepción y comunicación de riesgos en los países industrializados también puede aplicarse en los países en desarrollo. Además, aunque sí existen algunos datos mundiales razonables, por ejemplo acerca de los riesgos que propi-

### Recuadro 6.2 Comunicar mejor los riesgos: lecciones importantes para los gobiernos

- Para conseguir credibilidad es necesario generar confianza
- La confianza sólo puede generarse mediante la transparencia
- La transparencia exige el reconocimiento de la incertidumbre, cuando exista
- Debe confiarse en que el público responderá racionalmente a la transparencia
- La importancia de las medidas de precaución no debe subestimarse advirtiendo que el riesgo no está demostrado
- La investigación científica del riesgo debe ser abierta y transparente
- Los consejos y razonamientos de los comités consultivos deben hacerse públicos
- La confianza del público en los científicos, los expertos y los profesionales, como los altos funcionarios de salud, es inapreciable y no debe ponerse en peligro
- Todo consejo de esos expertos y comités consultivos dirigido al público debe ser y parecer objetivo e independiente del gobierno y de influencias políticas.

Adaptado de: (10), p. 266.

cion las enfermedades cardiovasculares (6, 24), las fuentes de datos correspondientes a otros factores de riesgo importantes requieren mejoras, sobre todo en lo que atañe a la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos. Urge, pues, conseguir nuevas fuentes de datos para los países en desarrollo.

Las siguientes actividades son algunas de las más importantes con miras a fortalecer la base de datos científicos en la evaluación y gestión de riesgos.

- Acopio de nuevos datos científicos sobre factores de riesgo y exposiciones. En relación con los riesgos sanitarios más comunes e importantes, el acopio de los nuevos datos básicos debe replicarse en muchos más países. Se necesitará apoyo internacional para introducir mejoras metodológicas en terrenos como la normalización de protocolos, los instrumentos de acopio de datos, los métodos de análisis estadístico, el archivo e intercambio de datos, y la divulgación y utilización de los resultados de las investigaciones. Habrá que adoptar criterios tanto cualitativos como cuantitativos. Es necesario reunir continua y regularmente datos de vigilancia para seguir las tendencias de los factores de riesgo existentes y detectar cambios en las exposiciones al riesgo y en los resultados sanitarios a ellos asociados.
- Fomento de nuevas investigaciones sobre las intervenciones en materia de riesgos. Se necesitan fondos públicos cuantiosos para emprender investigaciones pertinentes, particularmente en los países en desarrollo, así como para establecer y desarrollar centros de excelencia regionales en investigación, capacitación y asesoramiento en materia de intervenciones contra riesgos. Hacen falta nuevas investigaciones, en primer lugar, para comparar las percepciones del riesgo en estudios transnacionales; en segundo lugar, para reunir datos sobre la frecuencia de los factores de riesgo y sus niveles en poblaciones de ingresos medianos y bajos; y en tercer lugar, para evaluar la eficacia y el costo de distintas combinaciones de intervenciones. Será fundamental contar con el firme apoyo de los organismos multilaterales y de las comunidades internacionales de científicos y de donantes.
- Coordinación de las actividades de investigación en distintos sectores. Dado el carácter complejo e interdisciplinario de la investigación de las intervenciones en materia de riesgos, será necesario coordinar tanto el apoyo como la financiación en los niveles nacional e internacional. En los países, esto puede obligar a poner en marcha nuevas iniciativas, como fondos para investigación o departamentos de investigación especializados, nombrar asesores científicos del gobierno, y crear comités consultivos científicos nuevos y políticamente independientes.

## NECESIDAD URGENTE DE ACCIÓN INTERNACIONAL

Se han documentado a lo largo de este informe los beneficios sustanciales que en cuanto a la esperanza de vida sana pueden conseguir las poblaciones en cualquier lugar del mundo a partir simplemente de reducciones moderadas de la exposición a factores de riesgo importantes como la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. No debe permitirse que la incertidumbre científica retrase el control de factores de riesgo extendidos e importantes, muchos de los cuales están causando ya una enorme carga de morbilidad. Se prevé que esta carga aumentará espectacularmente a menos que los individuos, la sociedad civil, los gobiernos y las organizaciones internacionales adopten medidas de forma generalizada. Por ejemplo, el consumo de tabaco podría reducirse sensiblemente, sobre todo en los países en desarrollo.

La información fidedigna disponible sobre las causas de las enfermedades y los traumatismos es suficiente para poder actuar ya a fin de reducir pronunciadamente la carga de morbilidad y lograr que se materialicen los beneficios potenciales previstos en este informe. Además, existe también entre la comunidad científica internacional y los responsa-

bles de mejorar la salud pública un acuerdo sustancial respecto a las medidas que es necesario tomar. Las estrategias tendentes a asegurar esos beneficios potenciales, sobre todo en los países en desarrollo, deberían dar con el punto justo de compromiso entre la prioridad de reducir de forma drástica la carga atribuible a exposiciones como la insuficiencia ponderal y el agua y el saneamiento deficientes, limitadas en gran medida a las poblaciones más pobres, y la prioridad de reducir o prevenir que se agrave la exposición de la población a factores como el tabaco, la hipertensión arterial y el colesterol.

Para conseguir un futuro verdaderamente más sano, las estrategias de gestión de los riesgos deberán centrarse simultáneamente en los que constituyen ya riesgos mundiales para la salud, no sólo en las amenazas más inmediatas para la supervivencia. La Organización Mundial de la Salud y otras partes interesadas en el desarrollo internacional tienen una clara función que desempeñar para garantizar que los conocimientos científicos se traduzcan en medidas y para orientar y alentar a la comunidad sanitaria mundial (véase el recuadro 6.3). A ese fin, habrá que prepararse sin duda para hacer frente a la resistencia que ejercerán influyentes grupos de intereses especiales y empresas poderosas que tienen mucho que perder ante unas políticas orientadas a mejorar la prevención de los riesgos y fortalecer las medidas de regulación.

Como muestra este informe, es mucho lo que se sabe ya sobre la manera de reducir eficazmente los riesgos para la salud, pero esa reducción exigirá unas medidas de política sostenidas y el compromiso de los gobiernos y otros interlocutores. Elementos fundamentales de ese compromiso serán la creación o el fortalecimiento de instituciones nacionales para ejecutar y evaluar los programas de reducción de riesgos, y una participación más

### Recuadro 6.3 Ejemplos de acción concertada internacional eficaz

No debe permitirse que la incertidumbre científica retrase el control de factores de riesgo extendidos e importantes, habida cuenta de la evidencia que demuestra que es posible reducirlos sustancialmente en el futuro. Las alianzas internacionales han demostrado ser un poderoso instrumento para avanzar, como ilustran los siguientes ejemplos:

#### **Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)**

A menos que se dé a la prevención la máxima prioridad, hacia el año 2030 el tabaco matará a unos 10 millones de personas cada año, y el 70% de esas muertes se darán en los países en desarrollo. El Convenio Marco que está preparando la Organización Mundial de la Salud, con arreglo a su Constitución, es objeto actualmente de negociaciones entre la gran mayoría de sus Estados Miembros. Con la firma de los países, será un instrumento jurídico internacional para reducir los daños causados por el tabaco. Este instrumento abarca aspectos tales como la publicidad, la regulación, el contrabando, los impuestos, las zonas libres de tabaco y el tratamiento de la adicción. Puesto que muchas de estas cuestiones rebasan las fronteras nacionales, la cooperación regional e internacional es imprescindible. El Convenio Marco promueve un criterio multisectorial, pero reconoce también que la responsabilidad principal en la lucha contra la epidemia de tabaquismo recae en el sector de la salud. El primer proyecto completo del Convenio se difundió en julio de 2002; su adopción está prevista para mayo de 2003. En la siguiente fase se elaborarán protocolos individuales.

Sitio web: <http://www.who.int/tobacco/>

#### **Alianza «Alto a la tuberculosis»**

Todos los años la tuberculosis provoca dos millones de defunciones, muchas de ellas asociadas al VIH/SIDA. Es una enfermedad de la pobreza para la que se dispone de un tratamiento farmacológico muy eficaz en relación con el costo (DOTS). En 2000, ministros de 20 de los 22 países del mundo que soportan el 80% de la carga mundial de tuberculosis firmaron la Declaración de Amsterdam contra la Tuberculosis, en la que se establecen objetivos explícitos de reducción de la enfermedad. La alianza «Alto a la tuberculosis», en la que participan gobiernos, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, particulares y otros, tiene su sede en la Organización Mundial de la Salud. Se trata de una alianza publicoprivada con fines consultivos y de sensibilización que aspira a detectar el 70% de los nuevos casos infecciosos de tuberculosis y curar el 85% de ellos para 2005, y a reducir a la mitad las muertes por esa causa para 2010. Esto requerirá un plan mundial de expansión del DOTS, el fortalecimiento de los programas nacionales de lucha, el acceso universal a los medicamentos antituberculosos y la promoción de la investigación de nuevos medicamentos y vacunas.

Sitio web: <http://www.stoptb.org>

#### **Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI)**

Tras registrarse una disminución de la cobertura de inmunización en muchos países en desarrollo pobres, en enero de 2000 se lanzó esta nueva alianza publicoprivada internacional, con una donación inicial de US\$ 750 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates. También participan diversos gobiernos, el UNICEF, el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales y fabricantes de vacunas. Su sede está en la Organización Mundial de la Salud y consta de una junta y de grupos de trabajo especializados. Su objetivo es aumentar la cobertura en los 74 países más pobres e introducir nuevas vacunas, entre ellas las de la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* de tipo b. La GAVI se ha fijado un compromiso a cinco años. En junio de 2002 se habían comprometido más de US\$ 900 millones en beneficio de 60 países, principalmente de África y Asia. La GAVI se considera también un posible modelo para el nuevo Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo.

Sitio web: <http://www.vaccinealliance.org>

eficaz de sectores como el transporte, la educación y las finanzas, que permita aprovechar el potencial existente para reducir sustancialmente la exposición de la población.

El mundo se ve acosado sin duda por numerosos riesgos globales para la salud. Sin embargo, no cabe duda tampoco de que es posible conseguir reducciones impresionantes de los riesgos y un futuro más sano para todos. Lo que hace falta en estos momentos es una respuesta mundial, con un liderazgo enérgico y comprometido, que cuente con el apoyo de todos los sectores de la sociedad interesados en fomentar la salud.

## REFERENCIAS

1. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
2. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 1981; 282:1847-1851.
3. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14:32-38.
4. Kinlay S, O'Connell D, Evans D, Halliday J. The cost-effectiveness of different blood-cholesterol lowering strategies in the prevention of cardiovascular disease. *Australian Journal of Public Health* 1994; 18:105-110.
5. Rodgers A, Lawes C, MacMahon S. Reducing the global burden of blood pressure-related cardiovascular disease. *Journal of Hypertension* 2000; 18(Supplement):S3-6.
6. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to coronary epidemics – time to end the «Only 50%» myth. *Archives of Internal Medicine* 2001; 161:2657-2660.
7. Rose G, Day S. The population mean predicts the number of deviant individuals. *British Medical Journal* 1990; 301:1031-1034.
8. Dowie J. *Towards value-based, science-informed public health policy: conceptual framework and practical guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2001. Documento informativo preparado para el Informe sobre la salud en el mundo 2002.
9. Slovic P, Gregory R. Risk analysis, decision analysis, and the social context for risk decision making. En: Shanteau J, Mellers BA, Schum DA, editors. *Decision science and technology: reflections on the contributions of Warne Edwards*. Boston: Kluwer Academic; 1999. Pp. 353-365.
10. Phillips, Lord, Bridgeman J, Ferguson-Smith M. *The Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) Inquiry (The Phillips Inquiry). Findings and conclusions, Volume 1*. London: The Stationery Office; 2001.
11. Pidgeon N. Risk perception. En: *Risk analysis, perception and management*. London: Royal Society; 1992. Pp. 89-134.
12. Bickerstaff K, Pidgeon N. *World Health Organization and Department of Health Conference on Risks to Public Health, London 23–24 October 2001*. Geneva: World Health Organization; and London: Department of Health; 2001. Report commissioned for *The World Health Report 2002*.
13. UNCED. *United Nations Conference on the Environment and Development, Rio de Janeiro, Brazil, 3–14 June 1992*. New York: United Nations; 1992.
14. ILGRA. *The precautionary principle: policy and application*. London: Department of Health Inter-departmental Liaison Group on Risk Assessment; 2001.
15. Hall W, Carter L. *Ethical issues in risk management*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2001. Documento informativo preparado para el Informe sobre la salud en el mundo 2002.
16. Roberts MJ, Reich MR. Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002; 359:1055-1059.
17. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of medical ethics*. 5th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
18. Slovic P. Informing and educating the public about risk. *Risk Analysis* 1986; 6:403-415.
19. Covello V, McCallum D, Pavlova M. *Effective risk communication: the role and responsibility of government and nongovernment organizations*. New York: Plenum Press; 1989.
20. Renn O. The role of communication and public dialogue for improving risk management. *Risk Decision and Policy* 1998; 3:5-30.
21. Calman K. Communication of risk: choice, consent and trust. *Lancet* 2002; 360:166-168.
22. Lum MR, Tinker TL. *A primer on health risk communication: principles and practices*. Atlanta (GA): US Department for Health and Human Services, Agency for Toxic Substances and Disease Registry; 1994.
23. Department of Health. *Communicating about risks to health: pointers to good practice*. London: The Stationery Office; 1998.
24. Ibrahim S, Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *British Medical Journal* 1997; 314:1666-1671.