ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 11 del orden del día provisional

A55/DIV/5
22 de abril de 2002

Mesas redondas ministeriales

Riesgos para la salud

PANORÁMICA GENERAL: MEDICIÓN, COMUNICACIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

1. Para abordar la prevención hay que abordar las causas de las enfermedades y los traumatismos, así como sus consecuencias. Hoy más que nunca los gobiernos y las autoridades políticas se enfrentan a muchos y diversos riesgos para la salud. Sin embargo se ha hecho poco hincapié en evaluar adecuadamente la magnitud comparativa de los distintos riesgos y a menudo se infrautilizan los conocimientos y la capacidad disponibles para tratar las principales amenazas conocidas para la salud. Se dispone de una serie de opciones preventivas y terapéuticas costoeficaces para combatir esos riesgos, pero demasiadas veces quedan relegadas en favor de intervenciones menos costoeficaces que pueden estar orientadas hacia riesgos menores o más inciertos.

2. Hacen falta parámetros normalizados, comparables, para evaluar los riesgos y para transmitir la información al público y las autoridades. Los gobiernos tienen que ocuparse de los peligros inciertos sin perder de vista los riesgos definidos e importantes y deben utilizar mejor las intervenciones costoeficaces. Para muchos países, y especialmente entre las poblaciones más pobres, las ganancias potenciales son enormes, por lo menos un decenio suplementario de vida sana.

3. Se puede considerar un riesgo para la salud cualquier factor que aumente la probabilidad de que se produzca un resultado sanitario adverso. Los riesgos para la salud son prácticamente ilimitados. Si se carece de un criterio cuantitativo para estimar su importancia, en términos de su posible impacto, es más probable que la política se guíe exclusivamente por factores como los grupos de presión o la carga emotiva de casos particulares. En consecuencia, un objetivo fundamental del análisis de riesgo es favorecer la comparación del impacto estimado de los distintos factores de riesgo. También hace falta un planteamiento integral de la definición y el estudio de los riesgos, independiente de factores como su puesto en la cadena causal y los métodos disciplinarios empleados para analizarlos.

4. Hacen falta criterios que permitan determinar los riesgos más graves para la salud, como por ejemplo: sus posibles consecuencias mundiales, que abarcaría las principales causas de mortalidad y discapacidad que más carga de morbilidad puedan provocar; la solidez y la coherencia de las pruebas científicas; y las posibilidades de introducir modificaciones. Otros factores que determinan que una política se adopte o no son la percepción pública de los riesgos y de las ventajas en juego, el nivel de distribución de los riesgos y el grado de desigualdad frente a sus consecuencias. Para lograr atajar los riesgos para la salud hay que contar con muchos interesados de los distintos sectores de la sociedad,

combinar procesos científicos y políticos, realizar muchos juicios cuantitativos y cualitativos y tener ocasiones de mantener una comunicación y un diálogo abiertos.

5. A menudo son los grupos vulnerables quienes soportan la mayor carga de riesgos para la salud: los pobres, las personas poco instruidas y las que realizan trabajos poco valorados. Una de las principales preocupaciones de la OMS, de otras organizaciones internacionales y de los gobiernos es paliar ese desequilibrio, empezando por evaluar cuánto mayor es la prevalencia de los riesgos entre los pobres.

6. El ámbito del análisis de riesgos ha crecido rápidamente durante los últimos decenios, centrándose en la identificación, la cuantificación y la caracterización de las amenazas para la salud humana y el medio ambiente. Sin embargo el análisis de riesgos es una tarea política además de científica y la percepción pública del riesgo también juega un papel en el análisis, y pone sobre el tapete cuestiones relativas a los valores, el procedimiento, el poder y la confianza. Son temas de debate importantísimos el papel y la contribución de la evaluación de riesgos, así como la comunicación, la gestión de riesgos, la costoeficacia y el desarrollo de políticas.

CUANTIFICACIÓN DE DETERMINADOS RIESGOS PARA LA SALUD

7. En el anexo 1 figuran estimaciones de los principales riesgos para la salud de entre una selección de factores de riesgo. Dichas estimaciones se han calculado en colaboración con una red mundial de expertos en evaluación de riesgos. A nivel mundial, se estimó que la principal causa de morbilidad en 2000 fue la malnutrición proteinoenergética, que se da esencialmente en las regiones en desarrollo. Ese tipo de malnutrición y las deficiencias en micronutrientes que conlleva representaron hasta un tercio de la carga de morbilidad en la Región de África. El siguiente riesgo en importancia fueron las prácticas sexuales de riesgo, y mucha de esta carga de morbilidad se concentró en la Región de África. A continuación figuraron cuatro factores de riesgo (hipertensión arterial, consumo de tabaco, consumo de alcohol, y las malas condiciones del agua, el saneamiento, o de la higiene), seguidas por la hipercolesterolemia y la contaminación del aire en los espacios cerrados. En el cuadro siguiente se indican las principales causas de morbilidad en los países, por categoría general de renta:

Renta del país	Principales causas de morbilidad
Baja	Malnutrición proteinoenergética Prácticas sexuales de riesgo
Media	Malnutrición proteinoenergética Hipertensión arterial Consumo de tabaco Consumo de alcohol
Alta	Hipertensión arterial Consumo de tabaco Consumo de alcohol Hipercolesterolemia

8. La evaluación de riesgos estima la carga de morbilidad correspondiente a distintos factores de riesgo, cada uno de los cuales puede modificarse mediante distintas estrategias. Dicha evaluación puede dar una idea general de la importancia relativa de los distintos riesgos para la salud humana, que puede

servir para determinar el calendario de las investigaciones y las políticas. Además, ayuda a entender el *potencial* de los beneficios para la salud que proporcionaría tratar esos riesgos.

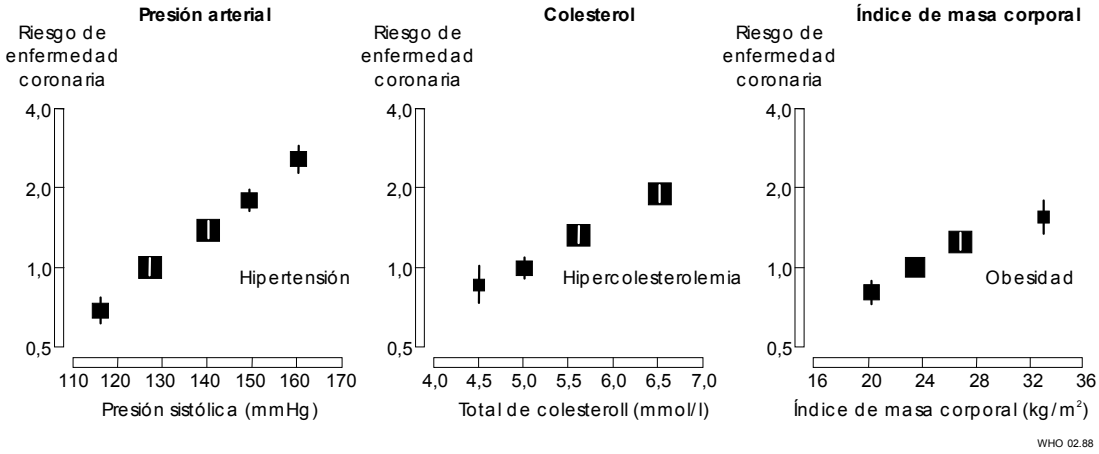
ANÁLISIS DE LA COSTOEFICACIA

9. El análisis de la costoeficacia es un instrumento que las autoridades pueden utilizar para determinar qué intervenciones «rinden» más. Al elegir entre las posibles intervenciones deben considerarse muchas opciones. La intervención ideal debería centrarse en un factor de riesgo que cause una carga de morbilidad importante y cuya costoeficacia esté demostrada al nivel de la población. Aunque varias pueden optar a la calificación de intervención ideal, como la suplementación con vitamina A y otras intervenciones dirigidas a los niños o a las madres, las opciones no suelen ser tan nítidas. Resulta particularmente difícil decidir entre las alternativas de tratamiento y de prevención. Un ejemplo de esta situación es la presión que se ejerce actualmente para que se proporcione a los pacientes de VIH/SIDA terapia antirretrovírica muy activa sin disminuir los recursos destinados a las pruebas y al asesoramiento voluntarios y a la promoción de comportamientos sexuales sin riesgo. Entre las dos intervenciones hay una gran diferencia de costoeficacia.

10. Otro dilema con que se enfrentan las autoridades al reducir la exposición a los riesgos es si deben centrarse en los individuos más expuestos o adoptar un planteamiento orientado a la población en general. ¿Es más costoeficaz ofrecer prevención secundaria a los fumadores hipertensos, con colesterol alto, y obesos que ya han sufrido un episodio cardiovascular y que corren mucho riesgo de sufrir otro, o iniciar programas populares de cambio de modo de vida que pueden tardar mucho en dar resultados? Sin duda es posible modificar la distribución de la población expuesta a un factor de riesgo, tal y como ha demostrado recientemente el programa de prevención de enfermedades cardiovasculares en Carelia septentrional (Finlandia). Cuando se pueden medir, los riesgos siguen disminuyendo en el caso de los principales factores hasta los niveles mínimos observables (véase la figura *infra*).

Figura

Riesgos permanentes: presión arterial, colesterol e índice de masa corporal y riesgo de enfermedad coronaria



11. El análisis de la costoeficacia es muy útil para elaborar políticas sobre los riesgos más comunes y generalizados de los que se tiene un buen conocimiento científico y para los que hay estrategias de reducción eficaces y niveles bajos de incertidumbre. Esos análisis identificarán probablemente tres grupos

de intervenciones: costoeficaces y baratas; costoeficaces no tan baratas; y las que no son costoeficaces ni prioritarias. A medida que aumenta el nivel de incertidumbre, ya sea en la evaluación de riesgos o respecto de los resultados de la estrategia de reducción, los análisis de costoeficacia serán menos útiles para tomar decisiones en el marco de la gestión de riesgos.

12. Por último, es esencial comparar las posibles repercusiones de las intervenciones en la salud futura de la población y en los factores de riesgo. Pero también es importante determinar el papel de otras intervenciones que contribuyan al logro de objetivos socialmente deseables tales como reducir las desigualdades en materia de salud, y responder a las expectativas legítimas de la población.

PERCEPCIÓN Y COMUNICACIÓN DEL RIESGO

13. Las investigaciones iniciadas en los decenios de 1980 y 1990 revelaron la importancia de las diferencias de percepción de un mismo riesgo, en particular entre los científicos y el público, como sucede con los riesgos de la energía nuclear o los vehículos automotores. En general, se admite que las percepciones de ambos grupos son importantes y que las buenas políticas de gestión de riesgos requieren consenso. La importancia de las demás características de los riesgos, como el hecho de que sean o no visibles, la exposición voluntaria o involuntaria, junto con niveles altos de aprensión o miedo y la posibilidad de que produzcan efectos intergeneracionales se consideraron muy importantes para explicar las inquietudes del público. Las investigaciones también mostraron que los riesgos pequeños y comunes solían tolerarse, mientras que los riesgos excepcionales pero espectaculares provocaban grandes controversias. No obstante, cuando se estimaba que las ventajas derivadas de una tecnología eran importantes y que el riesgo de que se produjeran efectos adversos era muy bajo, como por ejemplo, en el caso de muchas vacunas, procedimientos médicos y medicamentos terapéuticos, ha habido una aceptación general de los riesgos por los profesionales y el público.

14. Actualmente se está reconociendo la importancia del proceso de comunicación sobre los riesgos, particularmente entre, de un lado, los gobiernos y sus asesores científicos y, de otro, el público y los grupos de intereses específicos. La manera en que se describen y se «exponen» los riesgos, la personalidad de los portavoces científicos, la manera en que se desarrollan el diálogo y las negociaciones y el hecho de que se informe o no adecuadamente sobre las dudas, son factores que influyen sustancialmente en las políticas por las que se opta en última instancia para modificar y controlar los riesgos para la salud. Para aplicar políticas firmes de control de riesgos es fundamental que haya un clima de confianza entre todas las partes. Sin embargo, cuando las políticas de control y reglamentación de los riesgos han afectado los intereses de sociedades mercantiles (como las industrias alcoholera y tabacalera) ha habido muchos intentos bien planeados de provocar controversias entre los científicos y el público a fin de socavar el consenso político y social.

15. Las políticas de gestión de los riesgos deben tener en cuenta el contexto local, en particular la cultura y la sociedad, y las realidades políticas y económicas. No obstante, hasta ahora se han investigado poco los riesgos para la salud en los países de ingresos bajos y medios y en las distintas sociedades. Hay verdadera necesidad de tener más datos epidemiológicos sobre los riesgos para la salud e información conexa sobre cómo se perciben los riesgos y el proceso de comunicación al respecto. Por ejemplo, sigue sin entenderse bien cómo influyen la pobreza y el comportamiento en la vulnerabilidad de las distintas poblaciones al VIH/SIDA y cómo afrontan las personas los riesgos relacionados con su transmisión.

DE LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS A LA POLÍTICA DE SALUD

16. Las políticas de gestión de los riesgos varían en función de que se trate de riesgos para la salud estudiados científicamente y comunes (como la hipertensión, el consumo de tabaco y la falta de acceso a agua salubre), riesgos menos estudiados (ingesta de verduras, obesidad) o menos corrientes (carencia de zinc, absorción de plomo), de riesgos que no se conocen muy bien (cambio climático). Es probable que los niveles de incertidumbre científica varíen de manera similar.

17. Para que las estrategias de gestión de riesgos reporten las máximas ventajas para la salud, los decisores deben adoptar planteamientos que den prioridad al tratamiento de los riesgos ambientales de fondo (por ejemplo, el cambio climático) y los riesgos distales (por ejemplo, el saneamiento), así como a riesgos más proximales. Las estrategias también deben promover la prevención, tanto reduciendo la exposición de la población en general al riesgo como orientándose a los individuos con alto riesgo en grupos de población bien definidos.

18. La gestión de los riesgos infrecuentes o inciertos suele ser la más polémica. Algunos de los factores que inhiben la acción son: el conocimiento científico inadecuado, las grandes diferencias de percepción del riesgo, los conflictos entre las prioridades públicas y las privadas, la falta de pruebas suficientes para la reducción y la gestión de riesgos, y la vacilación al adoptar decisiones políticas. Es poco probable que se adopten políticas para reducir la exposición de toda la población. En función del grado de inquietud y de las polémicas a nivel científico, político y social, habrá diversas opciones políticas de gestión de riesgos: adopción de un compás de espera; la actuación orientada a reducir el grado de incertidumbre mediante otras investigaciones científicas; la espera del resultado de otros informes científicos y del diálogo social; o la adopción de un enfoque prudente, en particular si los riesgos son involuntarios.

19. Se puede invocar el principio de cautela cuando exista la opinión general de que puede haber un riesgo potencialmente grave y de que las consecuencias posibles, aunque no se conozcan, también pueden ser muy nocivas; cuando haya discrepancias fundamentales sobre la percepción del riesgo; y cuando las pruebas científicas del peligro, la probabilidad del riesgo o la magnitud de las consecuencias sean escasas o endebles. Este principio se invoca sobre todo en situaciones graves en que resulta imposible tomar decisiones debido al altísimo grado de incertidumbre y de controversia.

20. Los gobiernos deben desempeñar un papel importante en la reducción de la exposición de su población a los peligros, especialmente a riesgos invisibles e involuntarios. Por su parte la población debe entender la manera en que los gobiernos toman las decisiones relativas a gestión de riesgos. Se ha aprendido mucho acerca de la manera más eficaz de informar al público sobre los riesgos, incluida la necesidad de presentar todos los datos que se conozcan y los aspectos inciertos, y garantizar que los informadores sean expertos cualificados y reconocidos, pero independientes. Ello es importante para desarrollar un espíritu de confianza entre los funcionarios, los expertos, el público y los medios de comunicación.

21. La necesidad de establecer la confianza obliga a que el gobierno sea más abierto y que los organismos de reglamentación no estén sometidos a presiones políticas. Es necesario que toda la información sobre el riesgo sea de dominio público y que las actividades de los asesores científicos sean accesibles y públicas. Los medios de comunicación tienen que poder investigar y publicar libremente sus hallazgos.

TEMAS DE DISCUSIÓN PROPUESTOS

- ¿Cuáles son los principales riesgos para la salud en su país y qué certeza tiene de su magnitud relativa?

- ¿Son adecuados los sistemas de seguimiento y de vigilancia para averiguar si aumentan los niveles de exposición y en qué subgrupos de población lo hacen?

- ¿Qué impedimentos hay para llevar a cabo intervenciones destinadas a toda la población en lo que respecta a los principales riesgos a fin de reducir los niveles de exposición general?

- ¿Qué instituciones estatales deben reforzarse para reducir de manera más eficaz los principales riesgos para la salud en su país?

- ¿Qué medidas se podrían tomar para aumentar los recursos destinados a la prevención?

- ¿Qué estrategias de gestión de los riesgos muy inciertos hay en su país?

- ¿Cómo se puede aumentar la eficacia del proceso de comunicación sobre los riesgos en su país? ¿Puede servir una colaboración más estrecha con los medios?

ANEXO 1

SELECCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, 2000

		Grupos de paises con niveles altos o muy altos de mortalidad infantil y adulta[a]	Grupos de países con niveles bajos de mortalidad infantil y adulta[a]	Grupos de países con niveles muy bajos o bajos de mortalidad infantil[a]
Población total (miles)		**2 295 264**	**2 396 789**	**1 353 119**
Proporción estimada de la carga generada por los factores de riesgo (Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos)	%			
	>5	Malnutrición proteinoenergética Prácticas sexuales de riesgo	Consumo de alcohol Hipertensión arterial Malnutrición proteinoenergética Consumo de tabaco	Consumo de alcohol Hipertensión arterial Hipercolesterolemia Consumo de tabaco
	1-5	Consumo de alcohol Hipertensión arterial Hipercolesterolemia Humo procedente de combustibles sólidos en espacios cerrados Carencia de hierro Consumo de tabaco Agua insalubre y saneamiento e higiene deficientes Carencia de zinc	Alto índice de masa corporal Hipercolesterolemia Humo procedente de combustibles sólidos en espacios cerrados Carencia de hierro Inactividad física Agua insalubre y saneamiento e higiene deficientes	Alto índice de masa corporal Inactividad física
	<1	Abusos sexuales en la infancia Alto índice de masa corporal Absorción de plomo Falta de lactancia materna Inactividad física Determinados riesgos ocupacionales Inyecciones peligrosas Embarazos no deseados Carencia de vitamina A	Abusos sexuales en la infancia Absorción de plomo Falta de lactancia materna Determinados riesgos ocupacionales Inyecciones peligrosas Prácticas sexuales de riesgo Embarazos no deseados Carencia de vitamina A Carencia de zinc	Abusos sexuales en la infancia Humo procedente de combustibles sólidos en espacios cerrados Carencia de hierro Absorción de plomo Falta de lactancia materna Malnutrición proteinoenergética Determinados riesgos ocupacionales Inyecciones peligrosas Prácticas sexuales de riesgo Agua insalubre y saneamiento e higiene deficientes Embarazos no deseados Carencia de zinc
Carga de morbilidad (miles de avad perdidos)		**845 628**	**411 268**	**215 496**

[a] Véase el anexo 2.

Nota. Algunas causas actúan de manera conjunta y pueden combatirse mediante intervenciones combinadas, por ejemplo las relativas a la malnutricion y la carencia vitamínica.

ANEXO 2

COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS DE PAÍSES POR ESTRATOS DE MORTALIDAD

Para facilitar el análisis, los 191 Estados Miembros de la OMS se han dividido en cinco estratos de mortalidad atendiendo a su nivel de mortalidad infantil (5q0) y adulta (varones) (45q15): A = mortalidad infantil y adulta muy bajas; B = mortalidad infantil y adulta bajas; C = mortalidad infantil baja, mortalidad adulta alta; D = mortalidad infantil y adulta altas; E = mortalidad infantil alta, mortalidad adulta muy alta.
La matriz definida por las seis regiones de la OMS y los cinco estratos de mortalidad da lugar a 14 grupos de países, ya que no todos los estratos de mortalidad están representados en cada una de las regiones.

Región de la OMS	Estrato	Estados Miembros de la OMS
África	D	Angola, Argelia, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Comoras, Chad, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Guinea, Liberia, Madagascar, Malí, Mauricio, Mauritania, Níger, Nigeria, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Togo
	E	Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzanía, Rwanda, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia, Zimbabwe
Las Américas	A	Canadá, Cuba, Estados Unidos de América
	B	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
	D	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú
Asia Sudoriental	B	Indonesia, Sri Lanka, Tailandia
	D	Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Democrática de Corea
Europa	A	Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, San Marino, Suecia, Suiza
	B	Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Eslovaquia, Ex República Yugoslava de Macedonia, Georgia, Kirguistán, Polonia, Rumania, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Uzbequistán, Yugoslavia
	C	Belarús, Estonia, Federación de Rusia, Hungría, Kazajstán, Letonia, Lituania, República de Moldova, Ucrania
Mediterráneo Oriental	B	Arabia Saudita, Bahrein, Chipre, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria, Túnez
	D	Afganistán, Djibouti, Egipto, Iraq, Marruecos, Pakistán, Somalia, Sudán, Yemen
Pacífico Occidental	A	Australia, Brunei Darussalam, Japón, Nueva Zelandia, Singapur
	B	Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam