

## Mesa redonda

### Impacto de la información sobre salud en la relación médico/paciente y en la salud pública

*The impact of information on health on the doctor/patient relationships and on public healthcare*

*La información sobre salud se ha multiplicado en los últimos años. El impacto que provoca variará si el destinatario es un paciente o la sociedad en general. La información disponible en los medios de comunicación e Internet está contribuyendo a modificar la tradicional relación médico/paciente, con un cambio de un modelo paternalista a una actitud más participativa por parte del paciente en la toma de decisiones. Sin duda, el incremento en las fuentes de información, a las que acceden profesionales sanitarios y no sanitarios, ha provocado diversas modificaciones también en la salud pública. Este tema es analizado desde cuatro interesantes perspectivas.*

---

### Repercusiones de la información en la relación médico/paciente y en la salud pública

*Information influences the doctor/patient relationship and public healthcare*

**Josep M<sup>a</sup> Borràs Andrés**

Existen muchas fuentes de información. En Estados Unidos, muchos periódicos incluyen columnas dedicadas a cuestiones de salud y los diarios publican noticias médicas de interés periodístico, las revistas incluyen artículos sobre atención sanitaria, casi todas las emisoras de radio y televisión informan sobre estas cuestiones, hay un marcado incremento de los libros médicos destinados al gran público y por último, no se puede olvidar la presencia de Internet. La proliferación de información médica fácilmente accesible plantea varias preguntas: ¿afectará a la relación médico/paciente?, ¿afectará a la salud pública? La respuesta, en ambos casos, es un sí rotundo. Tal y como dijo un escritor «el conocimiento es poder y el poder altera las relaciones». <sup>1</sup> Otra cuestión clave es si todo ello repercutirá de manera favorable o desfavorable. La respuesta es obvia: de ambas maneras. El sentido común apunta que habrá buena y mala información; y ya se sabe que incluso la buena información en ocasiones se malinterpreta o se utiliza indebidamente, mientras que la mala información puede acabar resultando positiva. Hay pocos datos concretos y lo que existe hace pensar que las repercusiones son variables, en función de múltiples factores:

- *Repercusiones en la relación médico/paciente.* No existe una única relación. Ésta será distinta en cada caso, e incluso variará con el mismo médico y paciente en diferentes situaciones. Las relaciones presentan un amplio margen de variación. A menudo presenciamos aquellas en las que el médico está en posesión de todo el poder y la autoridad, pero cada vez hay más casos en los que médico y paciente colaboran en condiciones de igualdad. Hoy día, cada vez es más elevado el número de pacientes que intentan gestionar su propia salud, con la ayuda de grupos formales de autoayuda, grupos de amigos y familiares. Un extremo de esta última tendencia es la autoterapia, con poca o ninguna relación con el médico. El cambio en las relaciones médico/paciente apunta en la dirección en la que los médicos opten por compartir la responsabilidad de la información, ayudando al paciente a distinguir entre informaciones buenas y malas, y consiguiendo una relación aún mejor con sus pacientes, sobre todo con los que padecen enfermedades crónicas y trastornos poco comunes.
- *Repercusiones en la salud pública.* Internet es un campo abonado para los profanos que buscan

información médica. Un portavoz del Departamento de Sanidad y Servicios Sociales de Estados Unidos manifestó que «intentar obtener información sanitaria de Internet es como beber de una manguera de incendios, sin saber siquiera de dónde procede el agua».<sup>2</sup> Los mensajes relacionados con salud pública incluidos en revistas, periódicos, radio y televisión son el pan nuestro de cada día. Todas estas fuentes de información poseen motivos que pueden interferir en una comunicación constructiva y beneficiosa. Pero los medios informativos se enfrentan a una dura competencia, plazos urgentes y la necesidad de captar audiencia. Esto explica que busquen el sensacionalismo y presenten una tendencia a la exageración. Y lo que es peor, cada uno de los médicos, investigadores y revistas médicas que les proporcionan información tienen sus propias motivaciones y objetivos. En principio, es necesario mostrar una actitud crítica frente a todas estas fuentes de información, algunas de ellas especialmente poderosas.

### **Bibliografía**

1. Mc Lellan F.: «Like hunger, like thirst!: patients, journals, and the Internet», *Lancet* 1998; 175: S1139-S1143.
2. Chi-Lum B.I., Lundberg G., Silburg W.M.: «Physicians accessing the Internet, the PAI project: an educational initiative», *JAMA* 1996; 275: 1361-1362.

---

## **De medicina basada en la evidencia a información basada en la evidencia**

*From evidence-based medicine to evidence-based information*

### **Robert Berkow**

La relación médico/paciente se caracteriza por la asimetría de la posición que ocupan ambas partes. Así, el médico posee un nivel de conocimientos especializados y una experiencia clínica, lo que contrasta con la experiencia vital de la enfermedad por parte del paciente. Como consecuencia de las diferentes posiciones que ocupan el médico y el paciente, y su valoración, se han elaborado distintos modelos de análisis. El primer modelo clásico se caracteriza por el paternalismo en la relación, claramente dominada por el médico, con un paciente en actitud pasiva. Otra visión contrapuesta es la del paciente que actúa con autonomía completa para escoger, aceptar o rechazar las indicaciones médicas y que responde a un modelo equiparable al de un cliente consumidor. Un modelo intermedio entre los dos anteriores es el de la relación médico/paciente como un proceso informado en la toma de decisiones. La investigación sobre este tema ha demostrado que el paciente desea recibir información amplia sobre su enfermedad, adaptada a su situación personal, pero sólo una minoría desean participar activamente en la decisión terapéutica. La mayoría de la población prefiere que sea el médico quien se responsabilice de ella.<sup>1</sup>

En los últimos años, los cambios en la relación médico/paciente se sitúa en la dirección de pasar de una actitud más paternalista a una más participativa por parte del paciente en la decisión médica. Cambio que se ha visto favorecido por diversos factores, entre ellos cabe destacar la importancia atribuida al principio de autonomía del paciente y que se puede concretar en la difusión del consentimiento informado. Todos estos cambios se evidencian más en patologías como el cáncer, que son percibidas como una potencial amenaza vital y son relativamente frecuentes. En el cáncer, hay determinadas decisiones terapéuticas que se plantean entre distintas alternativas, con consecuencias a largo plazo notablemente diferentes para el paciente y que deben ser valoradas por él mismo. De hecho, en la atención oncológica los pacientes cada vez con más frecuencia buscan información adicional que les permita tomar decisiones con mayor grado de convencimiento, en esa situación de incertidumbre sobre los beneficios y los riesgos de los tratamientos. Una prueba de esta

tendencia es la extensión de las consultas de segunda opinión en oncología. Éstas permiten al paciente y a su familia afrontar el tratamiento con mayores garantías y convicción sobre la opción finalmente elegida. Aunque pueden generar una mayor incertidumbre sino se usan de forma juiciosa por parte del médico que efectúa la segunda opinión.<sup>2</sup>

### **Las fuentes de información sobre el cáncer**

El incrementar la autonomía del paciente y de los ciudadanos como potenciales usuarios de los servicios sanitarios requiere mejorar su información. La primera cuestión es de dónde recibe información la población y de dónde prefiere percibirla. Algunos datos sobre esta cuestión proceden de una encuesta realizada en Gerona, a una muestra representativa de mujeres entre 40 y 69 años de edad. El estudio se practicó en 1992 y fue repetido en 1997. Se observa que los medios de comunicación tuvieron un papel clave para facilitar información sobre cáncer a esta población. La prensa escrita era más relevante en las mujeres más jóvenes, mientras que los medios audiovisuales lo eran en las mujeres de edad más avanzada. Destacó la baja proporción de médicos y profesionales sanitarios que las mujeres encuestadas definieron como fuente de información sobre el cáncer; en claro contraste con la relevancia de la red social de amigos y conocidos. Pero, en lo que atañe a la fuente de información de preferencia, el resultado fue notablemente distinto: dos tercios de las mujeres preferían estar informadas por profesionales sanitarios, mientras que el papel de los medios de comunicación como fuente de información preferida era menor. El mayor descenso se produjo en la categoría de los amigos y familiares. Por último, si bien el nivel de información sobre el cáncer era aceptable, todavía quedaban grupos de población que consideraban el cáncer como una enfermedad de consecuencias necesariamente fatales e incluso con un tratamiento que puede ser perjudicial para el enfermo. Los resultados de este estudio permiten poner de manifiesto la importancia del papel de los medios de comunicación en la información que recibe la población sobre el cáncer y probablemente sobre otras enfermedades.

Los medios de comunicación, cuando hablan de medicina, crean expectativas de progresos continuos y la posibilidad de aplicación inmediata de las nuevas terapias. Además, al centrarse en aspectos dramáticos y milagrosos de las historias médicas, refuerzan estas expectativas.<sup>3</sup> El hecho es que los contenidos de estas noticias tienen una lectura diferente en los pacientes y los familiares. Por un lado, los pacientes leen con suma atención cualquier palabra de esperanza sobre el cáncer en un artículo periodístico o en Internet. Así, el significado que le atribuyen a la información publicada es directo e inmediato, creyendo que el nuevo fármaco que se ha probado en el laboratorio ya es posible aplicarlo en la clínica. Por ese motivo, la información disponible, tanto en los medios de comunicación como en Internet, está contribuyendo a modificar notablemente la relación médico/paciente.

### **Algunas perspectivas**

La relación médico/paciente siempre presenta un grado de incertidumbre que tanto uno como otro tratan de limitar. La incerteza se ve reflejada en preguntas acerca del pronóstico de la enfermedad o de cuál es la mejor estrategia terapéutica. También se refleja en las preguntas clásicas: ¿porqué me ha tocado a mí?, ¿por qué ahora?

Cuestiones que siempre están presentes en enfermedades como el cáncer y que en muchos casos tienen difícil respuesta con los conocimientos actuales.<sup>4</sup> Los médicos deberán afrontar cambios en su relación con los pacientes, introduciendo la valoración de sus preferencias respecto de las opciones terapéuticas existentes.<sup>5</sup> Ello conllevará el abandono de prácticas clínicas tradicionales derivadas del modelo paternalista de relación. En este sentido, una línea de trabajo interesante es la elaboración de instrumentos específicos para ayudar a los pacientes a definir sus preferencias.<sup>6</sup>

La medicina basada en la evidencia se debe transformar en la información basada en la evidencia

para los pacientes y sus familiares. El paso esencial consiste en aceptar, tanto el médico como el paciente, la necesaria incertidumbre que siempre acompañará la traducción de los resultados de la investigación a la realidad clínica de un paciente concreto. En este sentido, se debe notar que existe una cierta tendencia en la medicina actual a actuar negando la incertidumbre, porque así parece que se mantiene una imagen de mayor racionalidad.<sup>7,8</sup> Se deben promover fuentes de información de acceso público, con contenidos adaptados a las necesidades de los pacientes y que den respuestas basadas en el conocimiento científico a las preguntas más habituales en oncología.<sup>9</sup> Evidentemente, Internet es el medio que tiene mayor futuro en este ámbito, aunque en casos mediado por intereses comerciales, por lo que se deben elaborar ofertas basadas en la evidencia.<sup>9</sup>

Un hecho constatable y que tiende a aumentar es la necesidad de muchos pacientes y de sus familiares y amigos a buscar información adicional para contrastar o complementar la proporcionada por el médico. Los grupos de ayuda mutua, que están apareciendo en oncología y en otras patologías, son una fuente de información adicional cuya importancia se basa en poder compartir información basada en la experiencia vital de haber padecido la misma enfermedad. Estos grupos también tienen una notable presencia en Internet.

Los pacientes buscan una información distinta de la población general, lo que debería ser tenido en cuenta a la hora de evaluar cuál es el impacto de la información de los medios en la relación médico/paciente en patologías graves como es el cáncer. La difusión de la información mediante instrumentos como Internet y la mayor presencia de noticias médicas en los medios de información tradicionales permitirán que los pacientes dispongan de más información (lo cual no es necesariamente positivo si esta información no es equilibrada y de calidad contrastada). El contexto en el que se recibe la información es muy relevante en el momento de juzgar su impacto. Avanzar en la dirección de la información basada en la evidencia requiere proporcionar una mayor cantidad de datos de contexto para interpretar mejor el sentido de la información facilitada, así como tener en cuenta la incertidumbre inherente a la práctica clínica y a la traducción de los resultados de la investigación en la definición de estrategias terapéuticas para un paciente concreto.<sup>10</sup>

## Bibliografía

1. Deber R.: «The patient-physician relationship: Changing roles and the desire for information», *Canadian Med J* 1994; 151: 171-179.
2. Sikora K.: «Second opinions for patients with cancer», *BMJ* 1995; 311: 1179-1180.
3. Chapman S., Lupton D.: *The fight for public health: principles and practice of medical advocacy*, Londres, BMJ Pub Group, 1994.
4. Coulter A., Entwistle V., Gilbert D.: «Sharing decisions with patients: is the information good enough?», *BMJ* 1996; 318-322.
5. Kassirer J.: «Incorporating patient's preferences in medical decisions», *NEJM* 1994; 330: 1895-1896.
6. Levine M.N., Gafni A., Markham B. *et al.*: «A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer», *Ann Intern Med* 1992; 117: 53-58.
7. Naylor D.: «Grey zones of clinical practice: some limits to evidence based medicine», *Lancet* 1995; 345: 840-842.
8. Longan R.L., Scott P.J.: «Uncertainty in clinical practice: implications for quality and

costs of health care», *Lancet* 1996; 347: 595-598.

9. Jovell A.: «Bibliotecas en ciencias de la salud: el futuro de la gestión digital del conocimiento», *Quark* 1999; 14: 24-36.

10. Entwistle V., Joden A., Sheldon T.A., Watt I.S.: «Evidence-informed patient choice: practical issues of involving patients in decisions about health care technologies», *Ins J Technol Ass Health Care* 1998; 14: 212-225.

---

## Necesidad de intercambio de información entre médico y paciente

*Doctors and patients need to exchange information*

**Federico Sánchez Martínez**

El derecho a la información sanitaria figura en el artículo 43 de la Constitución Española. Además, la Ley General de Sanidad (LGS), en su artículo 10 apunta el derecho a la información sobre los aspectos asistenciales. En consecuencia, deberíamos cuestionarnos si, conforme a la LGS, el ciudadano tiene derecho a la información sanitaria general, es decir, derecho a aquella información que resulta necesaria para tener un adecuado conocimiento de los problemas de salud y, en consecuencia, poder adoptar las decisiones oportunas. En el artículo 18 de la LGS se recogen las actuaciones que desarrollarán las administraciones públicas. Los derechos reconocidos en el artículo 10 son verdaderos derechos subjetivos, es decir, son los derechos en los que el ciudadano puede exigir su cumplimiento y acudir, en su caso, a la vía jurídica oportuna. En cambio, no reconoce el derecho de los ciudadanos a recibir la información epidemiológica o a la educación sanitaria adecuada. Esta «deficiencia» ha sido superada por algunas leyes autonómicas, un caso concreto es la Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias. Existen otras leyes generales que complementan, aclaran y profundizan sobre el derecho a la información sanitaria como consta en el Real Decreto 63/1995.

¿Cuáles son las fuentes de información? Las *administraciones públicas o autonómicas* son las encargadas de brindar la información sanitaria, con la finalidad de promover y proteger la salud. Contando con dos recursos fundamentales: el primero, el servicio de atención al paciente, que da respuesta a la necesidad institucional de poder ofrecer un lugar centralizado de información. El problema es que esto sólo existe, actualmente, en la atención especializada. El segundo recurso con el que cuenta sería la propia Consejería de Sanidad. Otra fuente de información es *el profesional sanitario*, en el cual recae la responsabilidad de la información individualizada a los usuarios. Por razones históricas y tradicionales, el que ha tenido el papel de la información sanitaria al usuario ha sido el médico. Con la nueva práctica de elección de especialistas y centro hospitalario, el médico sigue siendo el principal elemento en el que se apoya el usuario para poder obtener información. La realidad nos dice que el artículo 10 de la LGS no se cumple en su totalidad. El usuario no recibe de forma comprensible (tanto oral como escrita) información alguna. Cuando se da la información hablada, no hay tiempo suficiente para una información mínima, los diagnósticos suelen resultar poco o nada comprensibles por la cantidad de tecnicismos y, por último, la confusión aún aumenta cuando le informan sobre la enfermedad al mismo tiempo que le están escribiendo las recetas. Cuando la información es escrita, en ocasiones, se niega el acceso a su información sanitaria poniendo dicha información en un sobre cerrado, los informes tienen un lenguaje indescifrable y no se deja por escrito las peculiaridades del tratamiento. Todo esto puede derivar en un incumplimiento,

aunque es sabido que el paciente cumple el tratamiento con más facilidad si mantiene una buena relación con su médico y participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria.

Todo esto se agrava en el caso de las enfermedades crónicas, en las que más que la simple información, el usuario necesita educación, pues tendrá que vivir con esa enfermedad toda su vida y las necesidades de información variarán durante el curso de la enfermedad. En estos casos la educación debe ser terapéutica, según las posibilidades de cada individuo y hasta donde se quiera involucrar el enfermo. La persona deja de ser *paciente* para pasar a ser *agente* de su propia salud, necesitando una educación individualizada y, más tarde, una educación grupal.

Pero todo esto no se cumple casi nunca, teniendo el paciente que conseguir la información de otras fuentes: personal de enfermería, grupos u organizaciones de pacientes. Unas veces por falta de tiempo en las consultas y otras porque la relación que ha habido entre el médico y el paciente ha sido siempre asimétrica y paternalista. Afortunadamente los avances sociales y culturales están haciendo posible un cambio de actitud. Primero en los pacientes y después en los médicos, están provocando una nueva forma de relación médico/paciente basada en la información mutua y en la toma de decisiones compartidas. La frase «trata como quieras ser tratado» podríamos cambiarla por «informa como quieras ser informado». No podemos olvidar que en la atención sanitaria existen otros profesionales que cada vez más están asumiendo un papel relevante como es el caso del personal de enfermería, farmacéuticos, dietistas, etc.

Por su parte, la industria farmacéutica aporta una información sanitaria cada vez más importante, sobre todo a través de los prospectos. Pero los usuarios pensamos que se debería incluir otro, a modo de guía del usuario, con un lenguaje más coloquial y asequible. Los medios de comunicación, tanto escritos como audiovisuales, asumen un papel importantísimo en la información que llega a la población. Periódicos, revistas, radios y televisiones dedican espacios a esta información. Pero, desde mi punto de vista, en los medios de comunicación se peca en exceso de las noticias que dan falsas expectativas o crean ideas erróneas. Hoy día, a través de Internet, se puede obtener cantidad de información pero el problema radica en la calidad, porque en ocasiones un exceso de información puede ser tan frustrante como la ausencia de la misma.

---

## La información y la salud pública

*Information and public healthcare*

**Andreu Segura Benedicto**

Para definir *salud pública* emplearé el concepto de Winslow: «La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud y la vitalidad mental y física de las personas mediante una acción concertada de la comunidad dirigida al saneamiento del medio, al control de las enfermedades de importancia social, a enseñar las reglas de la higiene personal, a organizar los servicios médicos y de enfermería de acuerdo con los principios del diagnóstico y el tratamiento precoz y la prevención de enfermedades; así como a poner en marcha las medidas sociales apropiadas para garantizar a cada uno de los miembros de la comunidad un nivel de vida compatible con el mantenimiento de la salud, con la finalidad última de permitir a cada persona el disfrute de su innato derecho a la salud y a la longevidad».<sup>1</sup>

Para que la salud pública pueda alcanzar sus objetivos, una parte de sus actividades consiste en la

difusión de la información disponible a la población. Incluso se ha desarrollado una disciplina propia, la denominada *educación para la salud* para que las personas puedan ejercer sus opciones en la relación con la salud y los servicios sanitarios de la mejor manera posible. Sin embargo, las decisiones que los humanos tomamos no se basan siempre, ni exclusivamente, en consideraciones racionales. En el ámbito de la salud pública, tal y como se entiende aquí, el impacto de la información puede considerarse en distintas vertientes. Una de ellas es la que se refiere a la sanidad, es decir, a la organización de los servicios dedicados a la promoción, a la protección y a la restauración de la salud. Las opiniones de los hechos relacionados con esta dimensión, de los que acostumbran a hacerse eco los medios de comunicación, se producen en el estamento político, entre los profesionales y, a veces, entre los consumidores de los servicios sanitarios. Otra dimensión es la que trata de los problemas de salud que afectan a las personas y a las comunidades, que pueden ser de carácter agudo y urgente o de naturaleza crónica y persistente.

El impacto de la información sobre la población depende, en teoría, de bastantes factores. Una vez se ha elaborado y emitido el mensaje sus propias características son importantes: la exactitud, el grado de complejidad/claridad, la consistencia interna, la redundancia, etc. Pero también son las características del posible receptor: su capacidad para detectar su existencia (acceso a la información), su preocupación, interés o motivación sobre los contenidos (según la implicación que le despierte) o el grado de comprensión (metalenguaje: valores culturales, grado de instrucción) que puede llevarle a modificar o no su comportamiento o expectativas. El análisis del impacto de la información sobre la salud como objeto de investigación es una cuestión compleja. Se puede plantear de forma global, aunque dada la ausencia de un marco teórico suficiente, esta perspectiva tiene muchas limitaciones. Ello nos lleva a considerar la importancia del proceso de elaboración de la información (puede ser más decisivo que el tono, más o menos sensacionalista, o que el grado de detalle con el que se trata una noticia). Desde luego, la realidad es algo que nunca puede reflejarse completamente mediante la información. Aunque se dé la aparente paradoja de que, a su vez, la información crea, en cierta forma, una nueva realidad. Por ello resulta inevitable que el reflejo que de la realidad pretende ser la información, produzca una distorsión de aquélla. Si el reflejo no existe se da una omisión. Ésta, como ocurre de forma todavía más perceptible con la distorsión, puede ser involuntaria o voluntaria, consciente o inconsciente. La omisión voluntaria consciente puede deberse simplemente a la necesidad de optar entre las múltiples facetas de la realidad que son susceptibles de tratamiento informativo y la que los medios de comunicación tratan, en la mayoría de las veces, cuestiones de actualidad. Claro que, en ocasiones, la omisión obedece a otros criterios, entre los que destacan los relacionados con los intereses y los valores del informante como institución. Bien es cierto que los medios profesionales y científicos también ejercen su propia selección sobre los temas que deben ser objeto de investigación o de análisis, y que los criterios para hacerlo tienen que ver con sus propios valores e intereses, como no puede ser de otro modo. Pero que la influencia de los valores y los intereses en la selección de lo que se estudia o se difunde sea inevitable no significa que se deba ignorar. En resumen, no es malo tener intereses (no tenerlos tal vez sí lo sea), pero sí lo es disimularlos o esconderlos. Porque entonces podemos hablar de manipulación y de falta de ética. No se pueden olvidar tampoco los intereses y los valores de los receptores de la información. La audiencia que consiguen los medios y las informaciones que transmiten depende --sólo en parte, pero depende-- de la aceptación de los receptores. Lo que tiene que ver con la coincidencia real o supuesta de valores e intereses y también con la credibilidad que les merecen los distintos medios y fuentes. La credibilidad es un factor básico para valorar el impacto. Y no sólo afecta al mensajero, también a la fuente. Lo más grave es que la credibilidad de la población con respecto de los responsables políticos merma y se pierde la mínima confianza necesaria para que la sociedad funcione. Aunque no lo parezca, la población es capaz de admitir la incertidumbre, aunque sólo sea porque no hay más remedio. De todas maneras, una cierta desconfianza puede resultar hasta conveniente, sobre todo cuando las fuentes tienen una visión excesivamente dogmática. De hecho, la duda sistemática, más o menos razonable, es uno de los elementos básicos del progreso científico. Porque el acuerdo y la adhesión no generan cambio y sin cambio no hay avance.

Una cosa son las hipótesis explicativas que se contrastan de un modo parcial por las investigaciones científicas y que proporcionan piezas para el conocimiento de la realidad y otra bien distinta haber

conseguido el conocimiento suficiente para justificar razonablemente una determinada intervención. Sobre todo si se tiene en cuenta que las propuestas de intervenciones médicas preventivas o curativas suponen, en la práctica, una intensa modificación de muchos elementos: desde los comportamientos de las personas a la organización de servicios sanitarios. Naturalmente, no parece lógico pedir a la industria sanitaria ni a los investigadores o a los profesionales que asuman la responsabilidad que corresponde a la comunidad entera. Pero sí que la comunidad se dote de algún instrumento que permita aprovechar las aportaciones parciales de la innovación. En este sentido, sería muy deseable la existencia de instituciones públicas que valoraran el impacto global de las innovaciones sobre salud de la población, de forma que, al menos en el sector público, se pudieran elegir las opciones más razonables. En cambio el impacto de la tecnología en el consumo es de una magnitud mayor. Es decir, lo que explica la mayor parte del incremento de los costes es lo que el sistema sanitario hace.<sup>2</sup> Ciertamente, las expectativas de los pacientes desempeñan un papel en esta situación. Y éstas no han dejado de incrementarse, como tampoco lo ha hecho la convicción de las gentes de que la sanidad puede solucionar sus problemas de salud, y por lo tanto, somos más exigentes que décadas atrás. Pero, además del hecho de que tales expectativas han sido originalmente generadas por la industria sanitaria y por los propios profesionales, siguen siendo los profesionales quienes toman la mayoría de las decisiones de intervención influidos más por la industria sanitaria que por las expectativas de los usuarios.

Como hemos visto, la idea de riesgo se revela como la base sobre la cual justificar racionalmente las intervenciones sanitarias, aunque ni la población ni tampoco los profesionales sanitarios lo manejen con soltura. Tal vez porque se trata de un concepto probabilístico, y las probabilidades son algo elusivas para el sentido común.<sup>3</sup> Además, las percepciones de los seres humanos no dependen sólo de argumentos lógicos. Los valores culturales tienen gran importancia sobre la percepción del riesgo,<sup>4</sup> lo que se traduce también en el interés de los medios de comunicación social a la hora de difundir información sanitaria.<sup>5</sup> Nuestra sociedad tiene un comportamiento contradictorio frente al riesgo. En primer lugar, no se acaba de entender muy bien su significado. El concepto, como se utiliza por parte de la epidemiología, es matemático. Se trata de una probabilidad condicional. Y ya es sabido que la noción de probabilidad se presta a muchos malentendidos.<sup>6</sup> En segundo lugar, lo que nos parece un riesgo voluntario genera mucho menos interés y preocupación aun cuando, en realidad, la voluntariedad no sea tal.

A pesar de las dificultades, el único camino es el de relacionarnos con los conceptos de riesgo de modo sensato. Y los profesionales de la salud pública tenemos el deber de explicarlo de forma comprensible a la población.

## Bibliografía

1. Winslow C.E.A.: «The untilled field of public health», *Mod Med* 1920; 2:183-186.
2. Puig J.: CRES/UPF, Reunión AMES, 1999.
3. Tversky A., Kahneman D.: «Judgement under uncertainty: heuristics and biases», *Science* 1974; 185: 1124-1131.
4. Douglas M.: *La percepción del riesgo en las ciencias sociales*, Barcelona, Paidós, 1994.
5. Covello V.T.: «Risk perception and communication», *Canadian J Public Health* 1995; 86: 78-90.
6. Palmerini M.P.: *Los túneles de la mente*, Barcelona, Grijalbo, 1996.

**Participantes:****Josep M<sup>a</sup> Borràs Andrés**

Licenciado y doctor en medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Desde 1997 es director del Instituto Catalán de Oncología. Ha trabajado como colaborador técnico en el Programa CRONICAT de prevención de enfermedades crónicas. Es director de Atención Oncológica del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, de la Generalitat de Catalunya, y responsable del Área de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas.

jmborras@ico.scs.es

**Robert Berkow**

Doctor en medicina por la Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland, y posgrado en medicina y psiquiatría en el Strong Memorial Hospital, de la Universidad de Rochester. En su trayectoria profesional ha recibido numerosos premios y cuenta con un elevado número de publicaciones. Director editorial de la última edición del *Manual Merck de información médica para el hogar*.

berkow@merck.com

**Andreu Segura Benedicto**

Profesor titular de la Universidad de Barcelona, especialista en medicina preventiva y salud pública. Es funcionario de la Administración sanitaria pública desde 1978. Dirige el Instituto Universitario de Salud Pública de Cataluña desde su creación en 1994.

asegura@bell.ub.es

**Federico Sánchez Martínez**

Presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE), de la que fue fundador y vocal. Presidente y fundador de la Federación Regional Murciana de Diabéticos (FREMUD). Diplomado en ciencias empresariales por la Universidad de Murcia y maestro industrial por la Escuela de Aprendices de Formación Profesional del Bazán.

fsanchez@enbazan.es

