

El Compromiso de Buitrago

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:187-188

Sin duda el pasado 22 de abril de 2005 se vivió en la sede madrileña de la Organización Médica Colegial un día histórico para la Atención Primaria de Salud de este país; en este día se avanzó un paso más en la necesaria modernización de la reforma de Atención Primaria que se inició hace 25 años.

Este día se reunieron todas las sociedades científicas y asociaciones profesionales de Atención Primaria para elaborar un mensaje común, donde se advierte de la urgente necesidad de adoptar medidas para evitar la involución del sistema sanitario público en general y especialmente de la Atención Primaria, cuyo abandono es notorio y progresivo. Se palpó entusiasmo, ilusión y esperanza ya que, por primera vez desde hace mucho tiempo, todas las sociedades y asociaciones interesadas se han unido para consensuar medidas para la mejora de la calidad y dignidad de la Atención Primaria con una actitud de colaboración en lo que nos une y de respeto a las lógicas y enriquecedoras diferencias.

Esta actitud de las organizaciones involucradas en la Atención Primaria despertó el entusiasmo de los médicos de a pie que allí estaban, al ver cómo sus organizaciones representativas se aglutinaban y se movían conjuntamente aunando esfuerzos. El resultado fue mágico, en la sala, abarrotada, los asistentes formaron un único equipo dispuesto a mejorar sin escatimar esfuerzos y colaboración.

Esta favorable impresión se basa en dos logros: uno, las excelentes ponencias presentadas en cuatro mesas y cuyos contenidos bien merece la pena conocer, y otro la presentación y aprobación del documento denominado "El Compromiso de Buitrago". En este documento se insiste en la importancia de tener siempre presente la meta del sistema sanitario público, que es resolver problemas de salud de forma eficiente, equitativa y satisfactoria, y ser conscientes que tanto gestores como profesionales somos depositarios y no propietarios de un sistema sanitario y, por tanto,

tenemos que responder de lo que hacemos y cómo lo hacemos.

Este documento es un compromiso con la sanidad pública que se constituye como algo irrenunciable en una sociedad que pretende sustentarse en la justicia, la equidad y la solidaridad, un compromiso para conseguir conjuntamente con los gestores que el sistema público de salud se base fundamentalmente en valores éticos y humanos y no sólo en los económicos; un compromiso de responsabilidad con la meta, responsabilidad que necesariamente tiene que acompañarse de autoridad y libertad y un compromiso de todas las organiza-

ciones firmantes de respetar las diferencias y de colaborar entre todos para conseguir una Atención Primaria con calidad, calidez y dignidad.

Hasta la fecha se han sumado 34 organizaciones de todo tipo y esto no ha hecho más que empezar; sin duda el 22 de abril de 2005 se abrió la puerta a una nueva era de mayor autoestima, de mayor colaboración, esfuerzo y responsabilidad y de mayor ilusión, lo que hará que nos aproximemos más a la meta del sistema público de salud y a que la Atención Primaria ocupe el lugar que siempre debió tener como eje del sistema sanitario público.



Corrección de errores

En el número 25 (enero/marzo de 2005):

En el artículo "Maltrato entre iguales en la escuela (*bullying*)", ¿cuál es el

papel de los pediatras de Atención Primaria?, en la página 11 la dirección de correo electrónico de la primera autora contiene un error, la dirección correcta de M.^a Soledad Galardi es mgalardi@apar.osakidetza.net

La obesidad en niños y adolescentes; un problema complejo

J. Bras i Marquillas
Pediatra, CAP Poble Nou, Barcelona.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:189-191
Josep Bras i Marquillas, jbrasm@menta.net

La sociedad opulenta engorda, la de renta baja desnutre. Qué raro, ¿verdad?

Con un genotipo adaptado a sobrevivir en las carencias crónicas (homeostasis metabólica ahorradora, lipogénica), ahora andamos en la opulencia crónica, acumulando grasa sin límites.

El cambio de entorno está generando adaptaciones fenotípicas, pero a la larga esperemos que sean genotípicas, que resulta más cómodo. Imagínense que el genotipo nos regulase el tipo.

Algunas generaciones, las de la llamada transición nutricional, propia de un país en fase de rápido crecimiento y desarrollo, se vieron desbordadas por la imprevista sobrecarga dietética de glúcidos (hiperinsulinismo), lípidos (esteatosis, cetosis, decalcificación) y prótidos (hipertensión, hiperuricemia), y fueron

vencidas por la avasalladora dictadura de la comodidad (coche, ascensor, sofá, televisión, vídeo, *zapping*, ¡incluso el teléfono acude a nosotros!). Ahora, vistos los resultados en obesidad y otras patologías acompañantes, bueno será empezar a ejercer una corrección cultural adaptativa, basada en modificar la dieta y el sedentarismo. Sin buscar culpables, simplemente con mirada objetiva, amplia, con inteligencia, habilidad y objetivos realistas.

Y bueno es que nuestra Administración llegue a tiempo (y perdónenme nuestros gobernantes, pero yo añado: me resulta casi increíble) y se proponga liderar o impulsar este proceso activo de corrección, caracterizado por ser un proceso social global, multisectorial, a largo plazo y de gran interés ciudadano. Esta propuesta está contenida en la es-

trategia NAOS auspiciada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y hay que destacar que sobre el papel está muy bien diseñada y elaborada. Ignoro su financiación y potencia real.

Como cualquier proceso de corrección, se enfrentará a una inercia estructural, tendrá (tendremos) una marcha muy larga, y probablemente habrá altos índices de fracaso iniciales. Y hay que asumirlo. Hay que recordar como ejemplo la lucha antitabáquica.

Pensemos simplemente en algunos pequeños detalles: los intereses económicos inicialmente contrarios, las inercias culturales históricas arraigadas, como la tradición gastronómica, la rutina social que asocia hiperfagia a vitalidad o vitalismo, la imagen bonachona y adorable de la obesidad, la asociación amor-hijos-alimentación ("a mis hijos que no les falte de nada"), el tránsito rápido del potaje a la comida rápida *imperial*, o la socorrida a domicilio, o en restaurante, porque nadie puede perder tiempo cocinando. Y cenamos con la tele (eso sí, viendo deportes). La familia, más que un entorno de relación, ya empieza a parecer más bien una unidad de producción y consumo con niños en medio.

Pensemos, también, en el marcado déficit normativo de nuestros padres ac-

tuales, con déficit de contención y una tendencia a las regresiones orales y a la alimentación compulsiva (chupeteo persistente, mordisqueo lúdico, comedores maniáticos).

O en los excesos de grasas ocultas en algunas carnes, el abuso cultural de los jóvenes en saborizantes (pensemos en el *ketchup* y la mostaza como condimentos, ¡hasta en la sopa!).

Ante un problema social, multicausal, que avanza de forma imparable, sólo una intervención envolvente, multiescenario, bien dotada de recursos (siempre serán menores que los que cuesta la obesidad) y evaluada de forma imparcial es la única posible respuesta coherente. Su efectividad está por ver, pero las actuaciones anteriores ya revelaron su ineffectividad.

Los pediatras y todos los sanitarios obviamente ayudaremos desde las consultas y, si es preciso, en revistas, tele o radio. Empezaremos por registrar sistemáticamente el IMC en cada control. Pero somos colaterales. Porque el problema de la obesidad es antropológico. Sanitarias son sólo sus secuelas.

Por cierto, un problema teórico, pero gordo. Si las curvas de crecimiento se calculan en una población con más del 30% de afectos de sobrepeso y el 15%

de obesos, supongo que todas las curvas también engordarán, y entonces los percentiles, complacientes, subirán. Y

¿cómo definiremos entonces la obesidad?

Ver también en este número:

- Obesidad en la infancia y adolescencia. Revisión. J. Bras i Marquillas (página 33).
- Prevención de la obesidad infantil.

J. Colomer Revuelta y Grupo Prev-Infad (página 79).

- Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, Prevención de la Obesidad). Ministerio de Sanidad y Consumo (página 165).

