

**Entrevista a María Seguí-Gómez, profesora
de las Universidades de Navarra y Johns Hopkins (USA)**

*María Seguí-Gómez, Profesora
Agregada del Departamento
de Epidemiología y Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad
de Navarra. Adjunct Associate
Professor Department of Health Policy
and Management and Center for Injury
Research and Policy; Johns Hopkins
University Bloomberg School of Public
Health (USA).*



María Seguí-Gómez.

LA RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA

La seguridad vial es un problema inserto en las estrategias del sistema y, en consecuencia, responsabilidad del propio sistema. Un problema social, por tanto, que exige la máxima atención sanitaria, tanto para curar a los afectados como para prevenir los accidentes. Es la opinión de la doctora María Seguí-Gómez, profesora de las Universidades de Navarra y Johns Hopkins, Estados Unidos, y una de las expertas en medicina de tráfico más cualificadas con las que cuenta nuestro país. En la siguiente entrevista, María Seguí-Gómez aborda, con la contundencia de la que siempre hace gala en sus intervenciones en foros y seminarios, la singular trascendencia de la medicina y de la investigación médica a la hora de considerar una seguridad vial plena e integrada.

Usted ha dicho que los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de pérdida de años potenciales de vida. ¿Quiere esto decir que los países que los sufren, España entre ellos y en el grupo de cabeza, están deteriorando su capacidad de crecimiento y de trabajo como si se tratara de una epidemia?

Para ser más exactos, los accidentes de tráfico son la primera causa de años potenciales de vida perdidos entre los hombres y la segunda entre las mujeres. Independientemente de esta precisión, es importante reco-

nocer este impacto directo sobre la capacidad de crecimiento y de trabajo nacional que usted señala. El concepto

de años potenciales de vida perdidos está directamente relacionado con el concepto de muerte "prematura", es decir, las lesiones por accidentes de tráfico son las que nos están privando de un gran número de co-ciudadanos cuando están siendo (o empiezan a ser) más productivos para la sociedad. Esto es un grave problema no sólo para nuestro país, sino para lo-

dos los países donde los accidentes de tráfico ocupan esta posición tan relevante.

Los accidentes de tráfico son la primera causa de años potenciales de vida perdidos entre los hombres, y la segunda entre las mujeres.



Es evidente que la inseguridad vial se ha convertido en un grave problema de salud pública, ¿cree usted que la reacción del actual sistema sanitario español ante el mismo es proporcional al daño que causa en la sociedad y en la economía del país?

No, de ninguna manera. Pese a que en los últimos tiempos parece que la atención sanitaria a este grave problema empieza a ser algo más visible, la verdad es que, como problema sanitario, ha sido largamente ignorado. Piense que tanto si hablamos en términos de mortalidad, como le dije antes, como en términos de morbilidad (por ejemplo, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, discapacidad) las lesiones por accidentes de tráfico son una de las primeras causas de pérdida de salud en nuestra población. Pese a ello, la atención y dedicación a esta materia desde la perspectiva preventiva por parte del colectivo sanitario ha sido prácticamente nulo (exceptuando el papel evaluador en la obtención del carnet de conducir, de dudosa efectividad). Donde sí se ha prestado algo de atención es en la materia de prestación de servicios al lesionado. Es interesante el contraste entre la dedicación a este problema con la dedicación a otras enfermedades que no, siendo ni siquiera tan prevalentes como las lesiones por accidentes de tráfico, han sido objeto de inversiones respetables, tanto en tiempo como en recursos en nuestra historia.

¿Hasta qué punto considera usted esencial que entender los accidentes de tráfico como una enfermedad común sea clave para su prevención?

El reconocerlos como enfermedad tiene grandes ventajas para su prevención. En primer lugar, porque cambia el paradigma de las lesiones de ser algo «accidental» a ser algo predecible y regido por unos parámetros biológicos y biomecánicos (del mismo modo que los infartos de miocardio no suelen pasar «porque sí»). En segundo lu-

gar, porque cambia la posición respecto a la responsabilidad sobre su curación o prevención; se pasa de culpabilizar a la víctima (o al otro) a entender que éste es un problema de sistema y de interacción entre individuo y medio ambiente (nunca culpabilizamos al paciente con cáncer de pulmón pese a que sepamos que ha sido un fumador durante mucho tiempo, y nunca exigimos que la gente hierva el agua antes de beberla, se la ofrecemos sanitizada adecuadamente). En tercer lugar, porque se caracteriza mejor el problema, es decir, se

cambia el marco conceptual y se hace que lo preocupante no sean los accidentes sino las lesiones que éstos generan y la gravedad variable de esas lesiones. Entender la relación entre tipos de accidentes y tipos de lesiones ayudaría a priorizar las tareas preventivas y a poder evaluar mejor la efectividad de las medidas que propongamos. Y en cuarto lugar, porque entender mejor la relación entre accidente y patrón lesional ayudaría a atender mejor a los ya lesionados, lo cual

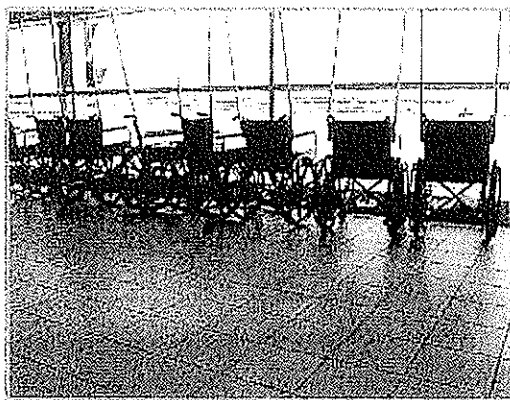
podría repercutir favorablemente tanto en su supervivencia como en su recuperación.

¿Cómo se articula en la práctica esa consideración de enfermedad común qué papel les correspondería hacer al sistema sanitario, al médico de atención primaria, a los técnicos y al enfermo potencial?

Hay múltiples papeles a ejercer; el sistema sanitario tiene que ocuparse de las lesiones por accidentes de tráfico desde un marco múltiple. Por una parte, por supuesto, atendiendo (lo mejor posible) a los ya lesionados y facilitando su rehabilitación pronta y completa. Pero, por otra parte, promoviendo la actividad preventiva a través de los canales habituales para otras actividades preventivas, es decir, haciendo que el médico de atención primaria, o el pediatra, o cualquier otro médico asistencial incluyan en sus actividades asistenciales recomendaciones pertinentes a su paciente y de pro-

• *El médico de atención primaria, o el pediatra, o cualquier otro médico asistencial tendrían que incluir en sus actividades asistenciales recomendaciones pertinentes a su paciente y de probada efectividad.*

bada efectividad. Por ejemplo, el pediatra haciendo énfasis en el uso de sistemas de retención infantil, o el médico de cabecera alertando de los posibles efectos secundarios de ciertos fármacos. El sector asistencial debe, además, promover con el ejemplo las



buenas prácticas. Por ejemplo, facilitando que los niños recién nacidos no sean transportados en vehículos sin el adecuado uso de sistemas de retención, o que los traslados en vehículos sanitarios (por ejemplo, ambulancias) se hagan usando el cinturón de seguridad (tanto conductores y sanitarios como pacientes y acompañantes). Además, aquellos profesionales sanitarios con intereses de investigación tienen que participar en los proyectos multidisciplinares que investigan estas lesiones, porque sólo ellos pueden caracterizar y valorar adecuadamente las lesiones ocurridas y su posible relación con diferentes características del vehículo, el accidente y el propio individuo. Por último, el sector sanitario tiene que ocupar su posición reivindicativa sobre las mejoras en la salud de la población, actuando de portavoz y defensor de los mecanismos preventivos de efectividad probada.

Respecto al papel del enfermo potencial, sobre todo tiene que ser consumidor informado y responsable. Es decir, que demande la atención debida a este problema y que, por supuesto, adopte las medidas ya probadas como efectivas. Creo que es inconsistente demandar mayor «seguridad vial», en general, cuando uno no usa su propio cinturón de seguridad.

¿Y a las empresas, habida cuenta de que un alto porcentaje de accidentes se producen *in itinere*?

Las empresas deberían adoptar las normas con probada efectividad y fomentar su uso adecuado entre los empleados. Empezando por reducir en lo posible la necesidad de conducir, vigilar el problema de horarios laborales demasiado extensos, el consumo de alcohol durante o previo al trabajo (no sólo el efecto agudo del alcohol, sino el

efecto de las «resacas»), falta de uso del cinturón de seguridad, etc. Hay que pensar que, además, no sólo son los accidentes *in itinere* los que afectan a las empresas, sino cualquier incidente ocurrido en tiempo no laboral que impacte en la salud tanto del

empleado como de su familia y que, por tanto, tenga una repercusión directa sobre la capacidad de trabajo de ese empleado.

Sobre la consideración de «grave problema sanitario», ¿qué diferencias sustanciales existen entre las actuaciones y políticas que se llevan a cabo en nuestro país y las de los países punteros en la materia, en Europa y Estados Unidos principalmente?

Creo que, en primer lugar, la concienciación colectiva, pero, sobre todo, la política y profesional de que éste no es un problema puntual y/o azaroso de responsabilidad individual, sino que es un problema social que requiere actuaciones globales: mejoras de las infraestructuras, modificaciones de los medios y necesidades de transporte, voluntad política para introducir los cambios pertinentes, recursos económicos y de personal suficiente para poder llevar a cabo los cambios introducidos y su monitorización adecuada, y actuaciones puntuales: mejor estudio y caracterización de los factores de riesgo, mejor evaluación de las propuestas introducidas.

De esta mejor concienciación se derivan tanto asignaciones de recursos más racionales como más generosas, tanto para la implementación de medidas como para las investigación sobre las mismas. También se deriva un mejor seguimiento de las normativas aplicadas (tanto a nivel policial como jurídico) y, a largo plazo, una mejor aceptación por todos los sectores de la población de que éste es un tema serio, multifactorial y que requiere un abordaje sistemático y constante.

España destina ingentes cantidades de dinero y medios humanos a campañas publicitarias de disuasión e impacto emocional, ¿cómo se contemplan esas





actuaciones desde la perspectiva del analista de la salud pública?

Pues, francamente, con cierto desespero. Pese al posible impacto mediático de estos mensajes, la verdad es que prácticamente ninguna de estas campañas ha tenido ningún impacto verdadero en la reducción de la frecuencia y/o gravedad de las lesiones por accidentes de tráfico cuando se han evaluado rigurosamente. Y todos esos recursos gastados de esa manera son recursos que no se dedican a las medidas que verdaderamente tienen impacto.

Teniendo en cuenta que la energía cinética es el agente patógeno de los accidentes de tráfico, ¿se destinan medios suficientes y adecuados para la investigación científica de esa «epidemia»?

Suficiente y adecuado es una valoración difícil de efectuar. Serán suficientes y adecuados el día que los resultados de esta investigación sean bien aplicados a nivel poblacional y tengan un impacto sobre el problema que nos atañe. Sería injusto no reconocer la muy buena investigación existente en esta materia en algunos centros punteros, por cierto, escasos en nuestro entorno, pero obviamente no es suficiente. El que los recursos sean suficientes también debería estar unido a una estrategia de investigación que sea prometedora en cuanto a que se priorice las partes a investigar.

En cualquier caso, ¿se ha comprobado la eficacia, en un terreno práctico, de esos trabajos de investigación y de técnicas epidemiológicas y estadísticas?

Por supuesto. Sin investigación epidemiológica adecuada es prácticamente imposible conocer la magnitud verdadera del problema, reconocer los factores de riesgo modificables con mayor impacto y evaluar las tendencias

temporales una vez se incluyan medidas preventivas pertinentes. Las técnicas estadísticas son las herramientas utilizadas en esta investigación «epidemiológica». El poder investigar de una manera racional el problema ha permitido priorizar áreas de actuación adecuadamente. La investigación más experimental, laboratorio, ha permitido avanzar enormemente en disminuir la capacidad lesiva de

accidentes, pero como la investigación es muy intensa y costosa, debemos priorizar estas investigaciones en aquellas lesiones que almente sean frecuentes en nuestra población, de ahí la necesidad de la simbiosis entre la investigación epidemiológica y la investigación experimental.

Según la OMS, los accidentes de tráfico no accidentales, y la seguridad vial es fruto del esfuerzo constante de muchos sectores. ¿Qué factores impiden esa seguridad de acción integrada en nuestro país?

Quizá sea pretencioso por mi parte emitir un juicio sobre la materia. Sólo puedo ofrecer mi opinión personal. Y ésta es que el tema de la seguridad vial ha sido monopolizado durante demasiado tiempo por unos sectores profesionales específicos (es decir, nada multidisciplinaria); nos han hecho creer que éste es un problema pro-

palmente educativo (es decir, acercamiento monolítico en vez de integradores de estrategias); y que han perpetuado o vehiculado una filosofía de «culpabilizar a la víctima» conductor con el que ésta chocó en vez de un problema de estrategia de sistemas y de responsabilidad del sistema». Ha habido esfuerzos en otras áreas, pero éstos no han prosperado adecuadamente en las estructuras políticas que rigen la ordenación de la financiación, de la investigación y de la implementación de medidas rigurosamente evaluadas.



◆ **Es necesario llegar a una simbiosis entre las investigaciones epidemiológica y la experimental para que podamos priorizar las investigaciones de las lesiones más frecuentes en los accidentes.**