

Lehenengo mahai-ingurua: Min kronikoari aurre egiten

Botiketarik haratago

Beyond medicines

Amaia Mendizabal Olaizola

Bidasoa ESiko Lehen Arretako farmazialaria

amaia.mendizabalolaizola@osakidetza.eus

1. Sarrera

Gaur egun “bizitzaren medikalizazioa” izenez ezagutzen dugun fenomenoaren jatorria OME-Osasunaren Mundu Erakundeak 1946an ezarritako osasunaren definizioan dago: “Osasuna erabateko ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera da, eta ez bakarrik afekzio edo gaixotasungabezia”.

Definizio horren arabera, osasuna, modu utopiko eta subjektiboan, gaixotasunik eza baino zerbait gehiago da, eta erabateko ongizate-egoerara eramaten du. Horrek egoera eta arazo berriak medikuntzaren eremuan sartzen lagundu du.

II. Mundu Gerraren gordintasuna inflexio-puntu bat izan zen osasunaren ikuskeran, bai mediku-erakundeen aldetik, bai gizartearen aldetik, oro har. XX. mendearen bigarren erdian, pertsonen osasunarekiko kezka orokorra maximizatu egin zen –gatazka armatu batean bizitza batek duen balio eskasaren kontrajarrita–, eta herrialde garatueneren barruan “Ongizate Estatu” deiturikoa sortu zen, non gizarte bateko herritar guztien ongizate osoa bilatzen den¹.

Medikuntzaren botere izugarriak erakargarri egin du bizitzako hainbat alderdi “medikalizatze” ideia, arazo mediko gisa hauteman daitezkeenak izan gabe. Medikuntzak, ongizatearen kulturaren isla gisa, behar faltsuak sortzen ditu batzuetan, eta eguneroko bizitzako hainbat alderdi medikalizatu egiten dira, gaixotasun faltsuak tratatzeko aitzakiarekin.

“Dena, hemen eta orain” osasun-kultura da. Medikuntzarekiko mendekotasuna sortzen ari da, pertsonak beren burua zaintzeko ezgaitzen dituen eta sufrimendurekiko eta ondoezarekiko tolerantzia murrizten duena. Bizitza medikalizatzea gatazka pertsonal edo sozial bat osasungintzako profesionalak tratatu beharreko arazo mediko bihurtzea da. Bizitza medikalizatzek osasuna desjabetzen digu eta gizabanako gisa ezgaitzen gaitu².

Gaindiagnostikoa eta, ondorioz, gaintratamendua bizitzaren medikalizazioaren arazoari gehitzen zaizkio, eta aldi berean biltzen diren gizarte-joera askoren emaitza dira³:

- Komunikabideek garrantzi handia dute gizarteari eta herritarrei, kontsumitzaile zuzen gisa, diagnostiko garrantzitsuren bat alde batera utziko duten beldurrak helarazteko.
- Azken hamarkadetakoz gizarteak zigor-eredu bat garatu du, non ez den kontuan hartzen klinikoei darabilten ziurgabetasuna. Medikuek ziurgabetasunaren beldur izaten ikasten ari dira, eta horrek proba diagnostikoen kopurua handitzea dakar, eta, ondorioz, gaindiagnostikoa.
- Kontuan hartu beharreko arrisku-faktoreak gehitzea beldur-iturria da gizartearentzat. Espero da herritar arduratsu eta arrazional orok aktiboki bilatzea eta desagerraraztea bere etorkizuneko osasunerako arrisku posible guztiak, eta teknologia medikoak kontsumitzea helburu hori lortzeko, arrisku-faktorea bera gaixotasun bihurtuz.

Amaia Mendizabal Olaizola

- Gizartea liluratuta dago industria farmazeutikoaren teknologiarekin eta publizitatearekin, eta horrek zero arriskua posible dela pentsamendu magikoa aktibatzen du. Aldi berean, osasun-profesionalen zeregina da medikuntzaren mugak gogoratzea. Nahiz eta zientzia medikoak aurrera egin, ezingo du inoiz giza-sufrimendua edo beldurra eta heriotzaren egitatea desagerrarazi.
- Askotan, gobernuek gehiegizko diagnostikoari ematen dioten bultzadak beste ezintasun mota bat ezkututzen du, neurri fiskal eta legegileen bidez osasuna babesteko duten erantzukizuna betetzeko, hala nola ekitate sozioekonomiko handiagoa sustatzea, familia ahulei laguntzea eta osasun publikoko politikak ezartzea alkoholaren eta tabakoaren enpresekin harremanak arautzeko.
- Gaixotasunak sentsibilizatzeko kanpainak estrategia bereziki sotilak dira gaindiagnostikoa sustatzeko. Historikoki, funts publikoekin finantzatzen ziren, adibidez, tabakoaren aurkako kanpainenkin. Hala ere, kanpainak, gero eta gehiago, industriaren funtsekin finantzatzen dira, eta bizimodu osasungarriak sustatu baino lehen, diagnostiko goiztiarra sustatu nahi dute, herritarrak esku-hartze diagnostiko jakin batzuk bilatzera bultzatuz, eta hortik baheketen arakasta soziala.

Horrela, esan dezakegu medikalizazioaren erantzukizuna partekatzen dutela gizarteak, profesionalek, komunikabideek, politikariek eta farmazia-industriak²:

1. Sozietatea

Sufrimenduarekiko tolerantzia murriztu egin da, eta, beraz, lehen profesionalengana jo gabe onartu eta konpontzen ziren egoeretarako osasun-arreta behar da. Autore batzuek "zerotolerantzia" deitzen diote.

Osasun-sistemak era guztietako zainketak bermatu behar dituela kontuan hartzeko joera dago, arazoei eusteko gaitasuna galduz, autozainketak murriztuz eta zerbitzuen kontsumoa areagotuz. Gainera, azken hamarkadetako gizarte-aldaketek, familiaren tamaina murrizteak, emakumea lan-merkatuan sartzeak edo kontsumoaren kulturak familia-baliabideak murriztea eta haien lekua zainketa formalek hartzea eragin dute.

2. Komunikabideak

Beste osasun-informazioiturri garrantzitsu bat dira, eta gizartearen sinesmenak eta itxaropenak modulatu dituzte. Agerian geratu da zuzeneko lotura dagoela komunikabideetan albiste mediko bat agertzearen eta arrazoi horrengatik osasun-zerbitzuak erabiltzearen artean. Albiste interesgarriaren kontzeptua nobedadearekin lotzen da, salbuespenarekin. Hortik dator irtenbide magikoei edo diagnostiko iraultzaileei buruzko albisteen ugaritasuna. Informazioaren alborapen horrek itxaropen irrealak sortzen ditu.

Komunikabideek osasun-arloko informazioari heltzeko duten moduak lagundu egiten du zenbait arazo medikuntzaren eremuan erortzeko prozesuak azkartzen, medikalizazioaren fenomeno normalizatzen laguntzeko⁴.

3. Profesionalak

Medikalizazioaren eragile nagusiak dira, zer diagnostiko ezartzen diren eta zer jardun terapeutiko egiten den zehazteko gaitasuna/ahalmena dutelako. Gizarteak, komunikabideek, politikariek eta abarrek medikalizazioa bultzatzen dute, baina profesionalek gauzatzen dute azkenean.

Pertzepzio medikoaren bidez gaixotasun-kategoriak sortzen dira, eta profesionalek, komunitate zientifiko gisa, gaixotasuna zer den eta zer tratatu behar den jakiten laguntzen dute. Pertsona bat kontsultara joaten den bakoitzean, interbentzio bat egiteko joera dago, eta, beraz, profesional sanitarioak esaten duen guztia gaixotasun bihurtzeko joera dago. Gaixotasunik eta interbentziorik eza, berriz, profesional sanitarioaren ikusmen eta ekintza-eremutik kanpo daude, profesional sanitarioak ez direlako horretarako prestatuak izan. Era berean, kontsultan denbora gutxi ematen du paziente bakoitzak, eta zaila da argitzea pazientearen benetako eskaera, zer informazio duen gertatzen zaionari buruz eta nork bere burua zaintzeko prozesuan parte hartzeko aukerari buruz.

4. Farmazia-industria

Bide asko daude arazo bat gaixotasun bihurtzeko eta herritarrek konbentzitzeko sintoma txikiak sendatzeko tratamendu farmakologikoa behar dutela. Bizitzaren baldintza normal bat gaixotasuntzat hartzeko eta tratatzeko mugak non jarri behar dira, nahiz eta gaixotasun errealak edo arazo horien forma larriak dituzten pertsonak egon badauden tratamendu farmakologikoak baliatu daitezkeenak.

5. Jardunaldia erakunde politiko-sanitarioak

Politikariak eta kudeatzaileak dira herritarrei eskaintzen zaien zerbitzu-zorroa zehazteaz arduratzen direnak. Makrogestioan, ospea jaitsaraz diezaioketen erabaki gatazkatsurik ez hartzeko joera dago, eta herritarrek oso ondo onartzen dituzten jarduerak jartzen dira abian, horien eraginkortasuna edozein dela ere. Herritarren eskaeren arabera zerbitzuak sortu dira, gizartearen benetako beharrekin beti zerikusirik ez duten interes espezifikoak dituzten sektoreek sustatuta.

Kanpoko burokrazia osasun-eremuan sartzeak, esate baterako eskola-absentzien egiaztagirien edo hirugarren adinekoen oporretarako inprimakien bitartez, egoera horiek osasun-sistemaren mendeakoa direlako ustea sustatzen laguntzen du.

2. Bizitza medikalizatzen ari gara

Estatu mailan, sendagaien erabileraren behatokia dugu. Sendagaien eta osasun-produktuen Espainiako agentziaren ekimena da, osasun eta farmazia sistema nazionalako oinarriko zerbitzu zorroaren zuzendaritza nagusiarekin lankidetzan. Behatoki horren helburua da osasun-profesionalen, komunitate zientifikoaren eta, oro har, herritarren eskura jartzea Espainiako ospitalez kanpoko sistemaren kargurako sendagaien erabilerari buruzko datuak.

Sendagaien erabilerari buruzko azterketak baliagarriak izan daitezke sendagaien erabilera-eredua ezagutzeko, denboran zehar zer bilakaera izan duten jakiteko eta eskualde batzuetako eta besteetako datuak alderatzeko (adibidez, Europa mailan), eta, hala, sendagaien erabilera arduratsuagoa izan dadin laguntzeko. Era berean, batzuetan, zenbait gaixotasunen maiztasuna eta banaketa aztertzeko, esku-hartze eremu posibleak identifikatzeko edo esku-hartze edo neurri desberdinak ebaluatzeko ere balio dezakete (adibidez, zaintza-farmakoa).

2020an argitaratua, lehen mailako arretako eskualde anitzeko datu-basean (BIFAP, arlo publikoko ikerketa farmako epidemiologikorako datu-basea) jasotako datuak kontuan hartzen dituen behaketa-azterketa deskribatzaile baten arabera⁶, 14 urtetik gorako Espainiako biztanleriaren polifarmazia-prebalentzia hirukoiztu egin da 2005-2015 aldian. Gehiegizko polifarmazia (hamar sendagai edo gehiago), berriz, 10 aldiz biderkatu da. Igoera horiek bi sexuetan eta adin-talde guztietan ikusten dira, batez ere 80 urtetik gorakoetan.

Argitaratu berri den beste argitalpen⁵ baten arabera, polifarmaziaren prebalentzia neurtzea eta sei herrialdetan (Belgika, Frantzia, Alemania, Italia, Espainia eta Erresuma Batua), lehen mailako arretan, adineko pertsonak gehien erabiltzen zituzten sendagaien preskripzioa deskribatzea helburu zuena, polifarmaziaren prebalentzia handia aurkitu da. Izan ere, adineko biztanleriaren erdiari baino gehiagori sei sendagai baino gehiago agintzen zaizkio lau herrialdetan.

Adinaren eta generoaren arabera banaketa antzekoa da sei herrialdeetan (batez besteko adina: 75-76 urte; %54-56 emakumeak). 5-9 botiken polifarmaziaren prebalentzia %22,8koa da Erresuma Batuan eta %58,3koa Alemanian; ≥ 10 botikena %11,3koa Erresuma Batuan eta %28,5koa Alemanian. Bost farmako agindu zitzaizkion populazioan, opioideen preskripzioa %11,5etik (Frantzia) %27,5era (Espainia) doa. PPI-Protoi Ponparen Inhibitzaileen preskripzioa da altuena: pazienteen ia erdiek PPI bat jasotzen dute: %42,3ek Alemanian eta %65,5ek Espainian. Bentzodiazepinen preskripzioak aldakuntza nabarmena erakusten du herrialdeen artean: %2,7 Erresuma Batuan eta %34,9 Espainian.

3. Zer egin dezake osasun-sistemak sendagaietatik haratago joateko?

Osasuna babesteko oinarritzko eskubidea gauzatzean osasun-sistemen ekintzen oinarrian egon beharko luke medikalizazio ezak, eta osasuna eta osasun komunitarioa sustatzeko esku-hartzeen helburu izan beharko luke. Bizitza medikalizatzeari uztea sistemaren jasangarritasunaren alde borrokatzea da, eta bioetikaren printzipioekin jokatzeko, banakako eta taldeko soluzio positiboak bilatuz, osasuna-gaixotasuna prozesuan gertatzen denari aurre egiteko⁷.

Eguneroko bizitzako ondorezak ez medikalizatzeak ondorio hauek ditu:

- Osasun-gaixotasunaren bizi-prozesurako eskubidea ez desjabetzea. "Desgaixotu". Gaitasun eta koprodukzio estrategiak garatzea, banakakotik kolektibora.
- Ez sortu gaixorik ez dagoen pertsonarik, ez errua bota eta ez fokalizatu banakako irtenbideetan, testuingurua eta bizi-baldintzak kontuan hartu gabe.
- "Dena, hemen eta orain" kulturaren alde ez egitea.
- Ez jarri gaixotasun-etiketarik bizitzako gertaerei edo gaixotasun faltsuei. Diagnostikoak behin-behinekoak izan daitezkeela planteatzea, beren esparruan, beren testuinguruan.
- Ez egin "egin ahal izateko", arreta egokirako espazioak erraztuz, denbora eta baliabide nahikoekin, sektoreen arteko abordatzea erraztuz.
- Banakako kontsultari ez zaio soilik eredu biomedikotik heldu behar, baizik eta modu integralean, egituraketa desmedikalizatzailea², eta ikuspegi biopsikosoziala testuingurua eta salutogenikoa izanik, norbanakoen, familien eta komunitateen gaitasunetan oinarrituta.
- Ez ahaztu osasunerako aktiboak bilatzea, banakakoak eta kolektiboak, eta horiek gomendatzea.
- Osasunaren sustapena ez medikalizatzea.
- Ez medikalizatu arlo soziala, ezta sozializatu arlo medikoa ere.

Bizitza desmedikalizatzeko, besteak beste, esku-hartze hauek egin ditzakegu: osasun-alfabetizazioa, longitudinalitatea bultzatzea, pertsonarengan oinarritutako preskripzioa egitea, tratamendu ez-farmakologiko gehiago agintzea, kuaternarioko prebentzioa kontuan hartzea edo osasun-sistemak ingurumeneari duen eragina murriztea.

3.1. Osasunean alfabetatzea

Europar osasunerako alfabetatzea funtsezko neurritzat hartu zen 2020rako Europako osasun-estrategian. Osasun-ezagutzak izatea funtsezko erroka da pertsonen beren osasunaren kontrol handiagoa izango dutela bermatzeko, eta, horrela, osasun eta ongizate-egoera hobea izango dutela bermatzeko. Osasun-alfabetatze eskasak pertsonengan eta komunitatearengan eragiten duen ebidentziak osasun-ahalduntzea ere lehentasuna izatea ahalbidetu behar du, munduko agendek osasunari eta garapen iraunkorrari dagokienez dituzten erroka handiekin batera.

Osasunerako alfabetizazioa harreman-kontzeptu bat da, eta ez ditu trebetasun pertsonalen garapena bakarrik kontuan hartzen, baita pertsonen eta haien ingurumenaren interakzioa eta ahalduzko indibiduala eta kolektiboa areagotzea ere. Pertsonen alfabetatze-mailak osasunari buruzko informazioa eskuratzeko, osasunaren prebentzioari eta sustapenari buruz ikasteko, tratamenduei jarraitzeko eta beste pertsona batzuekin osasun-gaiei buruz hitz egiteko eta eguneroko bizitzan erabakiak hartzeko duten gaitasunari eragiten dio⁸.

OMEren arabera, herritarren osasun-arloko alfabetizazioa hobetzeak ematen dituen oinarrien arabera, herritarrek zeregin aktiboa izan dezakete beren osasuna hobetzeko, arrakastaz parte har dezakete osasunaren aldeko ekintza komunitarioetan, eta gobernuei presioa egin diezaiekete osasunaren eta osasun-arloko ekitatearen arloan dituzten erantzukizunak bete ditzaten. Gizarte behartsuenen eta baztertuenen osasun-arloko alfabetatze-beharrak asetzea, bereziki, osasun-arloko eta beste eremu batzuetako desberdintasunak murrizteko aurrerapena bizkortuko du.

Osasun-arloan alfabetatze-maila handienak dituzten pertsonak aukera gehiago dituzte jokabide osasungarriagoak izateko, informazioa eta osasun-zerbitzuak jasotzeko eta horren arabera jarduteko⁹.

3.2 Luzetarakotasuna edo longitudinalitatea bultzatzea

Luzetarakotasuna edo longitudinalitatea medikuaren beraren eta bere pazienteen arteko harreman egonkorra da, denboran zehar mantentzen dena. Beste eremu batzuetan gerta daitekeen arren, lehen asistentzia-mailaren ezaugarria da. Gauza bera gertatzen da erizainekin eta Lehen MailakoArretako beste profesional batzuekin, harreman iraunkorra dutelako beren kupoko pazienteekin. Profesional berak bizitzan zehar ematen duen arretak konfiantzazko, elkar ezagutzazko eta konpromisozko harremana sortzen du, laguntza gizatiarra eta seguruagoa izateko.

Starfield eta Kringosen lanak argitaratu zirenetik, luzeraren onurei buruzko ebidentzia areagotu baino ez da egin, eta ikerketa berriek erakusten dute profesional beraren arreta pertsonalizatua, denboran zehar mantentzen dena, hil edo biziko kontua dela.

Luzetarakotasuna edo longitudinalitatea:

- Prebentziozko arreta eta osasun-arazoen azterketa goiztiarra errazten ditu.
- Gehiegizko diagnostikoa, medikalizazioa eta beharrezkoak ez diren proba eta tratamenduekiko gehiegizko esposiziotik eratorritako gertaera kaltegarriak saihesten ditu.
- Bigarren mailako espezialistengana desbideratzeak gutxitzen ditu.
- Larrialdi zerbitzuetara egiten diren bisitak, ospitaleratzeak eta heriotza-tasa murrizten ditu,
- Itxaropena eta bizi-kalitatea hobetzen ditu, batez ere adinekoen artean.

Luzetarakotasunak dituen emaitzak oso tratamendu eta ebakuntza sanitario gutxi egiaztatu ahal izan dituzte¹⁰.

Frogatuta dago lehen mailako arretako mediku batekin jarraitutasun handiagoa izatea lotuta dagoela heriotza-tasa baxuagoekin, ospitaleratze gutxiagorekin, larrialdiak gutxiago erabiltzearekin, eta arreta mediko espezializaturako deribazio gutxiagorekin. Norvegian egindako ikerketa honek frogatzen du familia-mediku baten eta paziente baten arteko harremanaren jarraitutasunak heriotza-tasa dosiaren mende murrizten duela, eta 15 urteko harreman etengabearen %30eko murrizketa lortzen du¹¹. Emaitza horiek gorabehera, jarraipena murrizten ari da azken urteetan.

3.3 Pertsona ardatz duen preskripzioa egitea

Paziente ez-konplexuetan ez bezala, zeinetan asistentzia-protokoloetatik eta praktika klinikoko gidetatik abiatuta erabakiak hartzeko plangintza egin baitaiteke, baldintza kroniko ugari eta konplexutasun klinikoak dituzten pertsonen arretak ikuspegi indibidualizatua eta paziente bakoitzaren neurrikoa eskatzen du¹².

Pertsonarengan zentratutako preskripzioa proposatzen da eredu gisa, multimorbilitatea duten pazienteen arreta hobetzeko, batez ere tratamendu farmakologikoari lotutakoa. Eredu horrek ebaluazio multidimentsionala proposatzen du (gaixotasunak, bilakaera klinikoak, sintomak, faktore sozioekonomikoak, kalteberatasuna, faktore kulturalak), diziplina anitzeko talde batek gauzatua. Talde horrek pazientearen lehentasunak jasotzen ditu, eta plan terapeutikoa eta pertsonaren osasuna hobetzea ahalbidetzen du. Pertsona ardatz duen preskripzioa, beraz, egoera ezberdinetara egokituz joan behar duen prozesu dinamikoa da. Pertsonak egoera kliniko aldakorretan ibiltzen dira, non prebentzio, sendatze eta aringarrien beharrak garrantzi handiagoa edo txikiagoa hartzen ari diren¹³.

3.4 Tratamendu ez-farmakologikoak agindu

Tratamendu farmakologikoen preskripzioak badu bere lekua, baina lehen mailako prebentzioan, bigarren mailako prebentzioan eta, batez ere, irabazitako bizitza urteak bizitza osasuntsuko urte bihurtzeko prozesuan botikak baino zerbait gehiago dago.

Gero eta gehiago dira jarduera fisikoaren onurak frogatzen dituzten ikerketak. Duela gutxi egindako

Amaia Mendizabal Olaizola

azterketa batek, zeinak kausa guztien ondoriozko pauso-zenbaketaren eta heriotza-tasaren eta gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko heriotza-tasaren arteko erlazioa ebaluatzen baitu, alderantzizko lotura esanguratsua erakusten du kausa guztien ondoriozko eguneko pauso-zenbaketaren eta heriotza-tasa kardiobaskularren artean: zenbat eta gehiago, orduan eta hobeto. Kausa guztien ondoriozko hilkortasunerako eguneko 3.867 pausotik gora egin behar dira, eta heriotza kardiobaskularrerako 2.337 pausotik gora¹⁴.

Jarduera fisikoa, preskripzio soziala, terapia kognitiboak eta beste tratamendu ez-farmakologiko batzuk dira askotan aukerako tratamendua, baina argi dago alde batetik kostatzen dela profesionalek adieraztea, eta bestetik tratamendu horiek betetzea ez dela lan erraza pazienteentzat.

3.5 Prebentzio kuaternarioa kontuan hartzea

Laugarren mailako prebentzioa esku-hartze medikoak eragindako kaltea saihesten, murrizten eta arintzen saiatzen diren jardueren multzoa da. Jarduera kliniko guztiek onura bat bilatzen badute ere, bakar batek ere ez du arriskurik. Hala, proba diagnostikoez, prebentzio-jarduerak, agindutako botikek edo errehabilitazio-metodoek zirkulu bizioso kaltegarriak sortzen dituzten ekintzen errenkadak eragin ditzakete¹⁵.

Laugarren mailako prebentzioaren helburuetako bat eguneroko bizitza medikalizatzea da, osasunaren, gaixotasunaren eta arrisku-faktoreen definizioaren abusuen aurrean. Beharrezkoa ez dena ez erabiltzea eta behar dena gehiegi ez erabiltzea da kontua, batez ere arrisku-populazioetan, hala nola adinekoetan eta gaixotasun kronikoak dituzten pazienteetan¹⁶.

Oro har, polimedikazioko esku-hartzei buruzko berrikuspen sistematikoek (BS) erakutsi dute farmakoen kopurua eta preskripzio potentzialki desegokiak murrizten direla. Erikortasunean, hilkortasunean eta osasun-zerbitzuen erabileran duen eragina zalantzazkoagoa da¹².

Argitalpen berri batek berrikuspen sistematiko bat eta 2016ko metaanalisi bat eguneratu ditu, hasieratik 2024ko apirilera bitarteko azterlanak sartzeko, eta despreskripzioko esku-hartzeek adinekoen heriotza-tasan eta osasun-eraketan duten eragina neurtu du. Amaitzeko, esaten du despreskripzioa lor daitekeela onura potentzialki garrantzitsuekin biziraupena hobetzeari dagokionez, bereziki pazientearentzako esku-hartze espezifikoak aplikatzen direnean eta adineko gazteengan goiz hasten direnean¹⁷.

Kontzeptualki, medikazioaren berrikuspena paziente baten erregimen terapeutikoaren azterketa kritiko eta egituratu gisa definitzen da, osasunean duen eragina optimizatzeko eta polimedikazioarekin lotutako arriskuak minimizatzeko. Diziiplina anitzeko talde batek egin behar du, pazientearekin batera edo haren baimena bilatuz, eta haren beharretara bideratuta egon behar du. Tratamendu farmakologikoaren berrikuspena pertsonalizatua izan behar du, eta gutxienez urtean behin egin behar da aldizka, gaixotasunaren bilakaeraren eta pertsonak tratamenduari ematen dion erantzunaren arabera.

Egoeraren diagnostikoa pertsonaren dimentsio kliniko, funtzional, mental eta sozialen balorazio multidimentsional integral eta ebolutibo gisa ulertzen da denboran zehar. Pazientearen ikuspegi orokor hori erabakigarria da pertsonarengan zentratutako medikazioaren azterketan. Balorazio multidimentsionala pertsonaren funtzionaltasuna, arazoak, beharrak eta gaitasunak detektatzean eta kuantifikatzean datza, lehen aipatutako dimentsio desberdinetan. Balorazio horri esker, etengabeko esku-hartze, abordatze eta jarraipen estrategia bat egin ahal izango da denboran zehar, pertsonaren ahalik eta independentzia eta bizi-kalitate handiena lortzeko. Dimentsio anitzeko balorazioa diziiplina anitzeko talde batek egiten du: medikuak, erizainak, lehen mailako arretako farmazialariak, gizarte-langileak eta beste espezialista batzuk, beharrezkoa denean¹⁸.

3.6 Osasun-sektoreak ingurumenean duen eragina murriztea

Klima-aldaketa XXI. mendeko giza-osasunaren mehatxurik handiena da jada, eta biodibertsitatearen galerarekin eta hondakinen sorrerarekin batera eratzen da, gizarte gisa aurre egin behar diogun ingurumen-krisiaren hiru zutabe gisa.

Osasun-sektoreak berotegi-efektuko gasak emisio global garbien %4,4 sortzen du gutxi gorabehera,

hau da, 1,6 gigatona CO₂. Ondorioz, osasun-sektoreak klima-aldaketaren subjektu aktibo eta pasibo gisa eta emisio garrantzitsuen zein pertsonen osasunaren arduradun gisa duen eginkizuna kontuan hartuta, karbonogabete-prozesuan eredu eta erreferente izan behar du; gizartearen, ingurumenaren eta, beraz, osasunaren, batez ere urrakorrenen onerako¹⁹.

Europako Ingurumen Agentziaren zenbait ikerketak oso argi uzten dute ingurumenaren eta ongizatearen artean dagoen lotura. Azken hamarkadetan aurrerapenak lortu diren arren, kutsadurak eta beste ingurumen-arrisku batzuek Europako pertsonen osasunari kalte egiten jarraitzen dute. Hala ere, ingurumenaren egoera hobetzeak eta klima-aldaketa arintzeak Europako herritar guztiei egin diezaiekete mesede, zuzenean nahiz zeharka²⁰.

Gaur egun, gizakientzako sendagai berri bat merkaturatzeko baimena eman aurretik, eta gizakientzako sendagaien ingurumen-inpaktua ebaluatzeko EMA-Sendagaien Europako Agentziarengidak (2006) adierazitakoa betez, laborategiak ingurumen-inpaktuaren ebaluazioa egin behar du (ERA-Environmental Risk Assessment). Datu horiek EMAREN sendagaia baimentzeko azken txostenean (EPAR-European Public Assessment Report) daude jasota. Sendagaiak erabiltzeak, biltegitratzeak eta haien hondakinek eragindako ingurumen-inpaktua aipatzen da txosten horretan (ez sintesia edo ekoizpena dela eta eragindakoa). Hala ere, 2005eko urriaren 30a baino lehen merkaturatutako sendagaien kasuan, ez da ingurumen-inpaktuaren ebaluaziorik behar merkaturatzeko baimena berritzea eskatzen dutenean. ERAREN helburua da ingurunera isuritako medikamentu-kopurua minimizatzea, erabiltzaileek ingurumen-arriskuak murrizteko egin ditzaketen jardura espezifikoak identifikatzea, behar bezala ontziratzen eta etiketatzen direla ziurtatzea, eta erabiltzaileei jada behar ez dituzten medikamentuak behar bezala nola bota jakinarazteko erabilera-orrria ematea. Nolanahi ere, gizakientzako sendagaien ERAREN emaitzek ez dute inola ere merkaturatze-baimena ukatzen (arriskuak murrizteko neurriak hartzea beharrezkotzat jotzen bada ere). Albaitaritzako sendagaien ERAK, ordea, produktu horien onura-arrisku balantzearen parte dira eta, beraz, produktu horiek merkaturatzeko baimena uka dakieke, ingurumen-arrazoiengatik.

4. Bibliografia

1. Parra Sáez, J. (2019). La medicalización de la vida y la sociedad contemporánea: origen, participantes y consecuencias. *Bajo Palabra*, (22), 221–238. <https://doi.org/10.15366/bp2019.22.011>
2. Cerecedo Pérez, J et al. (2013). Medicalización de la vida. Etiquetas de enfermedad: todo un negocio. *Rev. Atención primaria*.
3. Coll-Benejam, R. et al.(2018). Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. *Rev. Atención primaria*.
4. Gavilán, Enrique e Iriberry, Ainhoa (2014). Medios de comunicación como agentes que facilitan la medicalización de la vida: el ejemplo de la andropausia. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4, pp. 49-67.
5. Bennie M, Santa-Ana-Tellez Y, Galistiani GF, Trehony J, Despres J, Jouaville LS, Poluzzi E, Morin L, Schubert I, MacBride-Stewart S, Elseviers M, Nasuti P, Taxis K. The prevalence of polypharmacy in older Europeans: A multi-national database study of general practitioner prescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2024 Sep;90(9):2124-2136. doi: 10.1111/bcp.16113. Epub 2024 May 29. PMID: 38812250.
6. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, Orueta-Sánchez R, Esteban-Jiménez Ó, Sempere-Manuel M, Arroyo-Aniés MP, Fernández-San José B. Evolution of polypharmacy in a

- spanish population (2005-2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020 Apr;29(4):433-443. doi: 10.1002/pds.4956. Epub 2020 Jan 6. PMID: 31908111.
7. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. *Semfyc.* 2018. <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
 8. Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., Suñer-Soler, R., Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>
 9. OMS. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
 10. Añel Rodríguez RM, Astier Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. Editorial. *Rev Clin Med Farm* 2022;15(2): 75-76
 11. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out of hours services: Registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022; 72: e84-90
 12. Espauella-Panicot J. et al. Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad. *Rev ES Geriatr Gerontol.* 2017; 52 (5): 278-281
 13. Baza Bueno M, Etxeberria Agirre A, Gárate Sacristán L, López de Heredia Gutiérrez A, Jaio Atela N. Prescripción centrada en la persona. *FMC.* 2024;31(6):291-304
 14. Banach M, Lewek J, Surma S, Penson PE, Sahebkar A, Martin SS, Bajraktari G, Henein MY, Reiner Ž, Bielecka-Dąbrowa A, Bytyçi I. The association between daily step count and all-cause and cardiovascular mortality: a meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2023 Dec 21; 30 (18): 1975-1985. doi: 10.1093/eurjpc/zwad229. Erratum in: *Eur J Prev Cardiol.* 2023 Dec 21;30(18):2045. doi: 10.1093/eurjpc/zwad263. PMID: 37555441.
 15. Gervás Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 2012; 8(6):312-317
 16. Lovo J. Prevención cuaternaria hacia un nuevo paradigma. *Aten Fam.* 2020;27(4):212-215. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.4.76900>
 17. Quek HW, Page A, Lee K, et al. Efecto de las intervenciones de deprescripción sobre la mortalidad y la salud. Resultados en personas mayores: una revisión sistemática actualizada y metaanálisis. *Br J Clin Pharmacol.* 2024;1-74. doi:10.1111/bcp.16200
 18. Posicionamiento de la SEFAP en la revisión de la medicación centrada en la persona. Sociedad española de Farmacéuticos de Atención Primaria 2022.
 19. Ministerio de Sanidad. Sanidad ambiental. Huella de carbono de los centros sanitarios. <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadAmbiental/riesgosAmbientales/saludCC/huelladeCarbono/home.htm>
 20. Señales de la Agencia Europea de Medio Ambiente 2023: salud y medio ambiente en Europa. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/es/publications/senales-de-la-aema-2023/folder_contents
 21. Farma-Kutsadura. Sendagaien ingurumen-inpaktua. *INFAC.* 2016;24(10): 59-64