

**Historias de empresa.
¿Debemos levantar la voz?**

Sr. Director: En los últimos meses he atendido en mi consulta a varios pacientes que acudían en plena crisis de ansiedad aparecida en su propio ambiente laboral y motivada por condiciones de trabajo que, hasta hace poco, eran consideradas como poco frecuentes.

Los medios de comunicación generales y profesionales se han ocupado en los últimos años de fenómenos como el acoso u hostigamiento psicológico en el lugar de trabajo (*mobbing*) y del síndrome del profesional «quemado» (*burnout*), el cual afecta especialmente a profesiones de servicio (docentes y las propias profesiones sanitarias).

Sin embargo, las implicaciones que las actuales condiciones de trabajo tienen para la salud individual y la repercusión que ésta, a su vez, tiene en la salud familiar y colectiva van más allá del *mobbing* o del *burnout*, que hasta el momento son las «afecciones» más frecuentemente detectadas o estudiadas.

Como médico de familia dedicado a la asistencia, desearía utilizar la sección de Cartas al Director de su Revista como plataforma para llamar la atención sobre este fenómeno que, inexplicablemente, parece que es «ignorado», cuando estoy convencido de que es una percepción común para muchos de los médicos de familia del país. Mi carta intenta llamar la atención de la comunidad profesional de los médicos de familia para observar, cuantificar y analizar el verdadero impacto en salud de las situaciones laborales que se comentan.

– Luis C, cocinero filipino. Apenas habla español. Siente «vergüenza por venir». Me muestra una carta donde le reclaman 79 euros por la asistencia en las urgencias hospitalarias de un corte en la mano mientras trabajaba en un restaurante, en el que trabaja sin contrato ni seguro.

– Carmen C, limpiadora. Refiere insomnio y colon irritable. Es representante sindical, sancionada por su empresa con un mes sin empleo y sueldo. «Quieren que me vaya y

renuncie a la indemnización que me corresponde.» Ya ha sido atendida varias veces por ansiedad, motivada por acoso laboral.

– Magdalena O, ecuatoriana con estudios universitarios. Teleoperadora. Refiere «cansancio y desaliento». No le asusta el trabajo duro (en su país trabajaba hasta 18 horas diarias en una empresa-taller de costura familiar) pero los cambios de turno, horas extras, etc., le provocan la sensación de que abandona a sus hijos. Después de varias consultas cree que «lo va a dejar».

– Ángeles G, técnico de análisis clínicos, Javier I, diseñador gráfico en una revista, Rubén P, creativo de publicidad, etc., acuden al centro de salud tras abandonar su puesto de trabajo en plena crisis de ansiedad o llorando. Ángeles pide «perdón por venir por algo que no es físico». Ha estado 56 h de presencia física el fin de semana. Javier y Rubén pretendían reducir su horario y sus altos salarios. Todos se consideran psicológicamente fuertes, pero «ya no pueden más» No entienden lo que les pasa.

– José Luis A. Jefe de recursos humanos. Ha intervenido en varios «ajustes de producción» (desmontar empresas y despedir trabajadores). Le advierto de su riesgo cardiovascular muy alto. Alega que «no puedo cuidarme» (viajes, comidas de empresa), pero no quiere prejubilizarse.

Todos ellos son pacientes reales de mi consulta en el último año. Día a día veo en mis pacientes los efectos sobre la salud de las condiciones laborales vigentes. Sin embargo, no lo veo reflejado en las páginas de publicaciones que, como ATENCIÓN PRIMARIA, debieran ser espejo de las enfermedades «emergentes». En la década de los ochenta vivimos las secuelas de la crisis del petróleo y la reconversión industrial, y constatamos los efectos del paro sobre la salud^{1,2}. La pérdida de derechos laborales en la neoliberalizada sociedad del siglo XXI, en la que se abandona la protección social del estado del bienestar^{3,4}, cada vez recuerda más al de los inicios de la industrialización en el siglo XIX. ¿Constatamos los efectos que el «pleno empleo» precario, la desregulación o la deslocalización⁵ tienen sobre la salud? Esta situación nos afecta a todos, como población que trabaja, aunque es intolerable para inmigrantes con y sin papeles o para las clases con rentas bajas⁶.

¿Estamos más interesados en nuestro *burnout* que en la salud de nuestros pacientes? ¿Se animan los lectores de ATENCIÓN PRIMARIA a investigar esta situación y medir el impacto sobre la salud de estas «historias de empresa»?

A. de Lorenzo-Cáceres Ascanio

Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Ciudad Jardín. Área 2. Imsalud. Madrid. España. Profesor Asociado del Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Madrid. España.

1. Deniel Rosanas J, Bosch Molas M, Culi Borràs N, Olmeda Brea C. Influencia del paro sobre los problemas de salud mental. *Aten Primaria*. 1996;18:379-82.
2. Serrano Aguilar PG, Pérez Delgado MM. Desempleo y salud. *FMC*. 1995;2: 338-43.
3. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Barcelona: Ed. Anagrama; 2002.
4. Villalbí J. La atención primaria en la crisis del estado del bienestar. *Aten Primaria*. 1994;13:341-2.
5. Pérez JA. Diccionario del paro y otras miserias de la globalización. Madrid: Ed. Debate; 2002.
6. Irureta A. Las implicaciones políticas de «hacer salud». *Aten Primaria*. 2004;34: 108-9.

Consumo de antibióticos y resistencias bacterianas

No cabe duda de que la situación mundial de resistencias a los antimicrobianos es un hecho preocupante, y ha sido abordado por su interés y actualidad por conocidos especialistas en publicaciones de máximo prestigio¹. Este hecho es más relevante en lo que se refiere a nuestro país, lo cual tiene una relación directa con el elevado consumo de antibióticos que tiene lugar en nuestro entorno según han demostrado diversos estudios, los cuales han probado que desde la introducción de los antibióticos y su uso

Palabras clave: Empleo. Condiciones de trabajo. Estrés laboral.

Palabras clave: Consumo antibiótico. Resistencia bacteriana. Atención primaria.

masivo, se ha constatado a escala mundial un aumento importante de la prevalencia de las resistencias. Una valoración superficial lo atribuiría únicamente al consumo, pero esto no es del todo cierto. Evidentemente, la resistencia bacteriana a antibióticos es un hecho predecible y tal vez inevitable del uso de antibióticos, pero tanto en la aparición como en su posterior extensión influyen otros factores.

En relación con el artículo de Solé López J et al² publicado en su Revista respecto a esta problemática, éste nos parece de indudable valor, aunque quisiéramos puntualizar los hechos que exponemos a continuación. Como muy bien señalan los autores en la discusión, el estudio del consumo de antibióticos basado en datos de prescripción a través de recetas de la Seguridad Social tiene un valor limitado porque no incluye la libre adquisición en farmacias ni la prescripción en consultas privadas. También hay que sumar a estos hechos la administración de antibióticos a animales domésticos, que se estima en un 8% del consumo, a lo que deberíamos añadir los antibióticos que se usan como promotores del crecimiento de animales, que suponen una parte considerable de la producción, más del 40% en peso del total³.

En segundo lugar, tanto el título como el diseño del estudio mencionan la relación entre el consumo de antibióticos con la resistencia bacteriana, aunque al analizar los resultados no se han tenido en cuenta los datos de resistencia, objetivando tan sólo un estudio de tendencia del consumo de antibióticos (grupos J01C, J01DA, J01FA, J01M, J01E Y J01A) durante 2 períodos, entre los años 1993 y 1996 y entre los años 2000 y 2002.

Nuestro grupo de trabajo analizó el consumo de antibióticos de uso sistémico en la provincia de Valladolid durante el período 1996-2000⁴ a través de datos de IMS, que analiza el consumo de fármacos en los países de nuestro entorno a partir de su salida

desde el mayorista a las farmacias, lo que supone un mayor acercamiento a la realidad por paliar parte de los déficit antes mencionados. En dicho estudio se objetivó un aumento del consumo durante los primeros años con un descenso importante en el año 2000; por subgrupos terapéuticos objetivamos una disminución del grupo de las penicilinas y cefalosporinas en el período estudiado, pero con un aumento de los macrólidos y las quinolonas, lo que no concordaba con la evolución en el estudio de Solé López J et al². Nuestros datos de los principales principios activos muestran las tendencias comentadas de sus respectivos subgrupos, entre las que destaca el importante incremento del consumo de claritromicina que también señalan Solé López J et al².

Es innegable que hay una preocupación creciente por estudiar el consumo de antibióticos y su relación con la aparición de resistencias. Inicialmente la atención se dirigió al consumo en hospitales, pero cada vez más se extiende esta necesidad al consumo extrahospitalario, lo cual constituye un reto para el sistema de atención primaria de salud. Según Alós et al⁵, la posibilidad de medir el consumo de antimicrobianos en la población es un sistema apto para evaluar la aparición de resistencias y su utilización justificada o no. Tal y como apuntan Seppälä et al⁶, también puede ser una manera de evaluar la eficacia de las recomendaciones nacionales que se consideren oportunas. En este sentido, este grupo finlandés redujo el consumo nacional de macrólidos durante un número de años y cuantificó posteriormente sus consecuencias en la reducción de las resistencias a este subgrupo terapéutico para determinados microorganismos.

Nuestro interés se centra en el estudio aproximado al consumo real de antibióticos de uso sistémico. La relación entre este consumo y las resistencias bacterianas precisa de trabajos más amplios y con un dise-

ño adecuado, de carácter prospectivo y acompañados de intervención en forma de recomendaciones como en el artículo previamente comentado de Seppälä et al para mejorar la situación actual de pérdida de eficacia con los tratamientos antibióticos.

**E. Pastor García^a,
J.M. Eiros Bouza^b, A. Mayo Iscar^c
y M.R. Bachiller^d**

^aMédico de Familia. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ^bDepartamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Hospital Clínico. Valladolid. ^cDepartamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Valladolid. ^dDepartamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Valladolid. España.

1. Jacoby GA, Archer GL. New mechanisms of bacterial resistance to antimicrobial agents. *N Engl J Med.* 1991; 324:601-12.
2. Solé López J, Rodríguez Palomar G, Grahit Vidosa V, Juncadella García E. Consumo de antibióticos y su posible relación con la resistencia bacteriana en la región sanitaria Costa de Ponent: análisis evolutivo durante los períodos inicial y final de la última década. *Aten Primaria.* 2004;34:128-33.
3. Torres C, Zarazaga M. Repercusiones en el hombre del consumo de antibióticos por animales. *Rev Esp Quimioterap.* 1998;11.
4. Pastor García E, Eiros Bouza JM, Mayo Iscar A. Consumo de antibióticos sistémicos en Valladolid (1996-2000). *Rev Esp Quimioterap.* 2002;15:61-70.
5. Alós JI, Carnicero M. Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: «algo que te concierne». *Med Clin (Barc).* 1997;109:264-70.
6. Seppälä H, Klaukka T, Vuopio-Varkila J, Muotiala A, Helenius H, Lager K, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. *N Eng J Med.* 1997; 337:441-6.