

eidon

REVISTA DE LA FUNDACIÓN
DE CIENCIAS DE LA SALUD

número **32**

14 euros • noviembre - febrero • 2010

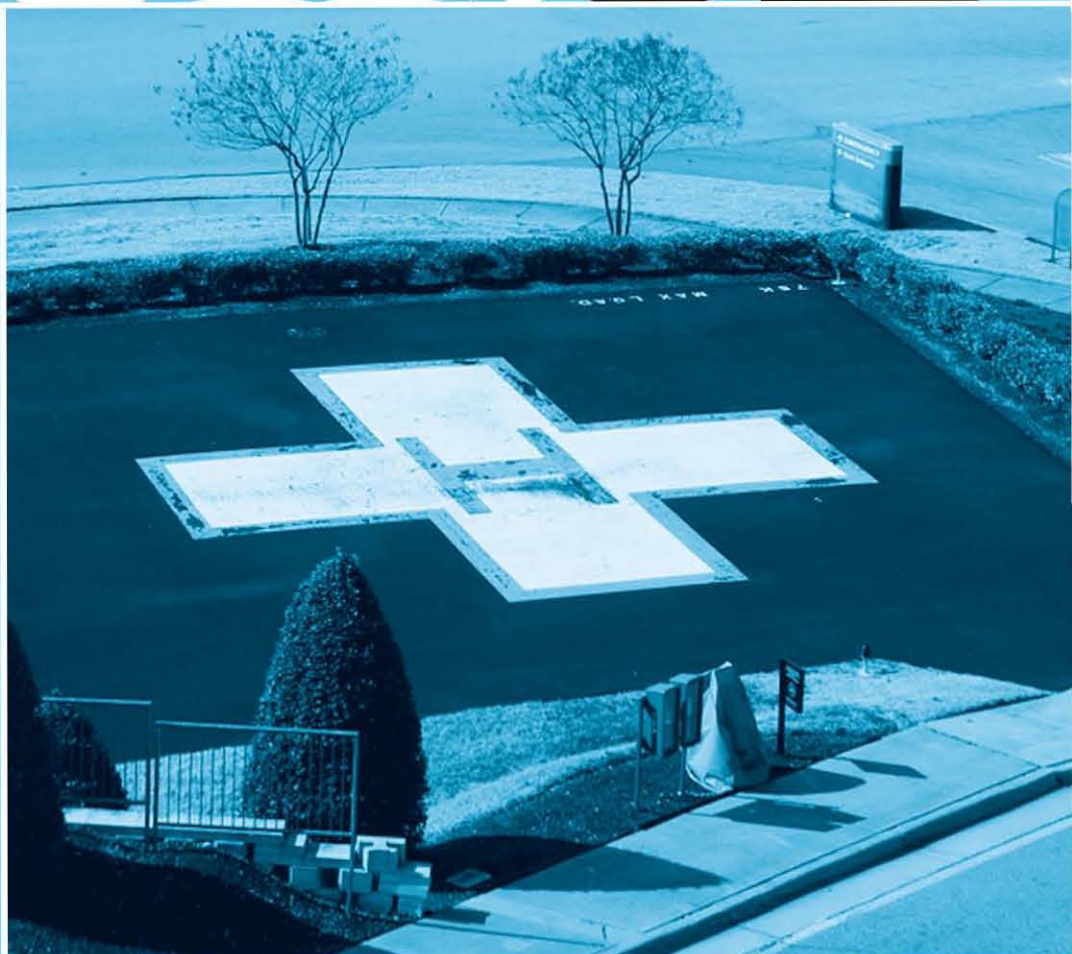
SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL

Entrevistas

Güllem López Casasnovas
Juan José Güemes

En Tierra de Nadie

Francisco Mora
Luis Muñoz



**revista
eidon**

**FUNDACIÓN
DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PATRONATO

PRESIDENTE

Diego Gracia

VICEPRESIDENTE

Rodrigo Becker

SECRETARIO

José Miguel Coldefors

VOCAL

Emilio Bouza

José Cadórniga

Emilio Díez

José M. Mato

Gonzalo Parls

Juan M. Pérez Santos

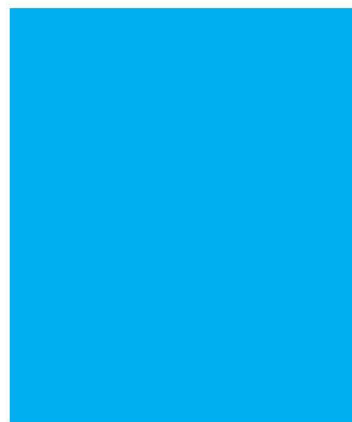
Javier Puerto

DIRECTORA

M^a Dolores S. de Puerta

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

número



CONSEJO DE redacción

DIRECTOR
Javier Puerto

COORDINACIÓN
Carmen Boto
Beatriz Juanes

COLABORADORES
EN ESTE NÚMERO
Carlos Álvarez-Dardet
Josep Bernabeu-Mestre
Ricardo Campos
Paula Farias
Manuel García Goñi
José Luis Peset
Miguel Sánchez-Ostiz
Andreu Segura
Sarah Simpson
Erio Ziglio

REDACCIÓN
Carmen Boto
Rafael Pérez Ybarra
Yolanda Virseda

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Albarte Comunicación

FOTOGRAFÍA
Archivo y Alfonso Esteban

IMPRIME
Gráficas Enar, S.A.

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
Plaza Carlos Trias Bertrán, 4-2º.
28020-Madrid

Tel.: 91 353 01 50. Fax: 91 350 54 20
e-mail: info@fcs.es
www.fcs.es

ISSN: 1575-2143
D.L.: M-7360-1999

FE DE ERRATAS

En el nº 31 se publicó el artículo *La epigenómica ambiental* (de M Porta, M Gasull y M Bosch de Basea) con algunos errores ajenos a los autores. El texto completo corregido puede encontrarse en http://www.imim.es/programasrecerca/epidemiologia/es_grecm.html

número
NOVIEMBRE-FEBRERO

32

sumario

EDITORIAL

PLATAFORMA DE DEBATE

ENTREVISTA

INVESTIGACIÓN Y CIENCIA

ENTREVISTA

CON MANO AJENA

EN TIERRA DE NADIE

DEL PASADO AL PRESENTE

CRÍTICA DE LIBROS

AGENDA

4 Salud y medicamentos

6 Una estrategia española de salud pública

- Andreu Segura

Europa: Un mapa de oportunidades para la salud pública en el año 2010

- Carlos Álvarez-Dardet

Las estrategias de salud pública en Estados Unidos y su reforma sanitaria

- Manuel García Goñi

22 Guillem López Casasnovas

- Catedrático de Economía
Universidad Pompeu Fabra



29 La gripe como problema hospitalario

La infección postoperatoria en cirugía cardiaca

38 Juan José Güemes

- Consejero de Sanidad
Comunidad de Madrid



44 Determinantes sociales y desigualdades en la salud

- Erio Ziglio y Sarah Simpson

Salud y pobreza: los cabos de una madeja

- Paula Farias

Sanos y enfermos

- Miguel Sánchez-Ostiz

62 La felicidad

- Francisco Mora y Luis Muñoz

67 El desarrollo de la salud pública en España durante el siglo XX

- Ricardo Campos

La Escuela Nacional de Sanidad

- Josep Bernabeu-Mestre

81 Las vacunas: historia y actualidad

84 Próximas actividades

Salud y medicamentos

La salud es un problema individual percibido como colectivo en época de epidemias. Sin embargo, desde muy antiguo, los médicos observaron en la enfermedad influencias de circunstancias ajenas al individuo, tanto materiales como espirituales. A partir de la definición por Hipócrates de las cosas no naturales entre las causas de la nosogenia, la salud sería cuestión del individuo y sus circunstancias.

Pese a su carácter individual, desde al menos la Edad Media, los practicantes de las tres religiones monoteístas (cristianos, islámicos y judíos) trataron de mitigar los efectos de la enfermedad en los menos pudientes, mediante la creación de instituciones asistenciales. Les movía el ejercicio virtuoso de la caridad.

Rápidamente los poderosos, al menos en la Europa Occidental cristiana, se dieron cuenta del peligro de dejar un elemento de control social tan importante en manos de los eclesiásticos y, o bien se lo arrebataron, o bien lo compartieron. De esa manera, la caridad se transformó en beneficencia, dependiente de los Estados o compartida con instituciones eclesiásticas.

Debe esperarse hasta el siglo XIX, cuando la industrialización avanzada crea en toda Europa núcleos importantes de obreros paupérrimos, para que tomen conciencia de las implicaciones socio-político-económicas de la salud.

Por una vía distinta a la de la concienciación política, los médicos comienzan a desarrollar visiones sociológicas de la Higiene Pública; primero en Francia, a partir de la fundación de la Real Academia de Medicina en 1820, con el análisis sistemático de los problemas higiénicos en sus vertientes estadística y demográfica.

Los médicos ingleses prefirieron abordar el problema desde perspectivas medioambientales, empeñados en evitar el *influjo miasmático*, disminuir la suciedad, mejorar los tratamientos de los residuos, las condiciones de habitabilidad de las viviendas, el abastecimiento de aguas...

El enfoque francés resultaba más comprometido con la realidad social, pero el inglés tuvo mucha más influencia por su utilitarismo.

A consecuencia de todas estas ideas, sucintamente descritas, en la Alemania de Guillermo I, cuando gobernaba el canciller Otto von Bismark, entre 1883 y 1889, se establecieron leyes mediante las cuales se instauraban seguros obligatorios contributivos, financiados por el Estado, los patronos y los operarios, restringidos a los trabajadores, que cubrían enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez. En 1919 la República de Weimar elevó a rango constitucional el papel activo del Estado en el progreso social y se extendió la cobertura del seguro.

A partir de entonces, ese estado de bienestar fue extendiéndose por Europa. En España, tras los intentos efectuados durante la II República, el Seguro Obligatorio de Enfermedad se implantó en 1941.

La salud es un problema individual percibido como colectivo en época de epidemias

Después de más de un siglo, los europeos perciben la salud como un derecho individual que ha de ser garantizado por el Estado, convertido

en ocasiones en *Estado providencia* y muchos, incluso los más directamente implicados en el modelo, lo consideran falsamente gratuito y creen que ha de ser universal.

Esa idea europea, como resulta evidente, no es compartida por los ciudadanos de sociedades tan democráticas como la norteamericana, en donde cualquier intromisión del Estado en temas individuales, incluida la salud, en muchas ocasiones se toma por algo intolerable, aunque algunos consejos se imponen a rajatabla con la más puritana de las actitudes.

Los analistas del proceso de implantación de los sistemas de salud en Europa no suelen considerar el papel de la terapéutica farmacológica en los mismos.

Hasta principios del siglo XIX, un médico recetaba un medicamento a un enfermo, quien iba a una botica en donde se lo preparaba un farmacéutico. A partir de 1800, el descubrimiento de los alcaloides, los glucósidos y la aplicación de las técnicas industriales a la preparación de medicamentos, propiciaron la aparición de la industria farmacéutica y los medicamentos en serie. Esta situación hizo mucho más accesible la medicación, mucho más barata y emprendió el camino hacia la seguridad y eficacia de los fármacos, fundamentalmente a partir de los descubrimientos de Koch y Pasteur, sobre los microbios, y los trabajos de Claude Bernard en farmacología experimental.

La industria farmacéutica nació de la inquietud de algunos boticarios aislados y del interés de unas cuantas fábricas químicas en diversificar su actividad. Gracias a su investigación se han descubierto la mayor parte de los medicamentos registrados, si bien sin la investigación básica efectuada en los laboratorios estatales su labor utilitaria hubiera sido mucho más complicada o imposible.

Los sistemas de salud requieren, por una parte, estrategias preventivas: planes de salud; por otra, estrategias paliativas

y curativas. En las dos últimas son imprescindibles lo que Herófilo de Calcedonia calificaba como *manos de los dioses*: los medicamentos. Por eso, desde su inicio, los sistemas de Seguridad Social poseen una parte pública, en absoluto gratuita pues está financiada por el Estado, los patronos y los trabajadores, cuyo fin es aparentemente altruista, dirigido a la conservación de la salud, aunque también empleado como elemento de redistribución, de control y, en ocasiones, de

manipulación social y al menos, un elemento privado: los fabricantes y distribuidores de fármacos, entidades con ánimo de lucro, pero cuyas ganancias van estrechamente ligadas a su eficacia, absolutamente dependiente de una investigación exitosa.

Los sistemas de salud y seguridad social, en sociedades avanzadas como la nuestra, son complejos y por tanto repletos de

contradicciones, en ocasiones creativas, en otras no tanto. Aunque los europeos, incluso los que no se tienen por eurocéntricos, lo consideren la mejor manera de abordar la salud colectiva, no son los únicos. Si queremos preservar el nuestro, no podemos sino meditar sobre ellos y aumentar nuestra propia educación y nuestro potencial educador en temas de salud.

Con esa finalidad reflexiva abordamos hoy, desde *EIDON*, algunos aspectos del tema.

Javier Puerto



UNA ESTRATEGIA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA

ANDREU SEGURA

Médico de Salud Pública
Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y
Administración Sanitaria (SESPAS)

Las consideraciones que siguen tratan sobre el desarrollo de una política de salud pública en España; pero también se refieren a aspectos estratégicos. Porque, aunque política y estrategia sean, en cierto modo sinónimos, al tratar de políticas se acostumbra a resaltar los propósitos y las metas que se pretenden, mientras que, siguiendo a María Moliner, "la estrategia es el arte de dirigir los asuntos para alcanzar los fines perseguidos". Hace falta reconocer los obstáculos y las dificultades, así como la capacidad de neutralizarlos, para progresar en la dirección conveniente.

LA SALUD PÚBLICA Y SUS FINES

La salud pública se puede entender de diversas maneras. Literalmente sería la salud de la población o, más precisamente, las actividades dirigidas a mejorar y proteger la salud de las comunidades. No es, sin embargo, el conjunto de los servicios sanitarios financiados públicamente. Según la definición tradicional de Winslow en 1920, consiste en el esfuerzo organizado de la sociedad para promover, proteger y, en su caso, contribuir a restaurar la salud de la población.

Lo que, en parte corresponde al sistema sanitario, pero no exclusivamente, puesto que los determinantes de la salud y de la enfermedad de las poblaciones humanas superan las posibilidades de la sanidad.

La salud depende de la interacción de múltiples factores. Los hay de naturaleza constitucional, relacionados con las características de la biología humana, que varían según la edad y el sexo de los individuos; otros remiten a la organización de las relaciones personales, puesto que los seres humanos somos animales sociales y no podemos vivir sin el concurso del grupo, que inicialmente se articulaba en pequeños clanes pero que ha alcanzado una complejidad notable, la de las sociedades contemporáneas. Y a ello hay que añadir un entorno determinado en cada caso.

Así, la salud de las personas es importante para la salud de la población, pero no sólo como variable independiente, puesto que las poblaciones saludables benefician la salud de los individuos que las componen. Es decir, es preciso tener una perspectiva colectiva genuina de la salud pública.

El concepto actual de salud no se limita a la ausencia de enfermedad y abarca las dimensiones somática, psicológica y social, de manera que, la influencia de los factores comunitarios resulta decisiva. Además, muchos de los determinantes ambientales influyen sobre el conjunto de la población, por lo que las intervenciones de carácter individual no bastan para mejorar y proteger la salud. Es ésta una consideración crucial para apreciar las limitaciones de los sistemas sanitarios orientados básicamente a la atención individual. Por la misma razón, las conductas que se han dado en llamar "estilos de vida saludables", son insuficientes para disfrutar de una buena salud, puesto que no operan sobre los determinantes ambientales y sociales. Por otro lado, la capacidad de modificar nuestro comportamiento no sólo requiere conocer sus consecuencias en términos de salud y enfermedad, sino que es muy sensible a otros factores más globales, particularmente aquellos que dependen de la organización social y de los valores culturales predominantes. Es decir, la información es necesaria, pero no suficiente para transformar actitudes y comportamientos.

Para incrementar y proteger la salud es necesario actuar en el ámbito social y cultural; es decir, sobre el funcionamiento mismo de las comunida-

des, a partir de intervenciones sobre el entorno, tanto global como próximo, sobre las condiciones de vida de los barrios y las ciudades, la vivienda, el trabajo -remuneración, utilidad, distancia, horarios, etc.-, la familia, la educación o la economía. La influencia del sistema sanitario sobre la salud y sobre otras facetas, como la cohesión social, a la que contribuye la percepción de seguridad de atención en caso de enfermedad, o incluso la importancia que en términos económicos ha adquirido el sector sanitario, deman-

dan una valoración específica desde la salud pública. Máxime cuando la orientación actual de los sistemas sanitarios estimula el consumo inapropiado de bienes y servicios sanitarios y contribuye de manera notable al incremento de la iatrogenia, que en las sociedades opulentas es

un problema mayor de salud pública. Así pues, la intervención coordinada sobre el sistema sanitario y sobre la sociedad debe ser el fundamento de las políticas de salud pública.

El concepto actual de salud no se limita a la ausencia de enfermedad y abarca las dimensiones somática, psicológica y social

LA SALUD PÚBLICA EN EL SISTEMA SANITARIO

El papel de la salud pública como componente del sistema sanitario es reducido. Salta a la vista si tenemos en cuenta la proporción del gasto sanitario dedicado a los servicios de salud pública, que en los países en los que tiene una mejor consideración, como Canadá, por ejemplo, ronda el 8% del total. Sin embargo, en España ronda el 1,5%. A los servicios de salud pública corresponde prestar servicios colectivos de protección y de promoción

de la salud; para ello precisan dispositivos adecuados de vigilancia y monitorización y, mediante la valoración de los problemas de salud y sus determinantes y la evaluación de la efectividad de las intervenciones, tratar de contribuir al diseño de las políticas sanitarias.

Hasta hace poco en España la mayoría de las actividades colectivas de protección de la salud dependían de los servicios de salud pública que paula-

tinamente han sido sustituidos por otros dispositivos de diversas administraciones, como medio ambiente -la contaminación atmosférica, por ejemplo-, interior -seguridad vial-, trabajo -prevención de riesgos laborales-, etc. En la actualidad, la potabilización de las aguas y la seguridad alimentaria constituyen la base de las actividades de salud pública, si bien proteger la salud de la población sigue siendo responsabilidad sanitaria general. De ahí la conveniencia de que la salud pública asumiera la efectiva coordinación de todas las políticas de protección de la salud, que obviamente implican múltiples sectores de la sociedad y de la administración. Sin embargo, la protección de la salud en el propio ámbito de los servicios sanitarios es una función que podrían asumir directamente los dispositivos de salud pública, incluyendo la prevención de la iatrogenia entre sus responsabilidades.

En cuanto a las actividades de promoción de la salud, la orientación actual de los servicios de salud pública es mayoritariamente preventivista. Si bien cuando se reduce la incidencia o la gravedad de las enfermedades se mejora la salud, ésta puede incrementarse en positivo, aumentando la capacidad de funcionamiento, la resistencia y la vitalidad. Hay que tener siempre presente que la salud no debe constituir un fin en sí mismo, sino un medio para vivir lo más plenamente posible. El papel de la salud pública en el sis-

tema sanitario debería dirigirse a facilitar la autonomía de las personas, contribuyendo a racio-

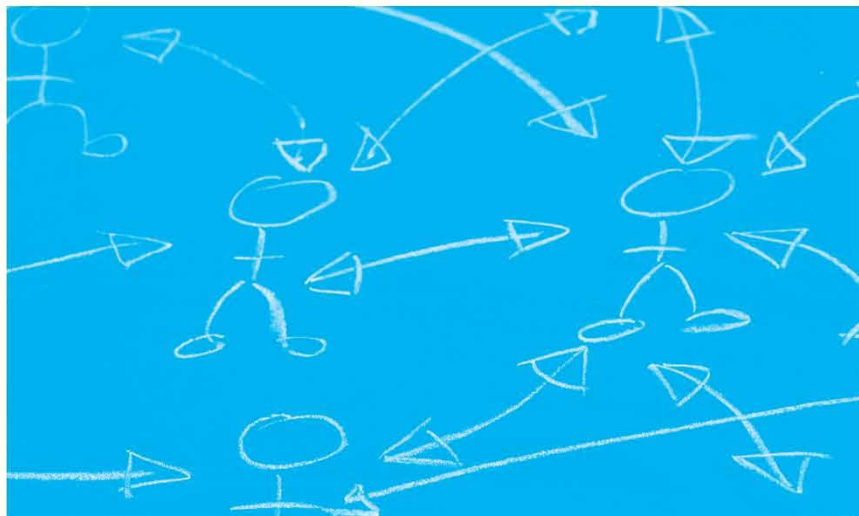
nalizar las actividades clínicas preventivas, muchas de las cuales resultan ineficientes y poco equitativas, mediante su inclusión en programas comunitarios que actúen también sobre los determinantes sociales de la salud. De este modo, la salud pública contribuiría a reorientar los siste-

mas sanitarios hacia aquellas necesidades de la población que son más pertinentes al abordaje asistencial, poniendo especial cuidado en la reducción del consumo inapropiado, la iatrogenia y las desigualdades en el acceso y la adecuada utilización de los servicios sanitarios, a la vez que se fomenta una mayor participación y protagonismo de la sociedad, tal como proponía en 1986 la *Carta de Ottawa de Promoción de la Salud*. Lo que, además, puede tener efectos positivos en una situación de crisis económica como la actual, en la que el despilfarro resulta literalmente una obscenidad.

La Intervención coordinada sobre el sistema sanitario y sobre la sociedad, debe ser el fundamento de las políticas de salud pública

LA SALUD PÚBLICA EN LA SOCIEDAD

La creación de las ciudades en el neolítico obligó a los primeros ciudadanos a recurrir al abastecimiento de agua y al drenaje de residuos, un



primitivo saneamiento que pronto daría lugar a la utilización de baños y termas. También precisó el almacenamiento y la conservación de alimentos, que junto con la inhumación de los cadáveres completó una versión preliminar de la salud pública, ajena desde luego al sistema sanitario, pero decisiva desde el punto de vista de la supervivencia y en cierto modo del bienestar. Una influencia que las modernas actividades sociales, económicas y culturales siguen ejerciendo, tanto en positivo como en negativo. En la prehistoria las enfermedades debieron ser infrecuentes, con la excepción de los parasitismos, y sobre todo poco duraderas, puesto que los individuos afectados eran pronto pasto de los depredadores.

Con la agricultura y la ganadería empieza a haber suficiente número de huéspedes como para permitir la subsistencia de microbios patógenos; también aparecen las primeras enfermedades laborales, como las artrosis derivadas de la molienda de cereales.

En la actualidad, si bien el escenario ha experimentado una radical transformación, siguen siendo decisivas las influencias ambientales y sociales, que determinan en buena parte la salud de las poblaciones. De ahí la conveniencia de que las políticas sectoriales, particularmente aquellas cuya influencia sobre la salud es mayor, tengan en cuenta estos efectos y por ello consideren su potencial aportación a la promoción y a la protección de la salud. De modo análogo a la consideración que empiezan a merecer las actividades

humanas sobre el medio, que requieren valoraciones del impacto ambiental, convendría considerar el potencial impacto sanitario.

Sin esta implicación de la sociedad es mucho más difícil, y desde luego mucho menos eficiente y equitativo, controlar los factores de riesgo de las enfermedades. Intervenciones coordinadas sobre la movilidad urbana, la racionalización de las condiciones, ubicaciones y horarios de trabajo, o las actuaciones que faciliten una adecuada alimentación tienen mucho mayor impacto sobre el sedentarismo y el exceso de peso que las más agresivas y costosas intervenciones clínicas preventivas.

La regulación del tráfico mediante una perspectiva de protección de la salud comporta no sólo la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico, sino también una reducción de la contaminación y un menor coste de combustible. Para

hacer factible dicha transformación no se trata de convertir la administración en un macrodepartamento de sanidad, sino más bien lo contrario, favorecer un ejercicio saludable de las responsabilidades de cada uno de los sectores de forma

que se conviertan en auténticos protagonistas. Lo que se ha venido últimamente a denominar "Salud en Todas las Políticas".

¿LÍDERES O CATALIZADORES?

Probablemente corresponda al sistema sanitario liderar una estrategia de salud pública de las características que se han planteado o, cuando

menos, introducirla en la agenda política. Porque la identificación entre salud y sanidad por parte de la población es muy notable, como también lo es el reconocimiento de otros sectores de la administración y de la sociedad en cuanto a la responsabilidad sobre la salud de las personas y las comunidades. Sin embargo, una parte no despreciable de los obstáculos proviene del propio sector sanitario, cuyo extraordinario crecimiento ha propiciado el desarrollo de potentes intereses orientados hacia su mantenimiento y expansión. Intereses que en el

corto y medio plazo suponen interferencias para la autonomía y la emancipación ("empowerment") sobre el control de la salud y sus determinantes, denunciadas por la citada carta de Ottawa.

Los componentes del sistema sanitario que mejor podrían liderar la transformación interna son, debido a la perspectiva comunitaria o poblacional de sus planteamientos teóricos, la atención primaria y los servicios de salud pública. La atención primaria porque su organización actual en España se basa en una distribución poblacional de los recursos, mediante las zonas o áreas básicas de salud que promulgó la Ley de Sanidad de 1986. Y también porque buena parte de los profesionales

que trabajan en este nivel del sistema sanitario son especialistas en medicina o en enfermería familiar y comunitaria. La salud pública porque siempre ha trabajado con poblaciones y para las poblaciones, aunque no siempre con las poblaciones. Las recientes leyes autonómicas y las que están en proyecto, particularmente la española, pueden facilitar el papel de coordinación de la salud pública en el desarrollo de iniciativas

como la salud en todas las políticas. Además, servirán para equilibrar la actual orientación del sistema sanitario. Pero tanto desde la salud pública como desde la atención primaria se puede actuar también como fermento

y catalizador de las iniciativas comunitarias y sociales, sin las cuales la salud pública carece de sentido.

Los componentes del sistema sanitario que mejor podrían liderar la transformación interna son la atención primaria y los servicios de salud pública

Bibliografía

- BEAGLEHOLE R, BONITA R, HORTON R, ADAMS O, MCKEE M. "Public Health in the new era: improving health through collective action". *The Lancet* 2004; 363: 2084-6.
- BLUM HL. "Planning for Health. New York": *Human Sciences Press*, 1981.
- DIEZ-ROUX AV. "Residential environment and cardiovascular risk". *J Urban Health*, 2003; 80: 569-89.
- MÁRQUEZ S, MENEU R. "La medicalización de la vida y sus protagonistas". *Gestión clínica y sanitaria* 2003; 5: 47-53.
- STARFIELD B. "Is US Health really the best in the World?" *JAMA* 2000; 284.

- RODRÍGUEZ M, STOYANOVA A. *Els comptes de la salut pública a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut, 2007.
- ANÓNIMO. "Ottawa Charter for Health Promotion". *Can J Public Health* 1986; 77: 425-30.
- ROSEN G. *The History of Public Health*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993.
- STHÅL T, WISMAR M, OLLILA E, LAHTINEN E, LEPPÖ K. *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.



EUROPA: UN MAPA DE OPORTUNIDADES PARA LA SALUD PÚBLICA EN EL AÑO 2010

CARLOS ÁLVAREZ-DARDET

Catedrático de Salud Pública, Universidad de Alicante.
Director Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS)

Europa es el continente de la diversidad, y ello afecta también a los problemas de salud, la salud pública y sus políticas. El año 2010 presenta una serie de oportunidades que, si se aprovechan adecuadamente, pueden suponer un salto cualitativo para la salud pública y su influencia social en nuestro entorno como profesión, como infraestructura social y como cuerpo de conocimientos. Entre ellas destacan, la Presidencia europea, la globalización y la nueva diplomacia de Salud Pública; la fusión en un único ministerio del gobierno de España de las competencias gubernamentales en sanidad y política social, y el trabajo que se viene desarrollando en España por la futura Ley nacional y las leyes autonómicas de salud pública. Este mapa de oportunidades bien podría servir como base para los planes estratégicos de los servicios de salud pública de Europa, España y sus Comunidades Autónomas. La exportación a escala planetaria de sistemas de estado del bienestar al estilo europeo podrían suponer avances en la salud humana de dimensiones históricas.

Europa es el continente de la diversidad; también lo es desde la perspectiva de la salud pública, aunque en ella están los países con más desarrollo de la salud pública contemporánea en el mundo¹. En el XIII congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), celebrado en 2009 en Sevilla, se constató una nueva fase de mayor aprecio social y político en la salud pública española. En este artículo se retoman algunas reflexiones realizadas en aquel congreso y se

identifican oportunidades concretas para la salud pública española para el 2010; este mapa de oportunidades podría servir como base para los planes estratégicos de los servicios de salud pública.

LA DIPLOMACIA DE SALUD PÚBLICA Y LA PRESIDENCIA EUROPEA

La salud es un bien público, protegido por la Constitución Española en su artículo 43, y por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, que reconoce a todo ser humano el derecho a alcanzar su máximo potencial de salud. También es un bien público global.

Los beneficios sociales que genera la salud pública deben cuantificarse mejor y ganar visibilidad y reconocimiento social y político. Hoy es incoherente hablar de "economía sostenible" sin referirse de forma detallada a las aportaciones que la salud pública y las políticas coherentes con lemas como "salud en todas las políticas" hace al bienestar, la justicia y la democracia. Las políticas favorables a la salud pública son

una parte muy importante de la actividad económica y se traducen en beneficios económicos y sociales de un valor, en gran medida, no calculado ni reconocido. Parte de la responsabilidad en esta situación se debe a lo poco desarrollada que está en España la función de defensa de la salud (*health advocacy*).

La enfermedad no conoce fronteras, por lo que el concepto de globalización también es aplicable a la salud pública; la adopción en 2005 y entrada en vigor en 2007 del nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005) marca un hito en el campo de la salud pública mundial². Según Martin Mc Kee, en nuestro mundo contemporáneo hay cinco enfoques de salud global que pueden encapsularse en cinco metáforas, cada una de ellas con sus propios objetivos e instituciones clave³: la salud global como política exterior, como seguridad, como caridad, como inversión y como salud pública.

La enfermedad no conoce fronteras, por lo que el concepto de globalización también es aplicable a la salud pública

En la actualidad predominan los enfoques de política exterior y seguridad. Sin embargo, el cambio en la política mundial impulsado por Barack Obama podría hacer bascular la situación y pasar a considerar en el futuro, la salud global como salud pública. Ello supondría una mayor prevalencia de los valores europeos en todo el mundo, a lo que se puede

en la salud de nuestras sociedades. En el siglo XXI, en la sociedad post-crisis, no tiene sentido excluir a la salud pública, como a menudo se hace cuando se promueve una supuesta "sociedad del conocimiento" o una "economía sostenible".

La presidencia española, en el nuevo *status* jurídico de la Unión Europea, se presenta como una gran oportunidad para la salud pública. Existe en Europa una estructura para la práctica de la salud pública: CDC europeo (<http://www.ecdc.europa.eu/>).

La globalización ha forzado a que muchos de los departamentos ministeriales, pero también de los gobiernos de CCAA, e incluso ayuntamientos de ciudades de tamaño medio, desarrollen funciones nuevas de carácter internacional⁷. Esto ha pasado, por ejemplo, con la cooperación sanitaria, que ya es una pieza presupuestaria relevante y que depende en el gobierno de España, más de Exteriores que de Sanidad, desarrollándose líneas de cooperación que pueden tener sentido diplomático pero no sanitario. Lo mismo ocurre con el área de comercio, pues nuestra representación en la Organización Mundial del Comercio⁸, que en este momento está desarrollando acuerdos de servicios sanitarios, corresponde a Economía y Fomento a través de la UE, pero no a Sanidad.

El actual entorno de integración económica global conlleva riesgos para la salud⁹. Así, desde la entrada en vigor de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1995, junto con sus acuerdos nucleares, se han presentado diversas diferencias comerciales en las que se ha discutido la prevalencia de los intereses sanitarios sobre los meramente comerciales. Si

La presidencia europea es una oportunidad de empuje en los objetivos de desarrollo del Milenio, el mayor acuerdo político de los países socios de Naciones Unidas

bien la OMC argumentó que sus acuerdos garantizaban la discrecionalidad de los gobiernos para "proteger la vida y la salud de las personas y de los animales", los hechos han demostrado que dicha garantía no ha sido del todo clara. Precisamente, las disputas sobre los asbestos y sobre el acceso a medicamentos esenciales contra el VIH/sida, consecuencia de disposiciones contempladas en los acuerdos de la OMC¹⁰ y dirimidas en su interior, han demostrado que la implementación de estos acuerdos ha conllevado riesgos para la salud no advertidos en el momento de su formulación y aceptación por la totalidad de los países. De especial relevancia

en estos debates es la protección a la salud de los trabajadores en relación a los riesgos laborales.

En el mundo en que vivimos, donde los determinantes de la salud son cada vez más globales, carecemos de suficientes mecanismos

efectivos de protección de la salud en el ámbito mundial. Urge pues establecerlos, así como disponer de los procedimientos reguladores internacionales adecuados¹¹. El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial del Comercio deberían tener en cuenta la salud de la población a la hora de tomar sus de-

cisiones¹². También en sus órganos decisorios deberían estar representados los ministerios de salud para poder valorar el impacto en salud de sus decisiones. Asimismo, conviene reformar y reforzar las agencias multilaterales responsables específicamente de salud, como la Organización Mundial de la Salud.

Necesitaríamos además tener una Agenda Europea de Salud Internacional que podría constituirse en una herramienta transparente de la acción española en esta área. La Agenda permitiría mayor transparencia y discusión pública de la posición europea en temas de salud internacional. Debería llevar explícita la posición europea en las agencias internacionales cuyas políticas afecten a la salud, especialmente la OMS y la UNICEF, pero también la OMC, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y otras agencias de Naciones Unidas como Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), FMI (Fondo Monetario Internacional) y el Banco Mundial (BM).

La presidencia europea es también una oportunidad de empuje a los objetivos de desarrollo del Milenio, el mayor acuerdo político de los países socios de Naciones Unidas. Recientemente se ha puesto de manifiesto que, aunque los objetivos de desarrollo del Milenio¹³ suponían objetivos nada utópicos, su consecución está resultando muy problemática¹⁴. El Observatorio de Políticas y Salud de la Universidad de Alicante ha identificado los determinantes políticos. Lo que se ha identificado es que la falta de desarrollo de estados del bienestar, en su no consecución^{15 16 17}, es el determinante más importante; de nuevo la exportación de los sistemas de salud europeos tendría un notable impacto positivo en la salud mundial.

UN ÚNICO MINISTERIO EN SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

La llamada de atención sobre los determinantes sociales de la salud que ha realizado la OMS ha coincidido en el tiempo con la fusión en el gobierno de España en un único Ministerio de las competencias gubernamentales en sanidad y política social. Ello supone una extraordinaria oportunidad para, por un lado, situar a España en cabeza de los países que desarrollan políticas

OPORTUNIDADES PARA LA SALUD PÚBLICA DE LA EXISTENCIA EN ESPAÑA DE UN MINISTERIO UNIFICANDO SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

- A.-** Mayor posibilidad de abordar los determinantes sociales de la salud
- B.-** Oportunidad histórica para el espacio socio sanitario y la reducción de las desigualdades
- C.-** Visibilidad de la acción de las políticas indirectas de salud
- D.-** Ley de dependencia como símbolo de la capacidad política del estado para aunar intereses a favor de la población
- E.-** Acción conjunta sanidad-políticas sociales como laboratorio de experiencias para lanzar posteriormente estrategias en España de salud en todas las políticas
- F.-** Modelo de referencia para la coordinación de las acciones intersectoriales dentro de los Programas de atención sanitaria a problemas de salud que requieren de intervención social. Ejemplo: programas de atención a enfermedades crónicas de los servicios sanitarios y sociales
- G.-** Posibilidad de extender el modelo de unión de sanidad y política social a las CCAA que lo deseen y en las que esté aún separado

para disminuir las desigualdades sociales que afectan a la salud;¹⁸ y por otro, para establecer un diálogo constructivo que permita por fin llenar de contenidos el espacio socio-sanitario, tan subdesarrollado en España.

Por ello, resulta especialmente oportuno que el gobierno español haya elegido la monitorización de los determinantes sociales como una de sus prioridades en salud para la Presidencia Europea. Sin embargo, aunque es-

tas competencias están fusionadas en el Gobierno de España, no lo están en todas las CCAA, y tanto sanidad como política social son competencias transferidas. Con este modelo de unión aparece así una nueva oportunidad, que si tiene éxito puede expandirse a la gobernanza de las comunidades autónomas que así lo deseen.

Las desigualdades en salud limitan el desarrollo social, y las acciones de salud pública pueden reducirlas¹⁹. Invertir en salud, educación y desarrollo de las mujeres es una forma de mejorar la salud de todas las personas. La Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior ha iniciado ya una serie de acciones en esta área como la realización del primer estudio sobre desigualdades del pueblo gitano²⁰ y la creación de una comisión de determinantes sociales a nivel nacional que son muy prometedoras. Es de esperar que siga financiándose su actividad durante 2010 y que el recorte de fondos para investigación no afecte a la incipiente producción científica española en epidemiología social.

El concepto de salud en todas las políticas²¹ es uno de los más atractivos de la práctica gubernamental de la salud pública²² y ha

Invertir en salud, educación y desarrollo de las mujeres es una forma de mejorar la salud de todas las personas

sustituido, de una manera más acorde con la ciencia política, al más intuitivo de acción intersectorial. La fusión en un único ministerio de la sanidad y la política social se puede también ver

como una oportunidad para el desarrollo de un reservorio de experiencias para acometer a posteriori, desde modelos de buena práctica, la inclusión de salud en otras políticas más distantes administrativamente, como en igualdad, fomento o agricultura y economía. Es en Europa donde se han producido la mayoría de los modelos de buena práctica de salud en todas las políticas en los últimos 20 años.

LOS MOVIMIENTOS DE REFORMA

Varias CCAA (Comunidad Valenciana, Cataluña y próximamente Andalucía) han desarrollado leyes autonómicas para la salud pública, que como competencia de servicios fue la primera en transferirse a las CCAA. Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) ha retomado el compromiso del partido socialista en su campaña electoral de impulsar una nueva Ley de Salud Pública. Aún no se ha hecho público ningún borrador de esta ley, pero ha levanta-

do muchas expectativas y es indudable que supone una gran oportunidad, y que definirá un marco de acción estable para las funciones de salud pública en España.

Entre sus ventajas, este nuevo marco normativo de la salud pública ayudará a mejorar las competencias de los profesionales de la salud pública, lo que podría permitir a España ser modelo de formación a nivel internacional de los profesionales en salud pública, especialmente para Iberoamérica.

Todas las oportunidades identificadas en este artículo necesitan para su desarrollo de producción de nuevo conocimiento. La existencia en España de un Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) ayuda bastante a la producción del conocimiento necesario; sin embargo, el presupuesto de CIBERESP se ha visto reducido este año en un porcentaje

sustancial. Otro problema notable para el desarrollo adecuado de las oportunidades identificadas es la falta de cohesión que en ocasiones demuestra nuestro estado de las autonomías. Así, en bastan-

tes cuestiones de desarrollo del estado del bienestar y en salud en particular, especialmente en lo referido a la fusión de sanidad y política social y los desarrollos legislativos, se verán limitados por nuestra incompleta arquitectura política. Sería deseable

una mayor migración a situaciones de federalismo para conseguir aprovechar completamente estas oportunidades.

El MSPS ha retomado el compromiso del partido socialista en su campaña electoral de impulsar una nueva Ley de Salud Pública

Notas bibliográficas

- 1- MCKEE M, BOBBIE J. "Public health in Europe". *The Lancet*. Vol 356, August 19; 2000: 665-669.
- 2- FRANCO A. "Globalizar la salud". *Gaceta Sanit* (Barcelona) 2003 abril; 17(2): 157 - 163.
- 3- MCKEE M, STUCKLER D. "Five metaphors about global health policy". *The Lancet*. Vol 372 July 12; 2008: 96-97.
- 4- DONALDSON L, BANATVALA N. "Health is global: proposals for a UK government-wide strategy". *The Lancet*. 2007; 369: 857-61.
- 5- HARZEIM E, ÁLVAREZ-DARDET C. "Armadilha das pirâmides". *Cad Saude Publica* 2001; 17(4): 109 - 118.
- 6- LANG T. "Food policy". *Perspect Public Health*. 2009 Jul; 129(4):157.
- 7- FRANCO-GIRALDO A, ÁLVAREZ-DARDET C. "Global public health: international health is tested to its limits by the human influenza. A epidemic". *Creve Panama Salud Pública*. 2009 Jun;25(6):540-7.
- 8- UMAÑA-PEÑA R, ÁLVAREZ-DARDET C. "General Agreement on Trade in Services and its implications for public health". *Gac Sanit*. 2005 Nov-Dec; 19(6): 475-80.
- 9- PORTA M. "Cuerpos tóxicos. El impacto cultural de nuestra contaminación interior". *Diario La Vanguardia*, 25 de noviembre de 2009, Suplemento Cultura/s (388): 1-5.
- 10- UMAÑA PEÑA RA, ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ C, VIVES CASES C. "Opacity of general agreements on goods and services in Spain". *Gac Sanit*. 2006 May-Jun; 20(3): 228-32.
- 11- GIL GONZÁLEZ D, PALMA SOLÍS M, RUIZ CANTERO M.T, ORTIZ MONCADA MR, FRANCO GIRALDO A, STEIN A, ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ C. "The challenge to public health of the Millenium Development Goals: an approach from political epidemiology". *Gac Sanit*. 2006 Dec; 20 Suppl 3:61-5.
- 12- PALMA-SOLÍS MA, ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ C, FRANCO-GIRALDO A, HERNÁNDEZ-AGUADO I, PÉREZ-HOYOS S. "State downsizing as a determinant of infant mortality and achievement of Millennium Development Goal 4". *Int J Health Serv*. 2009;39(2): 389-403.
- 13- PALMA M, HERNÁNDEZ I, ÁLVAREZ-DARDET C, GIL-GONZÁLEZ D, RUIZ MT, MEDINA M. "Economic factors related to the Millennium Development Goals: a literature review". *Rev Panam Salud Pública*. 2009 Aug; 26(2):161-71.
- 14- GIL-GONZÁLEZ D, RUIZ-CANTERO MT, ÁLVAREZ-DARDET C. "How political epidemiology research can address why the millennium development goals have not been achieved: developing a research agenda". *J Epidemiol Community Health*. 2009 Apr; 63(4): 278-80.
- 15- PALMA-SOLÍS M, GIL-GONZÁLEZ D, ÁLVAREZ-DARDET C, RUIZ-CANTERO MT. "Political and social context of not attaining the Millennium Development Goal to reduce poverty". *Bull World Health Organ*. 2008 Oct; 86(10): 772-9.
- 16- PALMA MA, ORTIZ R, ÁLVAREZ-DARDET C, RUIZ MT. "Policy determinants affecting the hunger millennium development goal". *Soc Sci Med*. 2009 May; 68(10): 1788-92. Epub 2009 Mar 30.
- 17- PALMA-SOLÍS MA, ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ C, FRANCO-GIRALDO A, HERNÁNDEZ-AGUADO I, PÉREZ-HOYOS S. "State downsizing as a determinant of infant mortality and achievement of Millennium Development Goal 4". *S.int J Health Serv*. 2009; 39(2): 389-403.
- 18- BORRELL C. "Policies to reduce health inequalities". *Artazcoz Legacy Sanit*. 2008 Sep-Oct; 22(5): 465-73.
- 19- ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ C, RUIZ CANTERO MT, BORRELL I THIÓ C. "Determinantes sociales de la Salud. Desigualdades en salud". En: Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- 20- LA PARRA D. Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España. Consejo Estatal del Pueblo Gitano-Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, Consultado diciembre 2009 (http://www.msp.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/equidadSalud_05Mayo.pdf)
- 21- PORTA M, GARCÍA-ALTÉS A. "Salud en todas las políticas". *Diario El País*, 24 de junio de 2008: 41.
- 22- PORTA M. "Creativity". En: Marinker M, ed. *Constructive conversations about health. Policy and values*. Oxford & Seattle: Radcliffe Publishing, 2006: 149-164.



LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA EN ESTADOS UNIDOS Y SU REFORMA SANITARIA

MANUEL GARCÍA GOÑI

Departamento de Economía Aplicada II
Universidad Complutense de Madrid

La Administración Obama quiere llevar a cabo una reforma sanitaria en su país para extender el acceso a la sanidad a sus ciudadanos. Sin embargo, ello no quiere decir que en EEUU no exista ya una sanidad pública. Dos son los principales sistemas de salud pública para la provisión de servicios sanitarios: Medicare y Medicaid. No obstante, con esta organización de los servicios y seguros sanitarios, más de un 15% de la población permanece no asegurada, lo que se traduce en más de 45 millones de personas.

LA EXISTENCIA DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO

Estados Unidos posee un sistema de salud eminentemente privado, en contraposición al Sistema Nacional de Salud de naturaleza pública al que estamos acostumbrados en países como España o Reino Unido. Mientras en España el sistema sanitario se financia mediante impuestos y la provisión se organiza y gestiona desde instituciones públicas y/o gobiernos autonómicos, en Estados Unidos el aseguramiento lo

financian los individuos o las empresas para las que trabajan, y la provisión de los servicios la realizan empresas o instituciones de naturaleza privada que tienen contratos de asistencia con las distintas compañías aseguradoras. Como consecuencia de la diferencia entre ambos sistemas en la organización de la financiación y la provisión de los servicios sanitarios, es habitual que haya en España un desconocimiento de la existencia de la salud pública norteamericana.

Así, sorprende el tamaño del sector público americano. El porcentaje del gasto sanitario respecto al PIB en Estados Unidos prácticamente dobla el español (16% en EEUU por 8,5% en España en el año 2007 según los datos publicados en OECD Health Data 2009). Aunque el sistema americano sea mayoritariamente privado, un 45,4% del gasto sanitario corresponde al gasto público sanitario en 2007. Dada la importancia del gasto público sanitario español (71,8% en ese mismo año), la diferencia en el gasto público per cápita en dólares (una vez corregido por el poder de paridad de compra) es llamativo: mientras España gasta 1.917 \$, Estados Unidos se gasta 3.307 \$.

Hay diversos factores que explican esta diferencia abismal en el gasto público por persona: la disparidad de los salarios de los profesionales sanitarios; los precios de los medicamentos, que son mucho más altos en Estados Unidos que en España, o la importancia de la demanda inducida o la selección de riesgos, que son problemas también mucho más importantes en aquel país. En los siguientes párrafos se tratará de explicar en qué consisten los programas de salud pública de Estados Unidos, sus problemas, y la orientación que el gobierno de la Administración Obama está intentando impulsar con su prometida Reforma Sanitaria.

LOS PROGRAMAS DE **SALUD PÚBLICA**

Estados Unidos tiene un considerable gasto sanitario público. No obstante, la sensación es que la población está desprotegida. ¿A qué se debe esto? Existen dos programas principales de salud pública para la provisión de servicios sanitarios y el aseguramiento: *Medicare* y *Medicaid*. Además hay algún otro sistema menor, como el *Children's Health Insurance Program* (CHIP), para garantizar la atención sanitaria infantil.

Medicare es una estructura en la que están enroladas todas las personas mayores de 65 años, con cualquier nivel de renta, además de pacientes

con ciertas discapacidades y enfermos con fallos renales crónicos que necesiten diálisis o que estén a la espera de un trasplante de riñón. Esto

supone cobertura de atención hospitalaria, ambulatoria y especialista, aunque en algunos casos con un cierto copago. A partir del 1 de enero de 2006 el programa *Medicare* incluye cobertura en el

uso de productos farmacéuticos (*Medicare Part D*) aunque supone el pago de una prima. Es decir, con este sistema se garantiza una cobertura universal para toda la población americana de edad avanzada -lo mismo que para toda la población, sin importar la edad, en España -, aunque tengan que satisfacer ciertas cantidades en concepto de primas o copagos.

El programa *Medicaid*, en cambio, tiene como objetivo garantizar la atención sanitaria a las personas activas, y por tanto menores de 65 años, que cumplen ciertas condiciones y tienen dificultad para enrolarse en un seguro sanitario. El criterio más importante es el de pertenencia a un grupo de renta baja, ya que el individuo debe demostrar que tiene dificultades económicas para poder pagar un seguro por sí mismo; aunque también se tienen en cuenta otros factores como ceguera o embarazo. El enrolamiento en un seguro dentro del programa de *Medicaid* no exime en algunos estados americanos de un cierto copago. Además, existe una medida controvertida y es que para ser elegible o poder ser enrolado en el programa *Medicaid*, es necesario ser norteamericano o bien ser un inmigrante admitido de manera legal en el país.

Para obtener información completa sobre los programas de salud pública americana se puede vi-

El porcentaje del gasto sanitario respecto al PIB en EEUU prácticamente dobla el español (16% en EEUU por 8,5% en España en 2007)

sitar la página web del *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) (www.cms.gov).

EL PROBLEMA DEL ACCESO

No se puede decir, por tanto, que en Estados Unidos exista cobertura universal, como ocurre en España, donde se garantiza el acceso al seguro y a la provisión de los servicios sa-

nitarios a todos los individuos. La provisión de los servicios sanitarios en EEUU se realiza a través de instituciones privadas que normalmente están contratadas por las compañías de seguros o por los programas públicos federales comentados. El esquema de pagos entre aseguradoras e instituciones sanitarias y profesionales sanitarios supone la existencia de un problema de incentivos en la organización de los servicios, acentuado por la falta de integración en dicha organización de los servicios y la práctica inexistencia de una red de atención primaria. Esta situación tiene como resultado que los individuos que no han comprado un seguro (ya sea de manera individual o colectiva, por ejemplo a través de sus empleos) o no pertenecen a uno de los citados programas de aseguramiento público, permanecen sin seguro y deben pagar la totalidad de la factura de los servicios sanitarios que reciben. Con este marco de organización de los servicios y seguros sanitarios, más de un 15% de la población permanece no asegurada, lo que se traduce en más de 45 millones de personas.

Es importante tener en cuenta que una cosa es el acceso al seguro, y otra distinta el acceso a los servicios sanitarios. Hasta ahora en el texto se han mencionado los problemas en el acceso al mercado del seguro sanitario.

Existen dos programas principales de salud pública para la provisión de servicios sanitarios y el aseguramiento: Medicare y Medicaid

No obstante, hay personas que están de hecho aseguradas, pero debido al esquema de copagos existente y en muchos casos a condiciones clínicas pre-existentes, podrían tener dificultades para obtener acceso a la atención sanitaria por su alto coste. Las políticas de actuación para la mejora de la salud pública que el gobierno americano actual está acometiendo o intentando acometer van dirigidas especialmente a la ampliación del acceso al mercado del aseguramiento. Esto es más importante si cabe, dada la coyuntura actual de crisis económica en la que están inmersos prácticamente todos los países, y que hace que una cantidad significativa de individuos pierdan sus empleos, y en Estados Unidos, pierdan a la vez el seguro médico.

EL OBJETIVO DE LA REFORMA SANITARIA

La reforma sanitaria que la Administración Obama prometió en su campaña electoral y que está tratando de implantar en la actualidad tiene como objetivo extender el aseguramiento y la salud pública a todos los ciudadanos americanos. El modelo que se pretende seguir es el de la Reforma sanitaria que ya tuvo lugar a partir de 2006 en el Estado de Massachusetts y que

extendió la cobertura del programa federal de *Medicaid*, además de una mejora en la red de atención primaria y su integración de la provisión de los servicios sanitarios.

A pesar de lo ambicioso de la propuesta inicialmente lanzada durante las elecciones de 2008, la Administración Obama se está encontrando innumerables dificultades para acometer dicha reforma sanitaria. Las dificultades tienen que ver con el poder de negociación que tienen las compañías aseguradoras dentro de una industria que proporciona importantes beneficios. Para que la reforma sanitaria llegue a buen puerto, debe ser aprobada tanto por el Senado como por el Congreso. El Congreso ya lo hizo el 7 de noviembre con un resultado realmente ajustado (220 votos a favor por 215 en contra, cuando para la aprobación eran necesarios 218 votos). En cambio, aunque el Senado aprobó el presupuesto sanitario para 2010 en diciembre de 2009, los demócratas acaban de perder el voto número 60, necesario para aprobar directamente la reforma, tras la victoria del candidato a senador republicano en Massachusetts el día 19 de enero. No obstante, la reforma sigue adelante. La consecuencia es que para conseguir los votos necesarios se están realizando concesiones y algunos de los contenidos relativos a la salud pública se están matizando o suavizando.

Massachusetts ha conseguido, mediante la estrategia de extender la salud pública, reducir el porcentaje de población sin seguro, desde un 10,2% en 2003, hasta una estimación (con algunos problemas de medición) de un 2,6% en 2008 (en el cómputo global, la cifra para Estados Unidos sigue siendo del 15,4%), habiendo asegurado a más de 400.000 personas desde el organismo gestor del programa público. Algunas de las medidas de promoción de la salud pública contenidas en la reforma son la obligatoriedad de la tenencia de un seguro, con el pago de una multa para los no asegurados, con la opción de comprar un seguro público cuya prima mensual depende de la renta individual o familiar.

Una de las discusiones más vivas y controvertidas dentro de la reforma en la estrategia de salud pública americana consiste en decidir si se debe o no incluir en dicha reforma la llamada Opción Pública (*Public Option*), que consiste en que el gobierno (normalmente estatal) participe en el mercado del seguro sanitario a modo de aseguradora pública, lo que podría fomentar la competencia y abaratar los precios (como se ha hecho en Massachusetts).

No está claro, en cualquier caso, cómo esta opción pública debería ser regulada, ya que si se aprovecha de los subsidios, la compañía pública podría

desplazar a las privadas provocando una falta de incentivos en la inversión privada en el sector. Y por otra parte, si se relacionan las primas a la renta individual, podría llegarse el caso a tener una mayoría de individuos de baja renta y enfermos en el programa público, más barato, y en

cambio a los más ricos y más sanos, en el mercado privado, lo que tampoco se pretende.

En definitiva, EEUU se encuentra en este momento en una encrucijada en la que el resultado de la reforma sanitaria marcará el devenir de las estrategias de salud pública para los próximos años. El aseguramiento del máximo porcentaje posible de la población para asemejarse al resto de economías desarrolladas en cuanto a la cobertura, y la integración de la atención primaria en la provisión de servicios sanitarios, para controlar el gasto, constituyen una prioridad. No es frecuente tener la oportunidad de cambiar un sector tan importante como el sanitario, lo que hace que éste sea un momento histórico... que también se puede convertir en una ocasión histórica perdida. Confiamos en que la madurez de la sociedad americana les ayude a tomar las mejores decisiones.

Más de un 15% de la población permanece no asegurada, lo que se traduce en más de 45 millones de personas

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS



Todo lo que suponga un mayor traslado de responsabilidad a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su autonomía merece ser explorado

“Las desigualdades sociales deberían medirse en términos de salud y no sólo de renta”

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS

Catedrático de Economía. Universidad Pompeu Fabra

Desde hace muchos años, Guillem López Casasnovas enseña economía en la Universidad Pompeu Fabra, una actividad que le apasiona y que combina con otras, entre ellas la de consejero del Banco España y la de asesoramiento en distintos ámbitos de la política pública. Especialista en economía de la salud, su punto de vista sobre la sanidad es sorprendentemente humano. Habla de costes y beneficios, pero también de pacientes que deben soportar horas de espera y de profesionales sanitarios que cuentan con muy poco tiempo para realizar su trabajo de consulta personal. Una visión “humanista” de la economía que aporta una mirada reflexiva.

Uno de sus artículos menciona 25 tópicos sobre desigualdades y salud ¿no son demasiados? ¿desconocemos tanto la relación entre la salud y la desigualdad social?

La salud es un componente importantísimo de la desigualdad social. En vez de mirar la desigualdad sólo según la renta, deberíamos observar las desigualdades en cuanto a la morbilidad. La renta es flujo: cuando eres joven tienes menor renta; cuando entras en el mercado de trabajo puedes aumentar tu capital, y cuando se es pensionista, se beneficia uno del sistema del bienestar. Lo interesante sería medir la renta a lo largo del conjunto de la vida de una persona, longitudinalmente, y no en un momento dado, vista la influencia que en ello tiene la edad. Sin embargo, la salud tiene un mayor componente de *stock*. Las desigualdades de salud se relacionan con la renta, pero se trata a menudo de comparacio-

nes heterogéneas marcadas por la falacia de la agregación: ¿si se mejorara la renta media de los españoles, mejoraría la salud? Pues lo cierto es que no se puede afirmar sin conocer las varianzas (¿beneficiar la renta y salud de quién?). Esto es, no está comprobado que a mayor aumento de la renta media mejore también la esperanza de vida media: depende de cómo éstas se distribuyan. Es un ejemplo. ¡Hasta 25!

¿Pero se podría decir que hay enfermedades ligadas a un peor nivel de vida?

Lo que genera un nivel de vida bajo no es sólo tener poca renta, sino tener mala salud. Me resisto a aislar la salud de los problemas sociales. Esto es importante para generar los mecanismos de corrección de las políticas sanitarias adecuados. Hay gradientes de salud que tienen que ver con la etnia, con el género... Son factores exógenos y conllevan diferencias por las que las políticas sanitarias no pueden exigir responsabilidad a los ciudadanos para su corrección; pero, por ejemplo, dentro de la cohorte de personas de idénticas cohortes etarias, étnicas y de género, sí se ha de res-

ponsabilizar de la diferencia observable en los niveles de salud, en mayor medida, a los afectados. La responsabilidad pública en las políticas de salud se ha de centrar en corregir las diferencias en las medias exógenas, con la educación por ejemplo, pero para las endógenas, internas en cada cohorte, la responsabilidad individual debiera de ser mayor.

En su llamada contra los prejuicios ¿supone la inmigración un mayor gasto sanitario o se trata de otro tópico?

En términos absolutos, sí. En términos relativos, no. La mayor demografía afecta al gasto sanitario; pero por población, no por el hecho de que al ser ésta inmigrada tenga un consumo relativo *per cápita* más alto. Al revés, los inmigrantes que entran como turistas y se quedan o vienen en pateras, a la fuerza deben estar más sanos. También por su edad. Si se estandariza por edad, consumen menos y no más servicios. El tópico abunda entre algunas personas al visualizarlos más en urgencias, y por las críticas ciertas de los gestores autonómicos que han visto como los aumentos de población no modificaban suficientemente la financiación sanitaria estatal. Si se hubiera seguido un criterio estrictamente cuantitativo -tanta población tienes, tanto financia, con los parámetros convencionales- la llegada de inmigrantes incluso hubiera resultado ventajosa para aquellas Comunidades mayormente receptoras, dado que el coste de los inmigrantes se sitúa, en general, por debajo de la media de los autóctonos. Un simple dato confirmatorio. Recuérdese que entre los autóctonos hay una importante cantidad de pasivos por cada activo, mientras que entre los inmigrantes activos el ratio es menor.

Y siguiendo con tópicos. ¿Cómo está afectando la crisis a la sanidad?

Al gasto sanitario por el momento no le está afectando más que al resto de servicios públicos, sino menos. Y ello pese a que los impuestos han

Los profesionales de la sanidad, proveedores de cuidados de salud, se mueven en una relativa indefinición, dada su situación intermedia entre políticos y pacientes

bajado en picado. Un gasto mantenido a piñón fijo, con incrementos del 4% es consustancial, porque en situación de crisis disminuye el consumo privado y aumenta el público. El problema es que ello no puede ser sino transitorio: en cuanto salgamos de la crisis y la Unión Europea

lo imponga tendremos que cerrar el déficit, y eso generará una situación complicada para España ya que estaremos saliendo de la crisis más tarde que el resto de los europeos. ¿Cómo vamos a subir impuestos si la economía española no está aún recuperada? ¿cómo vamos a recortar gastos cuando se requiera todavía actuación contracíclica? Estamos financiando servicios públicos con un déficit que supone 12 puntos por encima del PIB. Imaginemos que esto lo hiciera una familia, gastando continuamente mucho más de lo que ingresa: obviamente esa situación no es sostenible. Esto es, en el futuro, y para equilibrar las cuentas y salvar la solvencia financiera del estado español es probable que hagan falta algunas actuaciones que afectarán sin duda al presupuesto sanitario.

¿Por ejemplo?

Para aumentar los ingresos sin poder recurrir a la imposición penalizadora del crecimiento todavía precario, es probable que se replantee la necesidad del copago. Bueno, como la palabra copago suena mal, hablaremos quizás de tasas

y precios públicos... Y por el lado del gasto, lo que tocará es priorizar. Los economistas tenemos para ello nuestro instrumento que es la evaluación económica, los estudios de coste-efectividad. Las prestaciones se analizan de este modo referenciando su coste al parámetro del beneficio en salud. En nuestro argot, éste se mide en AVACs, años de vida ajustados por la calidad, y se trata de identificar como mínimo cuánto supone una prestación en su coste adicional, respecto a las alternativas ya existentes, en mejora de AVACs.

Pero los profesionales de la sanidad no se ponen muy de acuerdo en ese sentido

Los profesionales de la sanidad, proveedores de cuidados de salud, se mueven en una relativa indefinición, dada su situación intermedia entre políticos y pacientes. Por un lado defienden la autonomía clínica y la libertad de decisión pero, por otro, no quieren responsabilizarse de las consecuencias financieras que sus decisiones generan. En este sentido, todo lo que suponga un mayor traslado de responsabilidad a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su autonomía merece ser explorado. Por ejemplo, en Atención Primaria se puede pactar una financiación de corte poblacional, no retribuyendo a los equipos por lo que hacen sino por la población que tienen a su cuidado. Y, a partir de aquí, tus menores costes por mejor educación sanitaria o prevención son en principio sus rendimientos, y sus mayores costes por mayor actividad ineficiente no aumentan la factura de la financiación global. En todo caso, lo que no se puede hacer es atender a los beneficios y olvidarse de los costes. En un sistema privado no hay problemas, ya que si la atención vale lo que cuesta, lo decide el mismo paciente; pero en el sistema público,



Si aparece un nuevo medicamento hay que plantearse qué valor añade, cómo cambia el perfil diagnóstico y terapéutico, qué coste sustituye, etc.

esta idea hipocrática de que “hago todo lo que haga falta para mi paciente” no es real, porque el paciente no sólo es el que el profesional tiene delante, sino también el que está esperando o al que no se puede atender, bien por falta de tiempo, o por falta de inversión en el sistema sanitario, o el que por falta de recursos de políti-

cas preventivas no tiene educación sanitaria como para reconocerse como enfermo... Son los costes de oportunidad para un profesional sanitario público de no ser eficiente. La economía de la salud ayuda a poner orden en esta situación. La ética y la eficiencia se de-

ben dar la mano para que el sistema de salud sea equitativo.

Y el gasto farmacéutico, ¿es realmente tan preocupante como se sugiere?

El porcentaje más alto del gasto sanitario es el que se dirige a sueldos y transferencias, pero esto es bastante inocuo. Cataluña, por ejemplo, que tiene más concertación, tiene menos capítulo 1 pero tiene más capítulo 2. A mí no me preocupa tanto en qué se gasta o en qué capítulo económico se contabiliza éste como en el para qué se gasta. El gasto funcional tiene más interés; esto es, ¿a qué dedicamos los recursos siempre escasos, a prevención, a atención primaria, a crónicos, a larga estancia, a la gestión de episodios integrales, etc.? Desde esta visión el medicamento no es más que un *input*. Si aparece un nuevo medicamento hay que plantearse qué valor añade, cómo cambia el perfil diagnóstico y terapéutico, qué coste sustituye, etc.

¿Cuál es su visión acerca del valor del medicamento más allá de una dimensión economicista?

El economicismo de los economistas es otro tópico muy arraigado entre el *status quo*. El economicismo es un concepto marxista que a muchos no nos identifica en lo más mínimo. Hay economistas de la salud con más discurso de beneficios sanitarios (años ganados en salud libres de discapacidad, carga de enfermedad evitada, AVACs, etc.) que muchos otros analistas que no tienen más liturgia que la de oponerse a los cambios para que todo continúe igual cuando la sociedad y el mundo en general han cambiado. Dicho esto, yo creo que es injusta la crítica indiscriminada que se hace al gasto en medicamentos. Su comparativa no puede hacerse en porcentaje del total del gasto ni en términos de PIB, ya que sus precios tienden a ser únicos, independientes del PIB y del modo en que se organizan los sistemas de salud. En todo caso debiera de ser el gasto *per cápita*. El problema del gasto en medicamentos en España no es "de precio", sino "de cantidades"; esto es, del excesivo consumo que se hace de él, inapropiado a veces, y que muy a menudo

tiene que ver en cómo se sitúa al medicamento como insumo de los tratamientos, en la cadena de valor terapéutica y de cómo sustituye al tiempo de profesional o de espera del paciente.

¿Sería necesario invertir más en prevención?

Siempre que un sistema de financiación financia a los proveedores de acuerdo a la actividad sufre el objetivo de prevención. Hay tres modos de pagar a los proveedores: pagar por ser, por hacer o por resultados. Pagar por ser equivale a pagar *inputs*; pagar por hacer es lo que se inició con los contratos programa de pago por actividad poniendo un precio a cada visita, de modo que cuánto peor se haga (descontrol primario, hipocondríacos, medicalización social, etc.), mejor para el profesional reembolsado.

El pago que premia mejor la prevención es la financiación capitativa, de base poblacional, al retribuir a los proveedores por responsabilizarse de las contingencias de salud que tienen los

ciudadanos cuyo cuidado tienen asignados.

En Primaria, en Cataluña se pretende conseguir algo de esto mismo.

Una entidad básica aso-

ciativa recibe una financiación de base poblacional y a cambio de esa financiación adquiere

El problema de la sanidad americana no es de equidad sino de eficiencia. No se puede ser equitativo si antes no se es eficiente

capacidad organizativa y responsabilidad financiera. Los consorcios de base territorial que integran proveedores sobre el territorio seguirían esta misma dirección...

¿Qué opina del modelo sanitario madrileño?

En economía de la salud hay cosas que son normativas y otras no, más bien empíricas, ideológicas, del "yo creo yo pienso". ¿Dónde está el límite de la intervención pública? En la obligatoriedad del aseguramiento. Si tú rompes el equilibrio de riesgos, generas fallos de mercado y todos los ciudadanos pierden bienestar. Es bueno para todos que exista obliga-

No se debiera hacer de la sanidad un arma arrojadiza en política

toriedad de aseguramiento. En cambio, el modo de provisión es más ideológico. Se puede suministrar un servicio por la vía de la concertación o por la vía de las franquicias, también es posible hacerlo como *leasing*... En un sentido estricto, no es cierto que en Madrid se esté privatizando la

sanidad. Mientras la financiación sea pública y todo el mundo tenga la obligación de estar asegurado, seguiremos estando ante un sistema público. Lo que no tengo tan claro es que la estrategia empírico positiva que se está siguiendo sea la adecuada. Yo, personalmente, abogo por los conciertos. Esto implica que el manejo sea público; cuando se hace una concesión se pone demasiada tierra por medio, durante demasiado tiempo, entre el político y el gestor. Creo que el interés público se defiende mejor con la concertación. Si tuviera responsabilidades políticas (por lo que ni "yo creo que" pudiera imponerse) no impulsaría el tipo de concesiones que se hacen en la Comunidad de Madrid, pero ello no justifica que algunos afirmen tajantemente que se está privatizando el sistema público, porque no es cierto, al ser la financiación completamente pública. No se debiera hacer de la sanidad un arma arrojadiza en política. Habría que buscar un pacto de estado en procedimientos para evitar que esto fuera así. Cuando existiera acuerdo en las reglas, no debería importar tanto quien las aplicase.



En un artículo suyo publicado en El Periódico de Catalunya, alertaba sobre el espectacular crecimiento de la desigualdad ¿cree que somos conscientes de este hecho?

Las desigualdades más llamativas se dan dentro de una misma comunidad autónoma, por eso lo importante es gestionar planes de salud que permitan reducir las desigualdades en la propia comunidad. En Andalucía, por ejemplo, hay unas diferencias en la esperanza de vida o en los accesos a los tratamientos mucho más significativas que las que puede haber entre Navarra y Extremadura, pongamos por ejemplo.

Economista riguroso y apasionado

Licenciado en C. Económicas y en Derecho (1979), Guillem López Casasnovas es un economista riguroso y apasionado a la vez. Su trayectoria profesional está marcada por años de dedicación a la docencia. Ha sido profesor de Hacienda Pública de la Universidad de Barcelona, visiting scholar en el Institute of Social and Economic Research (Reino Unido), Universidad de Sussex y en la Graduate School of Business en Stanford (EE.UU.). Desde junio de 1992 es Catedrático de Economía en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, de la que ha sido Vicerrector y Decano de la Facultad de C. Económicas y Empresariales. Además, dirige el capítulo español de Global Health Leadership Forum, programa conjunto con la Universidad de Berkeley (http://www.barcelonagse.eu/Global_Health_Leadership_Forum_GHLF.html <[\t blank](http://www.barcelonagse.eu/Global_Health_Leadership_Forum_GHLF.html)>), y es presidente de la Organización Mundial de Economía de la Salud (IHEA, con sede en los Estados Unidos).

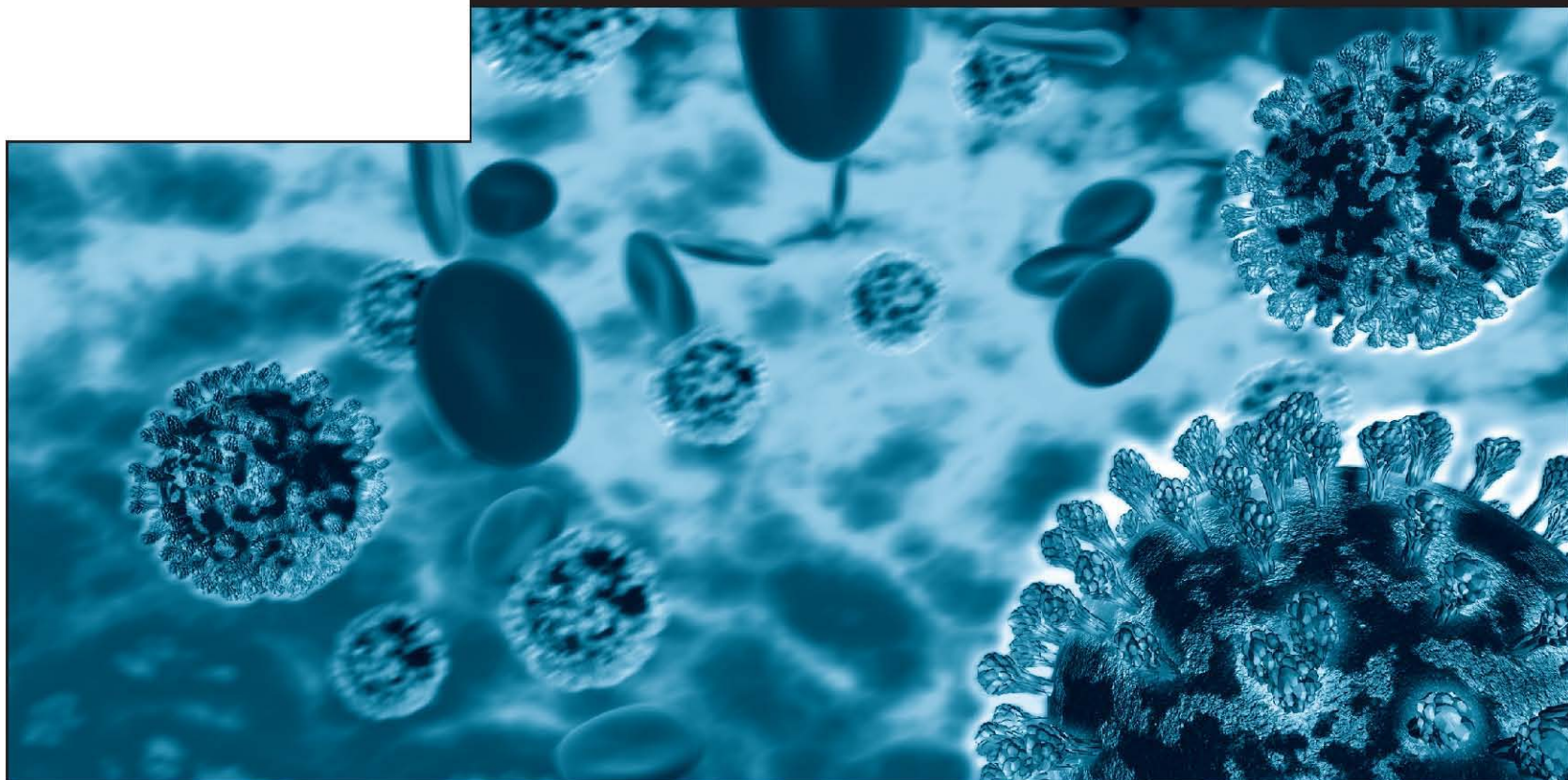
Entre 1996 y 2005 crea y dirige el Centre Especial Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF), y es codirector del Master de Gestión Pública (UPF-UAB-EAP).

Académico numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña, es también miembro de la Comisión Mixta de Valoraciones de la Generalitat de Catalunya, del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo. Desde Marzo del 2005 es Consejero del Banco de España. Autor o coautor de más de 30 libros e innumerables artículos, pertenece al consejo editorial de numerosas publicaciones científicas y fue miembro de la Comisión de Expertos para temas de Envejecimiento y Dependencia, en el desarrollo del Pacto de Toledo, del Ministerio de Trabajo y del Grupo de Expertos para la elaboración de la Balanzas Fiscales del Instituto de Estudios Fiscales.

¿Qué opina de la reforma sanitaria que se pretende llevar a cabo en Estados Unidos?

Creo que habrá reforma, pero no tendrá nada que ver con lo que prometió Obama. No habrá opción pública, sino que la oferta pública, vía *Medicare*, de cuidados médicos será a partir de los 55 años en lugar de a los 65. Y se llevará a cabo una regulación que forzará a que todos estén asegurados preferentemente en compañías privadas. A corto plazo se va a generar un problema porque las reglas del juego de cómo se proveen los servicios son las mismas de siempre. Esto va a generar una explosión del

gasto. Lo que hay que cambiar es el modo de provisión. Con el despilfarro que hay en un pago por acto que premia la *productivitis* mal entendida no hay capacidad para ningún sector público de ampliar ninguna cobertura. El problema de la sanidad americana no es de equidad sino de eficiencia. No se puede ser equitativo si antes no se es eficiente.



La gripe como problema hospitalario

La epidemia de la gripe A (H1N1) constituye un reto para todos los sectores de la sociedad, pero especialmente para el sanitario. La que se ha podido considerar la primera pandemia del siglo XXI, siempre hablando del entorno hospitalario, presenta una serie de cuestiones diferenciales relacionadas con el diagnóstico y epidemiología de los distintos virus gripales, con la clínica y tratamiento del virus H1N1, y con aspectos de Política Sanitaria. Sin embargo, el impacto socio-sanitario no ha sido, de momento, tan devastador como se preveía.

La primera pandemia del siglo XXI es ya una realidad. El virus de la gripe H1N1 representa, como en su momento lo fue el de la gripe aviaria, un problema de salud globalizado que ha puesto en alerta a todos los servicios sanitarios del planeta desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó la alerta pandémica. No obstante, hasta la fecha la pandemia de gripe no ha tenido las temidas consecuencias sanitarias de otras pandemias del pasado. Hasta el momento, ha causado la muerte a cerca de



De izquierda a derecha, Diego Gracia y Emilio Bouza, durante la apertura de la Jornada

15.000 personas, unas 370 en España. Estas cifras difieren mucho de los 150 millones de muertos que calculó al principio de la epidemia la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España, de acuerdo con los datos del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III, la tasa de incidencia media de la gripe en España se sitúa en 18,41 casos por 100.000 habitantes. El pico de contagios se produjo en la semana del 15 al 21 de noviembre, con 372,7 casos por 100.000 habitantes.

A este respecto, Diego Gracia, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud explicó durante la Jornada *La Gripe como problema hospitalario* que organizó la Fundación de Ciencias de la Salud en la Residencia de Estudiantes de Madrid, celebrada en octubre de 2009, que, a lo largo de la historia, ante una epidemia se han producido distintas reacciones culturales. “La primera, la más antigua, se encuentra antes de la cultura occidental. Se interpretaba como un castigo enviado por los dioses como consecuencia de los pecados colectivos”. La segunda surge con la cultura occidental. “La realidad se interpreta de forma naturalística. La causa está en la naturaleza alterada. La enfermedad no es castigo, decían los médicos hipocráticos, es una alteración de la es-

tructura del organismo. Ante las epidemias, sin embargo, no tenían una explicación tan sencilla. En este caso, crean un concepto, básico en medicina hasta el siglo XVIII, que es la catástasis en griego o constitución epidémica, que relaciona a las epidemias con la naturaleza, con la ecología. La tesis habla del contagio, del contacto entre personas. Son los miasmas, que alteran el medioambiente”.

La tercera interpretación ante las epidemias, de actualidad a partir del siglo XIX, surge de la primera descripción clínica de la gripe. Desde ese momento se identifican las epidemias de gripe y en 1913 empieza la caza y captura del agente causal de la gripe. “Es una interpretación científica y microbiológica de la enfermedad”.

¿Un virus “nuevo”?

Por eso es fundamental contextualizar la epidemia y ponerla en relación con otras epidemias de gripe acaecidas en la historia. Pilar Pérez Breña, Jefe del Servicio de Virología del Centro Nacional de Gripe del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III (Madrid), recordó que en el siglo XX ha habido tres grandes pandemias de virus de gripe que nos han enseñado muchas cosas, especialmente en cuanto a su comportamiento pandémico. La primera, la mal llamada gripe española de

1918 que, al igual que las otras dos epidemias, la asiática de 1957 y la gripe de Hong Kong de

En el siglo XX ha habido tres grandes pandemias de virus de gripe que nos han enseñado muchas cosas, especialmente en cuanto a su comportamiento pandémico

1968, tuvieron origen en virus aviares. Sabemos, señaló, que esos virus aviares ya habían pasado a otros animales y habían formado una construcción vírica capaz de transmitirse e infectar al ser humano.

Uno de los problemas que han surgido en el ámbito sanitario con la llegada de un nuevo virus gripal es su confirmación diagnóstica para no confundirlo con el de la gripe estacional. En este sentido, José M^a Eiros Bouza, Jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Clínico de Valladolid, explicó que los factores que condicionan el diagnóstico de los virus son: la disponibilidad de medios humanos y técnicos, la proximidad clínico-microbiólogo y la cultura de organización, es decir, las gerencias vinculadas a salud pública.

La epidemia de la gripe ha sido, hasta la fecha, mucho menos dañina de lo que se había previsto en un principio

La inmediatez en la respuesta es determinante porque, aunque la gripe lleva con los hombres desde hace miles de años, no estamos inmunizados ante este nuevo virus cuya velocidad de diseminación es muy elevada. Además, sus diferencias con la gripe estacional son muy pequeñas. "Su transmisión es similar; sus síntomas también son muy parecidos, y también los grupos de riesgo".

Políticas de Salud Pública

En un país con múltiples sistemas de salud, a la hora de enfrentarse ante una epidemia como la de la gripe A, primero hay que tener claro el contexto en el que se encuentran los responsables de salud pública. Según Antoni Plasència, Director General de Salud Pública de la Generalitat de Cataluña, hay preparación para hacer frente a una pandemia de este tipo en el mundo. "España se ha ido preparando desde 2003. Tenemos una arquitectura y lenguaje de trabajo comunes en todas las CCAA, algo que ha quedado demostrado desde el primer momento que se empezó a hablar de epidemia".

La preparación, dijo, supone haber tomado medidas en vigilancia, vacunas, antivirales, respuesta de emergencia y comunicación. "Las direcciones de salud pública debíamos tener en 2005 planes operativos, responsables, formación y recursos y haber hecho ejercicios y simulacros sobre estos temas".

Es decir, no empezamos de cero cuando llega el virus de la gripe A. En el caso de Cataluña, se activó el protocolo de vigilancia y el Plan de Actuación preparado en 2005 para la gripe aviar que se estructura en cuatro ejes: vigilancia, atención y respuesta a la emergencia; coordinación interdepartamental e interterritorial; disponibilidad de antivirales y vacunas, y comunicación.

Como conclusión, señaló Plasència, se puede decir que la Red sanitaria está respondiendo con eficacia y que la coordinación entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las CCAA está funcionando correctamente.



De izquierda a derecha, Pilar Pérez Breña, Manuel Oñorbe, José Ramón de Juanes y José M^a Eiros Bouza



De izquierda a derecha, Luis Ortiz, José García-Sicilia López, Carmen Fariñas y Alejandro Rodríguez



De izquierda a derecha, Raúl Ortiz de Lejarazu, Ildefonso Hernández Aguado, Antoni Plasència i Taradach y José M^a Bayas

Vacunas y tratamiento

En España hay dos asignaturas pendientes en lo que se refiere a la vacunación antigripal estacional, explicó José M^a Bayas, del Servicio de Medicina Preventiva y Responsable del Centro de Vacunación de Adultos del Hospital Clínic (Barcelona). "Por un lado, la vacunación de los profesionales de la salud (de un 16 a un 38% se vacuna) y, por otro, la de las embarazadas (menos del 10% de las embarazadas se vacuna en España). Sin embargo, sí hay una buena cultura de vacunación en los pacientes mayores, regular en los de riesgo y mala en los convivientes y cuidadores".

Las vacunas gripales son especiales, dijo Bayas. La composición de la vacuna para cada temporada lo marca la OMS, y la EMEA autoriza las vacunas tras ensayos clínicos en muy pocos sujetos (la FDA ni siquiera hace estos estudios). Además, a ninguna vacuna antigripal se exige eficacia protectora para su autorización. Desde hace más de 10 años se han autorizado adyuvantes para las vacunas.

Las alertas de gripe aviar o la del Síndrome Respiratorio Agudo Severo sirvieron de acicate para organizar a la comunidad mundial ante una pandemia en un mundo globalizado, y para acelerar la capacidad de fabricar vacunas. "De poder producir 350 millones de dosis en 2004, a 10 veces más hoy día", señaló.

En España se siguen modelos centralizados. Explica Bayas que en 2004 se desarrollaron mode-

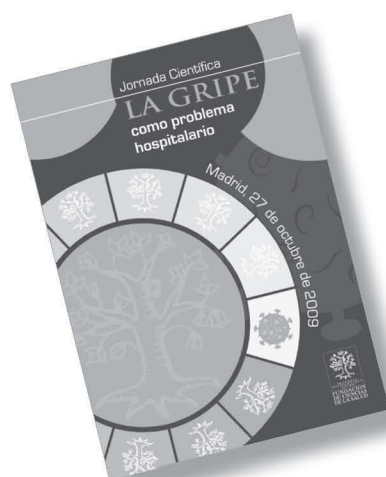
los que demuestran seguridad: cuando llega el nuevo virus, se autoriza la variación al cambiar la cepa del virus y se hace en una evaluación acelerada. Este proceso se basa en unos principios básicos: las vacunas *mock-up*, que así se denominan, son idénticas en todo -contenido, antigénico, excipientes, adyuvantes-, a la vacuna pandémica, excepto en la cepa, H5N1 versus H1N1. Además, las pruebas clínicas se realizan en sujetos inmunológicamente naive a la cepa contenida en la vacuna *mock-up*. Y por último, se asume que la seguridad de una vacuna antigripal no tendría que modificarse por el cambio de cepa.

Los pilares en una preparación adecuada ante una gripe pandémica son la vigilancia, el tratamiento y la prevención, pero también las medidas sociales. El tratamiento con antivirales, señaló Raúl Ortiz de Lejarazu, Jefe de Sección de Virología del Centro Nacional de Gripe (Valladolid), se debe iniciar sin esperar el diagnóstico microbiológico, "aunque nos equivoquemos". Porque, añadió, estamos dando un fármaco en el que el riesgo-beneficio es favorable para el paciente. Sabemos que oseltamivir reduce la mortalidad en los primeros días de hospitalización; sin embargo, a más largo plazo no está tan claro. Así, algunos estudios han demostrado que el beneficio es mucho mayor si la administración se hace en las 11 primeras horas.

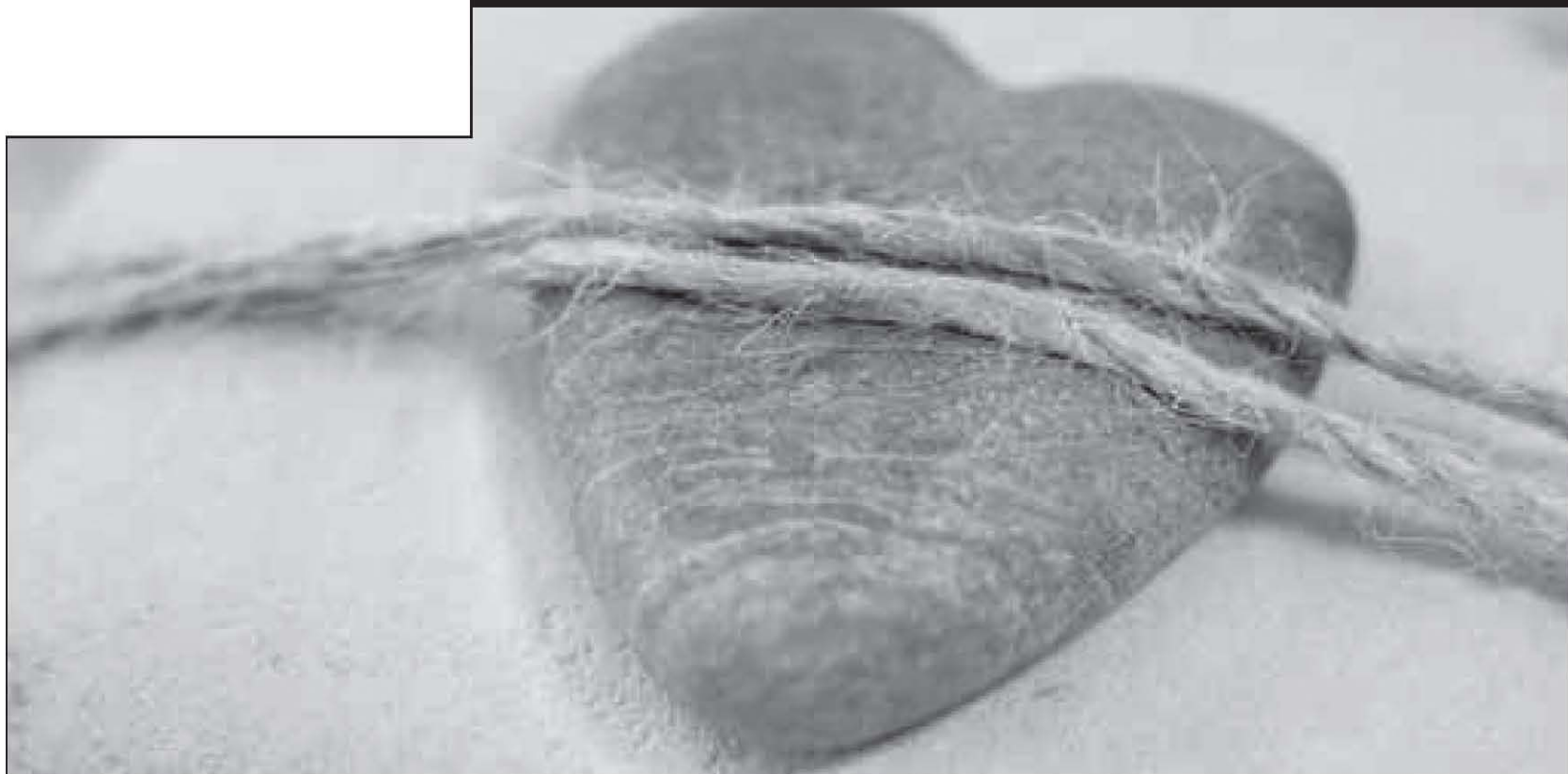
Uno de los problemas que han surgido en el ámbito sanitario con la llegada de un nuevo virus es su confirmación diagnóstica

"Hay que insistir en este punto", resaltó. La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) aconseja el tratamiento preventivo con oseltamivir. "Está demostrado en la gripe estacional, por lo tanto se recomienda en este caso. Sin embargo, la OMS no lo recomienda en grupos como embarazadas, personal sanitario, inmunodeprimidos, sino que aconseja un seguimiento clínico estrecho y un tratamiento muy precoz en los casos de contacto".

Como conclusión, Ortiz de Lejarazu afirmó que si tenemos fármacos debemos usarlos en el momento, "al menos aquellos que están indicados".



La jornada La gripe como problema hospitalario se celebró en Madrid el 27 de octubre de 2009 bajo el auspicio del Ministerio de Sanidad y Política Social



La infección postoperatoria en cirugía cardíaca

Las infecciones son una de las causas más importantes de morbimortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca mayor. Una situación que aumenta a medida que se eleva el número de intervenciones. Ante esta evidencia, un equipo multidisciplinar de expertos se reunieron para profundizar en la situación actual sobre infección postoperatoria en cirugía cardíaca en un encuentro científico que ha sido, además, escenario para conmemorar el 25 aniversario del Servicio de Microbiología Clínica del Hospital Gregorio Marañón.

Los avances realizados en cirugía cardíaca en los últimos 50 años han permitido que personas de edad avanzada o con graves problemas asociados pudieran someterse a intervenciones quirúrgicas y resolver con éxito muchas de su patologías. Sin embargo, en la otra cara de estos progresos, se encuentra el mayor riesgo de sufrir enfermedades infecciosas asociadas a este tipo de intervenciones.

Los expertos están de acuerdo en que para controlar las infecciones es necesaria una mayor preparación por parte de los profesionales sanitarios en su abordaje y, sobre todo, la coordinación de equipos multidisciplinares bajo un protocolo de actuación para antes, durante y después del acto quirúrgico.

¿Podemos evitar las infecciones?

Además de una mayor investigación en nuevos agentes antibacterianos, los expertos aseguran que es necesaria una política de prevención. Emilio Bouza, jefe del Servicio de Microbiología Clínica del Hospital Gregorio Marañón y coordinador de la Jornada, destacó que, a pesar de que se dispone de un amplio número de fármacos, los microbiólogos se encuentran con la multirresistencia de algunas bacterias y el lento desarrollo de agentes antibacterianos. "La cirugía de reemplazo valvular y de revascularización, la corrección de las cardiopatías congénitas y el trasplante cardíaco son algunos de los hitos de la cirugía cardíaca en las últimas décadas -afirmó-. Pero todo este tipo de intervenciones presentan mayor riesgo de infecciones postoperatorias que las de otras especialidades en la medida en que, cada vez más, se practican en poblaciones con edades muy avanzadas y con graves problemas asociados".

Además de la edad y de la gravedad de la situación funcional de base de estos enfermos, otros factores de riesgo para la infección son el tiempo quirúrgico, la necesidad de reintervenciones, la presencia de diabetes mellitus, insuficiencia renal o si el paciente es portador de *Staphylococcus aureus*. Pero a pesar de estas circunstancias, "ahora ya es posible intervenir a pacientes cuya situación hacía impensable su paso por el quirófano", destacaron los expertos.

De izquierda a derecha, Jorge Rodríguez-Roda, Ángel González Pinto, Patricia Muñoz, Rafael San Juan y José Lasso

Para controlar las infecciones, es necesaria una mayor preparación por parte de los profesionales sanitarios

Las infecciones postoperatorias más frecuentes son las relacionadas con catéteres endovasculares, las del mediastino y de las heridas quirúrgicas, y las urinarias, además de la endocarditis nosocomial y la neumonía asociada a ventilación mecánica. Una larga lista encabezada por bacteriemias y endocarditis infecciosas, infecciones del mediastino, de las heridas quirúrgicas, neumonías asociadas a ventilación mecánica, endocarditis nosocomiales y problemas derivados del uso de antimicrobianos.

Bacteriemias relacionadas con catéteres

En España, la incidencia de bacteriemias relacionadas con catéteres suele situarse por debajo de los 5 episodios por 1.000 días de exposición. Estas infecciones pueden ser superficiales, profun-



das o las más graves de órgano-espacio conocidas como mediastinitis. Las más frecuentes son las relacionadas con la puerta de entrada, las bacteriemias y las endocarditis infecciosas: "su incidencia podría reducirse considerablemente si se llevara a cabo una adecuada política de prevención, con



De izquierda a derecha, Alfonso Pérez Parra, Manuel Ruiz, Marta Rodríguez-Créixems, Mar Moreno, Gregorio Cuerpo y Leonardo Lorente



De izquierda a derecha, Francisco Javier Hortal, Emilio Bouza, Pablo Martín-Rabadán, José M^a Barrio y M^a Jesús Pérez

ahorros muy importantes en vidas humanas y en recursos económicos", explica el profesor Bouza. No obstante, "la cifra cero es todavía una quimera difícil de alcanzar y, por tanto, hay que estar preparado para un diagnóstico rápido y un tratamiento eficaz", añade.

A este respecto, se recordaron las recomendaciones establecidas para la retirada de catéteres en las guías terapéuticas, que se resumen en las siguientes: presencia de signos de sepsis, infección local, ausencia de neutropenia y microorganismo causal. En relación al microorganismo causal, el catéter puede conservarse en los casos de infección por *Streptococcus spp* y *Corynebacterium*

La incidencia de bacteriemias relacionadas con catéteres suele situarse por debajo de los 5 episodios por 1.000 días de exposición

no JK. Sin embargo la retirada es obligatoria ante una infección producida por micobacterias, *Bacillus spp*, *Aspergillus spp*, bacilos gramnegativos multirresistentes, *Candida parapsilosis*. En los casos de *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas spp*, *Candida spp*, enterococo, *Corynebacterium JK* no hay unanimidad entre los distintos expertos, pero se recomienda también la retirada.

En la infección mediastínica existen diversos factores predisponentes además del tipo de cirugía

(si se trata de un *bypass* o de una intervención urgente) como la edad de los pacientes, si mantienen una situación de inmunosupresión, padecen EPOC, diabetes mellitus u obesidad. La clínica es muy evidente: presencia de fiebre, dolor en la herida quirúrgica o dehiscencia parcial o completa, además de determinada supuración desde el área mediastínica directamente observable.

Los expertos señalaron que existen evidencias de determinadas medidas que disminuyen realmente el riesgo de infección de la herida. Se refirieron a las curas semioclusivas, al arrastre con suero fisiológico, a la utilización de

Además de una mayor investigación en nuevos agentes antibacterianos, es necesaria una política de prevención

suero hipertónico, desbridamiento quirúrgico, y medidas de protección de la piel, sin olvidar el sencillo lavado de manos. Si se aumentara en un 10 por ciento el cumplimiento de la higiene de manos, la reducción del SAMR nosocomial llegaría hasta un 50%.

Un insuficiente arsenal farmacológico

Es evidente que el arsenal farmacológico del que se dispone en la actualidad es mucho mejor que el de hace unos años, aunque sigue siendo claramente insuficiente, destacaron los expertos. La multirresistencia de algunas bacterias y el lento desarrollo de los agentes antibacterianos está produciendo algunas graves deficiencias en este campo, según el profesor Bouza. En este sentido, haría falta estimular más y mejor a la industria farmacéutica y/o pactar con ella para que se incentive la investigación en este sector, y muy especialmente en lo que se refiere a las bacterias gramnegativas, como *Pseudomonas aeruginosa*.



La jornada La infección postoperatoria en cirugía cardíaca se celebró en la Residencia de Estudiantes el 24 de noviembre de 2009, como conmemoración del 25 Aniversario del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

JUAN JOSÉ GÜEMES



El principal objetivo de la consejería de Sanidad para el año 2010 es el desarrollo de la Ley de Libertad de Elección en la Sanidad

“La mejora tecnológica y de los sistemas de información son claves para que una organización progrese”

JUAN JOSÉ GÜEMES

Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Desde que fue nombrado Consejero de Sanidad, Juan José Güemes ha sido protagonista de encuentros y algunos desencuentros en el mundo sanitario. Su gestión no deja impasible a casi nadie, y en medio de elogios y de críticas, el Consejero parece no perder nunca la calma y no duda en defender con templanza cada paso que se da desde su consejería. Afirma utilizar siempre la sanidad pública y está convencido que, la madrileña, goza de un excelente estado de salud.

¿Qué problema de la sanidad madrileña le ha quitado el sueño?

Uno de los grandes desafíos al que he me enfrentado desde que soy consejero de Sanidad ha sido la apertura y puesta en marcha de 8 hospitales en tan sólo unos meses. Fue un reto de una extraordinaria complejidad. Gracias a los extraordinarios profesionales con los que cuenta la sanidad pública madrileña fuimos capaces de abrir 8 centros que cuentan con la última tecnología sanitaria con habitaciones individuales.

¿Qué proyectos nuevos tiene para el futuro?

El principal objetivo de la consejería de Sanidad para el año 2010 que ahora se inicia es la puesta en marcha y el desarrollo de la Ley de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. Esta Ley regula el ejercicio de la libertad de elección por parte de los ciudadanos de la región de médico, enfermero y pediatra en Atención Primaria y de médico y hospital en Atención Especializada.

Además cumplimos desde junio de 2005 el compromiso de que ningún paciente tenga que esperar más de 30 días para ser intervenido quirúrgicamente; y nos proponemos en el curso de esta legislatura, el objetivo de que la demora máxima para las consultas con especialistas sea de 40 días.

Enmarcados dentro del Nuevo Plan de Infraestructuras Sanitarias 2007-2011 de la Comunidad de Madrid, se encuentra la construcción de cuatro nuevos hospitales en la región (Torrejón de Ardoz, Carabanchel, Collado Villalba y el segundo hospital

de Móstoles). Supone la consecución de dos grandes objetivos: por una parte, hacer efectivo el compromiso decidido y continuado a favor de una sanidad pública y de calidad, iniciado en la legislatura anterior con la construcción y apertura de ocho nuevos hospitales;

y por otra completar la política de desconcentración de la atención especializada, acercándola geográficamente a la población de la Comunidad

Podemos decir con orgullo que desde el año 2003 se han puesto en marcha 66 nuevos centros de salud

de Madrid, todo ello elevando los niveles de calidad de la sanidad madrileña, integrando los nuevos hospitales en la Red Sanitaria Pública de la Consejería de Sanidad y garantizando la accesibilidad y la libre elección del ciudadano que precise esa atención sanitaria especializada. Al mismo tiempo, estamos llevando a cabo la reforma integral de los grandes hospitales: en el 12 de octubre y el Clínico San Carlos las obras ya están muy avanzadas y los proyectos de La Paz y el Gregorio Marañón muy avanzados.

En materia de investigación, la consejería impulsará esta actividad gracias a la creación de cuatro Institutos de Investigación en los hospitales 12 de Octubre, La Paz, La Princesa y el Ramón y Cajal. El objetivo de estos institutos es mejorar la salud incorporando los resultados de la investigación a la práctica clínica. El Plan de Formación Continuada 2010 mantendrá la línea de fomento de la docencia entre todos los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid. Asimismo, seguiremos apostando por la formación y por la docencia. En esta legislatura el número de universidades que imparte la titulación de medicina se ha duplicado y el año pasado 8 de los 10 primeros MIR eligieron algún hospital de Madrid. Además dos de los mejores hospitales de España como el Gregorio Marañón y el de Getafe formarán a estudiantes de la futura ingeniería biomédica que impartirá la Universidad Carlos III.

La sanidad madrileña es uno de los asuntos que más interés despierta en los medios de comunicación ¿cree que son justificadas las críticas recibidas por su gestión por parte de determinados profesionales (gestión de nuevos hospitales, listas de espera, falta de profesionales...)?

Respecto a la lista de espera he de decirle que desde junio de 2005 ningún paciente espera más de 30 días y ya son 1,7 millones de madrileños los que han sido operados en ese periodo de tiempo. Además somos la única comunidad autónoma que hace públicos los datos de la lista de espera a través de la pagina web <http://www.listadeespera.com>.

La reducción de la lista de espera fue uno los grandes compromisos de la pasada legislatura y el otro fue la construcción de 8 nuevos hospitales.

Es un hecho constatado en todos los servicios de salud que la demanda sanitaria sigue creciendo año tras año

Estos 8 nuevos hospitales entraron en funcionamiento en 2008 y ya han alcanzado velocidad de crucero. Así han realizado 121.509 ingresos y han atendido más de un millón de urgencias. Además han realizado casi 100.000 intervenciones quirúrgicas y han atendido más de 2,5 millones de consultas. Asimismo, en estos nuevos

centros ya han nacido más de 20.000 niños. Además con la apertura de los nuevos centros, se han incorporado a la sanidad pública madrileña más de 4.500 profesionales sanitarios, de los que 1.100 son médicos.



¿En qué situación está la implantación del área única en Madrid? ¿Qué ventajas aporta?

El pasado 18 de noviembre, la Asamblea de Madrid aprobó la Ley de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El objetivo de esta ley es hacer efectivo este derecho en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid. La libertad de elección permite a los usuarios de los sistemas públicos de salud no sólo acceder a un servicio que responda a sus necesidades y expectativas sino, también, identificar el grado de calidad del sistema sanitario. Actualmente, nos encontramos en la fase de desarrollo de los decretos necesarios para la aplicación de la Ley, que incluye el área única como marco organizativo de la misma.

La Comunidad de Madrid ha destacado en su gestión la construcción de nuevos hospitales ¿cómo se afronta la Atención Primaria?

Es verdad que las actuaciones que llevamos a cabo en el ámbito de los hospitales acaparan más la atención de los medios de comunicación y por eso, siguiendo el tenor de su pregunta "destacan más", sin embargo creo que las mejoras en la atención primaria son claves para el buen funcionamiento de nuestro sistema sanitario y a ellas nos hemos dedicado con especial interés, a través de la ejecución del Plan de Mejora de Atención Primaria. Si tuviera que destacar las más importantes, a mi juicio señalaría las siguientes:

- El aumento y mejora de nuestros centros de salud. Podemos decir con orgullo que desde el año 2003 se han puesto en marcha 66 nuevos centros de salud, lo que ha supuesto que más de un millón de madrileños hayan estrenado centro de salud en los últimos años.
- Parejo a este esfuerzo en infraestructuras ha sido el esfuerzo en Recursos Humanos, en total 12.355 profesionales prestan servicios en la Red de Atención Primaria, casi un 18% más que en 2003. Pero no se trata sólo de sumar más profesionales sino también de impulsar y coordinar su actividad profesional y, en este contexto, me parece especialmente

Ya se cuentan por millones los pacientes atendidos por alguno de los diez hospitales públicos abiertos

destacable el consenso logrado en la aprobación y ejecución de un documento estratégico para el funcionamiento de nuestros centros de salud como es el del "Papel de la Enfermería en Atención Primaria", así como las medidas adoptadas para aumentar la capacidad de resolución de nuestros médicos de familia a través de la progresiva implantación en primaria, del diagnóstico por imagen (radiología y ecografía).

- La mejora tecnológica y de los sistemas de información son claves para que una organización progrese y en este tema la atención primaria, de la mano de la libre elección, es prioritaria y esto se traduce en proyectos de enorme trascendencia e inversión económica, como AP-Madrid que permitirá a los profesionales contar con una Historia Clínica única y compartida, así como el proyecto de Centro de Atención Personalizada que hará posible, en los próximos meses, obtener de forma centralizada y homogénea, una cita con cualquier hospital de nuestra red.
- Por último, no quiero acabar sin hacer referencia a las mejoras organizativas y de gestión que el Área Única suponen para la Atención Primaria. La llegada del Área Única a Madrid nos dota de un marco organizativo que favorece además de la libertad de elección, la centralización, estandarización y homogenización de los procesos y procedimientos que actualmente se realizan en las 11 gerencias, lo que indudablemente redundará en la eficiencia

y sostenibilidad de nuestro apreciado sistema sanitario y, sobre todo, hace pivotar la organización alrededor de nuestra estructura clave: el centro de salud, que contará con su propio responsable, su director, el que mejor conoce las necesidades de sus compañeros y de los pacientes que acuden al centro.

¿Por qué está tan extendida la idea de que la sanidad madrileña se está privatizando?

Cada avance que se ha producido en la ampliación y mejora de los servicios públicos en general y de la sanidad en particular ha encontrado siempre la misma falaz propaganda de la izquierda: la supuesta privatización de la sanidad o de la educación y la falsa amenaza de pérdida de su carácter universal y gratuito.

Madrileño, es Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Complutense de Madrid (1992) y Máster en Mercados Financieros por el Instituto de Estudios Superiores de la Universidad San Pablo C.E.U. (1993).

Ha trabajado como analista en la Central de Balances del Servicio de Estudios del Banco de España (1991-1992).

Entre 1993 y 1996 fue asesor de economía en la Asesoría Parlamentaria del Grupo Popular en el Congreso y luego se incorporó al Gabinete del Vicepresidente Segundo del Gobierno y Ministro de Economía y Hacienda como asesor parlamentario.

En julio de 1998 fue nombrado Director Adjunto del Gabinete del Vicepresidente Segundo del Gobierno y dos años después fue nombrado Secretario General de Turismo, del Ministerio de Economía.

Diputado y Portavoz Adjunto del Grupo Parlamentario Popular en la Asamblea de Madrid, desde mayo a octubre de 2003.

En noviembre de 2003 fue nombrado Consejero de Empleo y Mujer de la Comunidad de Madrid.

Desde junio de 2007 es Consejero de Sanidad.

El lema de los socialistas y de IU en la campaña electoral de las pasadas elecciones autonómicas era: "los madrileños tendrán que entrar en los nuevos hospitales con la tarjeta de crédito, en lugar de la tarjeta sanitaria".

Es la misma falsa propaganda que la izquierda hizo hace diez años con ocasión de la apertura del Hospital Fundación Alcorcón, el mismo discurso mentiroso que la izquierda utilizó cuando el hospital de Fuenlabrada abrió sus puertas; y eran también liberados sindicales de UGT y CCOO quienes sujetaban las pancartas con las proclamas antiprivatización. Después de diez años de escuchar la misma cantinela, es el momento de pedir a los socialistas y a IU, así como a sus delegaciones sindicales, UGT y CCOO, que encuentren un sólo caso de un ciudadano que, teniendo tarjeta sanitaria haya tenido que utilizar su tarjeta de crédito. Ya se cuentan por millones los pacientes atendidos por alguno de los diez hospitales públicos abiertos por los diferentes gobiernos del PP en la región y todos ellos saben de primera mano que la izquierda política y sindical lleva mintiendo diez años a los madrileños.

En un reciente informe, el Defensor del Pueblo criticaba las listas de espera para ver al especialista o para pruebas diagnósticas, y hacía una mención especial a Madrid ¿cómo se afronta esta situación?

Es un hecho constatado en todos los servicios de salud que la demanda sanitaria sigue creciendo año tras año. El envejecimiento de la población, la puesta a disposición de todo el que lo demande de nuevos centros, nuevas tecnolo-

gías o nuevas prestaciones origina en algunas ocasiones desequilibrios entre la oferta de servicios y las demandas de asistencia pero creo que, en general, cada vez es mejor y, lo que es más importante, de mayor calidad la respuesta que vamos dando a esa demanda.

En Madrid hemos abierto 8 hospitales y 66 centros de salud que en estos momentos ya absorben un 25% de la demanda, aún así y sólo en algunas especialidades se dan en ocasiones en algunos centros ciertos desequilibrios que originan demoras indeseadas. Nuestro empeño día a día es corregir esas situaciones con todas las medidas posibles.

No obstante, quiero señalar que en Andalucía el tiempo medio de respuesta para consulta en junio de 2009 era de 48 días, un periodo muy superior al de la Comunidad de Madrid y lo mismo sucede con otras CCAA. Y en lo que respecta a la lista de espera quirúrgica -en Madrid nadie tiene que esperar más de 30 días y la demora media es de 11,7 días- los tiempos se disparan. Así en Andalucía la espera es de 57 días, en Asturias 64, en Castilla La Mancha de 61, en Extremadura de 60.

¿Se contempla en Madrid el copago en la asistencia?

Hasta ahora sólo lo han referido Cataluña y Asturias.

¿Cómo se aplicará en Madrid la modificación de la ley antitabaco?

Se lo diré cuando conozcamos la propuesta de modificación.

Usted ha manifestado públicamente en varias ocasiones su desacuerdo con la reforma de ley del aborto ¿qué le preocupa de la ley?

"Cosifica" a los seres humanos. Ya lo explicó la Ministra, a su juicio "un feto es un ser vivo pero no un ser humano".

En una entrevista con los lectores de un diario ofreció su dirección de correo personal para que le hicieran llegar sus quejas ¿respondieron a su ofrecimiento? ¿Cuáles fueron las quejas más repetidas?



No sólo hubo quejas. La mayoría de los mensajes fueron de elogio a los profesionales de la Sanidad pública madrileña.

¿Cómo es la relación actual con los profesionales sanitarios? ¿Y cómo ha llevado las constantes quejas de los sindicalistas?

Con los profesionales extraordinaria. Con los liberados sindicales, lo que cabría esperar habida cuenta de que quiero reducir las horas de liberación sindical.

Si tuviera que elegir uno de los proyectos que ha llevado o está llevando a cabo en la sanidad madrileña ¿cuál escogería?

Es difícil elegir entre los 8 nuevos hospitales, las 3 nuevas facultades de medicina, los 6 institutos de investigación biomédica, los acuerdos con el CNIO (Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas) y el CNIC (Centro Nacional de Investigaciones Cardiológicas), la libertad de elección...

Determinantes sociales y desigualdades en la salud

Determinantes sociales de la salud. ¿Cuáles son?

La mala salud no puede explicarse simplemente por gérmenes y genes. Tiene sus raíces en cómo están organizadas y funcionan las sociedades. Además de la disponibilidad, o no, de servicios sanitarios accesibles y de alta calidad, la salud de los individuos y de las comunidades puede verse favorecida o perjudicada por el modo en que vivimos y trabajamos y del grado de satisfacción con nuestra existencia.

Los determinantes sociales de la salud (Social Determinants of Health, SDH) se refieren a "las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (Tarlov, 1996; CSDH, 2008), que conforman su salud y su exposición a enfermedades, vulnerabilidad y resultados". Estos factores sociales pueden incluir: las condiciones de empleo y de trabajo, los entornos en los que viven, la disponibilidad y el acceso a servicios sanitarios y de protección social, la educación y la cohesión social, incluyendo las relaciones familiares y comunitarias. También se refieren al modo en el cual la clase social, el sexo y las normas étnicas, los valores y la discriminación se relacionan con otros determinantes de la salud para incrementar las vulnerabilidades y los riesgos que conducen a desigualdades en la salud. El término "determinantes sociales" constituye, por tanto, una especie de compendio que se refiere a los factores sociales, políticos, económicos, medioambientales y culturales que afectan en gran medida a la vida y a las oportunidades sanitarias, al estado de salud y a los resultados en salud.

Los SDH ayudan a explicar por qué en algunos de nosotros nuestras vidas transcurren de una forma bastante "salutogénica" mientras que otros tienen existencias mucho más difíciles caracterizadas por múltiples problemas de salud, riesgos y condiciones de vida inadecuadas para su salud. Por ejemplo, si tomamos dos niños hipotéticos (Carlos y María) nacidos en una buena familia con circunstancias sociales y económicas sólidas y comparamos sus oportunidades de vida y salud con las de Mario y Carmen, nacidos dentro de una familia y una base económica desfavorecidas, no deberíamos sorprendernos al ver que en cada fase de su vida (5, 10, 15, 20, 45, 60 años y edad de jubilación) tendrán, con toda probabilidad, más complicaciones en términos de resultados en salud.

Es probable que Mario y Carmen tengan menos probabilidades de superar con éxito la etapa escolar y que apenas tengan la oportunidad de ir a la universidad y de conseguir puestos de trabajo bien pagados. A la edad de 45 años, es probable que hayan sido incapaces de desarrollar una sólida carrera, y posiblemente tengan una posición muy frágil en el mercado laboral y un gran núme-

Erio Ziglio y Sarah Simpson¹

European Office for Investment for Health and Development
(Oficina Europea de Inversión para la Salud y el Desarrollo)
Oficina regional de la OMS para Europa, Venecia



ro de problemas de salud que podrán limitar su ya dura vida. La historia será bastante diferente para Carlos y María, que a la edad de jubilación les quedarán aún varios años de buena salud.

Este ejemplo, exagerado para fines ilustrativos, ilustra dos puntos clave:

- Como regla general, las personas con menor educación, menos ingresos y menos recursos sociales tienen peor estado de salud y diferentes resultados en salud en diferentes etapas de sus vidas en comparación con los grupos sociales más favorecidos.
- Es posible adoptar acciones para cambiar las desigualdades en oportunidades y posibilidades de vida para crear mejores resultados en salud y en la esperanza de vida en los grupos más vulnerables. Además, sabemos que cuanto más pronto actuemos, mayores serán las probabilidades de mejorar las cosas a largo plazo: "Ninguna ley de la naturaleza ... decreta que los hijos de familias pobres deban morir con una tasa que dobla la de los hijos nacidos en familias ricas" (Blane et al, 1993).

Las acciones que mejoran la salud de la población también comportan unos mayores beneficios sociales, económicos y medioambientales para la totalidad de la comunidad. Una población más sana puede hacer una contribución más productiva al desarrollo y requiere menos asistencia social en la forma de atención sanitaria y en las prestaciones asistenciales.

Los SDH en Europa: ¿Por qué son tan importantes y por qué ahora?

La duración de la vida media de los europeos se ha incrementado en más del doble en los últimos 200 años debido a las mejoras generales en las condiciones de vida y de trabajo, y en la calidad y la disponibilidad de los servicios sanitarios y sociales. La esperanza de vida sigue aumentando en la mayoría de los países (OMS, 2009). Sin embargo, dichas conquistas no están uniformemente distribuidas entre las clases sociales dentro de los

países o entre las diversas naciones a nivel mundial, incluyendo Europa. Sigue habiendo diferencias sociales importantes (evitables) en las oportunidades de estar sano y en el riesgo de enfermedad y muerte prematura entre los países con mayores y menores ingresos de Europa y, en algunos casos, éstas incluso se están incrementando. Dichas desigualdades en la salud se han hecho más patentes

en varios países del este de Europa. Estas diferencias y tendencias generales de la esperanza de vida en diferentes partes de Europa se ilustran en la Figura 1.

Los determinantes sociales de la salud se refieren a "las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen..."

¹ Las opiniones expresadas por los autores, editores o grupos de expertos no representan necesariamente las decisiones o la política establecida por la Organización Mundial de la Salud

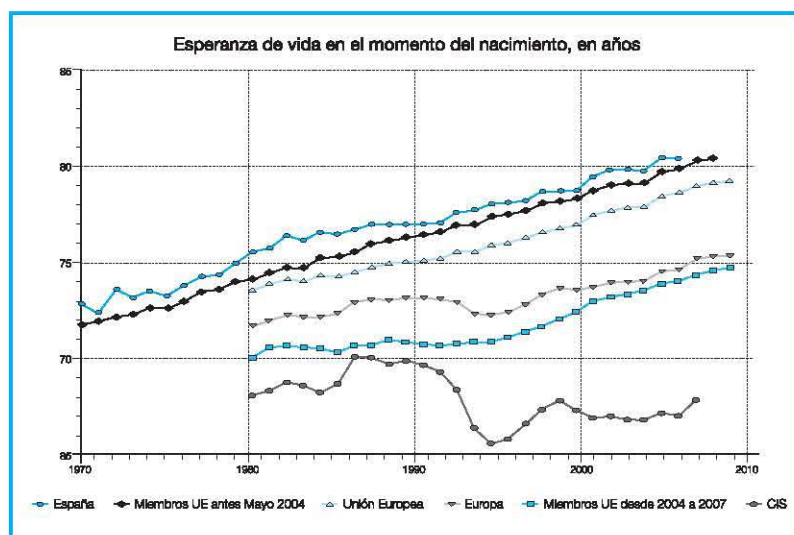


Figura 1: Aumento de las desigualdades en la salud entre los diferentes países.
Fuente: Base de datos de la Salud para Todos de la OMS, febrero de 2010.
<http://euro.who.int/hfadb>

Como puede apreciarse, España está muy bien situada en términos de esperanza de vida (y también en otros indicadores de salud de la población). No obstante, al igual que en otros países europeos, existen variaciones importantes dentro de las distintas poblaciones. Por ejemplo, el informe publicado recientemente *"Hacia la Equidad en Salud"* muestra que existen varios años de diferencia en la esperanza de vida entre la comunidad gitana y el resto de la población española. El documento también muestra claramente la existencia de un *gradiente social* en la mayoría de los indicadores de salud (Ministerio de Sanidad y Política Social - Fundación Secretariado Gitano, 2009).

A continuación se presenta una instantánea de algunas de las desigualdades entre y dentro de los países de la región europea:

- "El riesgo de muerte en los varones con edades entre 20 y 64 años era, como media, del 17% en los 15 países de la Unión Europea

antes de la ampliación; del 30% en la República Checa, Hungría, Eslovaquia, Polonia y Eslovenia; del 33% en Rumanía y Bulgaria, y del 41% en los Países Bálticos" (Zatonski, 2000).

- "Algunos países tienen tasas de mortalidad infantil que superan en más de 25 veces las de otros países dentro de la región europea", a pesar de una mejora constante en el índice de mortalidad infantil desde 1990 (pasando de 27 en 1990 a 13 en 2007) (OMS, 2009). De este modo, por ejemplo los "niños nacidos en Inglaterra en las familias con menos recursos tienen 2,5 veces más probabilidades de presentar problemas de crecimiento resultantes de privaciones calóricas o maternas", o ambas, en su primer año de vida que los niños nacidos en las familias más acomodadas (Acheson, 1998).
- "En la Federación Rusa, la diferencia entre las *oblast* (áreas administrativas) con la mayor y la menor esperanza de vida se incrementó de 10,5 a 17,9 años en los diez años posteriores a la transición" (Ivaschenko, 2004).

Sin embargo, las desigualdades y su estudio no es nuevo, viene de muy lejos (Nathanson, 2010). Lo que es nuevo, o está cambiando en la actualidad, es nuestra capacidad (a través de herramientas y técnicas más específicas/sensibles) para medir su magnitud, nuestro conocimiento acerca de las intervenciones para hacer frente a

CON MANO **ajena**

las desigualdades y el deseo (político y de los políticos) de adoptar acciones para ayudar a reducir las desigualdades en la salud.

Tres razones para hacer frente a las desigualdades en la salud son:

1. Éticas: la salud como derecho humano y por razones de justicia social.

Además de los convenios y las obligaciones internacionales, la forma en la cual actuamos para garantizar la equidad en la salud es una medida importante de la capacidad de nuestra sociedad para proporcionar a los ciudadanos los requisitos previos para estar sanos, disfrutar de una alta calidad de vida y lograr sus aspiraciones (CSDH, 2008). Hay un coste social si no se actúa para hacer frente a las desigualdades, concretamente en lo que se refiere a la pérdida de cohesión social. En casos extremos, puede desencadenar un mayor riesgo de lesiones físicas y mentales a los individuos a través de tumultos, problemas de seguridad física y de seguridad ciudadana que tienen efectos sobre la salud de casi todos, salvo quizás sobre los más pudientes.

2. Costes económicos: Existen costes para los sistemas de salud y seguridad social si no afrontamos las desigualdades sociales. Por ejemplo, el análisis de los datos de unos 20 países de la UE reveló que las desigualdades de salud relacionadas con el nivel educativo suponen anualmente un 15% de los costes de los sistemas de seguridad social, y un 20% de los costes de los sistemas de atención sanitaria en países con ingresos medios y altos. Además, las desigualdades también tienen costes en términos de pérdida de productividad y, potencialmente, en el desarrollo económico de un país - el mismo estudio reveló que, en términos absolutos, unos 141 billones de euros anuales (Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

3. Actuar para reducir las desigualdades de salud puede generar beneficios adicionales. El mismo estudio de la UE reveló que si los

países consiguieran reducir las desigualdades de salud evitables en un 10%, los beneficios económicos supondrían 14 billones de euros a través de mejoras en la salud como un "bien capital" (por ejemplo, en lo relativo a productividad laboral), y 70 billones de euros a través de mejoras en la salud como un "bien de consumo" (bienestar y satisfacción individuales). Otros beneficios incluirían 18 billones de euros a través de la reducción de costes de atención sanitaria y 6 billones de euros gracias a la reducción de costes en seguridad social (Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

La necesidad de actuar ahora es incluso más crucial debido a la crisis económica que ha afectado a todos los países de la región europea. Un estudio realizado por la zona europea de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Medialuna Roja (International Federation of Red Cross and Red

Crescent, IFRC) (2009) sobre el impacto humanitario de la crisis económica reveló que las desigualdades estaban aumentando y que esto se refleja en cambios rápidos en la vulnerabilidad de la población; es decir, el

número de personas que sufre riesgo de endeudamiento, desempleo y marginación es creciente. Al mismo tiempo, las redes de seguridad y otras protecciones no se han ampliado ni reforzado para cu-

La necesidad de actuar ahora es incluso más crucial debido a la crisis económica que ha afectado a todos los países de la región europea

CON MANO **ajena**

brir vulnerabilidades nuevas y crecientes. Aparte de los costes potenciales, según lo descrito anteriormente, esto pone en riesgo de erosión los logros de salud y desarrollo conseguidos en las últimas décadas.

Los sistemas sanitarios tienen la responsabilidad de hacer frente a las desigualdades sociales a través de la defensa de la equidad de la salud en todas las políticas gubernamentales

Tomando el desempleo como ejemplo, dentro de la zona Euro la tasa de paro ascendió hasta el 10% en diciembre de 2009, en comparación con el 8,2% en diciembre de 2008. La tasa de desempleo de la UE aumentó desde el 7,6% en diciembre de 2008 hasta el 9,6% en diciembre de 2009. En términos de paro entre los países, Letonia y España experimentaron los mayores índices, con un 22,8% y un 19,5% respectivamente. La tasa de desempleo en jóvenes (menores de 25 años) se había incrementando en un 4% en un año, y era del 21% en la zona euro en diciembre de 2009. El mayor índice de paro juvenil lo tenía España con un 44,5% (Eurostat, 2010). El índice de desempleo juvenil es tal vez una señal de advertencia incluso más importante de la necesidad de actuar, dado su potencial de impacto desproporcionado sobre las futuras vidas de los jóvenes.

Formas de actuar para hacer frente a las desigualdades en la salud

Hasta ahora hemos presentado evidencias de que existen importantes desigualdades de salud determinadas socialmente dentro de todos los países, independientemente del estado económico. Dichas desigualdades están relacionadas principalmente con la clase social, la geografía, la edad, el sexo y la cultura. Estas desigualdades tienden a seguir lo que se conoce como *gradiente social*. Es decir, las desigualdades tienden a reflejar una disminución gradual o lineal en la salud con la reducción de la posición social, y a esto se le conoce con el nombre de *gradiente social* (Marmot, 2004). Por tanto, las desigualda-

des sanitarias no siempre se refieren a las diferencias de salud entre los grupos más pobres y los más acomodados, de acuerdo con lo descrito en nuestro ejemplo con Carlos, María, Mario y Carmen.

Los tres enfoques principales (y ejemplos) para medir y abordar las desigualdades sociales (Graham, 2004; Whitehead & Dahlgren, 2007) son:

1. Remediar las carencias de salud, lo que tiene que ver con reducir las desigualdades en la salud, centrándose en mejorar los determinantes sociales de la salud de una comunidad/un subgrupo de la población; por ejemplo las personas que viven en la pobreza, la etnia gitana, los emigrantes con bajos ingresos, normalmente definido como enfoque centrado en los *grupos vulnerables*. A esto también se le conoce con el nombre de "enfoque selectivo" o "discriminación positiva". No obstante, el enfoque de la acción se centra en mejorar la salud y los determinantes de salud de este subgrupo de población sin referencia a mejorarla a una mayor velocidad o en relación con el subgrupo más privilegiado de la población.
2. Reducir las desigualdades en salud entre las personas más castigadas y más privilegiadas de la sociedad. Es decir, abordar los determinantes sociales de desigualdades específicas de salud con el objetivo de mejorar la salud de los más desfavorecidos a una mayor velocidad que la de los más privilegiados de la sociedad.

3. Disminuir el gradiente social, donde el objetivo respecto a las desigualdades de salud de afrontar los determinantes sociales de la salud es "reducir las diferencias de salud entre los grupos con ingresos altos, medios y bajos, equiparando las oportunidades de salud en la totalidad del espectro socioeconómico" (Whitehead & Dahlgren, 2007).

Los grupos vulnerables (ciertos grupos de emigrantes y minorías étnicas, personas que viven en zonas urbanas y rurales deprimidas y en la pobreza, parados de larga duración, personas que trabajan de manera informal, trabajadores temporeros/diarios, agricultores y ganaderos de subsistencia, excluidos del mercado laboral, familias en paro, personas sin hogar, discapacitados, personas que sufren enfermedades mentales o crónicas, pensionistas de edad avanzada con pensiones mínimas y padres solteros) sufren una carga mucho mayor de mortalidad y enfermedad. Por ejemplo, la comunidad gitana tiene una esperanza de vida 10 años más corta que la población mayoritaria en algunos países (EC, 2009a).

La reducción de los gradientes de salud ofrece un objetivo político para equiparar las oportunidades de salud entre los diversos grupos socioeconómicos, incluyendo la solución de las carencias de salud y la reducción de las diferencias en dicho ámbito. No obstante, el énfasis aquí es reducir el gradiente socioeconómico; la salud en otros grupos socioeconómicos también ha de mejorarse a una mayor velocidad que en los grupos socioeconómicos más favorecidos.

En términos políticos, abordar el gradiente social *"requiere esfuerzos no sólo dirigidos a los grupos vulnerables"*. Este enfoque también implica

una combinación de amplias medidas universales con estrategias selectivas de alto riesgo. Un enfoque que se centrara exclusivamente en los grupos desfavorecidos no supondría ningún cambio en la distribución de los determinantes de la salud en la totalidad de la escala socioeconómica. En el pasado, nuestros esfuerzos por solucionar las desigualdades sociales han tendido a centrarse en medidas selectivas y/o universales. Este enfoque está cambiando.

Un principio importante para adoptar acciones es equiparar la solución propuesta con el conocimiento sobre el problema: ¿qué nos dicen los datos sobre las desigualdades sociales dentro del país? ¿Se trata tan sólo de diferencias entre los más desfavorecidos y los más privilegiados o existe un gradiente social escalonado? ¿Lo sabemos? Lo que puede medirse es lo que puede contarse, pero esto no significa que dispongamos de la imagen completa. Si únicamente medimos las diferencias entre los grupos sociales o describimos las desigualdades de salud en términos de salud de los grupos vulnerables, podríamos no tener una imagen completa o precisa.

En segundo lugar, ¿sabemos lo que es "factible" en términos de política y de contexto político? ¿Existe un deseo de adoptar acciones en todo el gradiente socioeconómico? Si no fuera así, ¿cuáles son las demás opciones para actuar y cómo implementarlas de un modo eficaz? Hemos aprendido mucho a lo largo de los últimos 20 años sobre el trabajo con grupos desfavorecidos y vulnerables, lo cual

proporciona una base para una acción más eficaz. Esto incluye el trabajo con la comunidad gitana en España y, en especial, la mediación sociosanitaria utilizando mediadores gitanos, coordinación y colaboración con las autoridades locales y centrales, educación homóloga, potenciación y participación de la comunidad y extensa formación de los mediadores gitanos (véase: Ministerio de Sanidad y Consumo 2006, 2008). En términos de reducción de las diferencias entre los grupos



en Inglaterra, existen importantes lecciones clave extraídas de la inversión realizada en el seguimiento y la evaluación del logro de los objetivos (véase Department of Health, 2008).

En tercer lugar, ¿cuál es la capacidad de las partes interesadas dentro del país para adoptar acciones? Entre las más importantes se encontrarán con toda seguridad el Ministerio de Sanidad y los sistemas sanitarios. Independientemente de cómo esté organizado un sistema sanitario en un país dado, éste deberá tener como fin ayudar a las personas a recuperarse de enfermedades, mejorar la salud y reducir las desigualdades de salud nivelando la equidad de la salud dentro de los diferentes segmentos y grupos sociales (OMS, 2008). Los sistemas sanitarios necesitarán, por tanto, reforzarse para ofrecer una cartera

equilibrada de servicios que optimice una mezcla eficaz entre atención, prevención y promoción de la salud y que cubra tanto la salud de los grupos vulnerables como la distribución del gradiente social de la salud. Además, los sistemas sanitarios tienen la responsabilidad de hacer frente a las desigualdades sociales a través de la defensa de la equidad de la salud en todas las políticas gubernamentales, a nivel nacional y subnacional.

Informe de la OMS sobre determinantes sociales de la salud

Los esfuerzos organizados por mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en la salud han estado enfocados principalmente a eliminar los riesgos e influir sobre el comportamiento de las personas. Aunque estas acciones son necesarias, hasta ahora se han echado en falta en gran medida otras oportunidades. Dichas oportunidades incluyen la aplicación sistemática de políticas públicas, iniciativas privadas y la alineación de los recursos financieros, humanos y medioambientales que movilicen las acciones para mejorar la salud y el bienestar y su igual distribución en la sociedad.

El Informe de 2008 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Commission on Social Determinants of Health, CSDH) plantea de un modo eficaz el caso de que las oportunidades para la optimización de la salud y la reducción de las desigualdades en la salud residen en gran medida en la sociedad, y que el aprovechamiento de dichas oportunidades ha de hacerse

CON MANO **ajena**

a través de una estrategia. La CSDH establece 3 principios esenciales para la acción:

1. Mejorar las condiciones de la vida diaria: las circunstancias en las cuales las personas nacen, viven, trabajan y envejecen.
2. Afrontar la injusta distribución de poder, dinero y recursos: los motores estructurales de las condiciones de la vida diaria a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir el problema, evaluar la acción, ampliar la base de conocimientos, desarrollar una fuerza laboral formada en los determinantes sociales de la salud y despertar la conciencia pública sobre los determinantes sociales de la salud (CSDH, 2008).

La acción inspirada por los principios anteriores requiere un enfoque de sistema para garantizar la coherencia en la política de los gobiernos. No obstante, abordar las desigualdades de salud determinadas socialmente requiere tratar "las causas de las causas", como puede ser la distribución desigual de poder, ingresos, productos y servicios, a nivel mundial e internacional. Dichos determinantes tienen como resultado injusticia en las circunstancias inmediatas y visibles de las vidas de las personas, así como en su acceso a la atención sanitaria, a la escuela y a la educación, en sus condiciones de trabajo y ocio, sus hogares, comunidades, pueblos o ciudades. Esto, a su vez, afecta a sus oportunidades de tener una vida próspera y saludable.

La resolución de la Asamblea sobre Salud Mundial adoptada por todos los Estados Miembros de la OMS en mayo de 2009 resume las acciones básicas que han de adoptarse, instando a los Estados Miembros a:

"Afrontar las desigualdades en la salud dentro y entre los países a través del compromiso político (...) como un asunto nacional (...). También pide a los Estados Miembros tener en cuenta la igualdad en la salud de todas las políticas nacionales que abordan los determinantes sociales de la salud y a considerar el desarrollo y el refuerzo de políticas univer-

sales completas de protección social, incluyendo la optimización de la salud, la prevención de enfermedades y la atención sanitaria e impulsando la disponibilidad y el acceso a productos y servicios esenciales para la salud y el bienestar".

Para ello, los países, tanto a nivel nacional como subnacional, necesitarán utilizar y mejorar sus sistemas de información sobre la salud y su capacidad de investigación para realizar un seguimiento de la población con datos disgregados como pueden ser edad, sexo, etnia, ocupación, educación, ingresos y empleo, de forma que puedan detectarse las desigualdades de salud y medirse el impacto de las políticas sobre la equidad de la salud. De ahí la importancia de la actual Presidencia Española de la Unión Europea, que ha seleccionado el tema de efectuar un seguimiento de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades en la misma.

Los retos clave para implementar las recomendaciones de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud incluyen traducir y adaptar las recomendaciones en planes de acción específicos del contexto para los países individuales y desarrollar y reforzar la capacidad para afrontar los determinantes de salud de una forma totalmente práctica. Esto se encuentra en curso en un gran número de países del norte de Europa (Finlandia, Inglaterra, Escocia y Noruega).

CON MANO **ajena**

En términos de construir un soporte para la acción, la Comisión publicó una Comunicación con el título *Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the European Union* (Solidaridad en la salud: Reducción de las desigualdades en salud en la Unión Europea) en octubre de 2009, que establece los modos a través de los cuales la Comisión prestará ayuda y complementará a los Estados Miembros y a otras partes interesadas a la hora de afrontar las desigualdades sociales. Esto incluye acción en las 3 áreas de apoyo a la traducción y adaptación:

1. Despertar la conciencia, impulsar la información, intercambio de las mejores prácticas y coordinación de políticas y defender la resolución de las desigualdades en salud como una prioridad política.
2. Mejorar la disponibilidad de datos y los mecanismos para medir, realizar el seguimiento e informar sobre las desigualdades en salud y optimizar la base de conocimientos sobre las causas de las desigualdades de salud y las políticas eficaces para abordarlas.
3. Desarrollar la contribución de políticas relevantes de la UE para la reducción de las desigualdades en salud (EC, 2009b).

Reforzar la capacidad requiere una estrategia. Requiere medios fiables para medir la capacidad actual y desarrollar un enfoque coherente paso a paso y basado en el sistema para mejorarla.

Reflexiones finales

Para que el cambio se produzca, no basta con declaraciones, aunque éstas estén respaldadas por evidencias claras y una buena voluntad. La persistencia y, en muchos casos, el aumento de las desigualdades en salud determinadas socialmente requiere una acción integrada y un fuerte enfoque sistemático.

La resolución de las desigualdades en salud determinadas socialmente requiere un fuerte compromiso político, sistemas sanitarios eficaces y con un elevado grado de rendimiento y coherencia política entre las

políticas gubernamentales. Para poder lograrlo, cada país necesita instituciones que funcionen bien y que sean capaces de influir en la elaboración de políticas dentro de la salud y de otros sectores políticos. Las capacidades requeridas incluyen la defensa, la formulación, la implementación, el seguimiento y la evaluación de las políticas. Las partes interesadas van desde instituciones académicas/de investigación hasta ministerios y entidades gubernamentales, a ONGs y organizaciones de la sociedad civil.

Para iniciar, apoyar y establecer los determinantes sociales de salud, es de vital importancia disponer de una masa crítica de recursos humanos asignados adecuadamente dentro de los sistemas sanitarios y a nivel intergubernamental. Esta masa crítica deberá asignarse apropiadamente dentro del contexto político específico del país, tener la capacidad y los conocimientos adecuados y estar comprometida con los objetivos y/o las metas para reducir las desigualdades en salud. Las capacidades y los conocimientos han de cubrir tanto conocimientos generales sobre cómo se manifiestan las desigualdades en salud en un país dado como conocimientos especializados directamente vinculados con el papel y la responsabilidad de las tareas asignadas a la fuerza de trabajo.

No hay duda de que en las dos últimas décadas se ha producido un reconocimiento creciente de la importancia de mejorar la salud y reducir sus desigualdades en varios países europeos. Sin

embargo, sigue existiendo una falta de inversión sistemática y apropiada en el desarrollo de infraestructuras enfocadas a crear y apoyar un sistema intersectorial capaz de afrontar las implicaciones políticas de los determinantes de salud.

Este aumento de la concienciación es también evidente en España. Ya se ha mencionado la prioridad dada a los determinantes sociales de salud

por España en su actual papel de presidencia de la UE. El plan de disponer de un informe español sobre los determinantes sociales y el Observatorio Nacional español de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad son iniciativas realmente buenas y constituyen avances clave. (Rohfs et al, 2000).

Bibliografía

ACHESON D. et al. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationary Office.

BLANE D., DAVEY SMITH G., BARTLEY M. (1993). *Social selection: what does it contribute to social class differences in health?* *Sociology of Health and Illness*, 15: 1-15.

CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

DEPARTMENT OF HEALTH (2008). *Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action*.

COMISIÓN EUROPEA. (2009a). *Memo: Questions and Answers on Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU*.

COMISIÓN EUROPEA. (2009b). *Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU*. Bruselas, 20.10.2009.

OFICINA DE PRENSA DE EUROSTAT (diciembre de 2009). *Euro area unemployment rate up to 10.0%* Eurostat newsrelease euroindicators, 16/2010 - 29 January 2010. Disponible en <http://ec.europa.eu/eurostat> y acceso el 2 de febrero de 2010.

Equidad, salud y género. [página en internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Equity, health and gender. [Home page on the internet] Madrid: Quality Plan for the National Health System. Ministry of Health and Consumer Affairs.) [Acceso el 26 de mayo de 2007] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm>

GRAHAM, H. (2004). "Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients?" *Journal of Social Policy*, 33, 1; 115-131.

IFRC. (2009). *The economic crisis and its humanitarian impact on Europe*. Testimonies from the Red Cross Red Crescent, Geneva.

IVASCHENKO O (2004). *Longevity in the Russia's regions: Do Poverty and Low Public Health Spending Kill?* Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research: Research Paper No 2004/40

MACKENBACH JP, MEERDING, KUNST A. (2007). *Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union*. Comisión Europea, 2007, Luxemburgo. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf

MARMOT M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing affects our health and our longevity*. London: Bloomsbury Publishing Plc.

MINISTRY OF HEALTH AND CONSUMER AFFAIRS, FSG (2006). *Handbook for ac-*

tion in the area of health services with the Roma community. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo

(<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/handbookHealthServices.pdf>, acceso el 3 de febrero de 2009).

MINISTRY OF HEALTH AND CONSUMER AFFAIRS, FSG (2008). *Comunidad Gitana y Salud: Conclusiones, recomendaciones y propuestas [Roma community and health: conclusions, recommendations and proposals]*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/situacionComuGitanaEsp.pdf>,

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL - Fundación Secretariado Gitano (2009) *Hacia la Equidad en Salud: Disminuir las Desigualdades en una Generación en la Comunidad Gitana*:

NATHANSON C. (2010). "Who owns health inequalities?" *The Lancet* Vol.375, January 23, 2010; 274-275.

NORWEGIAN MINISTRY OF HEALTH AND CARE SERVICES. (2007). *National strategy to reduce social inequalities in health*. Report No.2 (2006-2007) to the Storting, Norwegian Ministry of Health and Care Services.

ROHLFS I, BORRELL C., ANITUA C. et al. "La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud" (The importance of gender perspective in health surveys.) *Gac Sanit* 2000;14:146-55.

SUHRCKE M., SAUTO ARCE R, MCKEE M. AND ROCCO L. (2008). *The economic costs of ill health in the European Region*. Documento de base n° 1 para la Conferencia Ministerial de 2008 sobre sistemas sanitarios, salud y riqueza, Copenhague: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_eBD1.pdf

TARLOV A. (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and social organization*. London: Routledge, 71-93.

WHITEHEAD M, DAHLGREN G. (2007). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Studies on social and economic determinants of population health, No.2, Oficina Regional de la OMS para Europa.

OMS (2009). *The European Health Report 2009 - Health and Health Systems*. Copenhague: Oficina regional de la OMS para Europa.

ZATONSKI WA, AND JHA P. (2000). *The Health Transformation in eastern Europe After 1990: A Second Look* (ISBN 8391193-5-5). Marie Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw.

Salud y pobreza: los cabos de una madeja

Como un intrincado entramado de hilos. Así es la relación entre la salud, la pobreza, el subdesarrollo y la guerra. Cada una de estas palabras representa el hambre, la desnutrición, el desarraigo o la enfermedad en países en los que el futuro es más sombrío que el actual presente. Las soluciones son globales, pero basta con tirar de un único hilo para avanzar en la dirección correcta. Así, poco a poco se evitará que haya en el futuro "continentes olvidados".

La salud y su ausencia, la pobreza, el subdesarrollo, la guerra. Palabras indefectiblemente ligadas entre sí, pero cuyas relaciones se establecen siguiendo direcciones no siempre tan obvias. Porque, ¿cuánto tiene cada una de ellas de huevo y cuánto de gallina? ¿Es el subdesarrollo causa o consecuencia de toda una serie de catástrofes, también profundamente trenzadas entre sí, como son la falta de salud, la pobreza extrema, la aculturación, la guerra? Lo cierto es que no hay una sola y única respuesta y, de este modo, el eterno dilema del huevo y la gallina toma unas connotaciones trágicas en las que al cabo, poco parece importar cuál es el orden que despeja la incógnita pues fuera cual fuere, la foto final será siempre la misma, es decir, muchas personas que se ven forzadas a convivir con dosis inadmisibles de carencias y sufrimiento.

Y así, sin tener claro por dónde comienza la madeja, se va tejiendo una trenza en la que la pobreza o la guerra (que en el fondo no es más que una amalgama de todas las pobreza posibles) propician una falta

de acceso a demasiadas cosas, entre las que se encuentra la salud. Pobreza y falta de desarrollo como los detonantes que originan sistemas y estructuras sanitarias colapsadas, cuando no ausentes, incapaces de cubrir las mínimas necesidades de unas poblaciones ya de por sí más vulnerables de lo habitual. Sistemas también con una ausencia de personal sanitario adecuado, bien porque los pocos que hayan podido tener

acceso a una formación se han marchado hace tiempo del país en busca de mejores vientos, o porque simplemente la falta de desarrollo y los años de carencias en todos los aspectos, y por añadidura en el educativo, hayan dado lugar a

generaciones con escasa o nula formación, si es que alguna vez antes la habían tenido.

Pobreza y falta de desarrollo como los detonantes que originan sistemas y estructuras sanitarias colapsadas, cuando no ausentes

Aculturación

Sin embargo, sería más exacto hablar de pérdidas y no tanto de ausencias, pues la realidad es que muchos de los países englobados ahora bajo ese feo adjetivo de "subdesarrollados", o por el amable eufemismo de "en vías de desarrollo",

Paula Farias

Presidenta de Médicos Sin Fronteras (MSF)

están teniendo un presente, y van a tener probablemente un futuro bastante mas sombrío de lo que fue su pasado. Por tanto, no es sólo una ausencia primaria de desarrollo, se trata más de un retroceso. África es un continente que tras un futuro postcolonial esperanzador, ha experimentado un salto atrás y una disolución de todo aquello que finalmente resultó ser tan sólo un espejismo, perdiendo por tanto parte de lo mucho o poco que tenía ganado en materia de educación y salud y enfrentándose así a un subdesarrollo secundario.

Y así podemos hablar en ocasiones, más que de falta de acceso a la educación, de un proceso de aculturación, consecuencia de la precariedad en todos los aspectos de la vida, de haber nacido y crecido en guerra y haber tenido como única preocupación posible el tratar de procurarse un modo de sobrevivir día a día. Pueblos con años de aculturación, en los que la pérdida alcanza los estamentos más básicos, quedando al final en muchas ocasiones la religión como único nexo de unión con el pasado, como única referencia y única seña de identidad. Una religión, por otro lado, ya sin posibilidad de contraste y por tanto con todo el peligro que encierra cualquier monopolio, sea referido a la materia que sea.

Esta aculturación en el aspecto sanitario es tal que incluso muchas de las tradiciones se pierden, rotos los mecanismos de transmisión, y éstas quedan sustituidas por farsas "pseudotradicionales", si es que se les puede llamar así; por ejemplo, la incorporación del líquido de las pilas alcalinas a



las prácticas de la mal llamada medicina tradicional. Aberraciones que la confusión permite que se mezclen con la aceptación y aplicación (claro que no siempre de forma ortodoxa) de los tratamientos convencionales y con los escasos restos que queden de la auténtica medicina tradicional, fruto de años de experiencia, que haya conseguido sobrevivir a todos estos años de pérdidas en general.

Un paso más, un último escalón en el trenzado siniestro de la falta de desarrollo, surge cuando a todo esto ponemos como escenario de fondo la

Un paso más, un último escalón en el trenzado siniestro de la falta de desarrollo, surge cuando a todo esto ponemos como escenario de fondo la guerra

guerra. Pero no la guerra como algo puntual, no como un momento de violencia aislado en el tiempo con principio y fin, sino la guerra como algo larvado y constante, la guerra que se prolonga y que supone la única forma de vivir

que han conocido generaciones enteras que han nacido y crecido sumidos en ella sin tener acceso a nada más. La guerra como eterno telón de fondo y paradigma de todas las formas de pobreza posibles, como paradigma por tanto de la falta de desarrollo. La guerra como el siniestro resumen de

todo lo que no debería ser y donde, en lo que a salud se refiere, cabe todo lo anteriormente mencionado y más: estructuras sanitarias colapsadas cuando no inexistentes, personal sanitario huido, muerto o ausente; acceso a la escasa medicina posible restringido por problemas de seguridad, interrupciones en las campañas de vacunación, si es que de algún modo éstas tienen lugar, malnutrición generalizada mermando la capacidad de respuesta frente a otros problemas de salud, etc.

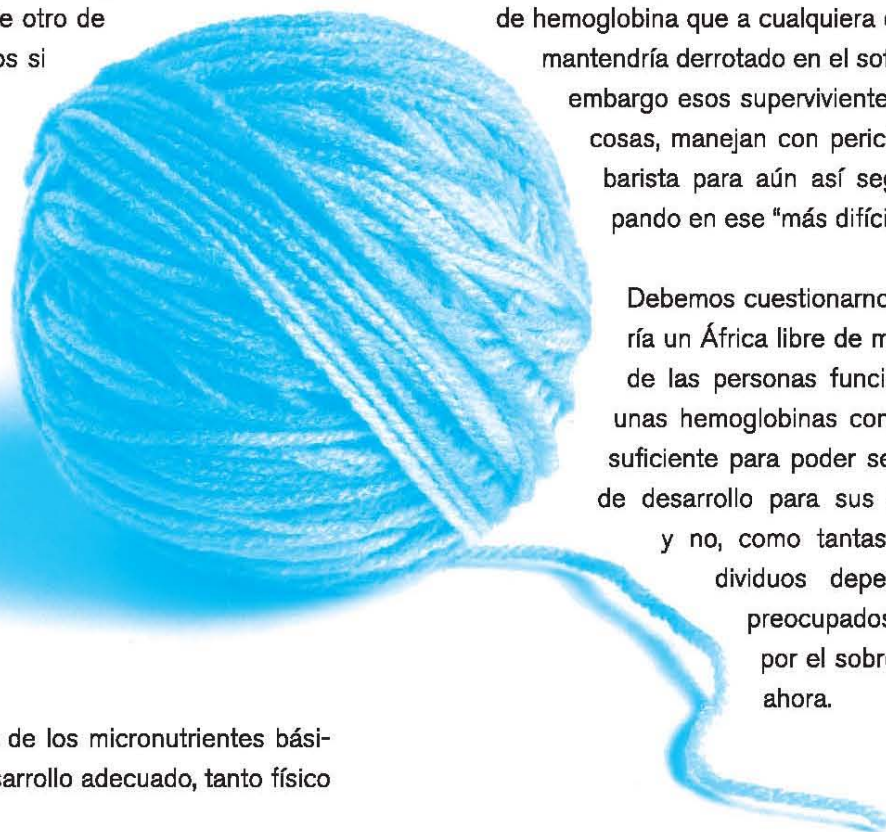
Desnutrición

Pero es que esta ausencia de salud, resultado de la convergencia de todas estas catástrofes, será también sin duda origen de muchas cosas, como si al final se tratara de otro de los cabos de esa trenza que no sabemos si viene o va.

Porque cuando hablamos de desnutrición no nos referimos sólo a las situaciones de desnutrición aguda, que son las que ponen al individuo en la encrucijada de la vida y la muerte, sino también desnutriciones crónicas, más larvadas, más silentes, pero que van a ocasionar que los individuos crezcan en la carencia y la precariedad, con ausencia de los micronutrientes básicos que se requerirían para tener un desarrollo adecuado, tanto físico

como intelectual, que diera lugar a adultos con unas mejores condiciones para enfrentarse a un futuro ya de por sí comprometido. Siguiendo esta misma lógica perversa, tenemos también a las madres que pasan sus embarazos llenos de carencias y que ocasionarán que sus críos nazcan con una mala mano de cartas para empezar el juego. Como también hay que mencionar las anemias crónicas, consecuencia de esa desnutrición y de la malaria persistente, que no perdona a nadie y que te condena a vivir con cifras de hemoglobina que a cualquiera de nosotros mantendría derrotado en el sofá, y que sin embargo esos supervivientes de tantas cosas, manejan con pericia de malabarista para aún así seguir participando en ese "más difícil todavía".

Debemos cuestionarnos cómo sería un África libre de malaria, donde las personas funcionaran con unas hemoglobinas con la energía suficiente para poder ser una baza de desarrollo para sus sociedades y no, como tantas veces, individuos dependientes y preocupados tan sólo por el sobrevivir aquí y ahora.



CON MANO **ajena**

Y por supuesto no podemos olvidar el sida, la catástrofe con mayúsculas, que hipoteca el futuro de todo un continente, provoca millones de muertes, deja tras de sí a toda una estructura social lacrada, donde millones de huérfanos deberán, en el mejor de los casos, ser criados por sus abuelos, obligados éstos a asumir un rol social que ya no les corresponde, y somete a una vuelta de tuerca más a esa sociedad de la que se espera provenga el tan ansiado desarrollo.

Y así vemos cómo el trenzado va y viene sin permitirnos resolver el dilema del huevo y la gallina; pero es que además todos estos problemas no se pueden circunscribir a las fronteras que nos separan de los damnificados, pues la falta de desarrollo y sus devastadoras consecuencias sobre la salud no provienen sólo de la incapacidad de esos países lacrados por demasiadas cosas para afrontar los retos, sino que también provienen, y mucho, de esa invisibilidad, en ningún caso inocente, con la que ellos y sus problemas se muestran ante los ojos de otros.

Patologías olvidadas

Y así por ejemplo, cuando hablamos de acceso a medicamentos esenciales -uno de los primeros escalones para plantearse unas mínimas ambiciones de asistencia sanitaria- vemos que las trabas vienen en muchos casos de fuera (patentes, tratados comerciales) y no de la tan aludida incapacidad local. Del mismo modo que en los países ricos es donde debería producirse una investigación y desarrollo orientada a toda una serie de problemas que son prácticamente exclusivos de los países pobres.

Porque es precisamente en esa exclusividad donde radica el problema, pues los habitantes de estos lugares son potenciales pacientes no demasiado prometedores en cuanto a expectativas de rentabilidad. Personas

sin recursos bajo el amparo de gobiernos también sin recursos. En una palabra, malos clientes financieramente hablando, por lo que si son los únicos potenciales consumidores de un determinado producto, el interés por desarrollarlo será poco menos que nulo.

De este modo surgen las llamadas "enfermedades olvidadas", muchas de ellas con un ámbito de extensión limitado -debido a que los hábitats de

los vectores que las transmiten también son muy específicos, como ocurre con el Chagas, el Kala Azar o la Enfermedad del Sueño- pero que no por ello dejan de afectar y provocar la muerte

a cientos de miles de personas. Y otras muchas que no están circunscritas a un determinado hábitat y que afectan, o podrían afectar igualmente a los países más desarrollados, aunque de momento no lo han hecho, dadas las mejores condiciones sanitarias de estos. Tal es el caso de la tuberculosis multirresistente, o el caso tan sangrante del sida pediátrico, enfermedad que a día de hoy es muy poco probable de encontrar en occidente, pero sin embargo causante de infinidad de muerte y sufrimiento en otros lugares, entre los que destaca inaceptablemente el África Subsahariana.

Cuando hablamos de desnutrición no nos referimos sólo a las situaciones de desnutrición aguda, sino también a desnutriciones crónicas, más larvadas, más silentes

CON MANO **ajena**

Enfermedades para las que no existen medicamentos adecuados, pues los que hay son o bien antiguos y poco eficaces, o bien de difícil administración y poco adaptados a los contextos donde deben ser empleados. Y enfermedades para las que tampoco existen métodos diagnósticos adecuados y adaptados a los contextos donde han de ser utilizados.

Y de este modo, las carencias de tantas cosas se filtran mas allá de las fronteras de ese mundo que llamamos "en desarrollo", convirtiéndose la pobreza en una barrera que contribuye a vendar los ojos, ya de por sí poco proclives a mirar, de las agencias internacionales, los donantes, la industria farmacéutica y los gobiernos que tienen una capacidad de influencia que va mas allá de sus fronteras. Y todo ello fomenta la formación de la trenza de cabos confusos que finalmente suele terminar resumiéndose en cifras y estadísticas que eluden confrontar la realidad de que detrás de cada una de ellas hay personas con rostros y nombre.

Porque no sólo se puede esperar que la respuesta de todo lo mencionado esté en una solución global que de lugar a un desarrollo glo-

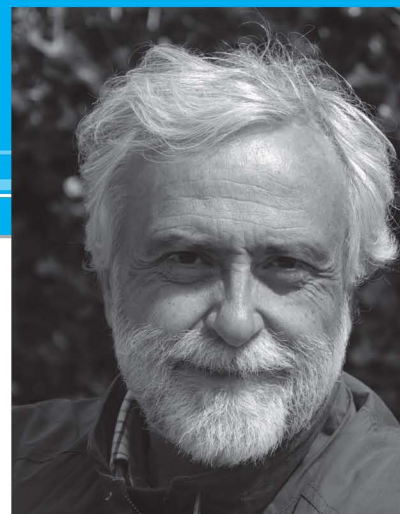
Debería bastar con encontrar un cabo de la madeja, por pequeño que sea, e ir trabajando sobre él, paciente a paciente

bal. Debería bastar con encontrar un cabo de la madeja, por pequeño que sea, e ir trabajando sobre él, paciente a paciente y confrontando

responsabilidades una a una, pues aunque estas emergencias se presenten aparentemente desligadas las unas de las otras, hay que ir dándoles respuesta una por una si queremos soluciones globales. Re-

cientemente en Haití, una vida salvada de debajo de los escombros de una ciudad devastada era una imagen de esperanza para todos: una salvada entre decenas de miles perdidas se tenía en cuenta. En la lucha por la salud global deberíamos buscar esa misma esperanza, de paciente a paciente, para que al ir tirando de alguno de los cabos, esa trenza siniestra se vaya deshilachando poco a poco y con ella el sufrimiento de tanto rostro con nombre.

Sanos y enfermos



Miguel Sánchez-Ostiz
Escritor

"Pello, que Miguel se va".

"¿Qué Miguel?"

"Pues cuál va a ser..."

"Tiene suerte"

"¿Suerte de qué?"

"De no estar tan fastidiado como yo... claro, que a lo mejor está completamente mal de la cabeza y no nos hemos enterado".

No pudimos menos que reírnos a carcajadas y la sonrisa de Pello, al ver la gracia que nos hizo su humorada, no tenía precio. Su calidad humana estaba en ella. Seguía teniendo coraje para no ser una carga excesiva para sus familiares y allegados, para mostrar la mejor cara, la de la entereza, y aliviar en la medida que podía el peso cuando menos afectivo que llevaban los suyos y quienes le queríamos como si fuera nuestro. Sus palabras quedaron flotando en el aire, corrieron entre los amigos y familiares, fueron muy celebradas, y aquella nimiedad nos hizo ver que estábamos con alguien cuya talla humana se venía midiendo día a día en la prueba de la enfermedad.

Esos triunfos y esas pruebas van camino de ser olvidados. Ahora cuentan otras grandezas y otros triunfos, en otros tableros, por utilizar el término de Jorge Manrique, en los que la ventaja es inmediata, y cuenta más ganar al precio que sea, que salir a jugar.

Pero aquel día, cuando me despedí y mi amigo me dio de manera ritual las gracias por haber ido a verle, sentí como si se corriera a mi espalda un telón. Cuando bajaba las escaleras de su casa tuve la corazonada de que no iba a volver a subirlas para estar un rato con él y contarle chascarrillos o para escuchar sus humoradas, sus recuerdos o sus derivas por escenarios que sólo él veía, los retazos de conversaciones con personas que no había visto en mucho tiempo o que sólo él escuchaba: su vida, su verdadera vida. Además, sí, yo tenía suerte,

la de haberle conocido sobre todo. Había veces que no tenía ganas de hablar y miraba para otra parte. No sabía si no quería verme o si no quería que le viera. El pudor del enfermo que teme ofender con su desdicha.

Cuando estamos enfermos vemos países y hablamos con gentes que sólo nosotros podemos ver...

Cuando estamos enfermos vemos países y hablamos con gentes que nosotros podemos ver, desentrañamos enigmas que nos habían parecido más misteriosos que irresolubles e iluminamos rincones en los que no habíamos reparado. A veces la medicación ayuda y vemos más cosas de

las que podemos digerir, pero bueno, efectos secundarios para poder contarlo. Nos es difícil compartir esos hallazgos y esos encuentros, nos sentimos poco escuchados, menos comprendidos. A los sanos les falta paciencia para escuchar lo que dicen o no dicen los enfermos, se impacientan, tienen prisa, y en la enfermedad el tiempo corre de otra manera y la prisa, de haberla, es otra. Los sanos piensan según su conciencia de sanos, es decir, que no escuchan, o poco, no están a la escucha, como lo está el que por fuerza vela cuando los demás duermen. La enfer-



medad nos aísla mucho más de lo que los sanos creen y cuando queremos comunicales algo que nos parece importante, nos miran con una sonrisa extraña, vagamente impostada, condescendiente, muy del papel que representa el sano que tiene conciencia de serlo. El enfermo quiere ser escuchado, tenido en cuenta en lo que siente, percibe, y recuerda.

Durante cuatro años vi a mi amigo debatirse contra esa enfermedad que es la peor de las loterías. Un acoso que había tenido altas y bajas, pero que no le había dado tregua. Parece un lugar común, pero durante todo ese tiempo no le escuchamos ni una queja ni una confidencia de lo mal que lo estaba pasando, ni de su miedo ni de sus dolores sordos o vivos. Lo vimos con confianza en sus médicos, con esperanza, con buen humor, haciendo esfuerzos por seguir vivo, en lo mínimo que estuviera de su mano, caminar para no detenerse, para no tirar la toalla. Y cuando perdió esa espe-

ranza, si es que la perdió, o supo de lo inevitable, porque era lúcido, nada dijo. No culpó a nadie ni a nada, aceptó. Sus rebeliones las reservaba para otras cosas. Digno y entero, con sencillez y sin aparato. Cuando hablábamos de él, mucho y a sus espaldas, lo hacíamos sobrecogidos. Cada cual se preguntaba si él hubiese sido capaz de hacer lo mismo, o cuando menos parecido. La enfermedad enseña cosas que la salud oculta o disfraza con displicencia. Las cosas se ven de muy distinta manera dependiendo de en qué lado estés, si en la cama o con ganas de regresar al mundo de los más vivos.

Cuando la gente que te ha querido y en cuya vida has contado se va, te das cuenta de lo que te ha dado y eso abochorna. Sientes que no hiciste todo lo que estaba en tu mano cuando menos para el alivio de escuchar y prestar atención. Claro que, en el mundo de las fieras, esto que digo no tiene mucho valor.

La gente que cuenta en el ámbito de los afectos más íntimos, más privados, se va, nos deja, el azar de la enfermedad, -por qué él y no yo, o viceversa- nos la arrebató, su luz, la de su mirada se apaga para nosotros y por mucho que la busquemos no está, ya no está.

Cuando caemos enfermos, pasamos del otro lado, nos quedamos al margen, nuestra vida se interrumpe, lo que parecía pasajero no lo es, el cuerpo reclama lo suyo y lo reclama de continuo. Las cosas no son, de pronto, como la víspera. Lo

CON MANO **ajena**

que era una sospecha es una certeza. El tiempo parece detenerse para nosotros, el presente se difumina en una bruma espesa, impenetrable, estamos a merced de fuerzas que no controlamos, aparecen la incertidumbre, el miedo y el dolor, y con ellos llegan los recuentos o no llega nada, una bruma espesa dentro de la que no vemos nada, nada nos falta y nos falta todo: no sabemos nada. Vemos las cosas de manera diferente o no las vemos de ninguna manera. Hay quien desde la enfermedad hace planes y filosofa, con recio y apretado discurrir, es el momento de las grandes palabras, y quien no hace ni dice nada, espera, piensa que su situación no es más que una tregua y que las cosas seguirán en su sitio, si regresa. Desde la enfermedad nos preocupa sobre todo el salir del lugar donde nos encontramos cuanto antes y lo más enteros posible, salvo que la depresión profunda no nos deje salir o atisbar siquiera la salida del pozo en el que estamos, la puerta en el muro de la melancolía profunda, siempre mal explorada, porque entonces se trata de otra cosa, todavía más difícil de comunicar o de expresar. Para enfermedad grave y sin alivio posible.

Salir cuanto antes. Tal vez por eso, otro amigo que perdí este año, lo primero que hizo cuando salió del hospital a donde le había llevado un infarto fue ir a ver el campo de rugby donde había pasado los mejores días de su vida, los verdaderos, y pisar la hierba, por si acaso, como homenaje a la intensidad de lo vivido. También aquel de sus quebrantos hizo silencio o encogimiento de hombros.

Los sanos huyen de los enfermos, no quieren saber nada, o muy poco, de aquel que se encuentra en un lugar en el que no se desea estar. Los sanos temen, si no contagiarse, sí contaminarse y que el desastre, la mala suerte, les alcance de la manera que sea. La obligación les vence, pero es una dura carga. El abandono y el olvido se vislumbran en el horizonte de las nuevas sociedades más seguras, más previsoras, más crueles. En el ir y venir de pasos por los corredores de los hospitales, hay puertas que ninguna visita abre, hay enfermos desahuciados, dejados en manos ajenas, en manos del sistema, a su cargo, a su albur, en una soledad que aplasta. Invisibles.

El enfermo suele estar solo, pasa muchas horas solo, enfrentado a sus incertidumbres y a sus certezas, se debate entre la desesperanza y la deserción, recuerda, repasa, elucubra y tiene miedo. Creo que quien ha visto en otros ojos el miedo a la muerte inminente no lo olvidará jamás. Lo sanos tememos asomarnos a esos abismos que nos esperan con los brazos abiertos, nos escurrimos, pretextamos, demoramos el ir a ver al enfermo, si no es por obligación. Está lejos, muy lejos. El enfermo parece desvariar, pero para despedirse y darte las gracias por haber ido a estar con él, el enfermo no desvaría y regresa del mundo de recuerdos por el que andaba divagando, y quien agradece tiene la cabeza sobre los hombros aunque esté tumbado. El enfermo sabe, claro que sabe, salvo que esté en coma, sabe que has estado con él y que le has acompañado. Y nosotros, los sanos que tememos a la enfermedad ajena porque es el espejo de la propia poquedad, preguntamos, sí, pero de lejos, de cuanto más lejos mejor, y eso consuela nuestro

desconcierto. Decimos "igual no se enterará de nuestra visita", pero sí se enterará, claro que se enterará. Tememos presentarnos sanos, vivos y coleando, entre dos afanes, delante del enfermo,

del sentenciado, del que por fuerza ha desertado, y no saber qué decir, no nos gusta admitir que nuestra listeza falla ante esa certeza inapelable, la de nuestra fragilidad constitutiva, la que no somos capaces de ver ni a puerta cerrada.

La enfermedad enseña cosas que la salud oculta o disfraza con displicencia

Ciclo EN TIERRA DE NADIE

CONVERSACIONES SOBRE
CIENCIAS Y LETRAS

La felicidad

Un bien imposible. Un estado inalcanzable. Un lugar al que llegar o un estado anhelado: la felicidad se define desde múltiples perspectivas. Para algunos es la pulsión de satisfacer el deseo, para otros la libertad de no desearlo. A lo largo de la historia la búsqueda de la felicidad ha sido el potente motor de pensadores y creadores y, durante los últimos años, un objeto de estudio por parte de los científicos.

En el camino de la búsqueda de la felicidad algunos la han encontrado en los pensamientos y emociones -Aristóteles decía que "la verdadera felicidad estriba en el libre ejercicio de la mente"-, y otros se han dado cuenta de que estaba, precisamente en no desear -Epicteto, afirmaba que sólo se es feliz cuando se tiene la libertad de no desear nada-. La pulsión que hace que el hombre se afane en ser feliz es un "terreno de todos" que se dibuja de forma más nítida a la luz de los recientes descubrimientos de la fisiología y se expresa con la imprecisión bellísima que aporta el lenguaje de la poesía.

Desde uno y otro lado abordaron la felicidad los invitados a la sesión *En tierra de nadie*. Francisco Mora, Catedrático de Fisiología Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Catedrático Adscrito de Fisiología Molecular y Biofísica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Iowa (EEUU)



De izquierda a derecha, Francisco Mora, Luis Mateo Díez y Luis Muñoz

comenzó su exposición saltando esta barrera que tradicionalmente ha separado la visión científica de la literaria o humanista: “el cerebro es el espejo y el creador de todo lo que nos rodea. Ya no es posible hablar de los dos universos del conocimiento, de las ciencias y la cultura, empezamos a tener una neurocultura. No se pueden entender las humanidades, ni la filosofía, ni la creatividad, ni las emociones a menos que se conozca cómo el cerebro produce todos estos procesos. Las ciencias y las humanidades se generan a través de un computador común: el cerebro humano”.

Para los fisiólogos, placer y felicidad son vivencias irremediabilmente unidas; una es continuación de la otra.

“El placer es un desequilibrio, se obtiene placer al comer si antes se ha sentido el hambre; de beber cuando se ha tenido sed, y también se siente placer cuando se tiene sueño, cuando hace frío y uno se abriga, o calor y nos refrescamos con agua fresca”, apuntó Mora. El placer es el producto de un desequilibrio que en fisiología se llama homeostático. Es un engaño, una mentira que nos hace buscar el equilibrio. El placer reconduce un déficit que tenemos en nuestro organismo para la supervivencia individual (por eso comer es un placer) y después para la de la especie (por eso la sexualidad es placentera). Es la clave de la biología, ya que la búsqueda del placer conduce necesariamente, sin ser conscientes de ello, a mantener la vida de los seres humanos. Todo ser vivo tiene este deseo de placer inconsciente y cuando se hace consciente, ese placer se transforma en emoción o sen-

timiento. La palabra emoción etimológicamente significa “movimiento hacia fuera”, es el impulso que me hace buscar el placer y que, cuando se convierte en una emoción, queda codificada en el cerebro.

Primero placer, luego felicidad

Para los fisiólogos la felicidad es lo que deviene después del placer. Es el reequilibrio, esa sensación de que ya no hay necesidades, de saciedad total. Pero hay otro tipo de placer que no está relacionado tan directamente con la búsqueda de la saciedad. Es el que se experimenta, por ejemplo, ante una obra de arte. Para disfrutar de esa belleza, nuestro cerebro precisa la capacidad de producir abstractos, aquello que conduce al conocimiento, pasar de lo concreto a la idea. Kant se refería a ese placer como algo que podía ser disfrutado durante mucho tiempo sin que se produzca sensación de saciedad ni agotamiento.

Los fisiólogos hablan de felicidad cuando uno se hace consciente de la existencia del dolor. Aristóteles decía que la felicidad es la ausencia de dolor, y Sócrates hablaba de una constante violación y restauración del límite entre placer y dolor. “El cerebro, hoy lo sabemos, opera por códigos que hemos heredado a lo largo de la evolución que son redes neuronales fijas, de asociación abierta como son los procesos mentales, pero funciona a base de que la información sensorial que recibe y procesa se considera real. Y no es así. El mundo lo crea nuestro cerebro con

Ciclo EN TIERRA DE NADIE



Francisco Mora

“El placer es la clave de la biología, ya que su búsqueda conduce necesariamente, sin ser conscientes de ello, a mantener la vida de los seres humanos”

“Para los fisiólogos la felicidad es lo que deviene después del placer. Es el reequilibrio, esa sensación de que ya no hay necesidades, de saciedad total”

los códigos que hemos heredado”, destacó Mora. Una vez que el cerebro ha construido esa realidad, produce lo que conocemos como el sistema emocional o sistema límbico. Antes de procesar la información todos los cerebros tienen codificado lo bueno y lo malo, el placer o el dolor, pero la información que percibimos entra a través de la amígdala y allí se tiñe de emoción: “eso es lo que crea nuestra individualidad. Por eso somos diferentes”.

Desde el punto de vista de la neurociencia, quienes más se han acercado a este estado de felicidad que consiste en la ausencia de dolor y de placer son los que practican la meditación. Durante más de 3.000 años, los meditadores persiguen un estado en el que se pretende aislar la parte sensorial del cerebro, y de esa manera evitar el desequilibrio entre dolor y placer. Hoy sabemos, a la luz de los recientes estudios, que la meditación practicada durante años conlleva una activación del cerebro que provoca una inhibición del tiempo y el espacio: se consigue no sentir más allá de lo que es cotidiano, del momento presente, y en ese estado se halla la felicidad. “Quien en medio del placer no siente deseo, quien ha abandonado todo impulso, temor y cólera, quien ni odia ni se entristece, ése está en posesión de la felicidad o la sabiduría”. Esta cita del Mahabharata (la gran epopeya religiosa, filosófica y mitológica de India), sirvió al profesor Mora para afirmar que, en esencia, desde un punto de vista fisiológico, ser feliz significa estar en un estado contemplativo, no tener necesidades.

El lenguaje de la infelicidad

Este estado de no necesidad no parece que sea el motor de la poesía ya que, según Luis Muñoz, poeta y filólogo, la literatura ha dedicado muchas más páginas a la infelicidad que a la felicidad: “El lenguaje de la poesía está más preparado para la infelicidad que para la felicidad, cuenta con muchos más recursos verbales en el primer caso y hay una especie

de imán oculto en la poesía que atrae más los momentos infelices en los que la poesía sirve de consuelo o de cauterizador”.

Hay poetas, como Luis Cernuda, que han guiado su poesía por el hilo poderoso de la insatisfacción insoportable que provoca la distancia entre la realidad y el deseo. Su yo poético es infeliz, sus poemas a veces desgarradores, pero, si contemplamos los archivos fotográficos que se conservan de la vida del poeta de la Generación del 27, sorprende encontrar momentos de felicidad constantes: Cernuda en la playa sonriente, rodeados de amigos con evidente gesto de felicidad, feliz por los pueblos de España con las misiones pedagógicas.... Las imágenes de su vida parecen contradecir su leyenda.

Para Luis Muñoz, la felicidad es un reto mayor que la infelicidad. Un poeta que se enfrenta a la felicidad tiene que superar más obstáculos que el que se enfrenta a un presente infeliz. Entre esos obstáculos estaría la autosuficiencia de la felicidad o su condición irreflexiva. El poema tiene la capacidad de aliviar el dolor con el lenguaje, pero la felicidad no necesita ningún tipo de escritura porque, es en sí misma, un lenguaje perfecto.

A pesar de todo, algunos poetas sí han expresado este estado de equilibrio. Juan Ramón Jiménez empieza a escribir en 1916 su *Diario de un poeta recién casado*. En ese libro puede decirse que Juan Ramón Jiménez estrena la felicidad, y en todos los poemas late esa emoción que se convierte en un instrumento de la poesía, un elemento intuitivo que le permite llegar a donde no había llegado antes. La convierte en una forma de entender lo que le rodea.

“El poema tiene la capacidad de aliviar el dolor con el lenguaje, pero la felicidad no necesita ningún tipo de escritura porque es en sí misma un lenguaje perfecto”

“La poesía es uno de los caminos hacia la felicidad. El lenguaje poético se convierte en una herramienta que ayuda al ser humano a ser más feliz”



Luis Muñoz

Ciclo EN TIERRA DE NADIE

Otro poeta Pablo Neruda, introdujo en sus *Odas elementales* una especie de felicidad programática, una propuesta de los poetas a la situación catastrófica que se vivía en Europa tras la Guerra Civil española o la II Guerra Mundial. Entre esas Odas hay una dedicada expresamente a un día feliz:

*Esta vez dejadme
ser feliz,
nada ha pasado a nadie,
no estoy en parte alguna,
sucede solamente
que soy feliz
por los cuatro costados
del corazón, andando,
durmiendo o escribiendo.
Qué voy a hacerle, soy
feliz.*

Jorge Luis Borges, otro poeta que afirmó que su mayor pecado era no haber sido feliz, escribió un soneto en el que se refleja esta pulsión entre el dolor y el placer, entre la felicidad y tristeza. Una especie de consuelo ante el abandono en el que se desliza la idea de que no hay una sino variadas formas de la felicidad.

*Ya no seré feliz. Tal vez no importa.
Hay tantas otras cosas en el mundo;
un instante cualquiera es más profundo
y diverso que el mar. La vida es corta*

*y aunque las horas son tan largas, una
oscura maravilla nos acecha,
la muerte, ese otro mar, esa otra flecha
que nos libra del sol y de la luna*

*y del amor. La dicha que me diste
y me quitaste debe ser borrada;
lo que era todo tiene que ser nada.*

*Sólo que me queda el goce de estar triste,
esa vana costumbre que me inclina
al Sur, a cierta puerta, a cierta esquina.*

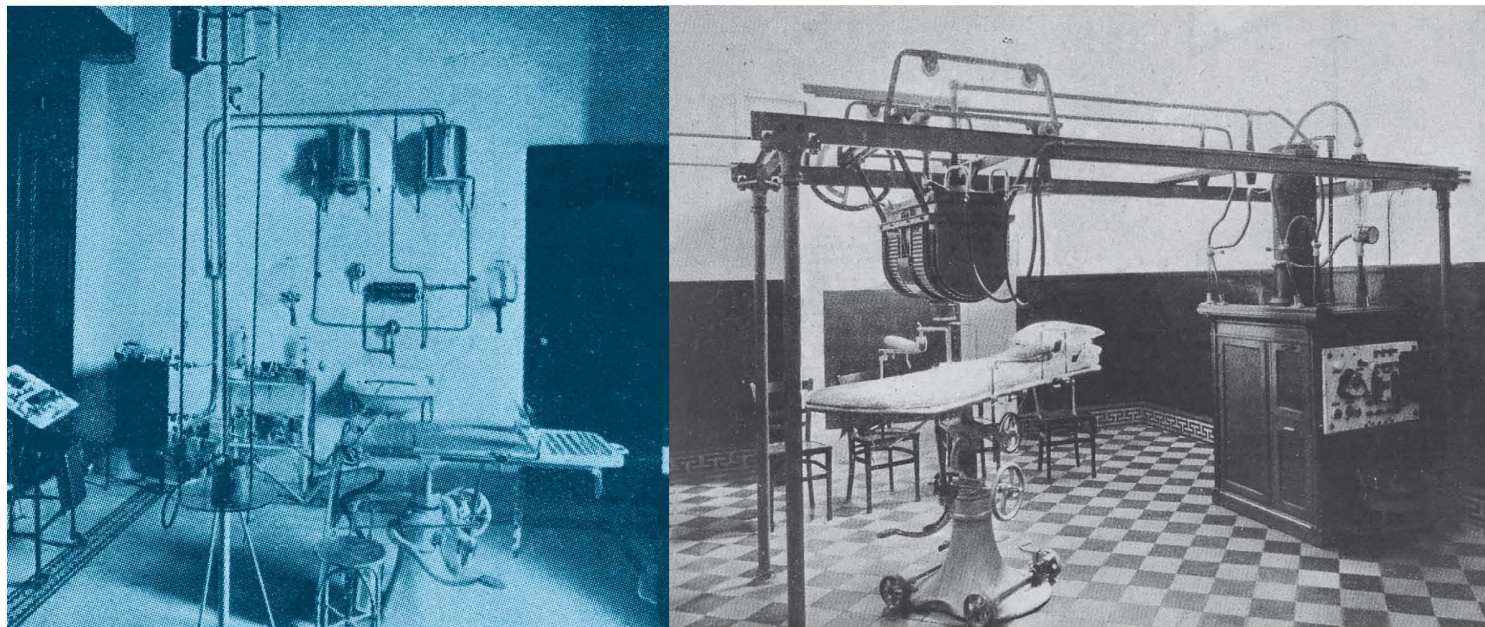
El goce de estar triste y el goce de escribir. Para Muñoz, la poesía, leerla y escribirla, es uno de los caminos hacia la felicidad. El lenguaje poético se convierte en una herramienta que ayuda al ser humano a ser más feliz.



El ciclo En tierra de nadie. Conversaciones sobre Ciencias y Letras al que pertenece la charla sobre La felicidad es una iniciativa conjunta con la Residencia de Estudiantes

DEL PASADO **al presente**

El desarrollo de la salud pública en España durante el siglo XX



El quirófano (1920-1930) y Aparato de rayos x en Triana. Archivo de Fotografía Histórica de Canarias. FEDAC/Cabildo de Gran Canaria

Ricardo Campos

Científico Titular. Instituto de Historia.
Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CSIC.



En España, a principios del siglo XX, la realidad sociosanitaria se podía calificar de **catastrófica**, con una mortalidad muy alta respecto a la mayoría de los países de nuestro entorno. La sanidad española comienza entonces un proceso de revolución, con un especial interés en la salud pública, que la conduciría, después de muchas vicisitudes, a la situación actual.

Decadencia y regeneración: el punto de partida

A comienzos del siglo XX la situación de la Salud Pública española no era brillante. Desde el punto de vista legislativo se regía por la Ley de

Sanidad de 1855, que resultaba inoperante para la realidad del país en 1900. Pese a que algunos aspectos puntuales se habían modificado a través de determinados reglamentos, su obsolescencia era manifiesta a finales del siglo XIX. De hecho, en 1882, 1894 y 1899 se intentó promulgar una

nueva Ley de Sanidad más acorde con los tiempos y las necesidades del país. Sin embargo, las vicisitudes del juego político y la falta de una voluntad política decidida dieron al traste con todos ellos.

Si la legislación no era la adecuada a la altura de 1900, tampoco la situación sanitaria del país era buena. Ángel Pulido, Director General de Sanidad en 1902, al referirse a las altas tasas de mortalidad en España señalaba que el español era "un pueblo abandonado y sin defensa". La alta prevalencia de las enfermedades transmisibles, a todas luces evitables

La alta prevalencia de las enfermedades transmisibles, a todas luces evitables para los médicos, retrataban, una realidad sociosanitaria catastrófica

para los médicos, retrataban, a su juicio, una realidad sociosanitaria catastrófica, con una mortalidad muy alta respecto a la mayoría de los países de nuestro entorno. Las causas de esta situación desastrosa se debían, según los médicos, al atraso administrativo en materia sanitaria que, a su vez, formaba parte del atraso general del país en educación y

cultura. Hay que tener en cuenta que a comienzos del siglo XX, el sentimiento de decadencia del país, agravado por la derrota de 1898, había impulsado el heterogéneo movimiento regeneracionista que alimentaba las más variopintas ideologías políticas. Este movimiento buscaba modernizar un país que se percibía a sí mismo como atrasado y ponerlo a la altura de los países más avanzados de Europa. La sanidad, la salud pública a la fuerza debían formar parte de ese amplio proyecto regeneracionista. Desde comienzos de siglo se pondrán en marcha, no tanto una política sanitaria bien estructurada, sino también medidas legislativas de diversa índole que permitirán el nacimiento de una salud pública propiamente dicha en España.

La era de las reformas sociales. 1903-1923

En este ambiente general de pesimismo sobre la situación de atraso del país y de lamentos sobre el catastrófico estado de la sanidad surgieron a principios de siglo iniciativas gubernamentales de reforma social que se plasmaron en la promulgación de una legislación intervencionista por



Doctor Pulido

parte del Estado en el terreno laboral y sanitario. En 1900 se promulgó una nueva ley de accidentes de trabajo de corte más intervencionista que las existentes y nunca cumplidas en el siglo XIX. En 1903 se creó el Instituto de Reformas Sociales, que sería el motor de la intervención estatal en las relaciones sociales y laborales. Y en 1908 se fundó el Instituto Nacional de Previsión, que jugará un papel esencial en los debates para la implantación de los seguros sociales.

La sanidad, tras los fallidos intentos finiseculares por promulgar una nueva ley, tendrá en la Instrucción General de Sanidad, de 22 de enero de 1904, su pieza clave. Aunque no tenía el rango de Ley, a efectos prácticos funcionó como tal, estructurando la administración sanitaria en tres

La salud pública en España

campos de acción: el ejecutivo, el consultivo y el inspector. El primero estaba vinculado al Ministerio de Gobernación, mientras que el consultivo se articulaba por medio del Real Consejo de Sanidad y las Juntas de Sanidad provinciales y municipales, que tenían la obligación de crear Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación. En lo referente a la actividad inspectora, la Instrucción General de Sanidad creaba inspectores de sanidad generales, provinciales y municipales con la misión de vigilar el estado de la salud pública y sustentar técnicamente los acuerdos y decisiones de los otros órganos. Una cuestión importante fue que la Instrucción General de Sanidad estipulaba que los ayuntamientos debían hacerse cargo de la salubridad urbana. No obstante, el desarrollo y aplicación de la Instrucción General de Sanidad no se llevó a cabo con la solvencia que hubiera cabido esperar.

Las campañas sanitarias y la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas fueron también pilares básicos de la actuación política en materia sanitaria durante el comienzo del siglo XX. Las principales campañas sanitarias, de carácter caritativo y promovidas desde la iniciativa privada pero con creciente participación del Estado, se centraron en la lucha contra la tuberculosis, la mortalidad infantil y las enfermedades venéreas. En cuanto a las enfermedades infectocontagiosas, la preocupación fue importante entre los médicos y filántropos debido a las elevadas cifras de morbi-mortalidad que ostentaba España. Entre las medidas concretas que se tomaron en este campo destaca el Real Decreto de 15 de enero de 1903, que obligaba a la vacunación y revacunación antivaricelosa en casos de emergencia. Sin embargo, pese a los desarrollos legislativos y la puesta en marcha de diferentes campañas, la epidemia de gripe de 1918-1919, coincidente con el colapso político del periodo 1917-1923, provocó una importante crisis sanitaria que mostró la ineficacia del sistema sanitario erigido y obligó a las autoridades a tomar medidas. En este sentido, es necesario recordar que en 1899 se había creado el Instituto Nacional de Bacteriología, Seroterapia y Vacunación encargado de investigar y promocionar las vacunaciones. En 1911 cambiaría su denominación por la de Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII.

La sanidad, tras los fallidos intentos finiseculares por promulgar una nueva ley, tendrá en la Instrucción General de Sanidad, de 22 de enero de 1904, su pieza clave

Por último, durante este periodo se introdujo el tema de los seguros obligatorios y su viabilidad. El papel del Instituto Nacional de Previsión desde 1908, la Conferencia de Seguros Sociales de Madrid, en 1917, y la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, celebrada en Barcelona en 1922, allanaron el terreno para su futura implantación. En 1919 se aprobó el seguro obligatorio de retiro obrero.

La dictadura de Primo de Rivera. 1923-1931

La epidemia de gripe de 1918-1919 sirvió como revulsivo para sensibilizar de las penosas condiciones sanitarias del país y de la falta de organización y de infraestructura sanitaria. En ese contexto, marcado además por una profunda crisis económica y política, un argumento esgrimido hasta la saciedad en los círculos médicos fue el de la necesidad de una dictadura sanitaria. Dicha dictadura llegó, pero en forma de dictadura política tras el golpe de Estado del General Primo de Rivera en 1923.

Con la dictadura se inició un importante aumento de la actividad sanitaria, que tuvo su continuación, desde otros parámetros ideológicos, durante la II República. La dictadura desplegó una intensa labor normativa de la sanidad que se plasmó en

el Reglamento Municipal de Sanidad, el Reglamento de Sanidad Provincial y en la creación de instituciones sanitarias como la Escuela Nacional de Sanidad,

la Escuela Nacional de Puericultura y la Comisión Central de Lucha contra el Tracoma.

El Reglamento de Sanidad Municipal de 1925 intentaba poner orden en las competencias municipales en materia sanitaria, estatalizando en cierto modo dichas competencias. De esta manera, el Estado regulaba materias que normalmente eran propias de los reglamentos y ordenanzas municipales. Por su parte, el Reglamento de Sanidad Provincial fusionó todos los organismos sanitarios de ámbito provincial en un único Instituto Provincial de Higiene. Pese a que el Reglamento dotaba de competencias a los Institutos, su entrada en vigor estuvo llena de trabas burocráticas y no se desarrolló plenamente.

La creación de la Escuela Nacional de Sanidad en 1924 constituyó un importante paso en el desarrollo de la Salud Pública, al contemplar la formación del Cuerpo de funcionarios dependientes de la Dirección General de Sanidad (de nuevo establecida en 1922), así como la preparación del personal auxiliar de estos últimos (practicantes, enfermeras, desinfectadores). También tenía entre sus objetivos la impartición de cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para otras profesiones sanitarias o afines. Su consolidación llegó a comienzos de la década de 1930, con Gustavo Pittaluga como director, mostrando un buen funcionamiento. En 1934 con motivo de la creación del Instituto Nacional de Sanidad, la Escuela se integró en su Sección de Estudios Sanitarios.

Un hecho importante durante la Dictadura fue el desarrollo del acuerdo firmado en 1922 entre el gobierno español y la Fundación Rockefeller que contemplaba el envío a España de personal técnico y la dotación de becas en Salud Pública para titulados superiores españoles. Aunque sus resultados fueron desiguales, la colaboración tuvo algunos logros, como el apoyo al laboratorio de virología en el Instituto Nacional de Higiene para producir la vacuna antivariólica o las ayudas a la lucha antipalúdica. Precisamente la campaña antipalúdica fue uno de los hitos sanitarios de la Dictadura de Primo, que continuaría durante la República. La lucha contra el paludismo

fue una de las primeras muestras de interés estatal por las condiciones de vida de los campesinos. También durante la Dictadura continuó el debate sobre la implantación de los Seguros Obligatorios. Sin embargo, se hizo muy poco en este terreno y sólo en 1929 se aprobó el Anteproyecto de Ley del Seguro Obligatorio de Maternidad.

La II República. 1931-1936

Aunque desde principio de siglo existió una línea de continuidad en materia de Salud Pública, vehiculada por los médicos como técnicos, la República supuso un impulso importante en las políticas de salud. El gasto público destinado a Sanidad aumentó notablemente en los primeros años de la República. De los 10.290.982 millones de pesetas contemplados en los presupuestos del Estado para sanidad a principios de siglo, se llegó a los 31.432.690 de 1933.

Dicha inversión tuvo su correlato en un intento de reforma sanitaria que conllevó el establecimiento de una infraestructura sanitaria moderna y eficiente, basada en una voluntad preventivista. Así, se crearon los centros secundarios de Higiene Rural y los servicios provinciales de Higiene Infantil, ambos subordinados a los Institutos Provinciales de Higiene. El modelo republicano de salud pública se basaba en la defensa de

un sistema integrado por centros de Higiene a tres niveles: primario, secundario y terciario. Un hecho fundamental en la política sanitaria republicana fue la extensión a la mayoría de la población campesina de los principios científicos de la sanidad.

La epidemia de gripe de 1918 sirvió como revulsivo para sensibilizar de las penosas condiciones sanitarias del país

La salud pública en España

La figura central de la sanidad republicana fue Marcelino Pascua, Director General de Sanidad entre abril de 1931 y abril de 1933. Formado

La lucha contra el paludismo fue una de las primeras muestras de interés estatal por las condiciones de vida de los campesinos

en Estados Unidos con una beca de la Fundación Rockefeller, en buena medida adoptó el modelo de organización sanitaria que ésta propugnaba. Puso en marcha una profunda reforma en el medio rural, dando prioridad a la introducción de la higiene pública y la medicina preventiva. Asimismo, entendía que

la medicina curativa debía ir de la mano de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), mientras que el Estado debía hacerse cargo de la prevención.

Durante el bienio conservador, las reformas se ralentizaron. En 1934 el gobierno sacó adelante la Ley de Coordinación Sanitaria que creaba las Mancomunidades de Municipios como órgano administrativo para afrontar los problemas sanitarios. Pese a la importancia de la medida, la ley supuso un frenazo en la implantación de los centros secundarios de higiene, pues contemplaba que ésta debía adecuarse a las posibilidades económicas de cada Mancomunidad provincial.

La República dio un impulso importante a las políticas de previsión social, al formar parte éstas del ideario de las fuerzas republicanas y de las organizaciones obreras de corte socialista. En 1931 se implantó el Seguro Obligatorio de Maternidad y en 1932 se reformó el Seguro de Accidentes de Trabajo, no sin grandes discusiones entre las diferentes fuerzas políticas y agentes sociales.

La dictadura franquista. 1939-1975

La Guerra Civil y la subsiguiente instauración de la dictadura franquista supusieron un corte radical en prácticamente todos los órdenes de la vida del país. En el campo de la salud pública también se sintió esa fisura, si bien subyació una cierta continuidad en algunos aspectos, aunque en un contexto político, económico y social totalmente diferente.



Doctor Cortezo

La situación epidemiológica del país empeoró en la inmediata posguerra, viviéndose una severa crisis sanitaria que conllevó un importante aumento de la mortalidad infecciosa. En este sentido, la mortalidad infantil alcanzó niveles similares a los de comienzos de la década de 1920.

Las luchas internas de poder entre las diferentes facciones que conformaban el franquismo fueron determinantes en el retraso a la hora de reorganizar la sanidad del país. Esta pugna fue particularmente virulenta entre los falangistas y el grupo católico-militar que conllevó un reparto interno de áreas de poder. Estos últimos dominaron el Ministerio de Gobernación y la Dirección General de Sanidad dependiente de aquél, haciéndose cargo de los aspectos preventivistas. Por su parte, los fa-

langistas controlaron el Ministerio de Trabajo y el Instituto Nacional de Previsión y por ende, los aspectos asistenciales. Las tensiones entre ambas corrientes no desaparecieron con ese marcado reparto del poder y llegaron como mínimo hasta comienzos de la década de 1960, saldándose con el triunfo de los Seguros Sociales sobre los aspectos salubristas.

La reorganización sanitaria del país comenzó con el nombramiento de un nuevo Consejo de Sanidad en 1943 y sobretodo con la promulgación en 1944 de la ley de Bases de Sanidad. La ley tenía como objetivos primordiales coordinar las distintas actuaciones sanitarias y desarrollar una labor de protección sanitaria con acciones preventivas e interventoras ante el peligro de las enfermedades infecciosas. Asimismo, mantenía el modelo de atención médico-social al campesinado por medio de una organización en tres niveles muy jerarquizados. La Escuela Nacional de Sanidad continuó su labor y absorbió al Instituto Nacional de Sanidad, si bien su labor se resintió durante la década de 1940. La Dirección General de Sanidad también sufrió algunas modificaciones. Sin embargo, la ley se desarrolló con lentitud debido a las mencionadas luchas de poder entre las diferentes facciones que conformaban el franquismo.

Por su parte, la Falange desde el Ministerio de Trabajo sacó adelante la ley de creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad. El régimen tenía especial interés en la promulgación de la ley del SOE como medio de legitimarse ante los trabajadores, cuyas organizaciones estaban siendo reprimidas sin piedad. Otras iniciativas, que continuaban la tendencia de las décadas anteriores, fueron la creación de un nuevo seguro de vejez e invalidez en 1947, y de desempleo en 1961.

El resultado de esta lucha fue el debilitamiento de la estructura dependiente de la Dirección General de Sanidad en la década de 1960. La promulgación en 1962 de la Ley de Coordinación Hospitalaria y la ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, dirigida a racionalizar las finanzas y la administración de las entidades y prestaciones existentes, junto con la

reforma de la Función Pública ese mismo año, fueron determinantes en la definitiva pérdida de poder de los sanitarios.

La democracia

Tras la desaparición del régimen franquista y el retorno de un sistema democrático se produjeron profundos cambios en la organización sanitaria del país, que se plasmaron en la Ley General de Sanidad de 1986. En la década de los setenta, durante el tardofranquismo, hubo intentos de reformar la sanidad. Sin embargo, fue con la llegada de la democracia cuando las reformas tomaron impulso. En 1978, el gobierno de UCD creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social con una Dirección General de Salud Pública. Por otra parte se desmontó el Instituto Nacional de Previsión, incorporándose a la Seguridad Social. Posteriormente desde 1981, la Seguridad Social se integraría en el Ministerio de Trabajo.

La ley de 1986 fue el resultado de un difícil consenso entre las fuerzas políticas y colectivos profesionales. Se estructuró en torno a la reorganización del sector primario, la participación comunitaria e intervención en la salud mediante políticas intersectoriales. Los principales logros de la ley han sido conseguir la cobertura universal, la unificación administrativa de la red asistencial y el impulso a la atención primaria. Un elemento esencial para el desarrollo de esta última fue la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978. Otro aspecto primordial de la ley es su promulgación en un contexto de reorganización territorial del Estado

La situación epidemiológica del país empeoró en la posguerra, viviéndose una severa crisis sanitaria que conllevó un aumento de la mortalidad infecciosa

La salud pública en España

en autonomías. Buena parte de las competencias estatales en materia sanitaria han sido transferidas a la Comunidades Autónomas, generando la creación de diferentes órganos de coordinación sanitaria.

También con la restauración de un régimen democrático se han acometido reformas en la profesionalización de los médicos como la implantación del sistema MIR (1978) para las especializaciones y la apertura de escuelas de Salud Pública en las diferentes autonomías. Los salubristas han conocido también con la democracia un importante desarrollo profesional y asociativo que se ha plasmado en la aparición de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Aunque el periodo democrático se puede considerar globalmente como de avances y logros en la implantación de la salud pública en España, existen algunas sombras o motivos de preocupación. Uno de ellos es el

debate en torno a la privatización de determinados servicios, plasmados en programas contratos y externalización de servicios, favorecidos desde los resultados de la Comisión Abril y por las políticas de los sucesivos gobiernos centrales y autonómicos en aras de una supuesta racionalización económica del Sistema Nacional de Salud.

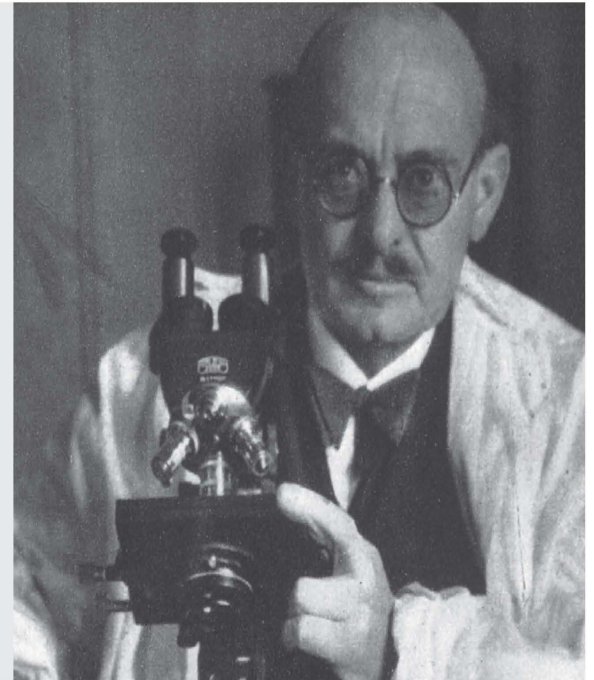
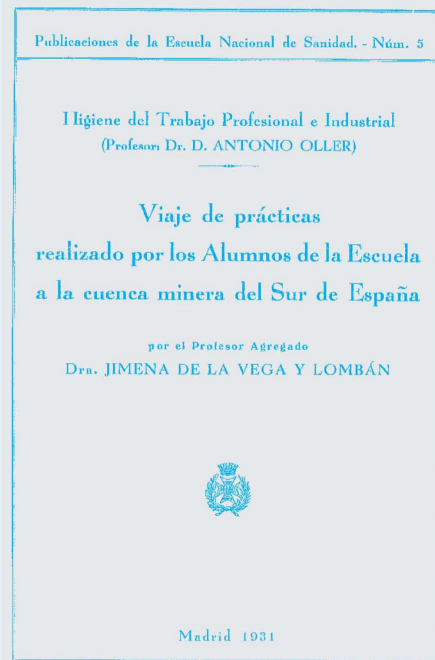
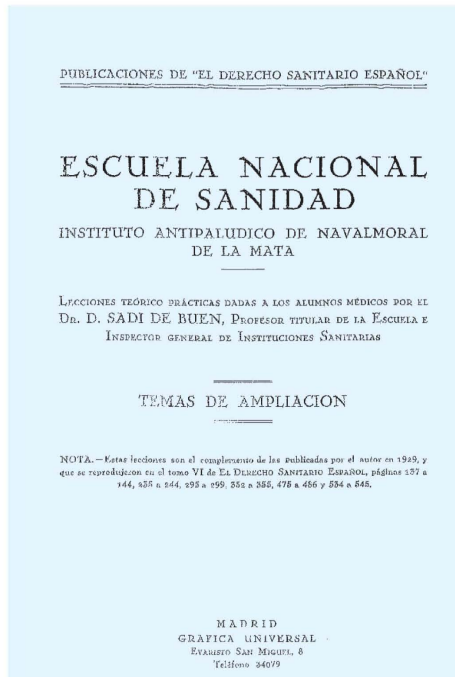
El otro problema importante se refiere a las posibles desigualdades que podría generar el Estado de las autonomías en materia de salud. La atomización de competencias, y la convivencia de diferentes modelos organizativos podrían ser un obstáculo a la hora de garantizar tanto el acceso de la población a los servicios sanitarios, como en mejorar su estado de salud.

Bibliografía

- BERNABEU-MESTRE J. "El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934". *Rev San Hig Pub*, 1994; 68 (monograf.): 65-80.
- BERNABEU-MESTRE, J. "La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933". *Rev Esp Salud Pública*, 2000; 74: 1-13.
- HUERTAS R. *Organización sanitaria y crisis social en España: la discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*. Madrid: FIM, 1995.
- JIMÉNEZ LUCENA I. "El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la Segunda República española". *Asclepio*, 1997; 49 (1): 193-216.
- MARSET CAMPOS P, SÁEZ GÓMEZ JM, MARTÍNEZ NAVARRO F. "La Salud Pública durante el franquismo". *Dynamis*, 1995; 15: 211-250.
- RODRÍGUEZ OCAÑA E, MOLERO MESA J. "La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo veinte en la construcción de la cultura de la salud". En: Montiel L, coord. *La Salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Editorial Complutense, 1993.
- RODRÍGUEZ OCAÑA E. *Salud Pública en España: Ciencia profesión, política, siglos XVIII-XX*. Serie Collectánea Granada: Editorial Universidad de Granada, 2005.
- RODRÍGUEZ OCAÑA E, MARTÍNEZ NAVARRO F. *Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud, 2008.

DEL PASADO **al presente**

La Escuela Nacional de Sanidad



Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad. D. Gustavo Pittaluga. Director de la Escuela Nacional de Sanidad

Josep Bernabeu-Mestre

Catedrático de Historia de la Ciencia.
Universidad de Alicante



Desde su creación en 1924, la Escuela Nacional de Sanidad ha sufrido una evolución permanente, con altibajos, hasta conformar lo que actualmente representa. Constituida gracias a la colaboración entre España y la Fundación Rockefeller, una de las instituciones que más contribuyó al desarrollo de la salud pública durante el período de entreguerras, la Escuela Nacional de Sanidad vivió sus mejores momentos en la década de 1930, con la incorporación de profesionales de reconocido prestigio en el campo de la salud pública y áreas afines.

En la creación de la Escuela Nacional de Sanidad (diciembre de 1924) coincidieron diversos factores. Por un lado, el carácter estratégico que tenía un centro de aquellas características para el programa de renovación y reformas sa-

nitarias que demandaba la España de las primeras décadas del siglo XX, las dificultades que existían para poder alcanzar una adecuada especialización en salud pública, y las carencias que mostraba la enseñanza de dicha materia en el ámbito universi-

La Escuela Nacional de Sanidad

tario español. Por otro, la influencia que tuvo el contexto internacional, y más concretamente, el convenio de colaboración que se firmó en 1922 entre el Reino de España y la Fundación Rockefeller, una de las instituciones que más contribuyó al desarrollo de la salud pública durante el período de entreguerras. La Fundación norteamericana fue el principal avalista de las iniciativas que tomó el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones para fomentar su enseñanza a través de la creación de escuelas de salud pública.

La filosofía y los presupuestos en los que las autoridades sanitarias del momento basaron su proyecto de Escuela, intentaban procurar fórmulas válidas de especialización en materia sanitaria, al mismo tiempo que se intentaba aprovechar los recursos existentes. Por ello se consideró fundamental contar con la participación de dos instituciones que resultaban esenciales, y en cierto modo "la médula de la especialización": el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y el Hospital del Rey para infecciosos. A través de las aportaciones de sus medios materiales y humanos se garantizaba la docencia y el aprendizaje de los contenidos clásicos del currículum de un sanitario. Por un lado, una institución provista de laboratorios apropiados para enseñar la microbiología, serología, desinfección y las materias de física y química aplicadas a la higiene. Por otro, un hospital donde estudiar a fondo los procesos infecciosos y la aplicación de las medidas y procedimientos de índole médico social. El currículum tenía que completarse con una serie de disciplinas, que junto a las anteriores, integraban la llamada "higiene moderna". Se trataba de materias fundamentales para la salud pública (higiene industrial y del trabajo, social, escolar, de la alimentación y la nutrición, etc.), pero que mostraban un atraso evidente en el caso de España, siendo necesaria la formación previa de los profesionales que se tenían que hacer cargo de su docencia. Además, junto a la atención obligada que debía prestarse a la profilaxis de las enfermedades infecciosas, principales protagonistas del panorama epidemiológico en aquellos años, ya se destacaba la importancia de incorporar a los programas el abordaje de la prevención de las enfermedades comunes.

La Fundación Rockefeller se constituyó en el principal avalista de las iniciativas del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones



D. Francisco Murillo Palacios. Exdirector general de Sanidad

Los inicios

Con aquellos bagajes y limitaciones empezó a funcionar la Escuela Nacional de Sanidad en el curso 1925-1926. Los primeros cinco años de funcionamiento estuvieron marcados por una provisionalidad y una ausencia de recursos. Sólo se vieron compensados por los esfuerzos y la calidad de algunos de los docentes que, de forma gratuita, impartían unos cursos formativos centrados en el ámbito de la patología infecciosa y que no incorporaban muchas de las materias que se consideraban básicas para la especialidad de salud pública.

El módulo de enfermedades infecciosas y epidemiología fue impartido por Román García Durán,

inspector general de Sanidad Exterior, y por Manuel Tapia, director del Hospital del Rey, quien había sido becado por la Fundación Rockefeller para ampliar sus estudios en salud pública en Estados Unidos; en la docencia de la bacteriología e inmunología, participaba, además de Manuel Tapia, Francisco Tello, director del Instituto Nacional de Higiene; la parasitología era explicada por Gustavo Pittaluga, catedrático de la disciplina en la Universidad Central de Madrid, y por su profesor adjunto, Sadi de Buen; la química y la física aplicadas a la higiene eran responsabilidad de Obdulio Fernández, subdirector del Instituto Nacional de Higiene; la higiene urbana y rural por José Alberto Palanca y Francisco Becares, inspectores provinciales de Sanidad en Madrid y Valladolid; la ingeniería y arquitectura sanitarias, correspondían a Eduardo Gallego, ingeniero y miembro del Consejo Nacional de Sanidad, y al arquitecto Bernardo Giner de los Ríos; desinfección y prácticas sanitarias corrían a cargo de Víctor Cortezo, jefe del Parque Central de

Los primeros cinco años de funcionamiento estuvieron marcados por una provisionalidad y una ausencia de recursos

Sanidad, y de Leopoldo Acosta, director de Sanidad del puerto de Barcelona; y por último, Federico Mestre Peón y Francisco Becares, se encargaban de explicar las materias relacionadas con legislación y administración sanitaria,

correspondiendo la enseñanza de la estadística y la demografía a Antonio Ortiz de Landazuri, quien había sido becado por la Fundación Rockefeller, al igual que Tapia, para ampliar estudios en Estados Unidos durante el curso 1923-1924.

La consolidación del proyecto de Escuela Nacional de Sanidad llegaría con la promulgación de Real

Decreto de 12 de abril de 1930 por el que se aprobaba su reglamento. Esta reforma surgió durante el primer mandato de José Alberto Palanca al frente de la Dirección General de Sanidad (1929-1931), circunstancia que merece ser destacada por su condición de becario de la Fundación Rockefeller, ya que ayuda a explicar la similitud de parámetros que mostraba el nuevo proyecto con los que regían el funcionamiento de las más reputadas escuelas de salud pública. Se otorgaba a la Escuela la condición de organismo autónomo, de forma que la dirección técnica, la organización interior del centro, el establecimiento de programas, la distribución de materias, los períodos de prácticas, las relaciones con otras instituciones (sanitarias o universita-



La Escuela Nacional de Sanidad

rias), la selección de los alumnos o la administración del presupuesto, entre otras cuestiones, pasaban a depender por completo del centro.

Junto a todos estos importantes cambios, hay que mencionar otro no menos destacado, como lo fue la incorporación de Gustavo Pittaluga a la Dirección de la Escuela. Se trataba de una de las figuras de la sanidad española de mayor prestigio y proyección internacional. Había desarrollado una importante actividad en el seno del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y era miembro de la Comisión Internacional para la Enseñanza de la Higiene y la Medicina Preventiva, por lo que conocía muy bien las

tendencias que dominaban el panorama internacional en materia de enseñanza de la salud pública.

Gracias a la reforma de 1930 se pudo proceder a la dotación de plazas de profesores titulares y agregados. Muchos de los docentes que se incorporaron al claustro de la Escuela contaban con experiencia internacional, y a través de las becas concedidas por la Junta de Ampliación de Estudios y la Fundación Rockefeller, habían podido comple-

TABLA 1: EVOLUCIÓN DE LAS MATERIAS IMPARTIDAS EN LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD

Materias impartidas en el primer curso de la Escuela Nacional de Sanidad (1925-1926)	Curriculum del Título de Oficial Sanitario (Curso 1931-1932)	Materias impartidas en el curso de Diplomado de Sanidad (1948)
1.- Enfermedades infecciosas y epidemiología 2.- Bacteriología e inmunología 3.- Parasitología 4.- Química y física aplicada 5.- Higiene urbana y rural 6.- Ingeniería y arquitectura sanitarias 7.- Desinfección y prácticas sanitarias 8.- Administración y legislación sanitaria y estadística	1.- Bacteriología, inmunología y serología 2.- Higiene de la alimentación y de la nutrición y técnica bromatológica 3.- Estadística sanitaria y demografía 4.- Epidemiología general y técnica epidemiológica 5.- Enfermedades infecciosas y su clínica 6.- Parasitología y enfermedades de los países cálidos 7.- Higiene general privada y pública 8.- Medicina social e higiene escolar 9.- Higiene del trabajo industrial y profesional 10.- Enseñanza de la ingeniería sanitaria e higiene urbana 11.- Administración sanitaria y sanidad internacional 12.- Museo, iconografía, propaganda y extensión de cultura sanitaria	1.- Microbiología, serología y parasitología sanitarias 2.- Higiene de la alimentación 3.- Estadística sanitaria y demografía 4.- Epidemiología 5.- Higiene general 6.- Administración sanitaria y legislación sanitaria 7.- Programa de técnicas físicas y químicas de aplicación higiénico-sanitaria

tar su formación de postgrado en centros extranjeros de reconocido prestigio en el campo de la salud pública y áreas afines. Junto a Marcelino Pascua, responsable de la materia de estadística sanitaria y demografía, director General de Sanidad entre 1931 y 1933, y referente destacado para la bioestadística y la epidemiología españolas contemporáneas, se incorporaron, entre otros, Antonio Oller, para hacerse cargo de la higiene del trabajo; Enrique Carrasco Cadenas, para ocupar la cátedra y dirigir el laboratorio de higiene de la alimentación y de la nutrición, y Francisco Ruiz Morote, doctor por la Escuela de Salud Pública de la *John Hopkins University*, para colaborar en la docencia de la epidemiología.

Con el objeto de poder garantizar “una sólida cultura higiénica” a los médicos y profesionales sanitarios que se integraban como alumnos, además de ampliar la oferta docente en relación con la etapa provisional (Tabla 1), o sumar a las actividades de carácter teórico las enseñanzas prácticas y

los trabajos de campo, se intentó buscar la colaboración de la universidad y de otras instituciones científicas nacionales e internacionales, que reunían la condición de complementarias para muchas de las actividades que desarrolla-

La Investigación científica se había convertido en uno de los pilares fundamentales de las reformas sanitarias emprendidas por la Segunda República

ba la Escuela y que figuraban en su organigrama de “servicios y enseñanzas y relaciones con otros centros” de 1933 (Tabla 2).

Reformas sanitarias

En julio de 1934, la Escuela Nacional de Sanidad pasó a integrarse en la Sección de Estudios Sanitarios del Instituto Nacional de Sanidad. La investigación científica, junto con la mejora de la formación de los profesionales sanitarios, se había convertido en uno de los pilares fundamentales de las reformas sanitarias emprendidas por la Segunda República, y en cierto modo comportaba una continuidad con muchas de las iniciativas que se habían puesto en marcha en los años centrales de la década de 1920 para mejorar diversos aspectos relacionados con la salud pública

TABLA 2: CENTROS RELACIONADOS CON LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (1933)

- Escuela de Ingenieros y Arquitectos
- Sección de Pedagogía de la Facultad de Filosofía y Letras
- Escuela Nacional de Puericultura
- Instituto Nacional de Previsión
- Instituto Nacional del Cáncer
- Institutos de Psicotecnia y Reeducción Profesional
- Inspección General de Trabajo
- Inspección Médico Escolar
- Comité Nacional de Cine Educativo
- Misiones Pedagógicas
- Dispensarios antituberculosos y antivenéreos
- Inspecciones provinciales de Sanidad
- Inspecciones provinciales de puertos y fronteras
- Oficina Internacional de Higiene Pública
- Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones
- Escuela Nacional de Enfermeras Sanitarias Visitadoras

y otras ciencias biomédicas, en particular las generadas a raíz de los acuerdos con la Fundación Rockefeller.

Al igual que ocurría con la Escuela Nacional de Sanidad en materia de enseñanza, se buscaba disponer de una institución con suficiente autoridad para indicar a los organismos sanitarios “los temas

La Escuela Nacional de Sanidad

que el conocimiento de las incidencias sanitarias o los planes de organización indicaban estudiar". Por esta razón, junto a la Escuela, se incorporaron al Instituto Nacional de Sanidad muchos de los llamados organismos sanitarios centrales: Instituto Nacional de Higiene, el Instituto Técnico de Farmacobiología, Restricción de Tóxicos y Estupefacientes, las Secciones de Propaganda Sanitaria, Estadística Sanitaria e Higiene de la Alimentación o la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, que se había creado en octubre de 1931. Como señalaba el profesor Pittaluga, director de la Escuela y del Instituto Nacional de Sanidad, en una ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Sanidad que tuvo lugar en Madrid en abril de 1934, aquella Comisión Permanente había resultado insuficiente para desarrollar las políticas científicas y educativas que exigía la situación sanitaria española.

Represión y exilio

Hay que señalar que el Instituto Nacional de Sanidad no llegó nunca a alcanzar su pleno desarrollo. Las instituciones que lo integraban, incluida la Escuela Nacional de Sanidad, continuaron desarrollando sus actividades, en sus propios locales, con el personal adscrito y rigiéndose por sus reglamentos respectivos. Se requería un estudio detenido de acoplamiento de funciones, organización, adaptación de presupuestos, etc., que no se llegó a materializar. En primer lugar por los cambios legislativos y administrativos que afectaron a la sanidad española entre 1934 y 1936, y también por

Durante el franquismo, la ENS se vio sometida a una permanente falta de recursos y fue incapaz de adaptarse a los avances de la salud pública

las consecuencias que tuvo el estallido de la guerra civil tras el golpe militar de julio de 1936. Las consecuencias de la contienda bélica también afectaron a la Escuela Nacional de Sanidad. Una parte importante de su profesorado padeció la represión franquista y el exilio. Tuvieron que transcurrir varios años antes de alcanzar una cierta normalidad. Entre 1943 y 1945 se llegaron a impartir cursos monográficos sobre bacteriología y parasitología, pero no fue hasta 1948 cuando se reanudó una actividad docente regular al impartirse un curso para diplomados en sanidad. Sus contenidos docentes estaban muy lejos

de los que conformaban el título de oficial sanitario de los años treinta (Tabla 1) y trasladaban el importante descalabro que sufrió la Escuela, con la pérdida de muchos de sus departamentos y servicios.

Durante el franquismo, la Escuela Nacional de Sanidad se vio sometida a una permanente falta de recursos y fue incapaz de adaptarse a los avances de la salud pública. Padeció las consecuencias de unas políticas sanitarias que marginaban la medicina preventiva, apostando por un modelo de asistencia médica donde se priorizaba la atención a la



D. Manuel Tapia Martínez. Director del Hospital Nacional de Enfermedades infecciosas

Durante el franquismo, la Escuela Nacional de Sanidad se vio sometida a una permanente falta de recursos y fue incapaz de adaptarse a los avances de la salud pública. Padeció las consecuencias de unas políticas sanitarias que marginaban la medicina preventiva, apostando por un modelo de asistencia médica donde se priorizaba la atención a la

enfermedad. La Escuela no llegó a desarrollar las funciones de coordinación que le reservaba la Ley de Sanidad de 1944 y el reglamento que se publicó en 1946. A pesar del carácter universitario que le otorgó la Ley de Ordenación Universitaria de 1943, vio limitadas sus actividades en las enseñanzas sanitarias y en las de investigación científica y epidemiológica que tenía que desarrollar en coordinación con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Sólo con la restauración de la democracia y los cambios que vivió la sanidad española a partir de 1975, y en particular con su incorporación en 1986 al Instituto de Salud Carlos III, la Escuela Nacional de Sanidad pudo recuperar un nivel similar al que había llegado a alcanzar en la década de 1930.



D. Jorge Francisco Tello. Director del Instituto Nacional de Higiene

Bibliografía

- BARONA JL, BERNABEU-MESTRE J. "La Escuela Nacional de Sanidad de Madrid". En: *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, p. 185-194. Valencia: PUV, 2008.
- BERNABEU-MESTRE J. "El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934". *Rev San Hig Pub*; 68:65-89, 1994.
- BERNABEU-MESTRE J. "La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933". *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74 (Monográfico): 1-13.
- BERNABEU-MESTRE J. "La salut pública que no va poder ser". *José Estellés Salarich (1896-1990): una aportació valenciana a la sanitat espanyola contemporània*. València: Consell Valencià de Cultura (Serie Minor, 62), 2007.
- BERNABEU-MESTRE J., ESPLUGUES J., GALIANA ME. "Antecedentes históricos de la nutrición comunitaria en España: los trabajos de la Escuela Nacional de Sanidad, 1930-36". *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 451-459.
- NAVARRO GARCÍA R. *Historia de las Instituciones Sanitarias Nacionales*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.
- RODRÍGUEZ OCAÑA E., MARTÍNEZ NAVARRO F. *Salud pública en España: de la Edad Media al siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (Nueva Salud Pública 1), 2008.
- RUIZ-FALCO LÓPEZ F. "Escuela Nacional de Sanidad. Problemática pasada, actual y futura". *Rev San Hig Pub* 1983; 57: 359-372.

Enrique Perdigueró Gil, Josep M. Vidal Hernández (Coord.)

LAS VACUNAS: HISTORIA Y ACTUALIDAD

Institut Menorquí d'Estudis, Menorca,
2008, 156 págs.
ISBN 978-84-96718-64-8

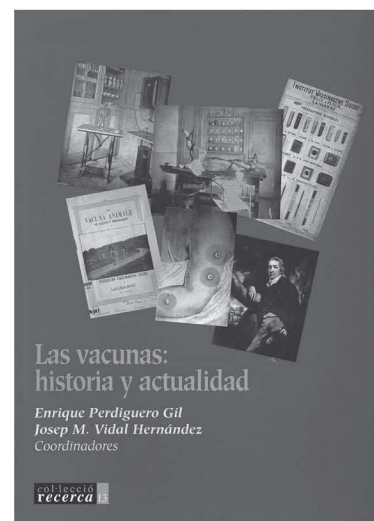
Por José Luis Peset

*Instituto de Historia. Centro de Ciencias
Humanas y Sociales (CSIC)*

La historia de la medicina académica en España se ha volcado en los últimos lustros sobre la historia de la salud pública. No es extraño, es una disciplina en auge en todas las naciones culturalmente vecinas. Además, la salud pública es el gran pilar que la ciencia médica ha añadido en los últimos tiempos para la mejora de la salud y, sobre todo, la prevención de la enfermedad. Tiene poco que ver con la antigua higiene hipocrática, que quería regular de forma saludable la vida individual. La salud pública busca la mejora en el seno de la sociedad y recurre al apoyo de los gobiernos e instituciones internacionales. Poco parecía que se podía hacer en otros tiempos en que las nociones de transmisión de la enfermedad eran muy vagas. Se pensaba de forma esencial en el mundo clásico que la enfermedad era una alteración de los humores que componen el cuerpo humano. El médico velaba para que la naturaleza remediase sus males.

Eso sí, se veía que ciertos comportamientos resultaban peligrosos para la salud y, más interesante, que ciertas enfermedades se presentaban de

Evitar la enfermedad con productos que pueden ser su causa, es decir sus semejantes, es una brutal revolución médica



forma colectiva y con rápida propagación. Las epidemias contradecían de forma radical las ideas que sobre las enfermedades humorales se tenían. La lucha contra ellas abrirá camino a importantes novedades en la terapéutica, como pueden ser el aislamiento, o bien la purificación por el fuego o los productos químicos. Pero de repente la observación de antiguas prácticas de inoculación en la India lleva a los ingleses a introducir este remedio en la prevención de la viruela. Y más tarde, Edward Jen-

ner observa que las vaqueras de su región tampoco padecen la enfermedad. La vacunación con el líquido de las pústulas de estos animales -o de humanos infectados- sirve para la prevención. Evitar la enfermedad con productos que pueden ser su causa, es decir sus semejantes, es una brutal revolución médica. Las ideas hipocráticas, generalmente apoyadas en la curación por los contrarios, se conmovieron. Incluso la opinión pública, que ve con terror cómo se les inyecta con peligrosos productos. No es extraña la resistencia que las vacunaciones encuentran, pero el apoyo del poder, incluso de las casas reales, permite su difusión, que también se hizo de forma masiva en el ejército.

En un momento como el actual, en que a pesar de las mejoras sanitarias, la población sigue con preocupación el anuncio de nuevas epidemias y con esperanza el de nuevas vacunas, merece la pena la aparición de este libro. Su origen está en una reunión celebrada en Mahón en septiembre de 2006. Enlaza con una larga tradición de coloquios en la Escuela de Verano de Salud Pública. "El primer impulso a esta iniciativa fue dado por los profesores Francesc Bujosa y Josep Bernabeu Mestre, con el inago-

table estímulo del coordinador científico del Institut Menorquí d'Estudis, Josep Miquel Vidal Hernández, verdadera alma de estos encuentros y el apoyo del profesor Ildefonso Hernández Aguado, durante muchos años director de la Escuela de Verano de Salud Pública". La colaboración de la Sociedad Española de Historia de la Medicina ha sido esencial para la planificación de los últimos encuentros.

En el que ahora se publica, a J. M. Vidal se une Enrique Perdiguero, profesor de la Universidad Miguel Hernández. Renovador muy inteligente de nuestra disciplina, comenzó éste con estudios sobre la

La expedición de Balmis y Salvany es buen ejemplo del papel de la corona en el apoyo de las novedades médicas

difusión y popularización del saber, que supo aunar con estudios de carácter antropológico.

Se ha centrado, en fin, como es frecuente en la escuela alicantina, en los estudios de salud pública, sabiendo conjugar una preocupación intensa por la historia de la medicina con otra igual por los problemas sanitarios del momento. No es extraño que en éste, como en otros encuentros, se enfrenten los problemas del pasado con los del presente y del futuro. La reunión de historiadores y médicos in-

teresados en el sector de la patología y la salud pública proporciona un gran interés a estas publicaciones.

En el primer capítulo, Guillermo Olagüe nos presenta los primeros pasos de la vacunación en España, desde 1800 en Cataluña, en general aceptada por los médicos, pero con recelos en la población. Intentos por mostrar su eficacia y por establecer un entramado adecuado fueron constantes. La expedición de Balmis y Salvany es buen ejemplo del papel de la corona en el apoyo de las novedades médicas. Josep M. Vidal estudia la primera introducción en Menorca en 1800 por médicos ingleses, el escaso éxito hace que profesionales se opongan, comienzan disputas con argumentos ambientalistas, inmersas en peleas políticas entre absolutistas y liberales. En general, la población fue partidaria del nuevo método de prevención. Eva Canaleta, Isabel Moll, Joana M. Pujades y Pere Salas trazan un amplio recorrido por la historia de Mallorca con fuentes muy ricas. Presentan el papel de médicos y cirujanos, de las principales instituciones como la Academia Médico-Práctica y más tarde la Academia de Medicina y Cirugía.

Ricardo Campos subraya aspectos económicos en Madrid, insistiendo en la falta

de empuje estatal, en el papel de las entidades locales y provinciales, así como en los institutos privados. Y las peleas con el Instituto Médico Valenciano y con el Instituto Nacional de Vacunación, que también se enfrentaron. Además, la disputa sobre la vacunación animal y los intentos de lograr la especialidad de "vacunología". María Isabel Porras nos presenta el papel de la prevención en la gripe de 1918-1919, caso de gran interés por su gran peligrosidad. No conociendo la causa, se buscan vacunas contra las complicaciones bronco-pulmonares. El terror de la población quiere ser vencido con el prestigio de la clase médica. La mejora profesional, el esfuerzo científico, las ganancias económicas, desembocan en mejoras del marco legal e institucional.

Rosa Ballester nos presenta el origen y expansión de la poliomielitis, las teorías y discusiones, el fervor por la vacuna y los intereses políticos y económicos. Es interesante la presentación que en su día se hizo como defensa del franquismo y de España, como aquejada por una enfermedad de países ricos. Es notable la presencia en foros -en 1958 el Simpo-

sio Europeo de Poliomielitis en Madrid-, la primera campaña con vacuna oral de Sabin en 1963, renovada en los setenta.

Señalemos que la revista *Asclepio* (56-1, 2009, 7-192) ha publicado un dossier sobre esta enfermedad, coordinado por José Martínez-Pérez.

Ruth Gil Prieto nos presenta la evolución de los criterios que debe cumplir una vacuna. Los calendarios vacunales tienen en

cuenta la enfermedad, la seguridad y eficacia de la vacuna, la relación coste/efectividad. También criterios económicos, sociales y científicos, y aspectos políticos al intervenir las Comunidades Autónomas. Será importante tenerlo en cuenta ante la amenaza de la nueva gripe. Al complejo mecanismo de creación de opinión por las autoridades, las instituciones, la prensa y los científicos, se une la contrapartida de exigencias de una población asustada y amenazada. Sin duda, el papel de la opinión pública en las sociedades democráticas es fundamental, con un difícil balance entre poder y economía, sanitarios y público. Veremos qué tiene que decir el virus gripal en este equilibrio en el futuro.

Los calendarios vacunales tienen en cuenta la enfermedad, la seguridad y eficacia de la vacuna, la relación coste/efectividad

CLAVES

**La Fundación abre más
puertas a las CCAA:**

CANARIAS

- **Curso "Cómo comunicar
malas noticias"** Lanzarote,
22 y 23 de febrero

CATALUÑA

- **Acto Inaugural de
la Fundación**
Barcelona, 2 de marzo
- **Presentación de la 4ª guía
de Ética** Barcelona, 29 de abril

PAÍS VASCO

- **Ciclo "En Tierra de Nadie"**
Bilbao, 22 de abril
- **Ciclo de Innovación y
Ciencia** Noviembre

COMUNIDAD VALENCIANA

- **XI Ateneo de Bioética**
Valencia, 11 de mayo
- **Ciclo "En Tierra de Nadie"**
Octubre

ANDALUCÍA

- **Presentación de la 4ª guía
de Ética** Sevilla, 27 de abril
- **Ciclo "En Tierra de nadie"**
Junio

Para más información:
www.fcs.es

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Ciclo Desde la memoria: Historia, medicina y ciencia en tiempo de epidemias

Un año más, la Fundación organiza este ciclo de conferencias cuyo propósito es estudiar y divulgar la situación de la sanidad y la ciencia en diferentes etapas históricas. En esta ocasión se dedica a las **Epidemias**, en sus aspectos sanitarios, sociales, psicológicos, demográficos, económicos...

Las sesiones versarán sobre *Epidemias en la Historia*, con D. Vicente Pérez Moreda y D. Antonio Carreras; *Epidemias y Ficción*, con D^a María Tena y D. Miguel Sánchez-Ostiz; *Los Males Secretos*, con D. Guillermo Olague y D. Ignacio Martínez de Pisón; y *Epidemias en España*, con D. Esteban Rodríguez Ocaña y D. Rafael Nájera. La iniciativa está avalada por un comité científico integrado por: D. Diego Gracia, D^a Carmen Iglesias, D. José M. Sánchez Ron y D^a María Tena. El ciclo está dirigido por D. Javier Puerto.

Fecha y lugar: 1, 9, 16 y 23 de marzo, a las 19:30 h en la Residencia de Estudiantes. Madrid



Ciclo En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras

Con el objetivo de contribuir al acercamiento de las mal llamadas dos culturas, se organizan mesas redondas en las cuales un científico y un humanista se reúnen para tratar un tema determinado, con un moderador encargado de encauzar el diálogo con el público. A partir de este curso, la Fundación deslocaliza sus actividades y, de celebrarse sólo en Madrid, pasará a hacerlo en Bilbao en abril, con un tema sobre *El placer de vivir: alimentación y felicidad* para posteriormente trasladarse a Andalucía, el mes de junio, en donde se tratará sobre *La piel: ciencia y sensación*.

Fecha y lugar: 22 de abril en la sede de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Bilbao

Acto de presentación de la Fundación de Ciencias de la Salud en Cataluña: "Los valores y la crisis en el entorno sanitario"

El mundo sanitario presenta unas características peculiares que nos obliga a reflexionar sobre los valores que deben imperar en el quehacer diario. Esta reflexión es aún más necesaria en tiempos de crisis, una situación que puede cuestionar algunos de los principios del ámbito socio sanitario.

Se organizará una mesa redonda, moderada por D. Joan Rodés, en la que el mundo de los valores, los valores desde el paciente y valores profesionales serán analizados por el Prof. D. Diego Gracia, D. Miquel Vilardel y D^a Begonya Roman. El acto será clausurado por D^a Marina Geli.

Fecha y lugar: 2 de marzo en la casa Convalecencia. Barcelona

XI Ateneo de Bioética: "Ética de las Instituciones sanitarias"

Undécima edición del Ateneo de Bioética en la que se abordará la ética de las instituciones sanitarias como nuevo marco de reflexión. La ética institucional pretende superar el marco de la bioética clínica, que se centra en el paciente de manera individual para profundizar en la relación que existe entre la estructura y el funcionamiento de las instituciones sanitarias con los conflictos éticos.

La sesión se dedicará a: Ética y Economía, con D. Domingo García-Marzá y D. Juan Urrutia, moderados por D. Diego Gracia; y Ética y Economía en las Instituciones de Salud, con D. Vicente Ortún y D. Pablo Simón, moderados por D^a Adela Cortina. Este Ateneo está dirigido por el Prof. Diego Gracia.

Fecha y lugar: 11 de mayo en Valencia

FORMACIÓN

Innovación en AP 2010: Inteligencia Sanitaria

Nueva edición de esta iniciativa conjunta con la Fundación para la Formación de la OMC que este año estará dedicada a los tres niveles de decisión y gestión en Sanidad, macro (internacional y nacional), meso (autonómico y de área) y micro (la consulta del médico).

Fecha y lugar: 16 de abril y 11 de junio en la sede de la Fundación para la Formación de la OMC. Madrid

Introducción a la bioética en la práctica clínica

Dirigido a profesionales del Hospital La Princesa, este curso pone énfasis en la práctica clínica diaria de los hospitales.

Fecha y lugar: Hospital La Princesa, Madrid, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 28 y 29 de abril

LÍNEA EDITORIAL

Innovación en Atención Primaria 2008. Innovación en torno a la prevención clínica. Expectativas y realidades

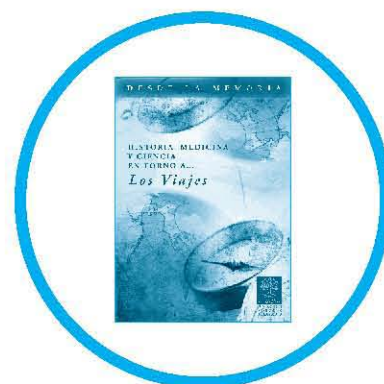
En esta edición se recoge el material de los Seminarios de Innovación y que se dedicaron a la prevención clínica ya que se ha convertido en parte fundamental del quehacer diario del médico.

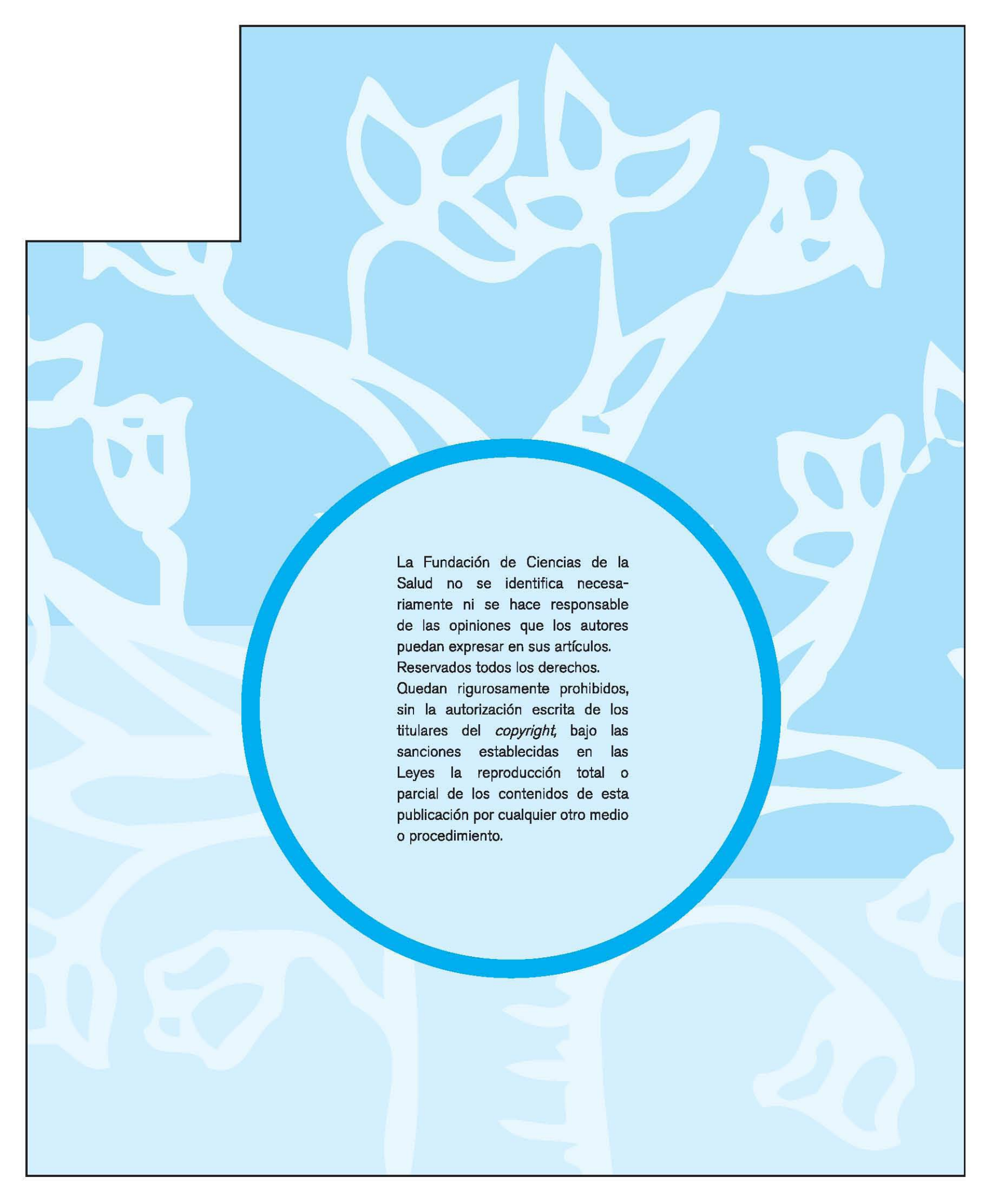
Guía Ética de los incentivos a profesionales sanitarios

La ética de los incentivos profesionales es frecuente tema de debate y polémica. Cuando éste tiene lugar, aparecen pronto dos posturas extremas. La presente Guía no se inclina por ningún extremo, el profesional tiene la obligación de ver si es posible cumplir con los dos valores que en esos casos entran en conflicto. Se propone como método el ejercicio de la deliberación, lo que hoy se suele conocer con el nombre de "ética de la responsabilidad".

Desde la Memoria: Historia, medicina y ciencia en torno a... Los Viajes

Este libro recoge las conferencias del ciclo *Desde la memoria* en las que se abordaron las experiencias viajeras desde los ámbitos de la ciencia, la literatura o la diplomacia mostrando facetas tan distintas y distantes, o quizá no, como la conquista de nuevas fronteras -exteriores e interiores- o su carácter iniciático.





La Fundación de Ciencias de la Salud no se identifica necesariamente ni se hace responsable de las opiniones que los autores puedan expresar en sus artículos. Reservados todos los derechos. Quedan rigurosamente prohibidos, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las Leyes la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación por cualquier otro medio o procedimiento.



eidon se propone alcanzar los
más altos niveles de objetividad y
equilibrio científico en sus
contenidos.

eidon es una publicación
pensada para contribuir a mejorar
el conocimiento y la opinión de la
sociedad, en el ámbito de las
ciencias de la salud.

La publicación de este número ha
sido posible gracias a la
colaboración de GlaxoSmithKline.

www.fcs.es

www.fcs.es

REVISTA DE LA FUNDACIÓN
DE CIENCIAS DE LA SALUD

número
eidon 32

