

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO
EUSKAL HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

LA SALUD DEL AÑO 2000

DISCURSO
para la recepción pública del Académico electo
EXCMO. SR. D. JUAN JOSE GOIRIENA DE GANDARIAS Y GANDARIAS

Leído en el Acto de su Recepción Pública
el día 30 de Junio de 1992

Y CONTESTACION DEL
EXCMO. SR. D. JOSE ANGEL SANCHEZ ASIAIN



BILBAO
MCMXCII

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO
EUSKAL HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

LA SALUD DEL AÑO 2000

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

EXCMO. SR. D. JUAN JOSE GOIRIENA DE GANDARIAS Y GANDARIAS

Leído en el Acto de su Recepción Pública
el día 30 de Junio de 1992

Y CONTESTACION DEL
EXCMO. SR. D. JOSE ANGEL SANCHEZ ASIAIN



BILBAO
MCMXCII

A la Comunidad Universitaria

Ex
Ex
Co
Se

pro
del
de
car

tis
afe
Ac
cu
cu
la

po
y l

pe
fu

Excmo. Sr. Presidente,
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos,
Compañeros, Amigos,
Señoras y Señores.

Han de ser mis primeras palabras para manifestar mi profundo agradecimiento a la Real Academia de Medicina del País Vasco por la honrosa distinción que me hizo al designarme Académico, y por brindarme el honor de verificar hoy la correspondiente recepción.

Son para mí estos momentos de emoción, pues a la satisfacción que me produce el acontecimiento, se unen los afectos sinceros que tengo hacia los miembros de esta Real Academia de Medicina del País Vasco, con muchos de los cuales he compartido tareas universitarias, con todos los cuales colaboraré en el futuro en el quehacer científico que la Real Academia de Medicina desarrolla.

A la gratitud, uno un sentimiento de responsabilidad por el compromiso que adquiero de servicio a la Institución y para el que espero vuestra benevolencia.

Antes de comenzar el tema objeto de ingreso, me vais a permitir expresar dos homenajes que brotan de lo más profundo de mi espíritu.

Al Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina del País Vasco, Prof. Juan Manuel de Gandarias, Catedrático Emérito de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, maestro de la Ciencia y escritor inspirado, vocaciones a las que ha dedicado toda su vida, porque supo despertar en mí, así como en sus numerosos discípulos, el interés por la Ciencia, además de influir profundamente en mi formación con sus enseñanzas, consejos y comprensión. A él mi cariño y devoción.

Y al Excmo. Sr. Presidente de la Fundación BBV, Prof. José Angel Sánchez Asiain, Catedrático de Universidad, miembro de tres Reales Academias, ahora incansable promotor del conocimiento y de la Ciencia, y que ha demostrado con su ejemplar trayectoria vital cómo es posible conjugar la grandeza de horizontes y la brillantez con la humanidad y la sencillez. Me ha honrado con su amistad desde mis tiempos de estudiante, y de su temple intelectual y moral he aprendido mucho. Ahora ha tenido la gentileza de contestar a mi discurso, cosa que le agradezco especialmente.

Al elegir el tema que había de ser motivo de mi discurso de ingreso, pensé debía tratarse de un tema general, actual, de interés social, sobre el que pareciera conveniente que iniciara una reflexión la Real Academia de Medicina del País Vasco y al que hubiera dedicado parte de mi vida profesional: «La Salud del año 2000».

«La Salud del año 2000» aborda la problemática de la salud como concepto integral, quizás el bien máspreciado que tienen el individuo y la comunidad.

El horizonte temporal es el año 2000 y se asocia al movimiento «Salud para todos en el año 2000» (SPT 2000) que, promovido por la OMS y protagonizado por más de 160 países, intenta convertir a los individuos y pueblos en actores - agentes de su salud.

Esta temática incide a nivel mundial en la cuestión que quizás marcará más nuestro tiempo y el futuro: me refiero a las desigualdades Norte/Sur y, en nuestro ámbito europeo, a la crisis que vive el sistema sanitario y que, de no ser reorientado, puede acabar en una crisis de la salud.

En esta línea de trabajo participé con ilusión desde la Viceconsejería de Salud del Gobierno Vasco / Eusko Jaur-laritzza entre 1984 y 1987 cuando se iniciaba este movimiento internacional, y hoy sigo creyendo que debe ser el punto de orientación para nuestra política sanitaria, que ha de tener como objetivo la mejora de los niveles de salud. Es mi deseo que estas ideas que quiero compartir, sirvan como una primera reflexión sobre el tema en esta Institución.

Sobre el concepto de salud

Todo el mundo, más o menos pronto, tiene o ha tenido que ver de hecho con la enfermedad en sí o en sus seres más cercanos. Y sin duda algo sabe de ella. Pero, desde el punto de vista del conocimiento científico, existen muchos casos en los que es ciertamente difícil precisar cuáles son los límites exactos de este concepto.

Así, por ejemplo, una neoplasia o algunas infecciones comienzan a desarrollarse en un individuo sano y a veces pueden tardar varios años en manifestarse de manera definitiva. Existe también la enfermedad como desorden orgánico, como alteración patológica molecular. Y no vamos a citar aquí los modos de enfermar, que son muy complejos: en algunos casos, como en las neurosis, es difícil precisar el origen orgánico.

Por otra parte, la desviación de la normalidad, a eso llamamos precisamente enfermedad, se produce en una persona cuyo carácter y educación determinan su comportamiento, comportamiento mediatizado así mismo por la visión del grupo al que pertenece: la enfermedad entendida como modo de vivir, como biografía en suma. Será un médico quien, con un método adecuado y los medios técnicos que correspondan, acabará determinando el grado de desviación de la normalidad que aprecia y al tiempo personalizará el diagnóstico. El enfermo se convierte así en su paciente, al que tratará en el futuro.

En cualquier caso lo que sí parece hoy establecido, es que la separación entre salud y enfermedad no es absoluta y ambas forman un continuo con diferentes grados de salud y enfermedad, de modo tal que se produce un espacio neutro indiferenciado —de transición— en el que resulta imposible distinguir lo normal de lo patológico.

La definición del concepto de *salud* es aún más complicada. Definiciones en términos negativos, aludiendo a ella como «ausencia de enfermedad», además de no ser útiles en Ciencias Sociales, implicarían trazar un límite entre lo normal y lo patológico, algo muy problemático como se acaba de ver, así como tener unas referencias de normalidad estrictas, cuando todos somos conscientes de que estas referencias varían, entre otras cosas, con el tiempo, con la cultura, incluso dentro de la misma sociedad.

Pero a pesar de las dificultades de su definición y siguiendo a Alan Deven, trataremos de hacer un resumen de la evolución del concepto de salud desde comienzos de siglo, relacionándola con el método epidemiológico y las medidas de salud. (Ver cuadro n° 1)

A) Hacia comienzos de siglo, en epidemiología dominaba el modelo unicausal cuyo soporte eran las enfermedades infecciosas. Una sola causa sería suficiente para producir un efecto determinado. La grandiosa obra de los microbiólogos del S. XIX, entre los que destacan los trabajos de Koch o Pasteur, hicieron posible entender la acción patógena de los gérmenes, su identificación y el contagio. La bacteridia carbuncosa como causante del carbunco con su ciclo biológico, o los trabajos sobre la rabia de Pasteur, o el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis o el vibrión colérico por Koch, o el del bacilo de la difteria por Klebs, produjeron un enorme impacto entre los médicos y dieron origen a la mentalidad etiopatológica o causal que se basaba en la idea de que la enfermedad se asociaba siempre a infección y su cuadro clínico dependía de las características del microorganismo causante que la determinaba. No existía, pues, una diferencia gradual entre el individuo sano y el enfermo, sino que se había producido un cambio radical en relación con el estado de salud previo.

Las medidas de salud debían establecerse estudiando las

Epidemiología

Tiempo

1900

1920

1940

1970

1980

G.E. Alan

tasas de
medade

El
huésped
ción qu

CUADRO N.º 1
Epidemiología, Conceptos de Salud y Medida de la Salud:
Evolución y Relaciones

Tiempo	Métodos Epidemiológicos	Conceptos de Salud	Medida de la Salud
1900	Modelo unicausal (Enfermedades infecciosas)	Modelo Ecológico (Agente-Huesped-Ambiente)	Mortalidad por Enf. Infecciosas (Tasas de mortalidad: Brutas Específicas, Ajustadas)
1920	Modelo multicausal (Enf. infecciosas, crónicas, ciclo de transición)	Modelo Ecológico-Social (Huésped, ambiente, factores personales)	Morbilidad (Incidencia, Prevalencia). Incapacidad (Días de Absentismo laboral y escolar, días de incapacidad)
1940		Modelo OMS (Físico, Mental y Social)	
		Modelo Holístico (Estilo de vida, Ambiente, Biología, Sistema Sanitario)	Bienestar y Salud Global (calidad de los años de vida...)
1970	Modelo multicausal-Multiefecto (ciclo de enfermedad crónica)	Modelo de Bienestar elevado (ejercicio físico, control del stress, nutrición y auto-responsabilidad)	
1980		Modelo contexto-contenido (qué es salud y cómo conservarla)	Medida del contexto-contenido de la salud (relaciones cuerpo-mente)

G.E. Alan Dever. Community Health Analysis. Aspen 1980.

tasas de mortalidad brutas, específicas y ajustadas a enfermedades infecciosas.

El concepto de salud/enfermedad era el del agente-huésped-ambiente o Modelo ecológico en la conceptualización que tenía en la época.

B) En 1914 terminaba una etapa de la Historia Humana y también de la Medicina con las tres mentalidades dominantes en el final del S. XIX: anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica. Estas tres mentalidades estaban en competencia y polémica, dando lugar a combinaciones eclécticas que poco a poco se intenta asumir superándolas en una concepción nueva de la enfermedad.

Hacia 1920 se va bosquejando el modelo epidemiológico multicausal o de causas múltiples: el modelo que atribuía a las enfermedades infecciosas la causa de la muerte va declinando y en su lugar se observa que interactúan varias causas, diversas y diferentes, que generan las enfermedades crónicas asociadas al alargamiento de la vida. Un ejemplo de este modelo sería las varias causas que dan lugar a las enfermedades cardiovasculares o al cáncer.

Las medidas de salud en este contexto serían la mortalidad/morbilidad (incidencia y prevalencia) e incapacidad (días de absentismo laboral, escolar o incapacidad).

El modelo de salud/enfermedad es el ecológico-social: huésped - ambiente - factores personales.

C) En 1942 se publica el informe de W. Beveridge que fue puesto en práctica hacia 1947 con el National Health Service (N.H.S.). En el informe se señala que miseria, enfermedad e ignorancia son males sociales que hay que prevenir en el aspecto sanitario con la creación del N.H.S. Estas ideas influyen en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948) donde se proclama el derecho de toda persona a la Seguridad Social. Se decide constituir la O.M.S. en 1946 y a los dos años, el 7 de Abril de 1948, se crea y comienza a funcionar esta Organización. Su primera función constitucional es actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, es decir, identificar colectivamente los problemas de salud prioritarios que se plantean en el mundo, definir políticas y

metas
grama

La
comp
la aus
cisiva

En

a)
bienef

b)
tambi

Si
supor
meno

a)

la soc
expres
vida
declar
bienef
dividi
defini

M
térmi
hay a
lido,

b)
con s
La sal
positi
entre

metas sanitarias y establecer estrategias, principios y programas para abordar los problemas.

La OMS, que define en 1948 la salud como «el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades», va a tener una influencia decisiva en el avance de la salud a nivel mundial.

En la definición de Salud de la OMS:

a) Se define la salud en términos positivos: «completo bienestar».

b) No se refiere sólo al área física, sino que incluye también aspectos mentales y sociales.

Sin embargo, se trata de una definición que, aunque suponga un avance en el concepto de salud, es criticable al menos en los siguientes aspectos:

a) Es una definición ideal, utópica, prospectiva, a la que la sociedad y el individuo deben aproximarse, pero que no expresa, según Laín Entralgo, «adecuadamente lo que en la vida real del hombre solemos llamar salud». Es más una declaración de principios y objetivos, ya que el completo bienestar es difícil de alcanzar por sociedades, grupos o individuos, incluso en los países más desarrollados. Es una definición en función del «deber ser».

Milton Terris dice que debía eliminarse por utópico el término de «completo», pues ni en salud ni en enfermedad hay absolutos. Por ejemplo, un ambiente excesivamente cálido, aunque estemos sanos, acaba provocando malestar.

b) Es una definición estática: sólo considera personas con salud a aquellas que gocen de un completo bienestar. La salud sin embargo es algo dinámico, con grados de salud positiva, de adaptación al medio, de equilibrio dinámico entre la biología del individuo y el ambiente, con un deve-

nir constante e incluso oscilante e inestable con desplazamientos hacia una mayor o menor salud.

c) Equipara bienestar y salud, lo cual no siempre es exacto. Pensemos en un drogadicto que siente bienestar, pero eso no es salud.

d) Es una definición subjetiva y no habla del aspecto objetivo de la «capacidad de funcionar». La enfermedad tiene aspectos «subjetivos», como el malestar, y otros aspectos «objetivos», como cuando queda afectada la capacidad de funcionar.

Este subjetivismo hace difícil conseguir indicadores que sirvan de medida de la salud en los términos de la definición y, en consecuencia, es escasamente operacional y útil para uso del planificador.

Con todo, la definición de la OMS se situaba en el modelo epidemiológico vigente en nuestros días: multicausa - multiefecto que en realidad es el ciclo de las enfermedades crónicas. Tabaquismo, polución y radiaciones específicas pueden provocar como efectos cáncer de pulmón, enfisema y bronquitis. Este modelo debe explicar los distintos grados de asociación entre factores de riesgo y enfermedad.

D) La primera revolución en la salud pública había hecho crecer la importancia de la prevención de la enfermedad.

La base de los principios se establecía en la conexión metódica entre medicina preventiva y curativa (diagnósticos y tratamientos precoces como objetivos clínicos y sanitarios), la afirmación del carácter social y no sólo biológico de la higiene y la sanidad y la introducción del concepto de salud positiva.

La definición de C.E.A. Winslow (1923) ha sido el paradigma y punto de referencia programático de la Salud Pública. Según él: «La Salud Pública es la ciencia y el arte de

prevenir
salud me
nizados
ambiente
cación d
servicios
coz y el
rrollo de
duo un r
salud, or
que cada
la salud

Esta
les: «pre
la salud
les «aseq
para el r
que cada
la salud
la defini
cepto d
explicar
del «Sys
ment de
el Progr
(1848) d
co y bic
la Higue
la mejor
mo, viv
que la v
de 35/40
triales,
más de

prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mental y física y la eficacia a través de esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones transmisibles, la educación del individuo en higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de la enfermedad, y el desarrollo de una organización social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud, organizando estas prestaciones de forma que permita que cada ciudadano lleve a la práctica su derecho innato a la salud y a la longevidad».

Esta definición de Winslow tiene unos objetivos parciales: «prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mental y física y la eficacia», y unos objetivos finales «asegurar a cada individuo un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud, de forma que se permita que cada ciudadano lleve a la práctica su derecho innato a la salud y la longevidad» (Clavero, G.). Hemos traído aquí la definición de Winslow, no porque se confunda el concepto de Salud Pública con el de Salud, sino para poder explicar en lo que se había convertido la labor precursora del «System» (1777-79) de J.P. Frank, el «Sanitary Movement de U.K.» (T. Thackrah 1831 / E. Chadwick 1842) y el Programa de Salud de los Médicos Liberales alemanes (1848) dirigido por R. Virchow, después de que un biofísico y bioquímico, Max von Pettenkofer (1818-1901), creara la Higiene Moderna, y que había promovido ya para 1914 la mejora de las condiciones de vida: alimentación, urbanismo, vivienda, etc., las incipientes vacunaciones, haciendo que la vida media, que Chadwick había calculado en 1842 de 35/40 años para aristócratas y 16/20 para obreros industriales, pasara al comenzar la 1ª Guerra Mundial a ser de más de 50 años.

El desarrollo de la que se denominó Primera Revolución en la Salud Pública continuó a partir de 1914 hasta la mitad del siglo con resultados francamente beneficiosos para las sociedades industriales.

Aunque las mejoras que se obtienen son análogas y se desarrollan paralelamente, sin embargo, conceptualmente, para los anglosajones, la Medicina Social es una extensión de la Medicina Preventiva mientras que, en el ámbito cultural germánico, se llega a la Medicina Social desde la Higiene Social, como bien dice F.J. Goiriena de Gandarias.

Así el higienista berlinés A. Grotjahn (1869-1931), Catedrático de Higiene Social, añadía desde 1912 —superando lo que suele denominarse etapa Pettenkofer— a la dimensión químico-bacteriológica de la Sanidad Pública y la Higiene Social, la psico-sociológica al vincular Sociología y Medicina y considerar al enfermo como sujeto social (sociopatología) o plantear la existencia de las llamadas enfermedades sociales.

Desde las masivas vacunaciones preventivas hasta un saneamiento urbano generalizado, pasando por aspectos de la higiene personal o de la nutrición unida a un sofisticado sistema de cuidados médicos, habían conseguido niveles muy importantes de mejora en las sociedades desarrolladas, situando las expectativas de vida por encima de los 70 años.

La definición tópica y utópica de salud de la OMS era el paradigma de todo ello.

Sin embargo, los aspectos críticos reseñados anteriormente, así como la demanda de mantenimiento de la capacidad funcional en unas poblaciones con edades crecientemente avanzadas, llevaban a intentar completar o mejorar la citada definición y a tratar de comprender mejor lo que eran los determinantes de la salud. Así surgen los llamados modelos «holístico», «de Bienestar elevado» o el más reciente «contexto-contenido (qué es salud y cómo conser-

varla)» e
la Segun

Milte
como «u
capacida
de enfer
(bienesta
y ciertas
tomas n
ejemplo
ta en un
empieza
sanos y t
que, al c
Sin llega
rio distin
real, com
ganismo
etc.), per
anomalía
suma, nu

Por e
lud aplic
ción salu
continuo
dad.

Este
medad d
de vida,
y se sitúa
mo de m
dad física
dad, es d

La urbanización galopante por éxodo rural conlleva hacinamiento y pobreza, lo que unido a la internacionalización de los medios de comunicación, hace temer, en caso de que no se fomente el desarrollo de estos países, las crecientes oleadas, cuando no invasiones, de emigrantes y continuos conflictos Norte/Sur, más por motivos étnicos y económicos que ideológicos.

Aun en el marco de la economía de mercado y globalización mundial de las relaciones económicas, en los últimos años han reaparecido las políticas y medidas encaminadas a reducir la pobreza y la desigualdad, pero los efectos de estas políticas requieren tiempo y además se han dado en medio de una crisis económica que ha sido casi general en zonas como Iberoamérica.

El desarrollo social, con reducción de desigualdades escandalosas de condiciones de vida y oportunidades, requiere prestar una particular atención a zonas rurales y villas urbanas de miseria, atendiendo especialmente necesidades críticas de los grupos más vulnerables, como mujeres, niños y ancianos.

Los vínculos entre el sector salud y los demás, relacionados con él, deben establecerse con la voluntad de utilizar las aportaciones de los restantes sectores con el fin de obtener recursos para la salud y generar un proceso gradual de mejora de condiciones de vida.

El desarrollo y organización de los sistemas de salud se basarán en estos países en la reorientación hacia la atención primaria.

La expansión de la infraestructura, la mejora en el acceso a los servicios, programas de abastecimiento de aguas, inmunización, salud materno-infantil, etc., requieren capacidad de gestión y el subsanamiento de múltiples problemas técnicos, administrativos, financieros y otros, así como el

establecimiento de prioridades y la asignación eficiente de los recursos.

Es deseable conseguir la participación de la comunidad, donde se generen líderes que movilicen y motiven recursos humanos, y potenciar el papel de las organizaciones no gubernamentales incentivando al sector privado a que asuma responsabilidades, como generar tecnología apropiada, medicamentos, etc.

Los países en general han avanzado en la formación del personal de la salud, se ha fortalecido el diálogo entre sector de la enseñanza y sector de la salud, aunque subsisten problemas en la formación profesional. No se ha conseguido, por ejemplo, una distribución equitativa del personal.

Las distribuciones de las tasas de mortalidad y morbilidad y sus tendencias permiten dividir a los países en tres grandes grupos que tienen cierta relación con sus características socioeconómicas.

Grupo 1.: Países con tasas elevadas de prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias y de enfermedades agudas de las vías respiratorias y de malnutrición, tasas elevadas de mortalidad infantil y materna, gran fecundidad y baja expectativa de vida al nacer.

Grupo 2.: Países con alta natalidad, tasas de mortalidad decrecientes, y aumento de las expectativas de vida al nacer. Aunque todavía las principales causas de muerte son las enfermedades infecciosas y parasitarias, pero asociadas al envejecimiento, aparecen ya enfermedades crónicas. Hay en estos países una rápida evolución demográfica y epidemiológica. Incluye a muchos países en desarrollo, y es el grupo más numeroso.

Grupo 3.: Países con predominio de enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos mentales y neurológicos,

así como enfermedades degenerativas características de una población envejecida y con hábitos de vida no saludables.

La fecundidad es baja, la mortalidad materno-infantil también y la esperanza de vida elevada. Pertenecen a este grupo los países industrializados y algunos de los que se encuentran en vías de desarrollo.

Como es natural, las estrategias en estos grupos han de establecer prioridades distintas.

Los países del primer grupo con difíciles condiciones socio-económicas tienen graves limitaciones para obtener los recursos necesarios para ampliar su infraestructura sanitaria y requieren vitalmente la cooperación internacional en planes de apoyo bien coordinados.

Los del grupo segundo han realizado grandes progresos en establecer una infraestructura sanitaria basada en la atención primaria. Se encuentran con que han de resolver tanto los problemas tradicionales de salud como los nuevos.

Tienen demandas nuevas y recursos limitados, al tiempo que tratan de ampliar la cobertura que ofertan. Su reto es utilizar al máximo los recursos con una gestión rigurosa y de máxima eficacia.

Deben procurar obtener recursos adicionales internos y externos.

El tercer grupo, que ya ha puesto al alcance de la población los servicios de salud, se encuentra con una necesaria contención del gasto ante su crecimiento rápido y la necesidad de medidas correctoras de las desigualdades existentes y que afectan especialmente a grupos sociales concretos. El envejecimiento de la población, unos modos de vida no saludables, problemas medio-ambientales y la demanda de provisión de servicios adicionales o la mayor utilización de los existentes les obliga a reformar sus sistemas de gestión.

CUADRO N.º 5

Proporción del PNB dedicado a la salud por regiones de la OMS y niveles de desarrollo (medias ponderadas) 1986-1987. (Gastos sólo de las administraciones centrales)

	Gasto de PNB dedicado a salud (%)
Región OMS	
Africa	0,9
Américas	2,6
Sudeste de Asia	0,5
Europa	5,4
Mediterráneo oriental	1,6
Pacífico occidental	2,0
Media (todas las regiones)	3,5
Nivel de desarrollo	
Economía de mercado desarrollado	3,9
Europa oriental	2,2
En desarrollo	
Todos los países en desarrollo	1,1
Países en vías de desarrollo	1,2

Fuente: Estimaciones de la OMS.

El Séptimo Programa general de Trabajo fué concebido como la respuesta de la OMS al reto que significaba la estrategia mundial de Salud para Todos. En él se expresaban las formas que permitirán a las estructuras de la OMS apoyar a los Estados y los criterios que se habían de seguir para que las actuaciones se centraran en países y sectores prioritarios, dada la limitación de recursos con que se trabaja.

Se aportaban modelos para establecer infraestructuras de sistemas de salud completos, que ejecutaran programas mediante tecnologías apropiadas a los distintos países, incluyendo las investigaciones necesarias.

Contenía 15 objetivos que se proponían como metas, algunas de las cuales han tenido que prolongarse al Octavo Programa, y otras se han superado.

La evaluación del mismo ha podido constatar que, a pesar del compromiso político firme adquirido por muchos países, a nivel operativo encontraba serias dificultades porque las débiles infraestructuras sanitarias que tenían no absorbían o utilizaban las nuevas tecnologías.

Se ratificaba así la imputación de que la tecnología sanitaria a utilizar debe ser la apropiada para que la infraestructura sanitaria pueda absorberla y aplicarla, lo que a su vez hacía considerar la importancia de las tecnologías exteriores antes de aplicarlas.

En muchos países el sistema sanitario sólo llega a una pequeña parte de la población.

Uno de los retos que subsiste es el de motivar y educar a la población en general para que no se limite a tratar la enfermedad y adquiera hábitos de vida saludables que conlleven una auténtica promoción de la salud.

El Séptimo Programa sirvió para identificar las necesidades de los países en materia de apoyos de la OMS. Se apreció la importancia de la informática en la gestión de recursos, la compleja naturaleza del desarrollo de recursos humanos, así como las prometedoras perspectivas de la biotecnología en campos como el desarrollo de vacunas, etc. Durante este período se erradicó la viruela pero vivimos el auge del SIDA con una comprensible preocupación por parte de la sociedad.

Como retos quedaban los que siguen:

a) Voluntad política en favor de la igualdad social y decisiones de política nacional encaminadas a corregir las

disparidades en materia de salud y las consecuencias socioeconómicas subsiguientes.

b) Acciones intensivas encaminadas a movilizar y conseguir la intervención de grupos profesionales, dirigentes de la comunidad, organizaciones no gubernamentales y gente de toda condición.

c) Participación activa de las comunidades en la concepción de sus propios sistemas de atención primaria, así como en su funcionamiento y evaluación, y movilización de recursos comunitarios con ese fin.

d) Esfuerzos coordinados del sector de la salud y de otros sectores socioeconómicos conexos con objeto de alcanzar los objetivos de salud definidos.

e) Gestión vigorosa de los sistemas de salud, incluido el fortalecimiento de los mecanismos de apoyo informativo.

f) Reforzamiento de la infraestructura sanitaria, con la tarea principal de completar la red de atención primaria de salud para poder utilizar plenamente las posibilidades de esos servicios.

g) Políticas específicas sobre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la formación de personal de salud.

h) Investigaciones sobre problemas críticos que afectan la Estrategia y utilización apropiada de sus resultados y de la tecnología de atención de salud para fortalecer la atención primaria.

i) Utilización óptima de todos los recursos disponibles y búsqueda de todos los medios posibles para mejorar la financiación de la infraestructura sanitaria.

El Octavo Programa General de Trabajo se elaboró teniendo en cuenta la situación socioeconómica mundial y la evaluación a que nos referíamos del Séptimo, así como los retos pendientes, y comprende el apoyo de la OMS —des-

tacando su labor de dirección, coordinación y cooperación técnica— a las Estrategias de Salud para Todos en el período 1990-95 en que nos encontramos.

Los programas tienen variaciones mundiales, regionales y nacionales de temas universales, lo que es complementado con actividades a nivel planetario o interregional.

Existe un marco común en el que se encajan las actividades y ésta es la lista ordenada de programas (ver anexo I).

Las líneas de fuerza del Octavo Programa de Trabajo son los 15 siguientes objetivos:

1. Determinar y dar efecto a las políticas de la OMS y, en particular, vigilar la aplicación de las estrategias de salud para todos, fomentar y coordinar su aplicación por los países y otros sectores, y evaluar su eficacia.

2. Desarrollar y administrar eficazmente el programa de la Organización, y coordinar con este fin las actividades de la Organización con las de otros organismos.

3. Prestar apoyo a los países en el desarrollo y fortalecimiento graduales de sus sistemas de salud basados en la atención primaria.

4. Fomentar y apoyar la organización apropiada y el funcionamiento eficaz de sistemas de salud completos que presenten, por los menos, los elementos esenciales de la atención primaria de salud a poblaciones enteras, juntamente con apoyo de referencia y especializado en la medida necesaria, y en los que participen de manera responsable y coordinada las comunidades, el sector de la salud y otros sectores afines.

5. Fomentar y planificar en cooperación con los países la formación y la distribución del personal de salud en las categorías y en la cantidad que necesiten y puedan sufragar, que sea responsable desde el punto de vista social y esté

dotado de l
nistrativa; y
lizado de m
estrategias

6. Prom
la salud par
preservarla,
esté en su p
y fomentar
ciación con

7. Fom
gia y coord
nentes en e

8. Cont
piada, la hij
y la absteni

9. Apo
tecnología
y promove
en particul
jóvenes, es
las persona

10. Rec
nos mental
bido de dr
mientos se
atención de

11. Me
ciones mec
todos los e
nidad, con
ble y el sa
la determin

dotado de la debida competencia científica, técnica y administrativa; y contribuir a conseguir que ese personal sea utilizado de manera óptima para atender las necesidades de las estrategias nacionales de salud para todos.

6. Promover la información pública y la educación para la salud para que la gente desee gozar de salud, sepa cómo preservarla, pida ayuda cuando la necesite y haga lo que esté en su poder, individual y colectivamente, por mantener y fomentar la salud en una interacción dinámica y en asociación con los servicios de salud.

7. Fomentar las investigaciones en apoyo de la Estrategia y coordinar el desarrollo de actividades científicas pertinentes en ese sector.

8. Contribuir a la salud mediante una nutrición apropiada, la higiene bucodental, la prevención de los accidentes y la abstención del uso del tabaco.

9. Apoyar la evolución y adaptación permanentes de la tecnología y de los procedimientos encaminados a proteger y promover la salud de determinados grupos de población, en particular las mujeres de edad fecunda, los niños, los jóvenes, especialmente los adolescentes, los trabajadores y las personas de edad avanzada.

10. Reducir los problemas relacionados con los trastornos mentales y neurológicos, el alcoholismo y el uso indebido de drogas, y facilitar la incorporación de los conocimientos sobre salud mental y su comprensión en la atención de salud general y el desarrollo social.

11. Mejorar la salud y la calidad de la vida de las poblaciones mediante la promoción de la higiene del medio en todos los escalones y con la participación activa de la comunidad, con miras a asegurar el abastecimiento de agua potable y el saneamiento básico, la inocuidad de los alimentos, la determinación y el control de los niveles excesivos de

contaminación y la protección del medio ambiente en el proceso de desarrollo.

12. Fomentar y apoyar el establecimiento, el empleo y la adaptación de técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y el empleo correcto de los medicamentos y aparatos médicos apropiados para los diversos sistemas e instituciones nacionales.

13. Prevenir y combatir las enfermedades transmisibles y no transmisibles de importancia.

14. Garantizar a los Estados Miembros la disponibilidad permanente de información válida de índole científica, técnica y administrativa en relación con la salud, en forma impresa o en otras formas, procedente de la Organización o del exterior.

15. Prestar apoyo y servicios administrativos eficaces, eficientes y flexibles en todos los escalones orgánicos.

El
miemb
pea (R
Indicad
R5 de
2000.

La
tados n
guía pa
co, aun
cio-eco
regiona

La
guía lo
objetiv
ticas de

Una
(EUR/
avances
multán
y entre

En
cuentra
ticas sa

Los
incapac
conseg
nestar
los fact

LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 EN LA REGION EUROPEA, Y SUS PROBLEMAS

Estrategia y objetivos

El correspondiente Comité Regional de la OMS (33 miembros), aprobó en 1980 la «Estrategia Regional Europea (Res. EUR/RC 30/R8) y en base a ella los Objetivos Indicadores y Plan de acción Regionales (Res EUR/RC 34/R5 de 1984), para alcanzar la Salud para todos en el año 2000.

La Estrategia fijada de obligada observación por los estados miembros tiene 38 objetivos (ver Anexo) y sirve de guía para la fijación de objetivos a nivel estatal y autonómico, aunque precisa de su adaptación a las características socio-económicas y sanitarias concretas dentro de un espíritu regional europeo común.

La mayoría de los Estados Europeos, tomando como guía los 38 objetivos, han hecho su propia formulación de objetivos concretos para el trabajo y en ellos basan sus políticas de salud.

Una lista de 66 indicadores esenciales y 44 optativos (EUR/RC 34/13) diseñados para el seguimiento de los avances que se realizan, permite efectuar comparaciones simultáneas dentro de un país o región a lo largo del tiempo y entre varias de ellas, así como medir los progresos.

En el corazón del movimiento Salud para todos se encuentra un aspecto nuevo de la Salud, manteniendo las políticas sanitarias y los sistemas de atención a la Salud.

Los países no sólo pretenden reducir enfermedades e incapacidades de sus poblaciones sino que trabajan para conseguir un aspecto positivo de la Salud: el estado de bienestar físico, mental y social completo, considerando todos los factores que afectan a la salud.

Seis ideas básicas han guiado el diseño de los 38 objetivos de la Estrategia Regional Europea de «Salud para Todos»:

— Equidad en sentido amplio, que se alcanzará reduciendo las desigualdades actuales en materia de salud entre unos países y otros, así como en el seno de éstos.

— Promoción de la salud y prevención de la enfermedad como aspectos a destacar.

— Participación activa de la comunidad en todas las etapas del proceso.

— Cooperación multisectorial comprometiendo a todos los sectores del Gobierno y de la sociedad.

— Priorización de la atención primaria de salud, como nivel básico para el logro del objetivo global.

— Cooperación internacional en la búsqueda de soluciones similares para problemas comunes, y para aquellos que trascienden las fronteras.

Los objetivos pueden dividirse en tres grupos estrechamente relacionados de acuerdo con sus propósitos y fechas de cumplimiento.

1º.— Los objetivos generales, a conseguir para el año 2000, son los 1-12. Son los requisitos fundamentales para la salud y pretenden la Equidad en la salud —«añadir vida a los años» / «añadir salud a la vida» / y «añadir años a la vida reduciendo la mortalidad por diversas causas»—.

2º.— Los objetivos 13-31, a conseguir entre 1990-1995, son los cambios necesarios para alcanzar el primer grupo de objetivos.

Se centra en ayudar a la población para que desarrolle estilos de vida más sanos (13-17), eliminar riesgos medioambientales y mejora de la vivienda (18-25), así como

enfatar en la asistencia primaria coordinando recursos y garantizando la calidad de la atención (26-31).

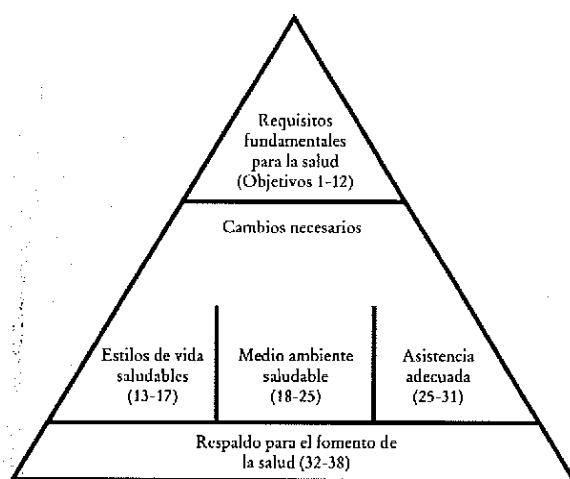
3º.— Los objetivos 32-38, que debían haberse alcanzado antes de 1990, son los apoyos o fundamentos necesarios para efectuar los cambios: estrategia de investigación, política de los países, sistemas de información sanitaria, capacitación del personal sanitario, gestión y asignación de recursos, tecnología sanitaria, etc.

La Estrategia de lograr «salud para todo en el año 2000» exigirá una legislación y nuevos enfoques: leyes al servicio del cambio que sean aplicadas.

La Estrategia para la Región Europea se aplicará con flexibilidad, trabajando los países en colaboración entre sí, vinculados por prioridades más que por reglas.

El personal sanitario es la palanca del cambio y debe ser receptivo a la necesidad de un cambio en la dirección para que cualquier programa tenga éxito. Los profesionales deben servir de ejemplo y liderar el movimiento.

COMO SE COMPLEMENTAN LOS OBJETIVOS REGIONALES



Tomado de: "Investigaciones prioritarias para el programa Salud para todos". OMS

Algunos problemas de la Región Europea

En el momento actual, avanzado ya en la década final del S. XX, bien intuitivamente, bien porque se haya efectuado un detallado análisis de tendencias, se perciben desde dentro y desde fuera de los sistemas sanitarios una serie de señales de alarma añadidas a los problemas que habitualmente se detectaban y que hacen presagiar la proximidad al agotamiento del sistema sanitario de manera que, si no se reorienta, puede acabar siendo muy costoso económicamente para la sociedad y casi ineficaz en los términos de conseguir mejorar los parámetros con que suele medirse la salud.

En consecuencia la sociedad puede sufrir lo que P. O'Neill (1982) ha denominado una «crisis de salud».

Coexiste con lo anterior en gran parte de la población, una actitud de fe ilimitada en el progreso técnico-científico como panacea de cualquier tipo de padecimiento y un escaso sentido de la autorresponsabilidad. Uno de sus pilares es la concepción de la salud, más como derecho que como bien recibido a conservar o incrementar.

Nunca en la historia del hombre ha cambiado tanto la realidad del enfermar como en los cincuenta años siguientes a la Primera Guerra Mundial. Fruto de varias causas, y en especial, de la elevación del nivel de vida con mejoras en la alimentación, vivienda, saneamiento y del excepcional progreso científico-técnico y su incidencia en la salud pública y privada, los patrones de mortalidad y morbilidad han cambiado de manera drástica.

Han decaído sin ser vencidas las enfermedades infecciosas —las virosis y en especial el SIDA son la actual excepción— y el patrón se ha desplazado hacia las enfermedades crónicas o sociales como las cardiovasculares, las neoplasias, las neurosis y las causadas por accidentes.

En 1
C.A.V.)
año, las
enfermece
plasias 2
71/100.00
100.000,
mos años
culación.

Tamb
médico a
desórden
de la enf

Los t
plantes, c
farmacolo
antiinfecc
la crecien

Esta l
de las uti
libre de e
tivo próx
vida hasta
de la juve
dades».

Sin lle
confianza
médicas y
no resign
movían a
dicación.

En la Comunidad Autónoma Vasca, (en adelante C.A.V.) en 1990, para 16.404 defunciones acaecidas en el año, las primeras causas de muerte han sido las siguientes: enfermedades del aparato circulatorio 273/100.000; neoplasias 206/100.000, enfermedades del aparato respiratorio 71/100.000, y los traumatismos y envenenamientos 45/100.000, habiéndose detectado un incremento en los últimos años de la incidencia de neoplasias y accidentes de circulación.

También ha cambiado de manera notable el diagnóstico médico a partir de una tecnificación del diagnóstico de los desórdenes orgánicos, sin que esta visión permita olvidar la de la enfermedad como modo de vivir.

Los tratamientos han visto el auge de la cirugía (trasplantes, cirugía cardiovascular, etc.), así como de recursos farmacológicos con brillantes logros como la terapéutica antiinfecciosa, aunque también han aparecido riesgos como la creciente iatrogenia.

Esta brillantísima página había hecho perdurar muchas de las utopías del Siglo XIX como la de una humanidad libre de enfermedades. Kedrov afirmaba en 1960: «El objetivo próximo de la medicina actual es la prolongación de la vida hasta los doscientos años con una total conservación de la juventud y la belleza... En el futuro no habrá enfermedades».

Sin llegar a estos extremos, sí existe en la sociedad una confianza excesiva en el poder de la técnica y la ciencia médicas y, como advierte certeramente Lain Entralgo, una no resignación, incluso ante dolencias leves que antes no movían a buscar ayuda técnica y hoy acaban en la automedicación.

La realidad que sustenta estas ideas tiene una base histórica cierta. El incremento en medios técnicos, la mejora en la capacidad media de los profesionales de la salud y la expansión de los medios y capacidad de los grandes hospitales ha generado globalmente grandes mejoras. En 1990 la esperanza de vida de la C.A.V. era de 77, 2 años para los hombres y 81,2 años para las mujeres y las tasas de mortalidad infantil y perinatal eran de 8/1000 y 8,6/1000, y de manera más matizada las mejoras se observan igualmente en los indicadores de medida de la salud.

La cuestión se centra en el momento actual y el futuro, y en saber hacia dónde nos dirigimos.

El avance de la medicina y el cambio social han tenido costes. La alta tecnología ha progresado mucho y se ha sofisticado, pero sus costes crecen en un proceso de demanda creciente bajo la presión de la población que lleva a las autoridades sanitarias a multiplicar su número muchas veces sin contar con personal suficientemente formado.

A su vez, en una espiral, los sucesivos avances implican la exigencia de nuevos instrumentos sobre los que los técnicos no han recibido formación suficiente. Muchas veces el núcleo del asunto no es el manejo de estos instrumentos, que va automatizándose al tiempo que simplifica progresivamente, sino el uso excesivo de pruebas que induce, solicitadas por la opinión pública o por los mismos especialistas, haciendo crecer el costo de manera desorbitada cuando no provocando accidentes innecesarios.

No sólo en este tema ha existido una deficiente planificación por los Departamentos de Sanidad. La realidad ha sido que sólo en una minoría de países los servicios sanitarios han evolucionado con arreglo a una planificación, aunque ésta tuviera incluso errores en sus objetivos.

No han existido políticas sanitarias, ni planificación adecuada, ni sistemas para evaluar la incidencia de las inversiones bajo el prisma del costo/beneficio y estas consideraciones son mucho más generales que las referidas específicamente a la tecnología sanitaria.

Incluso en una perspectiva temporal se puede constatar que en muchos países el gasto sanitario se ha multiplicado en los últimos años.

Aun reconociendo el progreso obtenido, se podía haber hecho mucho más con los recursos utilizados. Por poner un ejemplo cercano y sin que la anterior afirmación deba extrapolarse totalmente a la C.A.V., los presupuestos públicos, dedicados a gasto sanitario público, en esta comunidad han pasado de 77.845 millones en 1986 a 170.483 millones en 1992. El gasto sanitario por habitante en pesetas constantes, ha pasado de 33.433 pts. en 1986 a 52.310 en 1992.

En general, la parte de recurso utilizados en servicios de asistencia hospitalaria y diagnóstico ha sido la que más rápido ha aumentado y los hospitales, aunque excelentes centros de atención, no resuelven todas las necesidades sanitarias. Porque el uso generalizado del hospital —incluso de sus urgencias— como sustitutivo de la asistencia primaria cuando no es necesario no es una buena solución, ni en términos económicos ni en términos de salud. Muchos sujetos se encuentran con que no tienen un médico de familia que les ofrezca una continuidad en la asistencia. Además, en la conservación o recuperación de la salud deben participar el propio individuo, la familia y la comunidad. De ahí la necesidad de una buena primera línea de atención primaria.

Otro grave problema son las nuevas enfermedades debidas en gran parte a los estilos de vida.

Parece como si la sociedad se convirtiese en una fábrica de enfermedades.

Muchos individuos consideran que pueden abusar de su naturaleza física, de sus cuerpos, y que los servicios sanitarios a los que tienen derecho, repararán el daño.

Estas patologías pueden reducirse con cambios en los comportamientos, por más que sea difícil en una cultura que transmite a través de los medios publicidad y modelos a imitar.

En el conjunto de Europa se da un excesivo y creciente consumo de alcohol: en 1950 sólo Francia y Portugal consumían más de 10 litros/persona/año, y en 1975 eran 10 los países que superaban este nivel, constatándose un mayor crecimiento del riesgo para jóvenes, mujeres y emigrantes.

El alcohol para todos, como evasión social, fomentado por una publicidad tolerada es uno de nuestros grandes problemas.

Como lo es el tabaquismo cuyo hábito se ha extendido, pese a sus secuelas, con el consentimiento de los Gobiernos. En Suecia el número medio de cigarrillos fumados por persona era de 300 en los años 20 y de 1600 hacia 1975, con la consiguiente secuela de enfermedades, pérdida de producción y muertes. Pero sus costes, que se estimaban en 1.100 millones de Coronas, eran la mitad de los ingresos por impuestos de tabaco.

La consecuencia es que los gobiernos no afrontan con decisión estos dos problemas, no preparan programas eficaces para combatirlos y prosigue la promoción de estos hábitos nocivos a través de la publicidad.

La falta de ejercicio físico regular, unido a un sobrepeso, cuando no obesidad, por excesos de ingestión muchas veces unido a una mala composición de la dieta, es una de las causas asociadas de patología. Se da la paradoja de que se come en exceso y luego se gasta dinero, esfuerzo y tiempo en perder peso.

Merece la pena también citar el abuso de fármacos, las

enferm
proble
suicidi
ocupar

No
de salu
nuestr
numero
peripe
tología
etc., ac
menos,

La c
nas de r
tes y di

Fina
mas de
como e
con la p
emigrac
laborale
o niños-
control
equidad.

Los
sumirno
sanitaria
zás la m
terminad
que el p
mos que
població
falta de s
epidemia

enfermedades transmitidas por vía sexual, los accidentes, el problema de las enfermedades mentales y los 100.000 suicidios/año que se dan en Europa, entre los aspectos preocupantes.

No desearía omitir en este breve repaso a los problemas de salud, en la región europea, una de las mayores lacras de nuestro tiempo, como es la adición a los narcóticos por numerosos jóvenes, que tras una autodestructiva y azarosa peripecia caracterizada en general por la delincuencia y patologías causadas por déficits inmunológicos, infecciones, etc., acaba en muchos casos en una muerte temprana y en menos, en la rehabilitación.

La drogadicción es una de las grandes tragedias humanas de nuestro tiempo, fomentada por las redes de traficantes y distribuidores nacionales e internacionales.

Finalmente, debe constatarse la subsistencia de problemas de desigualdad en la salud tanto entre grupos internos como entre países. Las desigualdades pueden relacionarse con la pobreza de grupos marginales, con el sexo, con la emigración, con el entorno urbano o rural, con problemas laborales, con el desempleo o con la edad —para ancianos o niños— por lo que es necesario realizar progresos que se controlen con indicadores fiables en pro de una mayor equidad.

Los problemas de los que hablamos no pretenden sumirnos en el pesimismo, ni hacernos ver que la situación sanitaria de la región europea es desastrosa, cuando es quizás la mejor a nivel mundial, ni intentan culpabilizar a determinados grupos o autoridades, sino que nos muestran que el progreso ha tenido su precio a nivel de salud. Tenemos que ser conscientes de que, así como en el S. XIX la población se dio cuenta de que el agua contaminada y la falta de saneamiento era una de las principales causas de las epidemias que asolaban en Europa, ahora en los albores del

año 2000, debemos conseguir una respuesta eficaz a los retos que significan las nuevas enfermedades causadas en gran parte por el medio ambiente y por estilos de vida insanos.

Porque muchas veces, cuando se dan recetas para el cambio en general, se pretende sólo atender la desbordada demanda con los recursos disponibles y responder a las expectativas de los usuarios, mientras que con frecuencia se olvidan el escenario, los objetivos y la historia, incluso la más reciente.

Es muy frecuente la mezcla o confusión en las recetas o su aplicación aislada de un contexto general que además es el que opera realmente sobre un concepto multifactorial de la salud.

Al menos, las medidas propuestas debían considerar los siguientes marcos:

1. Político-económico

Finalizado el orden bipolar de Yalta, el mundo camina hacia la multipolaridad centrada en tres núcleos (América del Norte/Pacífico (Japón)/y CEE), que progresan hacia sociedades postindustriales con poblaciones instaladas cada vez más en el bienestar.

Un rápido y acelerado desarrollo y cambio tecnológicos junto a una economía basada en el mercado y la competitividad a nivel mundial son las bases de juego.

Una gran parte de la humanidad, los llamados Tercer, Cuarto y Quinto mundos, están en general en el subdesarrollo. Para el año 2000 se calcula que no mucho más del 20 % de la humanidad —unos 1.300 millones de los 6.200 millones de habitantes previstos para el planeta— vivirán en países desarrollados.

Estas poblaciones perciben y contrastan, gracias a las comunicaciones de la «aldea global», su miseria y la opulencia que se les muestra. De no ayudarles en su desarrollo de manera efectiva son previsibles las tensiones y conflictos permanentes entre el Norte y el Sur. Europa se verá presionada no sólo por las emigraciones, sino por la progresiva competencia de países emergentes que asumen el modo de producción y las reglas occidentales pero conservan valores y criterios tradicionales.

2. El referente ecológico

A comienzos del siglo, los hombres no podíamos modificar sustancialmente el planeta, pero en el S. XX sí hemos adquirido capacidad para muchas cosas: desde exterminar la vida hasta producir cambios profundísimos en la atmósfera, el suelo, las aguas, las plantas o los animales.

El desarrollo descontrolado en pro de la llamada sociedad del bienestar ha demostrado que lleva unidos aspectos, como incrementos peligrosos de CO₂ atmosférico por uso de energías no renovables como fuente de energía, deterioro de la capa de ozono, deforestación de zonas vitales como la Amazonia, o una urbanización masiva con destrozos medio-ambientales y desequilibrios sociales o residuos peligrosos, que no sólo provocan enfermedades sino que ponen en peligro la supervivencia de la especie humana en un futuro.

Al acabar el S. XX es necesario hablar de «desarrollo sostenible» (Informe Brundtland) con base ecológica y asumir el carácter global del problema y la necesidad de salvar el planeta.

La preocupación por el medio ambiente va haciéndose mayoritaria no sólo en los llamados ecologistas. La ecocul-

tura significa que el medio ambiente debe ser incorporado a nuestras vidas y a nuestros comportamientos, dando lugar a nuevos estilos de vida y costumbres, que consideran la dimensión biosocial del hombre. A los derechos civiles o políticos de siglos pasados, o los económico-sociales hay que sumar los derechos ecológicos y el llamado bioderecho.

Conectado con el punto primero, debemos tener claro que, con todo, la pobreza es el mayor enemigo del medio ambiente para el conjunto de la humanidad. Y que medio ambiente y desarrollo económico sostenible son posibles. Que uno de los problemas del medio ambiente es el incremento futuro de la población mundial donde subdesarrollo y superpoblación forman un círculo vicioso.

El G-77 (128 países) han solicitado en 1991 al mundo desarrollado el llamado Fondo verde (125.000 millones \$ al año), que se acerca a las teóricas ofertas de Occidente en % del PIB. Estamos comprendiendo que el medio ambiente tiene un efecto sobre nuestra calidad de vida, sobre nuestra salud y sobre la de la sociedad futura, y que se trata de una responsabilidad individual y colectiva en la que la educación ambiental y la consideración de que en los intercambios sociedad-biosfera, la naturaleza tiene sus leyes que no han de coincidir con las nuestras, son sillares sobre los que edificar el futuro.

3. La crisis del Estado del bienestar

El mundo desarrollado está sometido a grandes cambios, siendo uno de ellos el de la puesta en cuestión del llamado estado providencia por parte del movimiento neoconservador, no solamente atendiendo a una posible inviabilidad sino a su efecto esclerotizador sobre el sistema económico.

El crecimiento de las últimas décadas fue sostenido por la recaudación tributaria y el ahorro doméstico.

Se consideró que la redistribución de la renta era el mecanismo más eficaz para reducir la pobreza y mejorar el nivel de vida por la estabilidad del sistema.

Existía un consenso generalizado en Europa sobre la necesidad de un mayor nivel de bienestar social.

Es en el campo de la educación de neoliberales como en la crisis de los años sesenta, ante la crisis del petróleo por primera vez se vio que el gasto excesivo en la infraestructura la economía se estanca y el ahorro e inversión se reducen.

El informe de la Comisión de la Unión Europea sobre el crecimiento y el empleo.

Autores como Keynes y Friedman aconsejaron generar empleo en presencia de desempleo, lo que origina una baja inflación y una asignación de recursos, inflación y paro.

Hay diversidad de opiniones sobre el ahorro y la inversión, especialmente según las experiencias de los países.

do
ar
la
o
y
o
o
o
o
o
o

El crecimiento de los gastos sociales durante las últimas décadas fue soportado gracias a su financiación por medio de la recaudación fiscal, en un contexto de crecimiento económico.

Se considera, además, que junto con aspectos de redistribución de renta y mayor equidad tenían un efecto positivo por la estabilización del consumo a que daban lugar.

Existía un consenso en las alternativas políticas mayoritarias en Europa sobre la legitimidad y necesidad del Estado de bienestar.

Es en el curso de la pasada crisis económica, con su secuela de necesidades de subsidio de desempleo y vejez, así como en la crisis de recaudación fiscal derivada, entre otras causas, de la falta de beneficios empresariales, y de cotizantes, ante la crisis financiera del Estado, cuando se plantea por primera vez por parte de los neoconservadores la tesis de que el gasto público que financia el Estado de bienestar lastra la economía de un país reduciendo su capacidad de ahorro e inversión y llevándola a la esclerosis.

El informe Beveridge preveía la seguridad como un factor de crecimiento más que como distorsionador del ahorro.

Autores como Martin Feldstein establecen que es necesario generar un ahorro general para crear inversión y que, en presencia de sistemas públicos de protección social, se origina una baja tasa de ahorro e inversión, produciéndose una asignación ineficiente de recursos que se manifiesta en paro, inflación y bajo nivel de consumo.

Hay divergencias muy notables con estas teorías, ya que el ahorro es una condición necesaria pero no suficiente para la inversión, que, según el esquema de Keynes, se determina según las expectativas de los empresarios.

Lo cierto es que los neoconservadores pregonan como respuesta el llamado Estado «mínimo» que se ocupa especialmente de aspectos de seguridad, mientras educación, sanidad y vejez deben garantizarse por el propio individuo a través del ahorro: Fondos de pensiones y prestaciones privatizadas. Esta posición es coherente, según ellos, con la eliminación de la sociedad parasitaria y fomenta el esfuerzo individual, la ética del trabajo y es un estímulo para el ahorro. No son muy sensibles a las consecuencias que se puedan derivar (marginación de grupos sociales, creación de ciudadanos de primera y segunda clase).

Dahrendorf ha opuesto a estas tesis, hoy llevadas a la praxis en países como el Reino Unido, la idea de que la pérdida de competitividad en Occidente se produce frente a las economías emergentes y ésto es lo que obliga a buscar fórmulas mixtas y de financiación y a exigir el buen uso de los recursos, cosa difícil si el estado es el productor principal de servicios.

Se trata de responsabilizar de sus intereses a los individuos, dándoles capacidad de elegir, evitando deleguen totalmente en el Estado y se conviertan en sujetos pasivos.

El Estado conservaría siempre la responsabilidad de garantizar la máxima equidad posible así como de supervisar los servicios, lo que no quiere decir que los preste directamente. La idea se centra en que lo importante es la sociedad del bienestar, que no es lo mismo que un Estado providencia del bienestar, que además sea el provisor único de prestaciones.

Dentro de la crisis del Estado del bienestar se sitúa la crisis de la Seguridad Social, debida en buena parte a la reducción del número de cotizantes al disminuir las poblaciones activas, aumentar el paro, reducirse la edad de jubilación y especialmente por la evolución de los patrones de mortalidad y morbilidad, lo que determina, al envejecer la

pot
vos
Fue

soc
cos
sist
zac

con

crea
ta c

Seg
de j
con
una
el r
Y r
rida
inte
paí
van

4.

tos

refi
pre

población, que la relación entre activos/cotizantes e inactivos/pensionistas, es cada vez menor, como ha indicado E. Fuentes Quintana.

A todas las razones demográficas, se suma una demanda social que exige más prestaciones, lo que hace crecer los costes del sistema, y a ello se une un excesivo tamaño del sistema que le hace burocrático e ineficiente como organización.

Otro problema sería el fraude en relación con colectivos como los relacionados con la invalidez o la morosidad.

No hay otra posibilidad que la de contener los gastos crecientes y asegurar una flexibilidad en el sistema que permita conseguir una mayor eficacia y racionalidad en la gestión.

Objetivos como indexar el crecimiento del gasto de la Seguridad Social al del P.I.B., o corregir las desigualdades de protección, o mejorar las prestaciones mediante sistemas complementarios, unidos a un aumento en las entradas y a una mayor vigilancia del fraude, deben procurar combinar el mínimo coste social con la viabilidad futura del sistema. Y no debemos olvidar que los modernos sistemas de Seguridad Social van unidos a fondos de pensiones como parte integrante de esos mismos sistemas en la mayor parte de los países, aunque en el Estado Español una legislación excesivamente limitante les ha impedido un desarrollo aceptable.

4. La crisis de organización del sistema sanitario

Ya nos hemos referido anteriormente a bastantes aspectos de la crisis del sector sanitario.

Parece ahora conveniente completar la visión anterior refiriéndonos en especial a los aspectos organizativos y de prestación de servicios.

En Europa existen fundamentalmente dos modelos de sistemas sanitarios: el desarrollado en el Reino Unido (Servicio Nacional de Salud-National Health Service, en adelante NHS), Países Nórdicos, etc. financiado a través de impuestos, y el que mantienen países como Francia, Alemania, Bélgica, etc. financiado con cuotas que completan el Estado o los usuarios. Países como España que pertenecían al segundo modelo caminan hacia el primero a través del llamado Sistema Nacional de Salud, aunque ahora ya se intenta introducir correcciones en la línea de las establecidas por el NHS.

No existe, pues, una pauta organizativa única, y las decisiones se han tomado más por razones de extensión de cobertura a mayores colectivos que por razones de eficacia sanitaria.

En general, los sistemas sanitarios europeos están sometidos a una demanda desbordada, bien por razones demográficas (proceso de envejecimiento en la población), o bien por solicitud de nuevas prestaciones, lo que lleva a una explosión de costos. Son sistemas en expansión y rígidos, unos más que otros, pero que necesitan una reorientación que permita una buena asignación de recursos. Se plantea en todos ellos la alternativa de la dimensión de un sector privado que puede atender de manera más individualizada, responder más rápidamente al usuario e incentivar al médico, haciendo que actúe incluso como ordenante del gasto; pero esta alternativa plantea problemas en términos de desigualdad, limitaciones en el acceso y posibles actuaciones innecesarias. En el Estado Español coexisten en las diferentes Comunidades Autónomas situaciones bien diversas. En cualquier caso son un híbrido de la antigua Seguridad Social, ahora combinada con aspectos del NHS. Las graves incongruencias en planificación, organización y gestión subsisten en general. El modelo, aunque desorganizado, sigue centrado en el Hospital y presenta déficits en salud

públ
dina
los i
lla p
una

I
mej
expe
los p
mar

S
cada
ción
cual
mer
nos

5. I

val
ger
salu

la c
dar
qui
la
asp
(47
po
un

pública y asistencia primaria, manteniendo una escasa coordinación entre los servicios. Casi no existe participación de los individuos, y entre el personal, el esfuerzo que desarrolla para poder solucionar las crecientes demandas, provoca una notable desmotivación.

La reorientación que se pretende darle, centrada en una mejora de la gestión y la satisfacción con calidad de las expectativas de los usuarios, puede no resultar un éxito, si los problemas se abordan parcialmente y no se considera el marco general.

Se necesita una competencia real y gestores bien cualificados para asegurar la viabilidad del sistema. La introducción de técnicas de gestión empresarial requiere personal cualificado y con experiencia previa, y la introducción del mercado competitivo exige de una provisión privada, al menos parcialmente, de los servicios.

5. La crisis del valor salud

Aun habiendo tenido una gran incidencia histórica el valor salud para los países y gobiernos como bien a proteger, sin embargo vamos a abordar el concepto del valor salud en la vida individual.

Los estudios sobre el consumidor incluyen a la salud y la calidad de vida entre los bienes más deseados y el ciudadano presta una creciente atención al cuidado de su cuerpo quizás más desde el punto de vista de la estética que del de la salud. Según datos de J. Díez Nicolas (1986-1989), el aspecto más importante de la vida es para los españoles (47 %) tener buena salud seguido a gran distancia (26 %) por tener un matrimonio feliz. Se reconoce a la salud como una de las necesidades básicas de la humanidad.

Sin embargo, la consideración de la salud más como un

valor que como hecho dependerá del determinado sistema de valores de cada sociedad. En nuestro caso, del que se tiene por más común y propio en la cultura occidental, aunque debiéramos cuestionarnos si es el más adecuado para la salud.

Porque, si se identifica a la salud con el bienestar que es algo utópico en su grado máximo, estaremos siempre persiguiendo la utopía. Como dice D. Gracia Guillen, el bienestar de un empresario californiano ha de ser mayor que el de un monje trapense o el de un yogui indio, y sin embargo la salud de éstos puede ser mucho mayor que la de aquél.

Para este autor, la salud es capacidad de apropiación y posesión del propio cuerpo, que es distinto del bienestar. La enfermedad es desposesión y expropiación del cuerpo y su grado extremo es la muerte. El monje trapense o el yogui indio son capaces de controlar su cuerpo, de poseerlo y apropiárselo.

Sólo cuando los hombres aprendamos a controlar nuestro cuerpo y no corramos alocadamente tras un bienestar que nunca alcanzaremos, el sistema sanitario alcanzará su tamaño adecuado y las soluciones producirán frutos.

Es necesario un nuevo enfoque del paradigma salud como valor.

El movimiento «Salud para Todos en el año 2000» pretende, en primer lugar, que tomemos conciencia de lo que es la salud y de que, en lo que respecta a asegurar la salud, lo más importante es el individuo. De la salud, de incrementarla —promoción—, debemos ocuparnos a diario cuando estemos sanos, y no sólo cuando llega la enfermedad.

Una vida sana es cuidar la alimentación, los estilos de vida, las condiciones de alojamiento y trabajo, y no sólo evitar contraer una enfermedad o evitar un accidente.

Y no se trata de crear una cultura idealizada de la salud —salutismo—, sino de ser conscientes de que, al elegir los estilos de vida —dieta equilibrada, ejercicio físico moderado, reducción de la exposición a riesgos como el alcohol o el tabaco—, podemos influir en nuestra salud. Y la opción de decidir la tenemos nosotros: la salud como modo de vida. Aspecto que debe fomentarse en los ambientes sociales, económicos, culturales o deportivos de modo que las condiciones de vida sana se conviertan en modos de vida asequibles como señala Aswall.

Por otra parte, como dice H. Mahler, el espíritu de autorresponsabilidad, a nivel individual, de comunidad, de nación, debe ser fundamental para que una estrategia cualquiera logre la salud para todos. Es la esencia de la atención primaria y uno de sus cimientos es el concepto de que la salud es, en gran parte, cuestión de autocuidados.

Epílogo

Las páginas anteriores intentan en este momento histórico-social, asumir en primer lugar la posibilidad de plantearnos la tercera fase del concepto de salud: su aspecto positivo de promoción.

Se abren nuevas perspectivas para la humanidad y los profesionales de salud. Continuamos trabajando en las dos primeras fases: la curativa o recuperadora y la preventiva porque, aun cuando ambas sean negativas, siguen siendo necesarias al ser una utopía pensar en una humanidad libre de enfermedades.

El movimiento Salud para todos en el año 2000 puede y debe ser el catalizador de una vida colectiva e individualmente más sana. Ayudará a reorganizar los servicios sanitarios y será útil como instrumento para evaluar los progresos en relación con los objetivos.

Deberemos ver con claridad suficiente y en un marco amplio dónde se ubican las reformas o cambios que se proponen dentro del sistema de poderes que existe en la sociedad.

ANEXO

OBJETIVOS DE SALUD PARA LA REGION EUROPEA AÑO 2000

I. Equidad en la salud

1. Reducción de al menos un 25 % de las *diferencias en salud* entre países y grupos dentro de cada país, mejorando el nivel de los que se encuentran en peor situación.

II. Añadir vida a los años

2. Igualdad de oportunidades para el desarrollo y utilización del *potencial de salud* de cada uno para poder llevar a cabo una vida social y económicamente plena.
3. Oportunidades físicas, sociales y económicas para los *minusválidos* para poder llevar a cabo una vida social y económicamente plena y mentalmente creativa.

III. Añadir salud a la vida

4. Aumento al menos en un 10 % del número medio de *años de vida libre de enfermedades* importantes e incapacidad.
5. *Erradicación* de las siguientes enfermedades: Sarampión, Poliomielitis, Tétanos neonatal, Rubéola congénita, Difteria, Sífilis congénita y Paludismo.

IV. Añadir años a la vida

6. *Esperanza de vida*, al nacer, de 75 años (en ninguna zona menos de 65 años).

7. *Mortalidad infantil* menos de 20 por 1.000 nacidos vivos o 15‰ si ya se ha logrado la cifra objetiva en 1985.
8. *Mortalidad materna* menor que 15 por 100.000 nacidos vivos.
9. Reducción de la *Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio* en menores de 65 años al menos en un 15 % (invirtiendo la tendencia en mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón)
10. Reducción en la *Mortalidad por cáncer* en menores de 65 años al menos en un 15 %.
11. Reducción en la *Mortalidad por accidentes* de tráfico, domésticos y laborales al menos en un 25 %.
12. *Invertir* la tendencia en los *suicidios e intentos de suicidio*.

Política pública para la salud

- 13 Para 1990, las políticas nacionales de todos los Estados Miembros deberían asegurar que los mecanismos legislativos, administrativos y económicos proveyeran de un apoyo intersectorial y de los suficientes recursos para la promoción de estilos de vida saludables. También deberían asegurar la efectiva participación de la población en todos los niveles decisorios de tales políticas.

Sistemas de apoyo comunitario

- 14 Para 1990, todos los Estados Miembros deberían tener programas específicos que impulsaran la función fundamental de la familia y de otros grupos sociales en sustentar y desarrollar estilos de vida saludables.

Educación para la salud

- 15 Para 1990, los programas educativos de todos los Estados Miembros deberían reforzar los conocimientos, habilidades y motivaciones de la gente para lograr y mantener la salud.

Incrementar los hábitos favorables a la salud

- 16 Para 1995, en todos los Estados Miembros, deberían aumentar significativamente los comportamientos positivos para la salud, tales como la nutrición equilibrada, el no fumar, la actividad física apropiada y el manejar adecuadamente las tensiones cotidianas.

Disminuir los hábitos perjudiciales para la salud

- 17 Para 1995, en todos los Estados Miembros, deberían disminuir significativamente los comportamientos nocivos para la salud, tales como el abuso de alcohol y productos farmacéuticos, el consumo de drogas ilícitas y sustancias químicas peligrosas, la conducción peligrosa de vehículos y los comportamientos sociales violentos.

Políticas multisectoriales

- 18 Para 1990, los Estados Miembros deberían disponer de políticas multisectoriales que protegieran eficazmente al medio ambiente frente a las amenazas para la salud, que aseguraran la sensibilización y participación comprometida de la comunidad, y que apoyaran eficazmente los esfuerzos internacionales para controlar aquellos riesgos que afectasen a más de un país.

Mecanismos de vigilancia y control

- 19 Para 1990, todos los Estados Miembros deberían estar adecuadamente organizados para vigilar, evaluar y controlar los riesgos ambientales que suponen una amenaza para la salud humana, tales como sustancias químicas potencialmente tóxicas, radiaciones, bienes de consumo peligrosos y agentes biológicos.

Control de la contaminación del agua

- 20 Para 1990, toda la población de la Región debería disponer de suministro adecuado de agua potable, y para el año 1995, la polución de los ríos, lagos y mares no debería constituir por más tiempo una amenaza para la salud humana.

Control de la contaminación del aire

- 21 Para 1995, toda la población de la Región debería estar eficazmente protegida frente a los riesgos reconocidos de la contaminación atmosférica para la salud.

Seguridad de los alimentos

- 22 Para 1990, todos los Estados Miembros deberían haber reducido significativamente la amenaza a la salud que constituye la contaminación de los alimentos, y deberían instrumentar medidas para proteger a los consumidores frente a los aditivos nocivos.

Control de residuos peligrosos

- 23 Para 1995, todos los Estados Miembros deberían haber eliminado los principales riesgos sanitarios conocidos relacionados con la eliminación de residuos peligrosos.

Asentamientos humanos y viviendas

- 24 Para el año 2000, toda la población de la Región debería disponer de mejores oportunidades de vivir en casas y asentamientos que les proporcionen un entorno saludable y seguro.

Medio ambiente de trabajo

- 25 Para 1995, la población de la Región debería estar eficazmente protegida contra los riesgos para la salud relacionados con el trabajo.

Sistema basado en la atención primaria de salud

- 26 Para 1990, todos los Estados Miembros, mediante una representación efectiva de la comunidad, deberían haber desarrollado sistemas de atención a la salud que estén basados en la atención primaria y apoyados por los niveles secundario y terciario, de conformidad con los principios establecidos en la Conferencia de Alma-Ata.

Distribución racional y preferencial de recursos

- 27 Para 1990, en todos los Estados Miembros, las infraestructuras de los sistemas de prestación de servicios sanitarios, deberían estar organizadas de manera que los recursos se distribuyeran según las necesidades, y que se asegurara la accesibilidad física y económica de la población a dichos servicios, así como su aceptación cultural.

Contenido de la atención primaria de salud

- 28 Para 1990, el sistema de atención primaria de salud de todos los Estados Miembros, debería proporcionar una amplia variedad de servicios de promoción

sanitaria, curativos, rehabilitadores y de apoyo, para satisfacer las necesidades sanitarias fundamentales de la población, y para prestar especial atención a los individuos y grupos de alto riesgo, vulnerables y desfavorecidos.

Proveedores de la atención primaria de salud

29 Para 1990, en todos los Estados Miembros, los sistemas de atención primaria de salud, deberían estar basados en la cooperación y trabajo en equipo entre el personal sanitario, individuos, familias y grupos de comunidad.

Coordinación de los recursos de la comunidad

30 Para 1990, todos los Estados Miembros deberían tener mecanismos por los cuales los servicios que proporcionan todos los sectores relacionados con la salud, estuvieran coordinados a nivel de la comunidad, dentro de un sistema de atención primaria de salud.

Garantizar la calidad de la atención

31 Para 1990, todos los Estados Miembros deberían haber instaurado mecanismos eficaces que garantizaran la calidad de la atención a los enfermos en el marco de sus respectivos sistemas de servicios sanitarios.

Estrategias de investigación

32 Para antes de 1990, todos los Estados Miembros deberían haber formulado estrategias de investigación tendentes a fomentar aquellos estudios que mejoran la expansión y aplicación de los conocimientos necesarios para apoyar a sus proyectos de «Salud para Todos».

Políticas para la salud para todos

- 33 Para antes de 1990, todos los Estados Miembros deberían asegurar que sus políticas y estrategias sanitarias están en consonancia con los principios de la «Salud para Todos», y que su legislación y reglamentos hacen efectiva su implantación en todos los sectores de la sociedad.

Gestión y asignación de recursos

- 34 Para antes de 1990, los Estados Miembros deberían tener instrumentado el proceso de gestión del desarrollo sanitario para el logro de la «Salud para Todos», involucrando activamente a las comunidades y a todos los sectores implicados con la salud, y, de acuerdo con ellos, garantizando una asignación preferente de recursos a las prioridades del desarrollo sanitario.

Sistemas de información sanitaria

- 35 Para antes de 1990, los Estados Miembros deberían disponer de sistemas de información sanitaria capaces de apoyar sus estrategias nacionales de «Salud para Todos».

Planificación, formación y utilización del personal sanitario

- 36 Para antes de 1990, en todos los Estados Miembros, la planificación, formación y utilización del personal sanitario, debería estar de acuerdo con las políticas de «Salud para Todos», con especial interés sobre el enfoque hacia la atención primaria de salud.

Formación de personal de otros sectores

- 37 Para antes de 1990, en todos los Estados Miembros, los sistemas educativos deberían proporcionar información adecuada al personal de otros sectores relacionados con la salud, acerca de los planes y programas de «Salud para Todos» del país y de su aplicación práctica en sus propios sectores.

Tecnología sanitaria adecuada

- 38 Para antes de 1990, todos los Estados Miembros deberían haber establecido un mecanismo formal para valorar sistemáticamente el uso apropiado, eficacia, eficiencia, seguridad y aceptabilidad de las tecnologías sanitarias, así como su adecuación a las políticas sanitarias nacionales y a las restricciones económicas.

INDICADORES DE SALUD PARA LOS PAISES EUROPEOS

Objetivo	Indicadores de estado de salud	Información tipo(1)
1. Equidad	Desagregación de indicadores 4 al 12 por edad, sexo, arca geográfica, categoría socioeconómica.	
2. Potencial de salud	2.1. Existencia de políticas y programas de promoción de desarrollo del potencial de salud	b
	2.2.* Medida de la percepción subjetiva de la salud	c
	2.3.* Medida de la independencia en actividad de vida diaria	c
3. Potencial de salud minusválidos	3.1. Existencia de leyes y disposiciones para mejorar la vida social y económica de los minusválidos	b
	3.2.* % de personas minusválidas entre 15 y 64 años que tienen una ocupación regular	c
4. Reducción de la enfermedad	4.1. N.º de días de incapacidad por persona y año y nivel de restricción	c
	4.2. % de población con incapacidad permanente, por edades y sexos	c
	4.3. Incidencia de Tuberculosis, Enfermedades infecciosas intestinales, Hepatitis vírica, Enfermedades venéreas, Gripe	a
	4.4. Absentismo laboral por causa de enfermedad o accidente	c
	4.5.* Esperanza de vida libre de incapacidad	c
	4.6.* Incidencia y/o prevalencia de condiciones crónicas seleccionadas (enfermedades mentales, neoplasmas malignos, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorias...)	c
	4.7.* N.º medio de caries, caídas o empastes en niños de 12 años	c
	4.8.* Incidencia de enfermedades hereditarias seleccionadas y otros desordenes genéricos (talasemia, hemofilia, mongolismo, fenilcetonuria,...)	c

Objetivo	Indicadores de estado de salud	Información tipo(1)
5. Erradicación de enfermedades	5.1. Incidencia de: Sarampión, Poliomielitis, Tétanos, Tétanos neonatal, Rubéola congénita, Difteria, Sífilis congénita, Paludismo	a
6. Esperanza de vida	6.1. Esperanza de vida al nacer por sexos	a
	6.2. Esperanza de vida al año, 15, 35 y 65 años, por sexo	a
	6.3.* Años de vida perdidos por mortalidad anticipada a los 65 años	a
7. Mortalidad infantil	7.1. Tasa de mortalidad infantil (desagregaciones: área geográfica, categoría socioeconómica, peso)	a
	7.2.* Tasa de mortalidad neonatal (4 semanas)	c
	7.3.* Tasa de mortalidad postneonatal	c
	7.4.* Tasa de mortalidad perinatal	c
8. Mortalidad materna	8.1. Tasa de mortalidad materna (desagregada por edad, causa y categoría socioeconómica)	
9. Enfermedades cardiovasculares	Tasas de mortalidad por sexo y edad por:	
	9.1. Enfermedades del aparato circulatorio	a
	9.2. Enfermedades isquémicas del corazón	a
	9.3. Enfermedades cerebrovasculares	a
	9.4.* Incidencia de enfermedades isquémicas del corazón	c
9.5.* Incidencia de enfermedades cerebrovasculares	c	
10. Cáncer	Tasas de mortalidad, por sexo y edad, por:	
	10.1. Tumores malignos	a
	10.2. Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	a
	10.3. Tumor maligno del cuello del útero	a
10.4. Incidencia del cáncer del cuello del útero	c	
11. Accidentes	Tasa de mortalidad, por sexo y edad, por:	
	11.1. Causas externas de traumatismo y envenenamiento	a
	11.2. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	a

Objetivo	Indicadores de estado de salud	Información tipo(1)
	11.3.* Accidentes de tráfico de vehículos	c
	11.4.* Accidentes y envenenamientos en el hogar	c
	11.5.* Accidentes laborales	c
12. Suicidios	12.1. Tasas de mortalidad (1) por sexo y edad, por suicidio	
	12.2.* Incidencia de intentos de suicidio	

* Indicadores considerados como opcionales

(1) La fuente de información:

- a) Se encuentra normalmente disponible en registro rutinario
- b) Ha de buscarse en los textos legales del país.
- c) Requiere encuestas específicas.

Fuente: World Health Organization, Regional Office for Europe: «Targets for Health for All», 1985.

CONTESTACION
DEL
EXCMO. SR. D. JOSE ANGEL SANCHEZ ASIAIN

Excr
Excr
Señor

(
dem
tam
nal,
sup
muy
ra y

I
mo
disti
Goi
vo
ejen
dos
do
fuer
cer,
doc
mov
y c
dial

Excmo. Sr. Presidente,
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos,
Señoras y Señores.

Contestar al discurso de recepción en esta querida Academia de Medicina del País Vasco de un nuevo Académico, también para mi muy querido amigo y admirado profesional, y hacerlo, además, desde la interdisciplinariedad que supone que el que contesta es Académico de disciplinas muy dispares, es cuando menos, una experiencia innovadora y gratificante.

Porque gratificante es, y en grado sumo, participar como testigo activo en este acto de reconocimiento y honrosa distinción que hoy tributamos al trabajo infatigable del Dr. Goirienea de Gandarias. La trayectoria profesional del nuevo académico lo merece, sin duda, porque su biografía ejemplifica una notable e inusual capacidad de armonizar dos valores frecuentemente en tensión en el acelerado mundo de esta última parte del siglo XX. En primer lugar, una fuerte vertebración, continuidad, y compromiso de su hacer, que tiene como foco permanente la investigación y la docencia universitaria. Al tiempo, una clara disposición a la movilidad, entre disciplinas, Facultades, y áreas geográficas y culturales, lo que pone de manifiesto su talante abierto y dialogante, y un fuerte compromiso vocacional "interior-

mente construido", cualidades ambas imprescindibles para la supervivencia y la renovación de nuestra universidad.

Durante más de veinte años, que cubren la totalidad de su vida profesional hasta el presente, Juan José Goiriena ha ejercido la docencia y la investigación de la Medicina, mostrando siempre una marcada sensibilidad hacia ángulos de enfoque y perspectivas procedentes de otras tradiciones y profesiones: entre ellas, las de la Ciencia Económica. Finalizados brillantemente sus estudios de Licenciatura de Medicina y Cirugía en 1970, su tesis doctoral recibe las calificaciones de «Sobresaliente Cum Laude», y después «Premio Extraordinario». Se incorpora inmediatamente a las tareas docentes, y sucesivamente obtiene la condición de Profesor Adjunto de Fisiología General y Especial en la Universidad del País Vasco, y de Profesor Agregado de la misma disciplina en la Universidad de Murcia. Catedrático de Bioquímica, después, en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla. Catedrático de Biofísica con Bioestadística en la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco, y actualmente Catedrático de Fisiología en la misma Universidad. En cuanto a la investigación se refiere, 80 Comunicaciones y Trabajos en Congresos del Estado o extranjero, y en Revistas Científicas, dan también fe de su inquietud universitaria.

Su dedicación a la Universidad le ha llevado a prolongar la docencia y la investigación, aceptando, más que buscando, tareas de gobierno y gestión de la institución universitaria, habiéndose hecho cargo en varias ocasiones del Vicerrectorado de Ordenación Académica, y formado parte de numerosas comisiones universitarias, hasta llegar a su actual condición de Rector de la Universidad del País Vasco. Ha contribuido también, con su conocimiento y con su sensibilidad social, a las políticas sanitarias del País Vasco, ocupando entre 1984 y 1987 la Viceconsejería de Salud y Con-

sumo de
Gobierno

Es p
docencia
mico ha
al tiempo
académic
como un
la mejor

Y cr
inquietu
futuro, l
rias a ele
en esta
zonte d
contiene
importa
salud co
nidad),
tos de p

Desc
académic
«un tem
conveni
País Va

Y p
riguros
vimos,
la prop
reto in
cuando
tengam

Por
desarro

sumo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

Es público y notorio, que en todas estas experiencias de docencia, investigación, dirección y gestión el nuevo académico ha destacado siempre por su orientación científica y al tiempo humanística, por su entrega, y por su seriedad académica, lo que le ha llevado a tener permanentemente como un foco privilegiado de su hacer la problemática de la mejora ininterrumpida de la salud pública.

Y creo, que son precisamente esas capacidades y esas inquietudes, orientadas a la vez hacia la acción y hacia el futuro, las que han llevado al Profesor Goiriena de Gandarias a elegir como tema central de su discurso de recepción en esta Academia la cuestión de la salud pública en el horizonte del año 2000. Un discurso, acabamos de oírlo, que contiene una equilibrada síntesis de análisis, respaldada por importantes cuotas de literatura especializada, valores (la salud como bien máspreciado del individuo y de la comunidad), y elementos programáticos (objetivos e instrumentos de promoción de la salud para todos).

Desde la ilusión, y desde la sencillez expositiva, el nuevo académico nos propone con ello, como él mismo ha dicho, «un tema general, actual, de interés social», porque le parece conveniente, explica, que la Real Academia de Medicina del País Vasco inicie una reflexión sobre esa cuestión.

Y pienso, que aceptar una reflexión sobre tema de tan rigurosa actualidad y relevancia para la sociedad en que vivimos, y alcanzar a la vez el nivel conceptual que el rigor y la propiedad de la Academia exige, es una oportunidad y un reto ineludible para esta Corporación. Especialmente hoy, cuando posiblemente esté llegando un tiempo al que quizás tengamos que llamar la hora de lo Académico.

Porque en el entorno crispado en el que actualmente se desarrolla casi toda la actividad humana, lo académico

aporta nuevos valores y enriquece las apreciaciones, con una serenidad y profundidad difícilmente alcanzables cuando las decisiones han de tomarse bajo la presión de las tensiones de cada día. Ello refuerza sin duda el papel de las Academias, que si en otros momentos supieron vencer las fronteras de los saberes y de los Estados, hoy deberíamos contemplarlas como lugares de encuentro de un pensamiento libre, renovador, avanzado, que haga posible el diálogo como instrumento y como técnica del hacer científico. Porque una sociedad tensa y afectada por profundas crisis, requiere hoy más que nunca ese papel.

* * *

Desde luego el concepto de salud es tan amplio, y tan importante, que escapa a cualquier esfuerzo serio por definirlo con precisión desde una única disciplina intelectual. Como el Dr. Goiriena de Gandarias nos ha señalado, enfrentarlo al concepto de enfermedad produce un espacio neutro, donde la patología y la normalidad intercambian sus valores. Porque inconscientemente la salud se asocia con la libertad personal, en el sentido de ausencia de trabas físicas o mentales que dificultan el goce armónico de nuestra propia persona. Y porque en consecuencia, se asocia con los recursos capaces de procurarnos entornos de bienestar donde desarrollar esa armonía personal, y la asistencia necesaria en casos de dificultad.

Curiosamente, y como consecuencia de los espectaculares avances en la Biología molecular, en nuestra época se está generando la impresión de que la salud, o su ausencia, responden a una suerte de lógica determinista o fatalista, derivada de las particularidades del genoma de cada individuo. Ello debería dispensarnos de actuaciones, individuales o comunitarias, que no fueran de apoyo a los avances de las técnicas basadas en la ingeniería genética.

Frente a esta posición, sin embargo, y sin desconocer la relevancia de los nuevos datos y horizontes de la Medicina, el programa de la Organización Mundial de la Salud, del que nos ha hablado el Profesor Goiriena de Gandarias, apuesta, y apuesta abiertamente, por un modelo sanitario que coloca en el centro del mismo al individuo, con su particular estilo de vida, y a la comunidad, con sus diversas prácticas sociales y modos de relación con el entorno natural.

Es éste, sin duda, un mensaje refrescante, aunque, a la vez, sea un mensaje comprometedor, tanto para cada persona como para la sociedad en general. Porque aceptado el hecho del «individuo y de la comunidad como centro», ambos, persona y sociedad, tienen obligación ineludible de cooperar en la modificación, mediante ensayo y error, de los estilos y fórmulas de vida, en un esfuerzo conjunto por construir un sistema de salud que resulte viable en el complejo escenario de las actuales condiciones económicas, y en el marco de los nuevos valores. Y esto, no podemos olvidarlo, es uno de los más importantes problemas vitales que hoy tenemos planteados.

* * *

En este contexto, el Profesor Goiriena de Gandarias ha dejado suficientemente fundamentada la tesis de que la salud, integralmente entendida, no se deja reducir sin violencia a la biología, sino que implica también, y muy claramente, a otras disciplinas. Porque factores de naturaleza social, económica, política, e incluso cultural, juegan hoy en el campo de la salud papeles realmente importantes.

Una manifestación particularmente transparente de esa confluencia de factores se tiene en los distintos modos y grados de organizar el acceso a los cuidados médicos, y también en la presencia (o lo que no es infrecuente, en la ausencia) del médico en las más variadas instituciones, in-

cluso en aquellas que aparentemente no exhiben la etiqueta médica, sino, quizás, la política, o la cultural, pero de cuyas actuaciones se derivan impactos de primer orden para la salud. Por ello algunos autores han llegado a señalar que «el cuidado y los servicios de salud son actos de filosofía política», por cuanto incorporan valores, instituciones, demandas, y prioridades sociales.

En condiciones de normalidad, esos componentes intangibles de sistemas como el de la salud, quedan ocultos tras el manto abigarrado de estructuras y políticas más visibles, pero en situaciones de crisis o de necesidad de cambio radical, esto es en situaciones como la actual, salen a la superficie, constituyéndose en espacio de confrontación y de negociación entre los diversos actores sociales, que presionan en direcciones opuestas para dar forma específica al sistema emergente que desean imponer.

Creo sinceramente, que en estos momentos nos encontramos en una de esas situaciones de encrucijada, donde es preciso elegir camino en relación con muchas cuestiones que afectan a la política sanitaria. Y creo también, que las decisiones que se adopten, las que se están adoptando ya, condicionarán de manera fundamental los niveles de salud y de satisfacción de ese derecho social a la salud en las próximas décadas.

* * *

La Organización Mundial de la Salud ha formulado un ambicioso programa de mejora de la salud de todos los segmentos de la población. Algunos de sus objetivos se resumen, plásticamente, en formulaciones tales como «equidad en la salud», «sumar salud a la vida», «añadir vida a los años», o «añadir años a la vida». Los instrumentos para su consecución son muy variados, y van desde las políticas públicas sectoriales y multisectoriales, a la colaboración comunitaria (empezando por la familia y otros grupos prima-

rios), pasando por el sistema educativo, y los medios de comunicación. Otros instrumentos son la empresa, las comunidades locales, el individuo, y por supuesto el propio sistema sanitario, incluyendo la red asistencial primaria, los centros de formación e investigación sanitaria, las instituciones hospitalarias, y los centros de salud pública y de control de las enfermedades, esto es un amplio abanico institucional, expresión de todos los espacios en que se organiza la vida social hoy.

Si a la vista de ello hubiera que destacar las grandes líneas de los retos del presente y las herramientas a utilizar, me atrevería a sugerir ahora, desde luego desde la exclusiva óptica de un economista que se asoma con curiosidad científica a un mundo tan conectado con el suyo, me atrevería a sugerir digo que lo que se precisa con mayor urgencia es romper la inercia heredada de un contexto bien distinto, ya superado, aunque para ello no tengamos más remedio que hacer un importante esfuerzo de imaginación y de creatividad.

Añadiría, que es necesario definir cuanto antes una estrategia integrada de la salud, superando el proceso de abordar los problemas de forma parcelada, asociados en bastantes casos a la división administrativa del trabajo en el sector público entre ministerios y departamentos.

Y sugeriría, que fijemos como prioritario no trasladar tanto al Estado el cuidado de áreas que en realidad deberían estar sometidas al control y a la responsabilidad del propio individuo, de la familia, de las instituciones educativas, de la empresa, los Ayuntamientos o las comunidades locales. Porque todos son, deben ser, actores de la promoción de la salud. No sólo lo es el Estado, quien, por otra parte, debería evitar la tentación de resolver con fórmulas administrativas las necesarias reformas del sistema sanitario. Porque la participación auténtica de los interesados, y no sólo la consulta simbólica o cosmética, parece condición "sine qua

non" del éxito. Y he empleado el plural, «reformas», porque estoy convencido que cuando se trata de alterar estructuras e instituciones que afectan a bienes tan preciosos y tan delicados como la salud, hay que minimizar las consecuencias de los inevitables errores, derivados de implantar nuevos modelos mediante cambios diseñados de una sola vez.

* * *

En estos momentos, son muchos los países en los que se está planteando el Debate Sanitario. Los temas centrales objeto de reflexión están siendo la reducción de los costes, la garantía de la equidad en el acceso a los cuidados médicos, la distribución de los mismos en relación a las necesidades, y la participación cada vez más obligada de la medicina preventiva y conservadora frente a la nueva exaltación de la sanidad.

Pero en casi todos los casos los esfuerzos están respondiendo a una especie de filosofía reactiva, que fundamentalmente se traduce en hacer frente a la explosión de los costes, asociados siempre a la universalización del derecho a la salud, y al salto de escala en el desarrollo tecnológico de la Medicina.

Esa actitud, puramente reactiva, está generando con frecuencia, dentro del complejo panorama económico-ético-tecnológico y social en que se desarrolla, situaciones de incomodidad y desasosiego, y a veces de crispación. Porque los que tienen la «responsabilidad de gobierno» se ven en muchos casos llevados a adoptar con urgencia medidas, a definir estructuras, sin un previo debate de horizontes abiertos, y desde luego sin la necesaria globalización, impidiendo con ello un razonable desplazamiento hacia adelante de las fronteras del cambio, y encajonando el futuro de nuestra salud en el mínimo número posible de grados de libertad.

Fren
na dud
clima p
versal,
gan alg

Sin
esa dis
propia
sanitar
no del
sofías
dos er

Co
distrib
salud,
O ent
acord
grupo
vida e

C
nos p
trativ
de ur
de ca
de p
pasar
rarar
de r
estilo

F
gesti
obvi

Frente al peligro que ello comporta, yo no tengo ninguna duda de que la única manera de reaccionar es crear un clima propicio a una reflexión general sobre la salud, universal, multidisciplinar, donde participen todos los que tengan algo que decir.

* * *

Sin mayor pretensión que la de acarrear materiales para esa discusión y ese debate, me pregunto, siempre desde mi propia disciplina, desde la economía, si el nuevo modelo sanitario, que deberíamos estar definiendo ya entre todos, no debería descansar en principios más coherentes con filosofías y con enfoques y soluciones que están siendo aplicados en otros campos con probada eficacia.

Como una necesaria revolución en las actitudes, que distribuye la responsabilidad entre todos los actores de la salud, desde el individuo hasta las instituciones mundiales. O entre agentes públicos y privados. Siempre desde luego acordando un peso fundamental al propio individuo y a los grupos primarios y secundarios en los que desarrolla su vida diaria.

Como el necesario cambio en los instrumentos, lo que nos permitiría pasar de la primacía de las fórmulas administrativas, a su equilibrio con la realidad, y a la contribución de una amplia variedad de asociaciones privadas, revestidas de capacidad para participar directamente en la elaboración de políticas públicas sanitarias y de salud. Es decir, para pasar a una política sanitaria integrada, a la que se incorporarán aquellas instituciones y agentes que tengan capacidad de modelar el entorno natural y social, y de influir en los estilos de vida de los ciudadanos.

Haría falta también una revolución en los modos de gestionar y organizar la prestación de servicios sanitarios, obviando la con frecuencia estéril contraposición entre pú-

blico y privado, ideando en su lugar fórmulas que incorporen elementos de ambos.

Y se necesitaría, por encima de todo ello, que el conjunto de los ciudadanos pudieran tener ocasión de conocer, de debatir, y en cierto modo hasta de participar en la decisión, sobre qué modelo sanitario quieren, cuáles son sus beneficios, y cuáles sus cargas y efectos indeseados. Porque si como quiere la Organización Mundial de la Salud, los individuos son actores centrales de la nueva filosofía de la salud, deberían también estar legitimados para ser actores, y no meramente súbditos o destinatarios, de los modos de organizar una esfera tan valiosa e irremplazable como es la promoción de la salud.

Está llegando posiblemente por ello la hora de que la sociedad como tal reflexione sobre este problema con la contribución de instituciones especializadas funcionalmente en la reflexión: La Universidad. Las Academias. Quizá las Fundaciones.

* * *

En todo caso, estoy seguro que un enfoque interdisciplinar de las grandes cuestiones conectadas con la salud, realizado por especialistas en las diferentes facetas del problema, permitiría alcanzar formulaciones realmente precisas y útiles. Y me pregunto, si de alguna manera no corresponde a esta Real Academia de Medicina del País Vasco plantearse en toda su extensión el verdadero sentido social, al menos en nuestra Comunidad, de la salud del año 2000. A través de un debate de carácter progresivo, permanente, que intentará alejarse en lo posible de lo que antes he identificado como enfoque reactivo frente a los problemas de salud.

Un debate que centrara sus consideraciones encardinándolas en grandes ejes de reflexión. Por ejemplo, y siempre desde la óptica de alguien ajeno a la materia pero con interés intelectual en la solución del problema:

Debatiendo hasta dónde pueden y deben evolucionar las diferentes subculturas de tipo participativo (individuo, familia, comunidad) en la percepción y sustantivación de los niveles y modalidades de salud, enfermedad, o educación sanitaria.

Debatiendo el papel de la función social del médico, de la asistencia facultativa personalizada, del derecho a la información médica. Y hasta dónde el médico puede y debe intervenir en la distinción entre generosidad y despilfarro, tanto en las tecnologías de aplicación médica, como en los niveles y umbrales de prescripción.

Contemplando los criterios y niveles de adjudicación de los recursos económicos disponibles por los diferentes grupos sociales al perfeccionamiento de la calidad de las prestaciones y disponibilidades sanitarias.

Debatiendo sobre la evolución de los criterios éticos del desarrollo y aplicación de lo que ya se empieza a llamar la «Industria de la Salud», la más importante hoy en día después de la del armamento.

Debatiendo los sistemas y modalidades de gestión más adecuados de los recursos sanitarios, y la priorización de los umbrales de solidaridad y calidad de salud y bienestar, en función de los niveles generales de la economía de un grupo social.

Un Debate sobre estos grandes ejes requeriría, como antes decía, la participación de expertos y protagonistas de muy diferentes disciplinas y culturas. Pero nos llevaría a una concienciación más participativa y más eficiente sobre las implicaciones y necesidades reales que todas las sociedades del mundo, y nuestra Comunidad en particular, deberán afrontar en el año 2000.

* * *

No tengo ninguna duda de que todo esto se puede hacer. Porque estoy profundamente convencido de que, al final, el motor de la inquietud por mejorar las condiciones de vida de nuestros contemporáneos, y del proceso por encaminar el curso de los acontecimientos históricos hacia horizontes más abiertos, es el temple moral de las personas y de las Corporaciones, y su proyección en la esfera social y política.

Siempre que tengamos en cuenta que ese objetivo hay que conquistarlo cada día, cada momento, en cada oportunidad, frente a la problemática cotidiana, modelando, en este caso, la personalidad del nuevo Sistema Sanitario que deseamos establecer, en lucha contra esquemas anquilosados de comportamiento, y templando nuestras razones en la plataforma de la reflexión. Porque la reflexión, y el debate basados en el diálogo racional, proporcionan un conocimiento profundo de los problemas con los que afrontar con ventaja los pequeños retos de cada día, y con entusiasmo los grandes retos que nos aguardan en el futuro. Pienso por todo ello que deberíamos enfrentarnos cuanto antes a un gran debate sobre nuestro esquema sanitario para afrontar con eficacia el reto de conseguir mejores niveles de salud y convivencia.

* * *

Nada más puedo añadir desde mi modesta competencia. Un refrán popular dice que más vale salud que dinero. Pienso sin embargo que debiéramos llegar a un serio compromiso entre ambas prioridades. Pero un compromiso global, solidario, y recíproco. Un compromiso entre todos, y para todos. Un compromiso en el que la racionalidad no pretenda dominar los sentimientos ni éstos preterir la reflexión razonada. Un compromiso, en suma, saludable.

Un compromiso surgido de un profundo debate permanente, iniciado precisamente a partir de la sugerencia que acaba de hacernos el Dr. Goiriena. Al que yo, para terminar, quiero felicitarle por su incorporación a esta Academia y recordarle la responsabilidad que ello supone para con la sociedad.

Muchas gracias.

Depósito legal: BI-1431-92

Imprime: A.G. RONTEGUI - Avda. Ribera de Erandio, 4 - 48950 ERANDIO (Bizkaia)