



REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE DE RECEPCIÓN
COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE

DISCURSO DE INGRESO

LA SALUD Y SUS CONDICIONANTES,
UN RETO COLECTIVO

POR EL

Dr. D. Rafael González Tovar



DISCURSO DE PRESENTACIÓN

POR EL

Ilmo. Sr. Dr. D. Tomás Vicente Vera



9 de diciembre de 2021

MURCIA



DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE,
CELEBRADA POR LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 9 de diciembre de 2021

Discurso de ingreso

por el

Sr. Dr. D. Rafael González Tovar

‘La salud y sus condicionantes, un reto colectivo’

Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Tomás Vicente Vera

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

Edita:



*Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia*

Realización y producción:

Juana Alegría (juanalegriagarcia@gmail.com)

Depósito Legal:

MU-1239-2021

Índice:

• Discurso de presentación	7
• Discurso de ingreso:	
La salud y sus condicionantes, un reto colectivo	13
1. Preámbulo.....	19
2. La salud y sus condicionantes, un reto colectivo	23
3. Conclusiones	45
4. Bibliografía	49

Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

Excelentísimo presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

Excelentísimas e ilustrísimas autoridades.

Excelentísimos e ilustrísimos académicos.

Queridos colegas médicos.

Señoras y señores.

Quiero agradecer a la Junta de Gobierno y al presidente de esta Academia el honor y privilegio al designarme para realizar el discurso de presentación del doctor González Tovar.

Hoy la Academia abre sus puertas y se viste de gala para acoger a un nuevo académico correspondiente, vigor nuevo que nos regocija y colma de orgullo, pues la talla del doctor González Tovar así lo merece.

Rafael González Tovar nace en la localidad de Alquerías (Murcia), población que se encuentra en el último tramo de la Vega Media, colindante con la Vega Baja del Segura. En este terreno estuvo en tiempos de los romanos la antigua ciudad de Vergilia de los bastitanos, y el río Thader o Segura rodeaba sus ruinas.

Seguramente esos ancestros, base de la organización política actual de la mayoría de los estados modernos, influyeron en su forma de entender la sociedad y las libertades, y le hicieron ser un hombre con vocación de servicio. Pero, probablemente, fuera la directora de su instituto Alfonso X el Sabio de Alquerías, doña Ana y su claustro, quienes sembraran con sus enseñanzas, y dentro de un ambiente liberal, la semilla que marcaría el resto de su vida: su vocación política.

El Dr. Rafael González Tovar es licenciado en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Es especialista en

Medicina Familiar y Comunitaria, y especialista en Gestión de Áreas Sanitarias por la Universidad de Valencia. Su labor asistencial la ha compatibilizado con su actividad política y muestra un amplio recorrido por toda la región (Caravaca, Cehegín, Calasparra, Jumilla, Puerto Lumbreras, Moratalla, Blanca y Archena, siendo su último destino previo a la jubilación Puente Tocinos, centro perteneciente al Área de Salud VII y al Reina Sofía, hospital con el que siempre se ha sentido especialmente vinculado).

Ha mostrado una vocación como médico que siempre ha emergido cuando sus responsabilidades políticas lo permitían. Él se siente muy orgulloso de su labor asistencial y, lo que es más importante, sus pacientes lo recuerdan como una gran médico y una gran persona, siempre dispuesto a la atención continuada. Aún en la actualidad, en sus periplos por la Región, recibe el cariño y la cercanía de sus antiguos paciente.

No mencionaré el resto de sus méritos curriculares, pues ya han sido evaluados por el comité de esta Academia, que aprobó por unanimidad su nombramiento.

Permítanme que sí lo haga en relación a su faceta como persona, distinguida por la vocación de entrega y servicio a la sociedad, y que lo haga enumerando algunos aspectos de su gestión que han influido de forma determinante en la política sanitaria de esta Región.

El nuevo académico fue nombrado en los años previos a las transferencias sanitarias (1990) director de Gabinete del exconsejero y querido amigo, doctor Lorenzo Guirao. Posteriormente, fue director general de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En esta época –y como él relata en su discurso– se diseñaron las bases para el posterior desarrollo de lo que sería el actual Servicio Murciano de Salud, y se elaboró el primer plan de salud de la Región de Murcia (1996). El destino quiso que años después (1997), y con estas bases iniciales, me tocara trabajar en la recepción de las transferencias sanitarias definitivas a la Región de Murcia como gerente del Servicio Murciano de Salud. Transferencias que se planearon y diseñaron desde un gobierno socialista y que asumió un gobierno conservador.

La amistad, el respeto mutuo y la colaboración siempre estuvieron presentes, reto que emplazo a los responsables políticos actuales.

El doctor González Tovar tiene una visión social que traslada a la sanidad en sus acciones y promulgaciones, desprendiéndose de su discurso las siguientes reflexiones:

Entiende que el derecho a la sanidad debe ser universal y que deben primar las políticas igualitarias con posibilidad de acceso de todos los estamentos sociales. Los recursos son de los ciudadanos, defiende y promulga el derecho a la salud como un derecho inherente al propio individuo. La igualdad de sexo y su trato deben ser un logro universal.

A modo de ejemplo, les comento los datos de recientes estudios sobre la atención y diagnóstico del infarto agudo de miocardio entre mujeres y hombres, que mostraron diferencias significativas en contra del sexo femenino en el diagnóstico y manejo terapéutico de esta patología. Quizás, uno de los factores influyentes en este resultado es que tradicionalmente la patología coronaria ha sido considerada como una enfermedad que afectaba fundamentalmente a los hombres. En la actualidad, los responsables políticos tienen un recorrido efímero en su carrera y están más preocupados por el impacto de acontecimientos puntuales y en tiempo real (como la inauguración de un nuevo hospital o la aplicación de un nuevo procedimiento terapéutico), aunque el receptor sea un pequeño colectivo de pacientes. No se establecen políticas a largo plazo con implicación de todos los estamentos sociales, no se emprenden programas duraderos en la prevención, como es la educación en el cese de hábito tabáquico con campañas actualizadas que implique nuevas metodologías e incluyan medios audiovisuales y redes sociales, con los que la juventud tenga una visión actualizada del problema más importante de salud mundial y que como factor de riesgo cardiovascular puede ser evitable.

Otra faceta muy destacable en el nuevo académico es su aspecto solidario. Ha colaborado con diversos colectivos y organizaciones ciudadanas, tratando de impulsar la participación y el fortalecimiento del tejido social.

En el plano humano, el nuevo académico es una persona culta,

amante de la música en todas sus dimensiones, seguidor de los Beatles desde antes de que fueran famosos, de cantautores españoles, Sabina, Ana Belén y tanto otros, donde se ve reflejado en muchos de sus temas y pensamientos. Como cantaba Alejandro Sanz:

*Si por su manera de pensar la llaman loca,
que me llamen loco a mí también, mucho mejor,
y les gritaré que no quiero ser como ellos.
La gente que piensa que ella está completamente loca
que me llamen loco a mí también.*

Amante y defensor de su familia, a la que adora: su esposa Inma, su gran amor; su hermana Lola, y sus padres, de los que aprendió la actitud en la vida.

Quizás por eso, por los valores que te infundió tu familia, tengas tanto cariño a las moreras de tu casa de Alquerías: «Árbol de tronco recto», caminar recto en la vida sin flanquear los retos. La morera, símbolo de reposo en la benevolencia de su copa protectora, forma parte de tu paisaje interior, de tus recuerdos de niñez plena y, lo que es más importante, lo que tus propias hijas, María y Diana, me han relatado: «*Mi padre es para nosotras ejemplo de vida, alegre, divertido, eterno viajero, pleno de inquietudes. Nos ha enseñado los conceptos de libertad, igualdad y justicia*».

La misma percepción relatan sus amigos, en contra del refrán cervantino: «*Tanto vales, cuanto tienes*» (El Quijote II 43), en el Dr. González Tovar podemos decir: «*Dime cuántos amigos tienes y te diré lo que vales*», pues el nuevo académico es millonario en lo importante, la amistad. Sus amigos lo definen como un hombre generoso, comprometido y con una enorme capacidad de trabajo.

Permítanme que me dirija al nuevo académico con la cercanía de una amistad sincera y fortalecida con los años. Rafael, la academia se congratula enormemente de tu incorporación, recibe mis felicitaciones más sinceras para ti y para toda tu familia, especialmente a tus cuatro nietos que son tu legítimo orgullo.

Discurso de ingreso

**‘La salud y sus condicionantes,
un reto colectivo’**

por el

Dr. D. Rafael González Tovar

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

*A Rafa, Lola, Candela y Santi
destinatarios de este futuro.*

A Inma y a mis hijas María y Diana.

A mi familia, amigos y amigas.

Las peores epidemias son, sin duda, las morales.

Albert Camus
La Peste

1. Preámbulo

Excma. Sra. Presidenta de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia, Doña María Trinidad Herrero Ezquerro.

Ilustrísimos Académicos y Académicas.

Queridos amigos y amigas.

Señoras y Señores.

Quiero empezar manifestando que hoy me siento inmensamente feliz al haber tenido el honor de ser distinguido con el nombramiento de Académico Correspondiente de esta respetable y querida Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. Por ello quiero expresar mi sincero y profundo agradecimiento a la Excelentísima Sra. Presidenta Dña. María Trinidad Herrero Ezquerro y a los Ilustrísimos Académicos, D. Tomás Vicente Vera y a mi profesor y admirado D. Enrique Viviente López por proponerme para este nombramiento, dándome la oportunidad de participar en la interesante labor de esta prestigiosa y bicentenaria institución.

También quiero dar un agradecimiento muy especial a cuantas personas han formado parte de mi vida, con mayor o menor intensidad, pero de las cuales siempre he recibido enseñanzas, impulsos y, lo más importante, cariño, ese combustible básico que hace que nuestro caminar sea más positivo y placentero. Gracias a los profesores de mi vida en mis distintas etapas sin cuyas enseñanzas y vivencias hubiera sido imposible ser la persona que hoy soy. Permítanme una

menCIÓN especial a mis profesores de la sección delegada del Instituto Alfonso X el Sabio, de Alquerías, mi pueblo, que estrenó instituto y permitió, con un equipo de profesores entusiastas capitaneados por la directora Ana García Navarro que pasáramos desde un ambiente rural y aislado a abrir nuestras miras a espacios más abiertos y culminara, en un fin de bachillerato elemental, con un viaje magnífico que nos hizo cruzar toda España y Francia hasta llevarnos a París y casualmente coincidir con los acontecimientos de Mayo del 68 aunque solo fuera desde las ventanillas del autobús que nos trasladaba y evitaba las zonas conflictivas, especialmente los alrededores de la Sorbona. Gracias a la “Señorita Ana”, y a todo su equipo de profesores por todo, vuestra enseñanza me marcó para siempre.

Y, por supuesto, gracias a mis amigos y amigas por todo lo que he recibido y por tantas cosas y vivencias compartidas. Gracias por estar siempre ahí.

Gracias a cuantas personas han formado parte de mis equipos, de mis proyectos, de mi vida como estudiante, como médico y como político. Gracias a quienes me han aportado tanto, en el acuerdo y en el desacuerdo, pero que siempre me han hecho aprender, crecer y avanzar.

Y gracias a mi familia, a mi hermana Lola, desde hace tantos años madre, por sus atenciones, sus mimos y su amor, por el papel tan principal que ha representado en mi vida. A mis cuñadas por hacer siempre familia y a mis yernos Santi y Agus por tantas buenas vivencias juntos. Gracias a mis hijas, por ser como son, tan íntegras, tan comprometidas, por hacerme sentir orgulloso de ellas cada día de mi vida y por esos cuatro regalos de alegría, mis nietos y nietas, que han dado tanto impulso y amor a mi vida.

Y, por último, y no en importancia, gracias Inma, la mujer de mi vida, mi compañera y el motor imprescindible en mi existencia. Gracias por estar siempre ahí, por compartir proyectos siempre, por hacerlos nuestros y gracias por tu amor sin el que me hubiera sido imposible avanzar.

Quiero también, en este momento tan emotivo para mí, tener un recuerdo para quienes nos han dejado por esta terrible pandemia del COVID-19, compañeros y amigos que sabiendo el riesgo que asumían, estuvieron en primera línea combatiendo al virus hasta el final. Mi solidaridad con sus familias, compañeros de trabajo y con quienes han padecido la terrible enfermedad en sus distintos grados.

La sociedad ha padecido un gran ataque con un agente del que desconocíamos tantas cosas que, en muchos casos, hubo que improvisar y poner al máximo todas las alarmas y todos los medios a nuestro alcance. De las lecciones aprendidas algunas se mencionan en este discurso, pero quiero manifestar, sobre todas, mi orgullo por el funcionamiento de nuestro sistema sanitario, de sus profesionales, por el trabajo de la ciencia en la investigación y consecución de la vacuna y porque España disponga hoy de una cobertura de vacunas modélica gracias al esfuerzo colectivo que hoy quiero agradecer públicamente ante esta Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia.

2. La salud y sus condicionantes, un reto colectivo

Como profesional, como usuario y como político he tenido la oportunidad de tener contacto con personas que se han parado a mirar el sistema sanitario con mirada amplia y que me han permitido ver el verdadero motor del milagro diario que supone que la sanidad pública sea universal, gratuita y de calidad y que me lleva a la convicción personal, ideológica, política, democrática y ciudadana de que, **para vivir bien, para vivir felices y sanos no hay otra opción que entendernos como comunidad.**

Coincido con **Marta Sibina** cuando afirma “*siento orgullo de nuestros centros sanitarios y me siento partícipe de su existencia. Los miro con esperanza porque esos edificios me ayudan a mantener viva la sensación de formar parte de una sociedad que ha decidido que vale la pena que nos cuidemos los unos a los otros*”. Y cuando nos marca un objetivo que hago mío: **pensar, buscar y advertir el valor profundo de lo que está hoy en juego**⁽¹⁾.

Es una evidencia que a lo largo de la historia siempre se ha intentado responder a una pregunta: ¿Qué es la salud? ¿Es un bien individual o social?.

El denominador común de todas las definiciones de salud que manejamos es considerar la salud como un bien individual, derecho universal reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948⁽²⁾, más allá de que tenga condicionantes de todo tipo y que impliquen a la colectividad en su cuidado. Sin embargo, se hace necesario también un abordaje que piense la salud como un bien colectivo

de cuyo cuidado también ha de responsabilizarse a dicha colectividad o comunidad⁽³⁾.

Y es esta visión de colectividad la que sí se ha desarrollado a la hora de pensar qué políticas e intervenciones son las que tienen mayor capacidad para mejorar la salud de las personas y las poblaciones. Y en este enfoque es clave analizar cómo hemos de abordar los grandes problemas de salud y si consideramos a los individuos o a las poblaciones como sujetos de desarrollo de las políticas de salud.

En un mítico artículo publicado en el *International Journal of Epidemiology*⁽⁴⁾ Geoffrey Rose plantea que la manera de enfermar de los individuos y de la poblaciones eran diferentes y que tenían que ser analizadas de maneras distintas; y a su vez, defendían que los abordajes desde la salud pública no deberían basarse en actuar sobre los individuos o grupos de individuos con alto riesgo de presentar un resultado adverso de salud, sino que deberían llevarse a cabo actuaciones universales que lograsen disminuir el riesgo de la población en su conjunto, desplazando la curva de riesgo hacia lugares más saludables. Es decir, antes que buscar a las personas que ingieren altas cantidades de bebidas azucaradas para llevar a cabo medidas que disminuyan su consumo, deberíamos plantear medidas que desplazaran a la totalidad de la población hacia consumos de menor riesgo como, por ejemplo, la implantación de un impuesto a dichas bebidas que, a pesar de su impacto variable, desplazará a la totalidad de la población hacia consumos de menor riesgo. Otro ejemplo sería el de actuar para promover la actividad física en personas con alto riesgo cardiovascular construyendo una gran red de carriles bici con seguridad e incentivos para su utilización por parte del mayor porcentaje posible de población.

Y es, precisamente, en esta complementariedad de las visiones individuales y colectivas de la salud donde he ido desarrollando mis actividades profesionales y mis anhelos sociales, pasando de la consulta a la política y de esta a la consulta de nuevo.

En este aspecto hay un momento clave en mi vida profesional al pasar, después de 10 años de trabajo en la consulta médica de aten-

ción primaria, al equipo de la Consejería de Sanidad que capitaneaba el también médico el Dr. Lorenzo Guirao, primero como su *Director de Gabinete* y posteriormente como *Director General de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*.

Eran los comienzos de los años noventa, con retos cuantiosos y muy importantes para nuestra sanidad regional.

La asistencia sanitaria dependía del INSALUD, Instituto dependiente del Gobierno Central y la planificación y la salud pública dependían del Gobierno de la Región de Murcia lo que obligaba a coordinar ambas administraciones en un momento de cambio profundo del sistema sanitario después de la Ley General de Sanidad de 1986, de Ernest Lluch.

Era el momento de definir las estructuras fundamentales que debería tener en el futuro nuestro sistema sanitario, diseñar la gestión del mismo, crear las áreas de salud, evaluar los recursos humanos necesarios, la ordenación funcional del sistema sanitario, etc. Para empezar ese trabajo se desarrolló la puesta en marcha del **Servicio Murciano de Salud**⁽⁵⁾ para que, en un futuro, todavía sin definir, asumiera las transferencias de sanidad para nuestra Comunidad Autónoma. Se planteó como objetivo elaborar una **Ley de Salud de la Región de Murcia** que se publicó el 26 de julio de 1994⁽⁶⁾ y se elaboró de forma totalmente participada el primer **PLAN DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA 1993-1996**⁽⁷⁾. Para la realización del análisis de situación y fijación de objetivos se basó en el Modelo Lalonde en el cual los determinantes en salud (biología humana, estilos de vida, medio ambiente y sistema de cuidados) condicionan el nivel de salud de una población medidos en términos de mortalidad y morbilidad.

El Plan se situó en un nivel estratégico y establecía las grandes líneas que debían ser desarrolladas por las estructuras correspondientes tanto dentro como fuera del sector sanitario y con un horizonte temporal de cuatro años 1993-1996. Y ese fue, sin duda, el gran reto del Plan, la coordinación de todas las administraciones y sectores implicados para el logro de unos objetivos comunes a un ritmo ajustado a las dinámicas en las que se encontraba la Región en un momento

en que había tanto por hacer (desarrollo autonómico, transferencias, políticas comunitarias, etc.).

Y así, por decreto 154/1993 de 30 de diciembre de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales se creó la **Comisión Regional para el Desarrollo y Seguimiento del Plan de Salud de la Región de Murcia**, que tuvo el honor de presidir por delegación del Consejero de SANIDAD hasta el final de legislatura.

En esa comisión estaban representados el INSALUD, el Ministerio de Educación y Ciencia, el Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente, la Universidad de Murcia y la Federación de Municipios de la Región. Asimismo, en el ámbito de la Administración Regional se encontraban representadas la Consejería de Medio Ambiente, la de Agricultura, Ganadería y Pesca, la Consejería de Política Territorial y Obras Públicas, la Consejería de Cultura y Educación y la propia Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales⁽⁸⁾.

Ciertamente, fue todo un reto asumir esa tarea tan ambiciosa y compleja pues era una experiencia inédita y apasionante y con pocas referencias en el exterior de nuestra Comunidad Autónoma.

La definición de bases adoptada en nuestro Plan de Salud fue entre las diversas opciones existentes, la más globalizadora e integradora, de modo que al contrario que otros planes regionales de salud aquí se abarcaban todos los aspectos y sectores que podían influir sobre los objetivos y no solamente el sector sanitario.

Como ya había advertido Lalonde y otros autores en diferentes estudios, actuábamos convencidos de que el papel de la sanidad en el conjunto de los estados de salud de la población es relativamente modesto siendo más importantes otros determinantes de tipo medioambiental o socioeconómico.

Permítanme que de entre los 104 objetivos del Plan de Salud 93-96 resalte algunos de los más importantes de los conseguidos, o en los que se avanzó de forma considerable, que me hacen sentirme especialmente orgulloso:

- Puesta en marcha del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Región de Murcia en mujeres de 50-65 años.

- Vacunación universal ante hepatitis B con vacunación anual de 17.000 niños de 11 años en toda la Región.
- Extensión del nuevo modelo de APS a todo el sistema sanitario con la constitución del 100% de los Equipos de Atención Primaria.
- Elaboración del Proyecto de Ley de Salud de la Región de Murcia aprobado por el Consejo de Gobierno el 25/2/1994 y convertida por nuestra Asamblea Regional en Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia el 26 de Julio.
- Elaboración del Plan Regional de Drogas.
- Elaboración y puesta en marcha de diversos programas de actuación (Programa de Hipertensión Arterial, de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix para abarcar a las mujeres de 25-64 años, programa de Atención al Diabético, al Enfermo de EPOC, Programa de Salud Mental, Programa de Prevención y Control de SIDA, Programa para la Erradicación de la Brucelosis Bovina, Caprina y Ovina en la región de Murcia, Programa Integral de Intervención sobre el Hábito Tabáquico, Programa de Intervención en materia de Discapacidades y Minusvalías (términos hoy superados afortunadamente), entre otros, así como objetivos en promoción de salud, salud laboral, alimentación, aguas potables, residuales y recreativas, accidentes de tráfico, ruido y radiaciones, etc.

Quedaron, obviamente, muchas cosas por hacer, otras hilvanadas y muchas pendientes, pero el esfuerzo mereció la pena, desde el análisis de situación hasta el compromiso de los objetivos a cumplir.

Aquella experiencia me reafirmó en una intuición personal que se hacía para mí cada vez más evidente y que coincidía con la conocida posición de Rudolf Virchow *“la medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina a gran escala”*.

El sistema sanitario actúa, en el mejor de los casos y según reconocidas opiniones, como un taller de puesta a punto de la persona, pero obvia que, una vez fuera del sistema, es preciso que la persona

tenga herramientas, recursos y capacidades para poder evitar la enfermedad.

Es más allá de la sanidad donde se juega la gran parte de la salud, y debería recibir más atención y protagonismo. Aceptemos que, logrado un cierto nivel de bienestar colectivo, la aportación del sistema sanitario a la salud de la población es más bien reducida.

En un estudio publicado en 2019 por Kaplan y Mistein se estimaba que la aportación del sistema sanitario a la salud total de la población era de un 10%⁽⁹⁾, cálculo coherente con estimaciones realizadas con anterioridad, que situaban esa cifra entre el 10% y el 20%.

El resto de la salud se podría atribuir a la situación socioeconómica y condiciones ambientales (ambas en mayor proporción) y a las características genéticas del individuo. Es en estos otros ámbitos donde es probable que las políticas públicas tengan tanta o más capacidad de generar salud que los propios sistemas sanitarios.

Sin embargo, no podemos caer en el error de que el sistema sanitario no tenga nada que decir en la salud de la población y que no sea un activo muy importante para la salud de la comunidad.

Es más, **defiendo que debe ser el sector sanitario quien ejerza el liderazgo de todas las acciones y estrategias conducentes a la producción y conservación de salud.**

Pero vayamos a valorar el considerado como determinante más influyente para la salud, **los hábitos de vida** (43% según Lalonde), que nos lleva a decidir que el lugar más importante donde deben actuar las políticas de salud es precisamente ahí, en los hábitos de las personas.

Fumar, consumir alcohol y otros tóxicos, hacer ejercicio, qué tipo de alimentos consumir, el uso del preservativo en las relaciones sexuales, todos ellos serían hábitos que parten de la decisión individual de llevarse a cabo o no y para los cuales existe un vínculo conocido entre su práctica o no con determinadas enfermedades.

Por otro lado, otras visiones más colectivistas plantean que no son las decisiones individuales libres y racionales las que determinan los hábitos de vida sino las condiciones sociales en las que estos se gestan

y desarrollan; de este modo, que de forma sistemática las personas desempleadas fumen o beban alcohol en mayor porcentaje que las empleadas, que las personas de bajo nivel socio económico sean más sedentarias y lleven a cabo una alimentación menos saludable que las de nivel socio económico más alto, tienen importantes condicionantes.

Todo sugiere que no serían temas encuadrados simplemente en la decisión individual, sino que partirían de unas condiciones que “incentivarían” o “primarían” más unas decisiones frente a otras.

Por tanto, no parece que sea posible enunciar esa capacidad de decidir desde la individualidad, de modo que la transición de las políticas centradas en los hábitos de vida a las centradas en las condiciones de vida es necesariamente una transición desde las políticas liberales de énfasis personal a las más colectivistas de énfasis comunitaria.

Es, pues, sobre estas condiciones sociales sobre las que habría que actuar si queremos conseguir un mayor nivel de salud de nuestra sociedad.

Todo es salud. La tristeza, los problemas laborales, el lugar en el que vives, la densidad ósea de tus huesos, la estructura de clases de la sociedad, el carril bici, la analítica de empresa, las vacunas, las no vacunas, el niño inquieto y el padre inquieto, etc., así pues, **hoy vemos que la salud se ve condicionada por unos determinantes sociales, ambientales y comerciales que influyen sobre ella de forma determinante.**

Una visión y una estrategia que aúnan los condicionantes sociales de la salud como algo transversal a las diferentes dimensiones de la sociedad son lo que se ha venido a denominar “*Salud en Todas las Políticas*”⁽¹⁰⁾. Se trata de un enfoque que considera la importancia y las repercusiones sobre la salud de todas las políticas que se desempeñen más allá del ámbito de lo puramente sanitario y de salud pública. La evaluación de impacto en salud de las políticas de urbanismo u obras públicas o el diseño de políticas fiscales especiales con medición del efecto de su resultado sobre la salud son solo dos ejemplos de este tipo de abordaje.

La estrategia de Salud en Todas las Políticas además de haber pro-

tagonizado la declaración de la VIII Conferencia Global de Promoción de la Salud de la OMS con el nombre de **Declaración de Helsinki (2013)**⁽¹¹⁾, también ha copado una parte importante de los discursos de salud pública en el ámbito de las políticas de salud ampliando el rango de acción de salud pública y sumando a los estudios de impacto medioambiental una herramienta adicional con la que ejercer de contrapeso a los típicos criterios economicistas en las políticas del ámbito de la obra pública o de la movilidad, entre otras múltiples actividades.

La salud en todas las políticas es una ventana abierta a poder desarrollar acciones y discursos de salud que actúen donde mayoritariamente se consiguen los resultados en salud y donde se fraguan las enfermedades. Mirar a las políticas de empleo, vivienda o igualdad con ojos de salud y ver cómo nos afecta debería ser tan habitual como mirar a las medidas del ámbito de la salud bajo el prisma de sus efectos sobre otros ámbitos como el empleo o la igualdad de género.

La estrategia SeTP se sustenta sobre la sólida evidencia de que la salud depende en gran medida de factores económicos, sociales, ambientales y políticos controlados por políticas no sanitarias y que, a su vez, una población sana constituye un recurso esencial para el crecimiento y desarrollo económico de un país.

Esta estrecha relación entre salud y desarrollo económico justifica la estrategia SeTP y posiciona la mejora y protección de la salud de la población y la equidad como objetivo estratégico de gobierno.

Dado que la buena salud facilita la superación de retos políticos, y la mala salud los obstaculiza, el sector salud debe liderar esta estrategia y colaborar sistemáticamente con todos los niveles de gobierno y con otros sectores para abordar aquellas dimensiones de sus actividades que están relacionadas con la salud y el bienestar.

El concepto de SeTP se basa en los principios de la promoción de la salud desarrollados inicialmente en la Declaración de Alma Ata⁽¹²⁾ sobre Atención Primaria de Salud (1978) y la Carta de Ottawa⁽¹³⁾ para la Promoción de la Salud (1986), e identifican las acciones intersectoriales y políticas públicas como elementos centrales para la promoción

de la salud, el logro de la equidad en salud y el entendimiento de la salud como un derecho humano.

El enfoque SeTP fue desarrollado posteriormente en la **Declaración de Adelaida (2010)** que perfiló la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios.

La Declaración de Adelaida destaca la contribución del sector salud a la resolución de problemas en todos los niveles de gobierno y la necesidad de fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud para comprometer a otros sectores del gobierno a través del liderazgo, la colaboración, la promoción y la mediación para lograr mejores resultados de salud⁽¹⁴⁾.

Estos principios cimentaron la **Declaración Política de Río (2011)** sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la Declaración Política de la Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles (2011) y el documento final aprobado en Rio+20 (El futuro que queremos) del año 2012.

La declaración de Helsinki sobre salud en Todas las Políticas realizada en la **Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (junio 2013)** se reafirma en que en un mundo interconectado **la salud está determinada por muchas fuerzas poderosas, especialmente por los cambios demográficos, la rápida urbanización, el cambio climático, la globalización, el comercio, etc.**⁽¹⁵⁾

Y declaraban en este acuerdo: *“Nosotros, los participantes en esta conferencia afirmamos nuestro compromiso con la equidad en salud y reconocemos que poder disfrutar del más alto nivel de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*⁽¹⁶⁾.

Observamos pues, que el concepto Salud en Todas las Políticas está alineado con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y es una parte importante de la contribución de los países para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio ampliados actualmente y convertidos en los **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible** con los

que 193 países se comprometieron el 25 de septiembre de 2015 en su cumplimiento para 2030⁽¹⁷⁾.



Estos objetivos persiguen la igualdad entre las personas, proteger el planeta y asegurar la prosperidad como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible, un nuevo contrato social que no deje a nadie atrás, con sus 169 metas que abarcan las esferas económica, social y ambiental y que, si bien cuenta con un objetivo concreto, **el número 3**, dedicado a “*garantizar la vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” basándose en criterios sanitarios, es de la totalidad de los objetivos de donde emana la influencia sobre la mejora de la salud:

1. Fin de la Pobreza.
2. Hambre 0.
4. Educación de Calidad.
5. Igualdad de Género.

6. Agua Limpia y Saneamiento.
7. Energía Asequible y no Contaminante.
8. Trabajo Decente y Crecimiento Económico.
- 10.- Resolución de las Desigualdades.
- 11.- Ciudades y Comunidades Sostenibles.
- 12.- Producción y Consumo Responsable.
- 13.-Acción por el Clima.
- 14.- Vida Submarina.
- 15.- Vida de Ecosistemas Terrestres.
- 16.-Paz, Justicia e Instituciones Sólidas.
- y el último, 17.- Alianzas para Lograr los Objetivos, un aspecto clave para hacer viable esta estrategia colectiva y mundial.

Todos y cada uno de los objetivos son importantes para la consecución de este plan de acción adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas **a favor de las personas, el planeta y el bienestar ya que por primera vez se reúne la agenda ambiental, la social y toda la parte de gobernabilidad.**

Todos los objetivos redundan de una u otra forma en la mejora colectiva de la salud y el bienestar (objetivo 3), en sus determinantes sociales y a través de ellos en la promoción de salud como objetivo universal pero también desde el compromiso de los gobiernos con sus políticas internas.

Me resulta muy difícil resaltar unos objetivos sobre otros y valoro la importancia de los 17. Empezando por EL FIN DE LA POBREZA y HAMBRE CERO que son metas que nos implican de forma colectiva y que vista la evolución actual y los informes de evolución de distintos organismos precisan de esfuerzos solidarios añadidos desde los gobiernos y la comunidad.

Así, el Día Internacional para la Erradicación de la Pobreza 2020 nos ofreció datos actualizados, un problema con cifras alarmantes en España: 2,5 millones de personas viven en la **pobreza severa**, el 5,4% de la población. Un dato que sube por primera vez en tres años.

Un cuarto de la población española (12 millones) está en riesgo de pobreza o exclusión social. Y más de la mitad de los españoles tiene alguna dificultad para llegar a final de mes.

El informe presentado por la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN) analiza los datos disponibles en Eurostat y el INE entre 2008 y 2018, y nos sitúa por encima de la media europea en casi todos los indicadores (18). Es desolador.

Y eso se traduce en que, a pesar de que otros indicadores económicos como el PIB suban, hay millones de personas que no pueden encender la calefacción en invierno o comer carne, pollo o pescado al menos cada dos días; ni tienen capacidad para gastos imprevistos o para comprar una televisión o un teléfono móvil.

Ni siquiera tener trabajo aleja la pobreza de nuestros hogares. Familias monoparentales, mujeres, niños y mayores de 65 años tienen mayor riesgo de pasar dificultades.

“Hace falta más que el crecimiento económico para luchar contra la pobreza porque la crisis no ha generado la pobreza, la ha hecho más intensa y más extensa”.

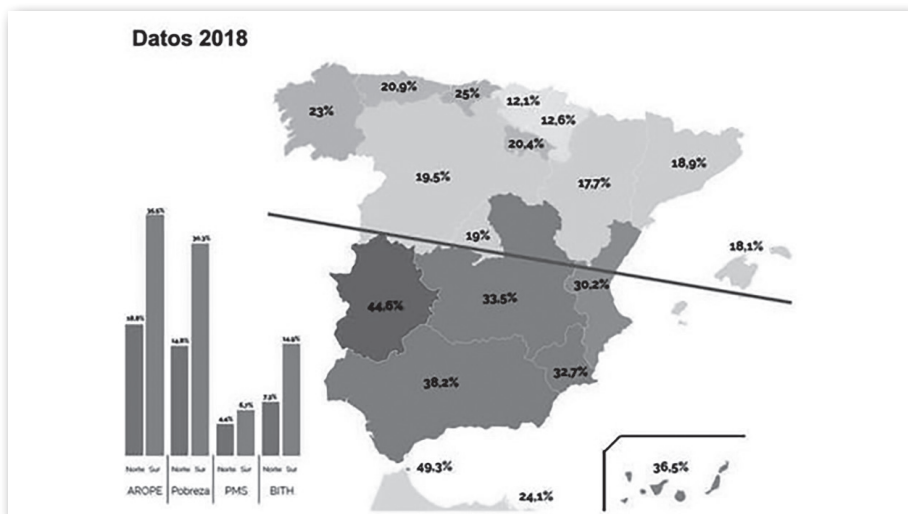
La sección española de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social presentó en 2020 en el Senado, su 9º Informe sobre el Estado de la Pobreza. El principal indicador sobre el tema es el **AROPE (At Risk of Poverty And/or Exclusión)**, que contabiliza las personas afectadas por al menos uno de estos problemas: pobreza monetaria, situación de privación material severa o que viven en hogares con muy poca intensidad de trabajo.

Entre 2008 y 2014 los índices de pobreza se dispararon. Comenzó después un lento descenso, pero en 2018 se ha frenado: de hecho, el indicador europeo de pobreza y exclusión social (AROPE, que registra también la intensidad de empleo en los hogares) baja menos de medio punto, hasta el 26,1%.

¡Doce millones de personas en el precipicio!

La tasa AROPE de España es la séptima más alta de todos los países de la Unión Europea, sólo superada por Bulgaria, Rumanía, Grecia, Lituania, Italia y Letonia.

La desigualdad territorial se hace evidente en este informe, que muestra una España dividida en dos mitades: las regiones del norte, sobre todo las más industrializadas, tienen tasas bajas en los indicadores de pobreza y exclusión y homologables con los países más desarrollados de la UE.



Por el contrario, las comunidades autónomas del sur muestran tasas muy elevadas, que pueden llegar a ser hasta 30 puntos porcentuales más elevadas que las del norte.

Si tomamos el indicador principal, el AROPE, las tasas más bajas son las del País Vasco y Navarra, con el 12,1% y el 12,6% respectivamente, y las más altas se registran en Extremadura (44,6%) y Andalucía (38,2%), lo que pone en evidencia las desigualdades norte y sur, a todos los niveles.

Casi un tercio de la población de la Región de Murcia se encuentra en riesgo de pobreza, la cuarta tasa más alta del país y supera en 6,5 puntos la media nacional. Un total de 473.000 habitantes de esta Región estaban en riesgo de pobreza a finales de 2019, lo que representa un 31,9% del total de la población.

En pobreza severa tenemos 149.000 personas de la Región que es la cuarta posición más desfavorecida de todas las comunidades, solo por debajo de Andalucía, Extremadura y Canarias.

En el último decenio, la EAPN destaca que la Región de Murcia ha soportado tasas muy elevadas de riesgo de pobreza y exclusión social, siempre muy por encima de la media nacional. Y apunta una conclusión clara en este informe: **la mejoría económica no repercute por igual a toda la población.**

Según el presidente de la EAPN *“Mientras que a las personas con alto poder adquisitivo la salida de la crisis les ha costado dos años, las personas en riesgo de pobreza se mantienen en esa situación de riesgo más de 9 años después”*.

Es una evidencia corroborada por muchos autores y estudios **que la salud y la desigualdad están directamente relacionados**. Así para Benzeval, M. et al, **la desigualdad es una causa directa de enfermedad**⁽¹⁹⁾ y Wilkinson, R.G. sostiene que **en los países con mayores desigualdades el estado de salud de su población es peor que en los países más cohesionados**.

La justificación es bien sencilla: no somos islas, vivimos en una sociedad y los factores relacionados con nuestro estado de salud son resultado de la interacción entre todos los miembros de la sociedad, así como de la aplicación de políticas sociales, ambientales y económicas, máxime en sociedades muy desiguales⁽²⁰⁾.

Como explica Michael Marmot en su libro *“The status síndrome”*: **No (solo) nos mata ser pobres, también nos mata ser desiguales**⁽²¹⁾.

En el libro *“Igualdad”* de Richard Wilkinson y Kate Pickett lo señalan de la siguiente manera: *“Quienes viven en sociedades en las que existen mayores diferencias de ingresos entre ricos y pobres sufren una variedad de problemas sociosanitarios más amplia que quienes viven en sociedades más igualitarias”*.

Y continúan *“El paso de la prueba de relación a la prueba de causalidad es determinante. Las pruebas de varios cientos de investiga-*

ciones indican que la relación entre mayores diferencias de ingresos y el empeoramiento de un amplio conjunto de problemas de salud y sociales es indiscutiblemente causal”(22).

Es clave, llegados a este punto, el por qué las desigualdades sociales suponen una amenaza de cara al futuro para la salud de la población y para los sistemas públicos de salud.

Como titulaba recientemente Iacobucci en el *British Medical Journal*: **“El nivel socioeconómico debería ser visto del mismo modo que el tabaquismo al abordar el riesgo de morir”**”(23).

La realidad es que, mientras los sistemas públicos de salud desarrollan complejas estrategias para abordar el tabaquismo, la obesidad o el sedentarismo, son pocas las iniciativas para integrar el nivel socioeconómico en la práctica diaria y convertir la disminución de los efectos sobre la salud de dicho nivel socioeconómico en un eje fundamental de los servicios sanitarios.

El acceso a fármacos, copagos, fisioterapia, enfermedades mentales, etc. son, sin duda factores de desigualdad que debemos tener en cuenta y corregir al máximo.

La desigualdad es un problema de justicia social”(24) y pone en riesgo todas las estructuras que los Estados puedan tratar de poner en pie para que la cohesión social no se rompa y para que la desigualdad se amortigüe; una de esas estructuras, junto a la educación son, indiscutiblemente, los servicios públicos de salud.

Por todo esto, la desigualdad injusta, la inequidad, es un problema a la hora de pensar los sistemas de salud del futuro, **porque las sociedades desiguales son lo contrario a las sociedades promotoras de salud que necesitamos.**

Y las evidencias de cómo influyen estos condicionantes y desigualdades en la salud son múltiples y muy contrastados: por ejemplo, en Madrid la línea C4 de Cercanías dibuja un gradiente de mortalidad de hasta 10 años que se relaciona con la riqueza de los barrios y municipios que va atravesando.

Un hombre del barrio de Salamanca (una de las zonas más ricas de

España) tiene una esperanza de vida de 83,5 años, casi cuatro años más que un vecino de Puente de Vallecas, un distrito obrero.

En Cataluña las personas más ricas viven 12 años más que las personas más pobres. En Baltimore la diferencia de esperanza de vida entre barrios es de 20,2 años con una distancia sólo de 5,1 kilómetros.

Vemos, pues, que **“El código postal es uno de los mejores indicadores de la salud”** como indica Ildefonso Hernández, catedrático de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández, en Alicante⁽²⁵⁾.

Y los datos lo confirman una y otra vez: la ciudad con más dinero por habitante de España, Pozuelo de Alarcón (Comunidad de Madrid) tiene una esperanza de vida de casi 86 años, más de seis años más que La Línea de la Concepción (Cádiz) una de las localidades más pobres.

En mayo de 2019 The New York Times comenzó a publicar una serie de columnas escritas desde el futuro. La primera, titulada *“Es 2059 y los niños ricos van ganando”* Chiang T., describe una sociedad en la que se habría puesto en marcha un programa de modificación genética equitativa con la idea de tratar de universalizar estas prestaciones con el objetivo de mejorar los niveles de inteligencia de los niños y niñas de clases bajas para reducir las desigualdades, aunque se trate de un planteamiento que se acerca mucho a la ciencia ficción⁽²⁶⁾.

Sin embargo, la excesiva confianza en la modificación genética como forma de desarrollo del individuo obviaría que las desigualdades sociales se generan como interacción del individuo con su entorno y que no se podrían resolver desde el reduccionismo al ADN.

Vinculando esto con la famosa frase de que **“para la salud importa más el código postal que el código genético”** podemos resaltar: *“desde hace tiempo sabemos que el código postal de una persona es un excelente predictor de su renta a lo largo de su vida, su nivel educativo y su salud, por ello la tecnología de secuenciar el ADN, aunque interesante, sea menos imprescindible que la de saber descifrar el DNF”*⁽²⁶⁾.

Y así podríamos seguir enumerando situaciones conocidas como que las mujeres con menor nivel educativo se realizan la citología para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix con menor frecuencia que las de nivel alto, que la esperanza de vida de los hombres es va-

rios años inferior a las mujeres, que las personas de clase social más alta acuden con más frecuencia al uso de terapias pseudocientíficas.

En muchas ciudades los comercios que venden alimentos saludables son más numerosos en los barrios de rentas medias-altas y, también, en ellos hay más zonas verdes.

Es otra evidencia demostrada que las personas de renta alta hacen un mayor uso del sistema sanitario, en términos generales, incluyendo actividades de bajo valor añadido. Todo ello deriva en elementos de desigualdad que debemos intentar corregir si buscamos la salud más allá de sus condicionantes.

Todo esto son aspectos que se distribuyen de forma diferente según la clase social, el nivel educativo, el lugar de residencia, el género o la edad y en este sentido es interesante analizar el papel de la estructura sanitaria como posible amplificador de las desigualdades, poniendo barreras al acceso a quién más lo necesita o generando dinámicas de funcionamiento difícilmente asumibles por personas que apenas tienen dinero para pagar el alquiler de la casa o que viven con una sobrecarga de cuidados casi inasumible.

En este sentido el concepto de derecho a la salud ha sido en muchas ocasiones polémico y ha evolucionado mucho en el último tiempo.

Históricamente considerado como el derecho a recibir asistencia sanitaria en forma, momento y coste asumible, el desarrollo de la filosofía política en torno a la salud y la introducción de la mirada de determinantes sociales de salud han hecho que esa visión del derecho a la salud restringido a la prestación sanitaria se haya desbordado, exigiendo abordajes nuevos para esta perspectiva más amplia.

Decía Rudolf Virchow que **“Una constitución política razonable debe asegurar el derecho incuestionable del individuo a una vida sana. Queda a cargo de los poderes ejecutivos el encontrar los medios y las formas para hacer efectivo este derecho”**⁽²⁷⁾.

A día de hoy, podríamos considerar que el derecho a la salud no es sino el derecho a que se garanticen unas condiciones mínimas para poder desarrollar las capacidades que permitan estar sanos a los individuos y comunidades.

Es decir, partiendo de la base de que el derecho a estar sano no puede garantizarse por la multiplicidad de factores no controlables para ello, la colectivización del concepto de salud y la incorporación de los determinantes sociales hacen que aspectos como los condicionantes del entorno, el medio ambiente, la educación, la igualdad de género, la seguridad en el empleo o los suministros energéticos desempeñen también un papel en esta visión del derecho a la salud.

Es decir, el derecho a la salud, desde una perspectiva de salud pública, sería lograr que la gente pueda disponer de unas condiciones de vida que sean promotores de salud e incluyan no solo atención a los déficits (asistencia sanitaria universal como derecho), sino también la generación de situaciones salutógenas (productoras de salud). Es decir, los determinantes sociales como activo y no como lacra⁽²⁸⁾.

En definitiva, tanto la cobertura sanitaria universal y la cobertura universal en salud como la visión comunitaria de las políticas de salud y centralidad de la equidad en el diseño y funcionamiento del sistema de salud parecen ser las misiones fundamentales que desde la situación actual se deben plantear para que el sistema público de salud sea un reflejo de la sociedad en la que está inmerso.

Así pues, el reto de futuro es comprender que la visión de determinantes sociales de salud ha de impregnar no solo la práctica clínica o las actividades comunitarias, sino muy especialmente las políticas en el ámbito de la cobertura.

Es de limitada eficacia proveer una asistencia sanitaria adecuada, asequible, accesible y excelente si al día siguiente de dicha asistencia las personas son devueltas a una situación en la que no tienen los más mínimos niveles de protección social.

Por tanto, **de la cobertura sanitaria universal hemos de pasar a la cobertura universal en salud, incluyendo aquellos elementos de los determinantes que influyan sobre la salud de manera importante.**

En este sentido, sería acertado valorar, por ejemplo, **la inclusión de los suministros básicos energéticos** para luchar contra las olas de frío, la promoción de acciones de alimentación saludable o la im-

plantación de un ingreso mínimo vital para luchar contra los efectos de la pobreza sobre la salud.

No es infrecuente hoy encontrarse en la consulta con pacientes que no usan el oxígeno el tiempo que se les prescribió “porque gasta mucha luz y no puedo pagarla”, o quienes se saltaban las prescripciones farmacológicas por no poder hacer frente al copago de medicamentos, una medida acertadamente en vías de desaparición, doblemente injusta porque penalizaba especialmente al enfermo de rentas más bajas de la sociedad. Por no mencionar las dificultades de tantas familias para llevar una alimentación equilibrada, algo también muy preocupante en términos de salud y bienestar.

Por todo lo anterior, podemos afirmar, junto a muchos autores y estudios, que otro de los futuros de cambio que tienen capacidad para transformar por completo el escenario social, económico y político, a la par de mejorar la salud de la población, sería la **implantación de una renta básica universal** en sus diversas facetas y condicionantes.

En este sentido hay evidencias ya evaluadas de su positividad, como es el caso de Finlandia, cuya evaluación presentó resultados iniciales en 2019 y que como nos apunta Alberto Tena “*los receptores de Renta Básica Universal experimentaron significativamente menos problemas de salud, estrés y capacidad de concentración que el grupo de control. Tenían además mucha más confianza en su propio futuro, en las perspectivas sobre el futuro de su empleo y en su capacidad para influir en los problemas sociales*”⁽²⁹⁾.

El *European Journal of Health Economics* publicó en 2017 una revisión de Lenhart sobre el impacto de las rentas mínimas en la salud de la población, con datos de veinticuatro países de la OCDE: se observó que un incremento del 10% en una escala de valoración de la <bondad> de la renta mínima se relacionó con disminuciones de la tasa de mortalidad y con incrementos de 0,44 años en la esperanza de vida; los campos de repercusión de estas rentas sobre la salud, atañen a determinantes sociales de salud (disminución de la pobreza, reducción de las necesidades médicas no cubiertas por motivos económicos) y de hábitos de vida (disminución de la tasa de tabaquismo)⁽³⁰⁾.

La renta básica universal (o sus diversos equivalentes con más o menos cobertura y condicionantes) actúan sobre dos determinantes sociales de salud importantes, por un lado, incrementan la renta disponible y, por otro, disminuyen la necesidad de aceptar empleos con condiciones laborales muy precarias e inseguras.

Pobreza monetaria y precariedad laboral son dos factores íntimamente ligados a la enfermedad, de modo que las medidas dirigidas a actuar sobre ellos es muy probable que tengan capacidad para actuar por la mejora de la salud de la población⁽³¹⁾.

Por otra parte, en un artículo publicado en The Guardian por El-Zayet el 26 de abril de 2019 afirmaba que los factores que causan el cambio climático son los mismos que hacen que las repercusiones de este sobre la salud se ceban en las personas y colectivos más desfavorecidos.

Del mismo modo, podemos afirmar que el Green New Deal es ya de facto un Public Health New Deal, **porque la emergencia climática es uno de los mayores retos en el campo de la salud pública en el presente y en el futuro**, así como porque las dinámicas de producción y poder que operan en el establecimiento y evolución del cambio climático son las mismas que han operado para llegar a la situación actual, en la que la salud es un marcador claro de la situación de las personas en la escala social⁽³²⁾.

Tal y como empezaba el posicionamiento de la comunidad sanitaria mundial para la COP26 *“La crisis climática es la mayor amenaza para la salud a la que se enfrenta la humanidad”*.

Y nos señalaban algunos ejemplos: la contaminación del aire, provocada de forma significativa por la quema de combustibles fósiles que acelera el cambio climático. Los cambios climáticos incrementan el número de enfermedades transmitidas por alimentos, agua y vectores. Cada año, los fenómenos meteorológicos extremos cada vez más frecuentes, como las olas de calor, las tormentas y las inundaciones, se cobran la vida de miles de personas, con impacto en la salud de millones de personas. Los sistemas alimentarios se ven cada vez más

afectados por el clima extremo, agravando la inseguridad alimentaria, el hambre y la malnutrición.

Los impactos del cambio climático están afectando gravemente la salud mental de las personas, causando trastornos de estrés postraumáticos y ansiedad, empeorando las condiciones existentes.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, en un editorial de la revista Lancet de 2019 publicada por Richart Horton donde defendía que *“Un sistema sanitario es la expresión más visible y tangible de la preocupación de una sociedad por el bienestar de sus ciudadanos y que la fuerza de un sistema de salud depende de la fuerza de esa preocupación como nuestras necesidades de salud dependen de las acciones de los demás. Somos mutuamente dependientes por lo que debemos tener una preocupación compartida por la vida de los demás, ya que las nuestras propias dependen de esa preocupación compartida”*⁽³³⁾.

La lucha por los principios morales que sustentan un sistema de salud es una lucha por los principios morales que subyacen a la sociedad en general.

Porque como nos decía Albert Camus en La Peste, las peores epidemias no son biológicas, las peores epidemias son, sin duda, las morales.

3. Conclusiones:

1. Es, sin duda alguna, **tiempo de un nuevo compromiso y de un nuevo impulso para nuestro sistema sanitario que deberá estar centrado en la Atención Primaria de Salud** e integrando como eje central la importancia de los cuidados, la promoción de la salud y la acción comunitaria en los determinantes de salud.

Con respecto al sistema sanitario, como elemento clave en la recuperación y mantenimiento de la salud, sabemos que los sistemas centrados en la Atención Primaria de Salud obtienen mejores resultados en salud a un coste más bajo y esto se demuestra con indicadores como la mortalidad prematura, que es mejor indicador que la esperanza de vida tal y como se pone de manifiesto en diferentes artículos recopilados en la Página de Atención Primaria del Instituto Catalá de la Salud con motivo del número 100 en 2015⁽³⁴⁾.

Los sistemas centrados en la Atención Primaria suelen estar incluidos en modelos de cobertura más amplia y cercana a la universalidad y son más seguros para los pacientes pues disminuyen el daño relacionado con la asistencia sanitaria.

Los sistemas centrados en la A.P.S. se fundamentan en valores como la longitudinalidad, la polivalencia y la accesibilidad que se asocian con resultados positivos en salud. Sería interesante preguntarse cómo sería el sistema público de salud si la atención primaria desapareciera.

Es evidente que tenemos grandes retos por delante y que como enumera Joan Gené Badía *“Debemos avanzar en la atención centrada en el paciente, aumentar la proporción del presupuesto destinado a la atención primaria, hacer una medicina de familia más atractiva, incorporar más personal sanitario, redistribuir las responsabilidades clínicas, fijar un nuevo modelo de relación con la atención especializada y los servicios sociales así como modificar radicalmente el currículum universitario para incorporar plenamente la Medicina de Familia”*⁽³⁵⁾.

2. Evidentemente siempre ha sido una necesidad disponer de un sistema de Salud Pública adecuado y en buena coordinación/integración con el nivel asistencial pero ahora, después de la pandemia de la COVID-19, se hace imprescindible.

Es sorprendente que a pesar de ser una materia transferida plenamente a las CCAA a principios de los 80, su peso específico haya ido tan a la baja. Actividades preventivas frente a la enfermedad, vigilancia epidemiológica, educación para la salud, etc, son aspectos claves para el futuro que debemos potenciar, después de una década perdida (2010-2020).

3. Es importante reorientar el sistema sanitario hacia la promoción de la salud mediante acciones comunitarias intersectoriales interviniendo sobre los determinantes sociales, los estilos de vida y el medio ambiente y disminuyendo las desigualdades sociales⁽³⁶⁾.
4. Hay que aumentar la apuesta democrática por la participación ciudadana, la salud comunitaria y la transparencia: no es posible que, en el gobierno del área política con la inversión económica más importante, la participación ciudadana, siga siendo una anécdota. Este proceso de democratización debe ser paralelo al acercamiento de las estrategias de salud pública a los municipios para evitar las inequidades territoriales no jus-

tificables y una apuesta radical por la rendición de cuentas y la transparencia en todas las decisiones, especialmente aquellas que afectan directamente a la salud percibida de las personas como la gestión de las listas de espera⁽³⁶⁾.

5. Es una necesidad elaborar planes de salud en la Región de Murcia con participación de la ciudadanía, que planifiquen los recursos de cada territorio según el diagnóstico de salud y en función de las características de la población y sus necesidades de salud, corrigiendo los desequilibrios territoriales.

Sus metas y objetivos deben estar en el sistema sanitario y también fuera de él, en los sectores y actividades que condicionan e influyen en el nivel de salud. En este sentido es importante y urgente una visión política amplia de las estrategias de salud integrando lo sanitario, lo salubrista, lo social y lo medioambiental.

6. Por todo ello, es necesario un apoyo firme y decidido por parte de instituciones, gobiernos y población a la estrategia **“Salud en Todas las Políticas”** valorando la importancia y las repercusiones sobre la salud de todas las políticas que se desempeñen más allá del ámbito de lo puramente sanitario y de salud pública, siendo el sector de la salud quien lidere esa estrategia.
7. Finalmente, es muy importante el cumplimiento de los **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible** que suscribieron 193 países el 25 de septiembre de 2015 y que tanta influencia tienen sobre la salud de la población, no solo en su objetivo 3 específico de salud y bienestar sino también en el resto de objetivos que nos implican de forma colectiva.
8. Es imprescindible y urgente sumarse al posicionamiento de la comunidad sanitaria sobre las medidas de lucha contra el cam-

bio climático porque es vital proteger la salud del planeta y la salud, bienestar y prosperidad de todas las personas que viven actualmente en él y de las futuras generaciones. El nuevo Pacto Verde es también un pacto por la Salud Pública. Pasemos, pues, a la acción, la situación es urgente y hace imprescindible una Ley de Sanidad Ambiental para avanzar en la dirección correcta.

9. Si la salud es un bien colectivo, su cuidado y promoción ha de ser una respuesta colectiva liderada por el sector sanitario, pero con el concurso de todos los sectores sociales. **UN MAGNIFICO RETO COLECTIVO.**

4. Bibliografía

1. **Marta Sibina Camps.** Prólogo del libro de Javier Padilla *¿A quién vamos a dejar morir?*. Ed. Capitán Swing S.L. 2019, pág 17.
2. *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Documento adoptado por las naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París y que recoge en sus 30 artículos los derechos humanos considerados básicos.
3. **Javier Padilla** en su libro *¿A quién vamos a dejar morir?*. Ed. Capitán Swing libros, S.L. Pág. 19.
4. **Rose, G.** *Sick individuals and sick populations*, International Journal of Epidemiology 30(3), 2001, pp.427-432.
5. *Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de salud de la Región de Murcia*, publicada en BOE núm. 126, de 26 de mayo de 1990, páginas 14527 a 14532.
6. *Ley 4/1994 de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia*, BORM número 176 de 4 de agosto y BOE número 243 de 11 de octubre de 1994.
7. *Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996.* Ed. SMS 1992
8. *Decreto N° 154/1993 de 30 de diciembre, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales* por el que se crea la Comisión Regional para el Desarrollo y Seguimiento del Plan de Salud de la Región de Murcia publicado en el BORM de 22 de enero 1994
9. **Kaplan, R.M. y Mistein, A.** *Contributions of health care to longevity: a review of 4 estimation methods*, Annals of Family Me-

- dicine 7(3), 2019, pp.267-272, <http://www.annfammed.org/content/1773/267.full>.
10. **Organización Panamericana de la Salud.** *Salud en todas las políticas.* www.paho.org/hq/index.php?option=com-topic&view=article&
 11. **Organización Mundial de la Salud.** *The Helsinki Statem on health in all policies 2013.*
 12. *Declaración de Alma Ata.* http://www.paho.org/panish/dd/pin/alma-ata_declaración.htm. Accesado octubre 2011.
 13. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. Accesado octubre 2011.
 14. *Declaración de Adelaida sobre la salud en Todas las políticas.* Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar, OMS, Gobierno de Australia Meridional. Adelaida 2010.
 15. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki, Finlandia, Junio 2013.
 16. Llamamiento a Gobiernos y OMS. <http://www.who.int/healthpromotion/8gchp/en/>
 17. *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.* <https://un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
 18. *Informe de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2008-2018.*
 19. **Benzeval, M. et al.** *How does money influence health?*, Joseph Rowntree Fondation, 2014.
 20. **Wilkinson, R.G.** *Unhealthy societis.* The afflictions of inequality, Routledge, 1996.
 21. **Marmot, M.** *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*, St Martin's Press, 2000.
 22. **Pickett, K. y Wilkinson, R.** *Igualdad*, Capitán Swing Libros, 2019.
 23. **Iacobucci, G.** *Socioeconomic status should be seen alongside smoking as mortality risk, say experts*, BMJ 364, 2019, I1450.
 24. **Venkatapuram, S.** *Health justice. An argument from the capabilities approach*, Polity, 2011.

25. **Hernández, I.** Catedrático de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández en Alicante.
26. **Chiang T.** *It's 2059, and the nich kids are still wining.* The New York Times, 27 de mayo de 2019.
27. **Virchow, R., op. cit.** *Medicina Social* 3 (1), 2018, pp. 5-20
28. **Padilla, Javier.** *¿A quién vamos a dejar morir?*. Ed. Capitán Swing.S.L. 2019.
29. **Tena,A.** *Finlandia y el éxito de los experimentos de Renta Básica*, CTXT,13 de febrero de 2019, https://ctxt.es/es/20190213/Política/24395/renta-básica-Finlandia-trabajo-bienestar-Alberto-Tena.htm?fbclid=IwAR1Ij2PMYewFoW6JkHFVnxV9SNBhlyLpK-J1zJVSAjoHfokoVwKUAej_rU
30. **Lenhart, O.** *The impact of minimum wages on population health: evidence from 24 OCDE countries.* European Journal of Health economics 18, 2017, p. 1031.
31. **Painter, A.** *A universal basic income: the answer to poverty, insecurity, and health inequality?* BMJ 355, 2016, i6473.
32. **El-sayed, A.** *The Green Deal doesn't just help climate. It's also a public health new deal.* The Guardian, 26 de Abril de 2019.
33. **Horton, R.** *A moral health system demands a moral society.* Lancet 393 (10183), 2019, p.1790.
34. Extraído de la recopilación de artículos publicados en la página de *Atención Primaria del Institut Catalá de la Salut* en su boletín número 100.
35. **Gené Badía, J.** *Atención primaria: urge cambiar para mantener la calidad.* Atención primaria 51 (5), 2019, pp. 266-268.
36. *Informe 2019. Asociación Defensa de la Sanidad Pública: Murcia enferma de pobreza (por un sistema de salud universal que la promueva mirando sus determinantes sociales).*
37. **ADSP.** *Resumen ejecutivo de propuestas 2019.*

