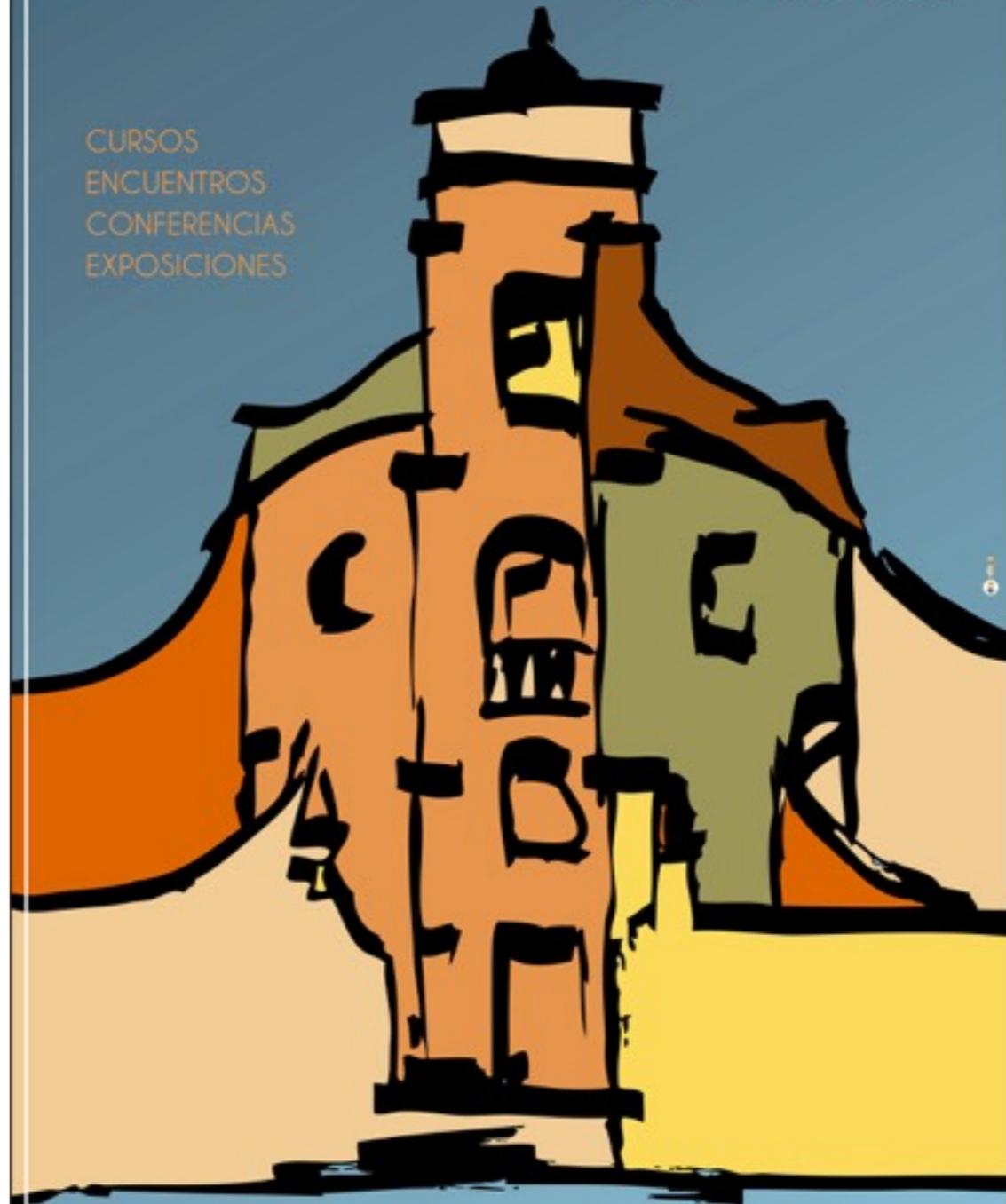


25 ANYS
ESCOLA SALUT PÚBLICA

XXV

ESCOLA DE SALUT PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
DE MENORCA

CURSOS
ENCUENTROS
CONFERENCIAS
EXPOSICIONES



www.emsp.cime.es

LLATZERET DE MAÓ

DEL 22 AL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2014

ORGANITZA



ESCOLA SALUT PÚBLICA
ESCUELA SALUD PÚBLICA
LLATZERET - MENORCA



COL·LABORA



INDICE

Introducción. Un projecte de tots els ciutadans de Menorca

Prólogo. 25 aniversario de la ESCUELA DE SALUD PÚBLICA de Menorca

Capítulo 1. La salud pública en España en los últimos 25 años. Aspectos políticos y sociales

Capítulo 2. Las escuelas de salud pública en España: miradas diferentes para una necesidad común

Capítulo 3. Los orígenes de la Escuela de Salud Pública del Lazareto de Mahón

- Aproximació a la història de l'Escola de Salut Pública del Llatzeret de Maó
- Crónica 2010-2013

Capítulo 4. La Escuela de Salud Pública de verano y sus actores

Capítulo 5. Seguimos hablando

Capítulo 6. Evolución académica de la EVSP del Lazareto

- Veinticinco años navegando
- Mirant enrere amb serenor

Capítulo 7. La escuela de verano año a año

Capítulo 8. El impacto

- De la experiencia colectiva de la enfermedad: Salud Pública y cine
- Ética y Salud Pública
- Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado

• Conclusiones del Encuentro de Mahón

• La reforma de la salud pública

• Menorca Statement on Disease-Mongering

• Declaración de Lazareto de Mahón: Evaluación de las Competencias Profesionales en el Pregrado

• Las escuelas de salud pública en España: miradas diferentes para una necesidad común

• La colaboración de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) con la Escuela de Verano en Salud Pública (EVSP) de Mahón

• ¿Debemos estar preocupados por la Reforma del Sistema de Salud español? Un debate entre la incredulidad, la indignación y los recortes

Capítulo 9. En imágenes

Capítulo 10. Vídeos

[Volver al índice](#)

INTRODUCCIÓN

Un projecte de tots els ciutadans de Menorca

Santiago Tadeo Florit
President del Consell Insular



Com a president del Consell Insular de Menorca, és per a mi tot un honor el poder participar en el pròleg d'aquesta publicació amb motiu del compliment enguany del 25 aniversari d'una institució tan arrelada a Menorca en general i al Llatzeret en particular com és l'Escola de Salut Pública.

Vull donar les gràcies a totes aquelles persones que fa ja 25 anys van fer de la seva passió per la salut, la divulgació del coneixement i el Llatzeret un projecte comú que va donar peu a l'Escola de Salut Pública, tot un referent acadèmic nacional i internacional. En aquest punt, no puc deixar passar aquesta oportunitat per retre homenatge al desaparegut i un dels alma mater de l'Escola de Salut Pública com va ser el nostre estimat Josep Miquel Vidal Hernández.

Gràcies a aquesta iniciativa, durant un quart de segle els murs centenaris del Llatzeret han pogut allotjar pensament crític, debat obert i ensenyament sobre diferents qüestions relatives al món de la salut de la mà d'experts tant d'Espanya com del panorama internacional. Per tant, Menorca també té un pes específic i un reconeixement en el món de la salut més enllà de les nostres fronteres gràcies a l'excel·lent treball de totes aquelles persones que any rere any fan possible l'Escola de Salut Pública.

En aquest sentit, s'ha d'agrair també als organitzadors d'aquesta iniciativa el seu esforç i confiança en aquest projecte:

el Consell Insular de Menorca, la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social del Govern balear, l'Institut de Salut Carlos III, al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, la Universitat de les Illes Balears i la Universitat Menéndez Pelayo.

Respecte a l'administració que presidesc, el Consell Insular de Menorca, em plau destacar que tots els equips de govern, amb independència de qualsevol ideologia, han remat en la mateixa direcció per fer costat a un projecte que crec que és de tots els ciutadans d'aquesta Illa.

De la mateixa manera que el Llatzeret va ser utilitzat com a punt de control sanitari del tràfic marítim que entrava al port de Maó entre 1816 i 1916, als darrers 25 anys ha seguit sent un referent sanitari, en aquest punt de divulgació del món sanitari i de la salut en general.

I, ja per acabar, no vull deixar passar l'ocasió per recordar el repte que es presenta ara una vegada s'ha produït el traspàs de la titularitat del Llatzeret des del Ministeri de Sanitat al Govern balear, amb l'objectiu final que arribi al Consell Insular de Menorca. Per tant, encara s'han d'escriure pàgines daurades a la història d'aquest conjunt històric del segle XVIII.

Santiago Tadeo Florit
President del Consell Insular

[Volver al índice](#)

PRÓLOGO

25 aniversario de la ESCUELA DE SALUD PÚBLICA de Menorca

Lazareto del Puerto de Mahón

Aurora Herráiz Águila

Consejera de Bienestar Social y Juventud

**Presidenta del Consejo Rector de la Escuela
de Salud Pública**



Una idea se convierte en realidad por la valentía de cumplir un sueño, máxime, cuando este es en beneficio del bien común.

Esta es la esquemática y aglutinadora frase que, para mí, debería de recoger la espectacular visión que 25 años atrás tuvieron un grupo de hombres y mujeres los cuales, ligados por el corazón a Menorca, donaron su talento y su trabajo para crear y poner en marcha la Escuela de Salud Pública. La enclavaron en el sitio idóneo, en el más espectacular, magistral e idílico que pudiera nadie imaginarse: el Lazareto del puerto de Mahón.

Aquel empuje y clarividencia no ha dejado de acompañar en estos 25 años a los que pusieron en marcha la Escuela, ni a todos aquellos que fueron recogiendo el testigo y la ilusión.

Entre muchos méritos, ¡muchos!, uno en particular es de alabar y destacar: la Escuela no solo ha resistido el paso del tiempo, si no que ha sabido resistir el paso de los diversos momentos de la Administración y de sus talantes políticos. Ha sido capaz de enamorar con su encanto e importancia a todos los que tuvieron la responsabilidad de decidir sobre ella.

Desempeño la función de Consejera de Bienestar Social y Juventud en la legislatura actual, la cual alberga el 25 aniversario de la Escuela. Por ello tengo el honor de ser la presidenta del Consejo Rector de la Escuela y la representación pública de un nutrido grupo de personas que trabajan por y para ella y que me han enseñado todo sobre su importancia, su oportunidad y su magia.

La relación que he tenido con la Escuela de Salud Pública y con el Lazareto, la recordaré con profunda satisfacción y agradecimiento. En el año 2011, primer año de mandato, el Ministerio de Sanidad dejó de mantener la actividad en el recinto del Lazareto, lo cual implicaba, de antemano, que no albergaría tampoco a la Escuela.

Por entonces yo estaba recién aterrizada en la consejería y andaba situándome entre las diferentes y variopintas actividades que se manejan en esta área. Poco sabía de la Escuela, de su historia y de sus avatares. Ildfonso Hernández, padre indiscutible de la Escuela, junto con Josep Miquel Vidal Hernández, pidió un encuentro con el Presidente del Consell Insular y conmigo. Su mensaje fue claro: “no dejéis que la Escuela desaparezca y trabajar para que siga ubicada en el Lazareto”.

Puedo asegurar que en sus ojos aprecié el paso de un montón de aconteceres, de trabajo, de ilusión, de propósito, de entrega. Nos contagió.

No voy a decir que fue fácil porque no lo fue. Hicimos una piña los históricos y los noveles, y nos pusimos manos a la obra. Tengo que reconocer que desde el primer día desde el Ministerio se nos escuchó.

Ante la dificultad que la distancia añade a cualquier problema y como la situación era compleja, decidimos hablar personalmente con la Ministra, Ana Mato. No sólo había que garantizar la Escuela si no que había que mantener su maravillosa ubicación en el Lazareto porque constituye un valor añadido imprescindible.

Es en este momento donde el Presidente del Consell me pide alcanzar un reto “conseguir la cesión del Lazareto para la isla de Menorca”. Busco complicidades para tan maravilloso propósito, desde el trabajador a pie de la embarcación que hace posible cruzar a la isla del Lazareto hasta el mismísimo Presidente del Govern Balear, José Ramón Bauzá y el Secretario de Estado de Salud por aquel entonces, Juan Manuel Moreno. Así el 15 de marzo de 2012 empezó la gran aventura, el gran trabajo... ***y puedo decir que lo conseguimos porque nadie nos dijo que era imposible***

Así pues constituye un gran privilegio para el actual equipo de gobierno y para mí como consejera del mismo, poder celebrar dentro de esta legislatura el 25 aniversario de la Escuela de Salud Pública y la cesión del Lazareto del Puerto

de Mahón, hecho que pasará a los anales de la Historia para orgullo de Menorca.



Reunión de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Dña Ana Mato y Dña. Aurora Herráiz
Consejera de Bienestar Social y
Juventud del Consell Insular de Menorca.
15 de marzo de 2012

Capítulo 1

La salud pública en España en los últimos 25 años. Aspectos políticos y sociales

Ferran Martínez Navarro

Profesor emérito

Escuela nacional de Sanidad.

Instituto de Salud Carlos III



Introducción.

La vinculación de la Escuela de Verano de Maó a la Salud Pública fue, desde su origen, una opción del grupo promotor que encontró, en este marco, un foro – tanto de formación como de debate, y más recientemente de consenso- que fortaleciese el proceso de renovación de la salud pública que venía produciéndose en el Reino de España desde los años setenta. No fue un movimiento aislado, formaba parte del proceso general de renovación de la vida pública española de finales del franquismo que comportaba la respuesta política de la mayoría social a la Dictadura, al ver en ella el obstáculo para la normalización del país y para su incorporación en los países democráticos. En este proceso, y como parte del mismo, venía manifestándose desde diferentes ámbitos – administración pública, universidad, sindicatos o grupos políticos- la renovación científica y organizativa de la sanidad española y, consecuentemente de la salud pública.

Formulaciones en este sentido venían manifestándose en diferentes lugares y ámbitos del Estado. Movimientos de base profesional, como los médicos jóvenes, así como diferentes foros de discusión surgidos en algunos colegios profesionales, grupos de estudio y otros muy específicos, como aquellos que buscaban la modernización y normalización de las lenguas subordinadas. En general, fueron no solo plataformas de expresión política sino también de propuesta, cuando no de recuperación, de proyectos

políticos y científicos, que contribuyesen a la modernización científica. Se trataba, por tanto, de un movimiento general que buscaba en el cambio político, considerado necesario, la modernización de la sociedad y que, en este caso, se centraba en el ámbito de la salud pública como un espacio de acción considerado esencial, debido a su capacidad para analizar y controlar, desde una base científica, los problemas de salud individual y colectiva, y orientar la intervención del estado hacia su resolución de forma equitativa.

Este movimiento, con grandes dosis de autodidactismo, se fue transformando en organizaciones científicas como la Sociedad española de Epidemiología, la Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria, y otras sociedades científicas orientadas hacia los mismo fines, ya fuesen en ámbitos locales, regionales o estatal, que a la vez que perdían el autodidactismo se modernizaban e internacionalizaban, especialmente después de la epidemia del Síndrome Tóxico (1982), punto de inflexión mediático de la reciente historia de la salud pública.

La cuestión es por qué, en la transición política, la salud pública se transformó en el centro del debate sanitario, cuando éste podría haberse limitado a la ampliación de la cobertura del sistema sanitario y los modelos de gestión correspondientes. Sin embargo, su centralidad en el debate no ofrece dudas. De hecho, desde 1986 a 2011, se aprobaron 4 leyes estatales relacionadas con la salud pública – general de sanidad (1986); cohesión y

calidad del Sistema nacional de Salud (2003); ordenación de las profesiones sanitarias; y, general de salud pública (2011)-, ello sin contar las leyes de ámbito autonómico formuladas en el mismo periodo. Probablemente, parte de la explicación estaba en la aceptación, más o menos generalizada, de la pragmática y paradigmática definición de salud pública (1) de Winslow¹ (1920) que facilitaba su visibilidad y funcionalidad. Funciones, todas ellas, que se incluían, o que debían incluirse, como actividades a desarrollar por la administración sanitaria española, estaban presentes en ella, pero las referencias al “esfuerzo organizado de la comunidad” y al “desarrollo de un mecanismo social que asegure ... estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”, aportaban las imágenes de democracia, participación y equidad que se consideraba necesario para la consolidación del Estado de Bienestar. Recientemente, tanto Last² (2) como Detels y Breslow³ (3), consideran fundamentales la

1 “la ciencia y arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio; el control de las infecciones transmisibles; la educación de los individuos en higiene personal; la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”

2 “Un esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, competencias, y creencias dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de la población a través de acciones colectivas y sociales”(Last, 1983).

participación y la movilización de la comunidad para mejorar la salud de la población. Entre las definiciones elaboradas en España se aprecia claramente su influencia. Así, en el Consenso de Maó⁴ (2002) la salud pública (4) es “el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas”. La Ley de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud (2003), considera como prestaciones de salud pública “el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población”. Por último, para la recién aprobada Ley general de Salud Pública (33/2011) “es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.

Este carácter de globalidad de la definición requiere para su aplicación una sociedad abierta y participativa, que profundice la relación entre la comunidad, la administración y los niveles de decisión política asegurando el derecho a la salud de la ciudadanía mediante la extensión de la cobertura sanitaria al conjunto de la población, la integración de la prevención de las

3 “Es un proceso de movilización y contratación –local, regional, nacional, internacional- para asegurar las condiciones de salud de la población” (Detels y Breslow, 2005).

4 aprobado por las sociedades científicas de Epidemiología y de Salud Pública y Administración Sanitaria.

enfermedades y de la promoción de la salud en el sistema sanitario y fortalezca su capacidad para identificar y controlar los riesgos para la salud en la comunidad y, especialmente, su desigual distribución social. Condiciones que formaban parte de nuestro imaginario y que constituyen las metas de un modelo sanitario coherente con el Estado de Bienestar.

II. La consolidación institucional de la salud pública

La aprobación de la Constitución de 1978 fue determinante en este proceso, más allá de la democratización del Estado español, al aprobar el Estado de las Autonomías y el derecho a la protección de la salud:

En primer lugar, se pasó, como sabemos, de un estado centralizado a uno autonómico, en el que las Comunidades Autónomas – nuevas entidades políticas – asumieron cotas elevadas de decisión política y de responsabilidades administrativas ejecutivas. Muchas de las estructuras administrativas transferidas requerían profundas transformaciones, cuando no nuevas organizaciones. En esencia, siendo consciente del reduccionismo inevitable en este trabajo, aparte del reconocimiento de la singularidad de determinadas Comunidades Autónomas, el Estado central, se reservó la capacidad legislativa básica en muchas materias, transfiriendo a las Comunidades Autónomas su desarrollo, mejora y gestión

directa, incluidas las competencias tradicionales de los municipios y de las diputaciones. El caso de las transferencias sanitarias es paradigmático en este sentido.

En segundo lugar, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud hecho en la Constitución de 1978 (art. 43), obligaba al Ministerio de Sanidad a reformar el modelo sanitario y, en última instancia, a superar el modelo de higiene pública⁵, vigente en España desde principios del siglo XX. La Ley general de Sanidad (14/1986) significó un nuevo modelo sanitario, concretado en el Sistema nacional de Salud, definido como “el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”.

Las primeras transferencias a las Comunidades autónomas correspondieron, en su mayoría, a las competencias municipales, de las que una parte fue sustraída a los municipios y asignadas a los gobiernos autonómicos. En el caso de la Sanidad significó transferir, las competencias sanitarias de la antigua Dirección general de Sanidad, las Jefaturas provinciales de Sanidad, las competencias sanitarias de las Diputaciones provinciales y de la

5 El sistema sanitario español estaba conformado por: (a) Dirección general de Sanidad, con funciones relacionadas con el control de enfermedades infecciosas, la higiene del medio y de los alimentos, y la organización sanitaria de base municipal para garantizar la atención médica a la población acogida a la beneficencia; (b) el Instituto nacional de Salud, que prestaba la asistencia médica individual a la población integrada en la Seguridad Social y a sus beneficiarios; (c) la atención privada tradicional, al considerar que la recuperación de la salud del resto de la población no asegurada era responsabilidad individual.

sanidad local, sin tener en cuenta el rango estatal de muchas de las actividades de higiene pública. El Instituto nacional de la Salud fue transferido años más tarde. Esta asimetría del proceso de transferencias generó problemas, cuando no conflicto de intereses, al coexistir la sanidad autonómica con la estatal, pero estos se agravaron cuando el gobierno central legisló el nuevo modelo asistencial antes de que concluyese el proceso de transferencias. La urgencia, motivada por la necesidad de implantar en el conjunto del País el modelo asistencial del Insalud, se justificó por la necesidad de acabar con la “tradicional separación en la organización sanitaria española entre las actividades de sanidad preventiva y asistenciales, poco consecuentes con las exigencias de un moderno sistema sanitario”. En estos propósitos, aunque había una confluencia de intereses con el Gobierno central, si bien con prioridades y estrategias diferentes, se generaron dos dinámicas:

a. Las Comunidades Autónomas, obligadas a la modernización de la salud pública, debían incorporar nuevas funciones, concretamente potenciar la promoción de la salud, la participación de la población y priorizar la prevención de las enfermedades no transmisibles. Además de replantear la relación de la nueva administración autonómica con la sanidad local, y descentralizar el sistema sanitario a nivel autonómico, aspecto tratado por escasas Comunidades autónomas, entre ellas el País Valenciano.

b. La Administración Central consideraba prioritario implantar el modelo de atención médica a partir del esquema asistencial del Insalud. Era un objetivo político, que se realizó en pleno proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y que anticipaba en dos años a la Ley general de Sanidad. Este nuevo modelo descansaba sobre la Atención Primaria, superando el modelo tradicional de sanidad preventiva⁶, al mismo tiempo que unificaba todos los servicios sanitarios. La nueva demarcación territorial de base - la Zona básica de Salud- fue definida como el “marco territorial de la atención primaria de la salud”, que debía ser “capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”⁷. Se anularon los Partidos sanitarios, base territorial de la

6 Llama la atención la reducción que se hace, tanto en este Real Decreto como en la Ley general de Sanidad, del modelo sanitario clásico denominado “sanidad preventiva”, que no estimamos correcto. La Dirección general de Sanidad tenía asignada, además de la Higiene Pública, la asistencia médica de beneficencia, que correspondía a las diputaciones y a la sanidad local. La función asistencial recaía en los sanitarios locales que asumían igualmente su cupo de seguridad social. Por ello, y con el fin de que en cada municipio hubiese atención médica, incluida la asistencia privada, se adoptó un criterio proteccionista al limitar el acceso de médicos privados a los partidos médicos “abiertos”. En los partidos médicos “cerrados” el ejercicio médico – público y privado- solo estaba autorizado a los médicos con plaza en dicho partido. Por ello, el término adecuado es el de Higiene pública y no sanidad preventiva.

7 RD 137/1984, sobre estructuras básicas de salud: las funciones sanitarias afines son, según el preámbulo del Real Decreto las “integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto al individuo, aisladamente considerado, como a los grupos sociales y a las Comunidades en las que se insertan”.

sanidad clásica, y los funcionarios sanitarios locales se integraron en las Zonas de Salud.

En esta reforma el Ministerio recurrió a legislación aprobada antes del inicio del proceso de transferencias. Lo hizo al aplicar el Decreto-ley 38/1978 (sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo), aprobado en el inicio de la Transición política, y considerado por los legisladores como “el punto de partida de una reforma de la gestión de los servicios sanitarios y asistenciales, tanto del Estado como de la Seguridad Social, con arreglo a los principios de simplificación, racionalización, economía de costes, eficacia social y descentralización”, El cambio, que se justificó como hemos visto en la eficiencia y la modernidad, entraba en conflicto de competencias con las Comunidades Autónomas al cambiar la ordenación territorial sanitaria y mantener la doble dependencia administrativa de los sanitarios locales. Igualmente aplicó el Decreto 116/1966 (sobre plantillas de los sanitarios locales), aprobado en pleno Franquismo, que permitía la compatibilidad salarial de los sanitarios titulares, dependientes del Ministerio de la Gobernación, y los médicos de la Seguridad Social.

La aprobación de la **Ley general de Sanidad**⁸(14/1986,) cerró este proceso de transición al crear el Sistema nacional de Salud, superando las limitaciones del modelo sanitario tradicional al garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud y la equidad del sistema sanitario. En su preámbulo, se justifica la

reforma por la inadaptación de las estructuras sanitarias tradicionales a las necesidades de la sociedad actual y a disponer de un sistema de salud equitativo. En concreto para:

1. El control de los problemas de sanitarios de la población, completando la perspectiva colectiva con la prevención individual.
2. Superar el modelo asistencial dual – medicina liberal y asistencia pública – que no ofrecía una asistencia médica equitativa porque “el dogma que perdura es el decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud”.
3. Integrar, tanto técnica como políticamente, en las instituciones las funciones sanitarias garantizando la equidad del sistema sanitario y el cumplimiento del mandato constitucional de protección a la salud.

Con estas premisas la Ley general de Sanidad formula y ordena un nuevo modelo sanitario, fijándose como objetivo la cobertura universal; la integración de todas las instituciones sanitarias en

8 Ley 14/1986, general de Sanidad. En su Preámbulo dice “la integración efectiva de los servicios sanitarios es básica, no solo porque sea un principio de reforma en cuya aplicación está en juego la efectividad del derecho a la salud que la Constitución reconoce a los ciudadanos, sino también porque es deseable asegurar una igualdad de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones”.

las Comunidades Autónomas; y, la atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad.

Se crea el Sistema nacional de Salud como “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”,⁹ asumía la prestación de la atención integral de la salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, su curación y rehabilitación), la coordinación de todos los recursos en un dispositivo único y la financiación por las Administraciones Públicas, sin descartar la posibilidad de cobro por prestaciones. A nivel autonómico, los Servicios de Salud Autonómicos integrados por “todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad¹⁰, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”. Y, como organización sub-autonómica, las Áreas de Salud, definidas¹¹ como “las estructuras fundamentales del sistema sanitario”, cuyas funciones son la gestión unitaria de los centros sanitarios, de las prestaciones sanitarias y del desarrollo de los programas sanitarios, a llevar a cabo en su demarcación geográfica y

⁸ Ley 14/1986, general de Sanidad, art. 44, punto 2

⁹ Ley 14/1986, general de Sanidad, art. 44, punto 2

¹⁰ Ley 14/1986, art. 44, punto 2

¹¹ Ley 14/1986, art. 56, punto 2.

demográfica, y está dotada de órganos de gobierno - participación, dirección y gestión. En resumen, la ley establece las funciones específicas para cada nivel político-administrativo: la Administración central, la legislación básica y la coordinación estatal; las Comunidades Autónomas, el desarrollo legislativo y político así como la responsabilidad administrativa de su gestión y dirección; y, las Áreas de Salud, donde se integran las Zonas Básicas de Salud, el nivel operativo.

La salud pública (promoción, prevención, epidemiología, higiene de alimentos, entre otras), incorporada al Sistema nacional de Salud donde domina la lógica asistencial y la estrategia individual, tiene limitado algunos aspectos de su gestión, como la capacidad de llevar a cabo acciones globales y participativas – como estrategias de intervención sectoriales con otros ámbitos de la administración pública- no siendo suficiente la fórmula¹² “propondrán o participaran con otros Departamentos en la elaboración y ejecución de legislación sobre...”, insuficientes para generar salud mediante acciones coordinadas. Esta limitación de la Salud Pública, para la intervención en ámbitos fuera del Sistema nacional de Salud, es más evidente al restar la

¹² Ley 14/1986, Cap. II, art. 19

ley competencias y autonomía a los Ayuntamientos¹³ para la resolución, a nivel local o comarcal, de sus problemas de salud, perdiéndose un aliado importante para la mejora de la salud de la población. Su incorporación en los órganos de dirección de las Áreas de Salud¹⁴, no ha resultado tal como esperaban los legisladores ya que éstas han devenido fundamentalmente en gestoras de las instituciones sanitarias, con escasa aplicación¹⁵ a la salud pública, valga como ejemplo la escasa atención a la dotación de recursos del Área como son los Laboratorio de Salud, o a programas específicos como el Plan de Salud del Área. Las posteriores legislaciones sanitarias – ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud como la ley 33/2011, general de Salud Pública- inciden en el vaciamiento de las competencias municipales¹⁶. De hecho, las Corporaciones locales quedaron reducidas, en la ley general de Sanidad (art.

13 La 14/1986, Preámbulo. Dice que “La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en general, no es el más adecuado para su gestión, esto no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese nivel”

14 Ley 14/1986: Preámbulo, dice “el leve efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida se compensa otorgando a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y gestión de las Áreas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes en los principales órganos colegiados del Área”.

15 Existe la experiencia del País Valenciano con la creación de los Centres de Salut Comunitària

16 Ley 41/1975 de Bases del Estatuto Municipal, base 8, punto 3: se mantenía, todavía en 1975, referencias a la higiene y sanidad.

42.3), a las “responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios”, si bien mantiene sus tradicionales funciones. A partir de 1985, se reasignan competencias municipales a las áreas de medio ambiente urbano (gestión de residuos sólidos urbanos y protección contra la contaminación acústica, lumínica y atmosférica), abastecimiento de aguas y evacuación y tratamiento de aguas residuales, hoy fuera del marco de las competencias sanitarias, restando solo la “protección de la salubridad pública” (art. 25, punto 2.j), aspecto sobre el que no se ofrece mayor información.

El desarrollo del marco normativo de la salud pública se ha completado, en los últimos 15 años con las leyes de Cohesión y Calidad del Sistema nacional de Salud (2003) y la general de Salud Pública (2011), ya citadas. La primera completa, junto a la ley general de Sanidad, el Sistema nacional de Salud, así como la relación de la administración central con la autonómica y el papel del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud. La segunda, es una ley específica de salud pública.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud (SnS) es una norma de carácter general en la que establece la colaboración entre el Estado y las Comunidades autónomas, considerando “como núcleo común de actuación el Sistema nacional de Salud”. Su objetivo, conseguir equidad, calidad y participación (de los usuarios y profesionales del Sistema

nacional de Salud) estableciendo los ámbitos de colaboración y los mecanismos de cooperación y coordinación entre las Administraciones públicas. Los órganos considerados básicos son el Sistema nacional de Salud y el Consejo Interterritorial. Y sus principales características son:

1. la toma de decisiones, tanto clínicas como preventivas, deben de hacerse de acuerdo con la evidencia científica,
2. las prestaciones sanitarias deben realizarse de forma integrada entre las Administraciones públicas y el Sistema nacional de Salud. Y entre los diferentes niveles de éste, especialmente la integración de las funciones preventivas de salud pública en la atención primaria y la integración de la atención sanitaria con la sociosanitaria.
3. La salud pública, como tal, queda reducida a la enumeración de:
 - a. los tradicionales ámbitos de acción: información y vigilancia epidemiológica, protección, promoción de la salud mediante acciones ambientales, laborales y de seguridad alimentaria, sanidad exterior.
 - b. las acciones coordinadas que deben responder a situaciones de emergencia o de los acuerdos internacionales.
 - c. Respecto a los Planes integrales de salud se faculta al Ministerio para elaborar “planes integrales de salud sobre las

patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar”, siempre contando con la aprobación del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud.

En resumen, es una ley que mejora y soluciona algunos aspectos de la ley general de Sanidad, mediante el fortalecimiento del Sistema nacional de Salud. La salud pública, uno de sus ámbitos de aplicación, mantiene la misma lógica que la ley anterior, al reforzar la atención al individuo frente a las estrategias de intervención en la comunidad. Ello ha supuesto que la necesaria incorporación de determinadas prestaciones de promoción y prevención en la atención primaria, se limiten necesariamente a estrategias medicalizadas; o que, en la coordinación y cooperación, tan necesarias en las estrategias de salud pública, domine una visión administrativista y reglamentaria y quede reducida al ámbito del sistema asistencial. Por último, al desarrollarse en el interior del Sistema nacional de Salud y ser el propósito de la ley la aprobación de un catálogo de prestaciones limita la capacidad de la salud pública al conjunto de la población al dar una visión reduccionista de su potencial, agravado al no hacerse explícita la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del Sistema nacional de Salud en la aplicación de sus intervenciones, en la regulación de la coordinación entre gobierno central y autonómico, o con otros ámbitos de la administración para llevar a cabo acciones sectoriales.

Diferente es la Ley general de Salud Pública (33/2011). Es una ley específica que considera a la salud pública como una obligación de las administraciones públicas al considerar que las ganancias o pérdidas de la salud son consecuencia de procesos sociales y biológicos por lo que las intervenciones ante los problemas de salud no siempre son específicas solo del sistema sanitario, por ello armoniza, coordina y media en sus tres ámbitos de acción “1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción en los servicios de salud; y, 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo mejores resultados en salud”. Esta sistematización, necesaria a todas luces, adecua las intervenciones en salud pública a aquellos ámbitos en las que sean más eficaces las acciones sanitarias, en razón a la propia génesis de los problemas de salud o a la capacidad de su control, superando las dificultades observadas en las disposiciones legales anteriores, especialmente las referidas a la coordinación y la cooperación de las políticas sectoriales, evitando tanto el reduccionismo biológico implícito en la prevención de la enfermedad como el determinismo del marco administrativo y político, proporcionando autonomía para la elección de las alianzas, tanto en los diferentes niveles político-administrativo del Sistema nacional de salud como en el conjunto de la sociedad. Especial importancia tiene la incorporación de la comunidad científica en este proceso, superando la tradicional limitación a los cuadros de la administración. Esta incorporación

se ve garantizada por la creación del Consejo Asesor de Salud Pública, del Comité consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Sanidad y del Centro Estatal de Salud Pública, obteniendo un nuevo balance entre administración y comunidad científica que es clave en la Ley, al tratar de dotar a la decisión política, además de un principio ético, la evidencia científica. Por último, incorpora un conjunto de principios, además de equidad e integralidad presentes en las leyes anteriores, que busca dotar de mayores garantías a la ciudadanía respecto a la Administración, al ajustarse la intervención a los principios de pertinencia y precaución entre otros, en función a las características del problema de salud a tratar.

Es evidente el importante paso que significó esta ley en la consolidación de la salud pública como uno de los ámbitos de la administración para generar salud. Corrige y desarrolla aspectos que en las leyes anteriores habían sido considerados de manera limitada y, sobretodo, busca profesionalidad con el fin de asegurarse de que las medidas adoptadas responden al conocimiento científico. Sin embargo, no escapa en ningún momento, por la sombra determinante del sistema sanitario, las limitaciones implícitas a la participación de los municipios. La ausencia de referencia, no solo a sus competencias sino también su participación o su capacidad para resolver problemas locales, o la falta de desarrollo de las formas de participación ciudadana, a pesar del reconocimiento de ese derecho, son aspectos a reconsiderar.

En resumen, las tres leyes marcan un camino, seguramente no previsto por los legisladores ni por los decisores políticos, entre otras razones por la alternancia política (la primera y la última corresponden a gobiernos socialistas y la segunda a populares), que visto desde nuestra perspectiva histórica ha configurado la respuesta de la sociedad a los nuevos retos que ella misma ha generado. Por ello, no debemos de ver en ellas puntos finales sino la síntesis que en cada generación ha hecho de la situación de salud de la población, de su génesis, y de la capacidad – mayor o menor en función a las prioridades del grupo gobernante- para su solución.

La práctica de la salud pública.

Durante el Desarrollismo, es decir en el tardofranquismo, se tenía la convicción de que el marco político, así como el modelo de Estado, estaba agotado. La Constitución de 1978 marcó el hito del cambio con la construcción del estado democrático, en el que la sociedad española tuvo la ocasión de abrir un proceso colectivo, multifocal, en el que la recuperación de un marco social democrático fue determinante, y la descentralización política del Estado una oportunidad para su generalización. En este contexto, la higiene pública, tanto como disciplina científica como organización sanitaria, también estaba agotada. El patrón epidemiológico se había modernizado, la seguridad social alcanzaba cotas de cobertura cada vez más altas, la existencia de nuevos puntos de decisión política rompió el monopolio del

estado central. En resumen, era necesario afrontar no solo nuevas prácticas sino la renovación científica y desarrollar nuevos marcos legislativos y organizativos. Quizás el cambio más sustancial fue la aparición nuevos agentes que hicieron posible esa renovación. La universidad, los centros de investigación y, en conjunto, las nuevas administraciones autonómicas eran esos espacios nuevos para su cambio y aplicación.

Esta situación, junto a la multiplicación de los nuevos focos que significaban las administraciones autonómicas, hizo que las experiencias en salud pública se generalizaran y, por tanto, la aparición de nuevas centralidades que agotaron la organización tradicional. En efecto, los cuerpos de funcionarios salubristas tradicionales perdieron su relevancia mientras que nuevas generaciones de perfiles formativos muy diversos –autodidactas, formación reglada en España o en el extranjero- conformaron una nueva masa crítica, multiprofesional, de gran impacto en la administración sanitaria, cuya forma de acción se fue haciendo cada vez más evidente. No es que la práctica de la salud pública saliese de la administración sino que se diversificaron los agentes y escuelas y por tanto se hizo plural y multifocal.

Esta situación hizo más evidente la falta de formación reglada, tanto de grado como de postgrado, en salud pública y sus áreas de conocimiento. La formación universitaria, reducida tradicionalmente a la asignatura de Higiene y Sanidad, cambió la denominación a medicina preventiva y social en los años

ochenta, y posteriormente se introdujo, como asignatura individualizada, la epidemiología. Respecto a la formación de postgrado solo existían los cursos, en la Escuela nacional de Sanidad, de Oficiales sanitarios, denominación de los años veinte y treinta, para la formación en salud pública, y cursos de Diplomados de sanidad, orientados a los médicos titulares sobre fundamentos de salud pública. La ruptura se produjo en tres momentos. El primero, por la aprobación de la especialidad de medicina preventiva y salud pública, en el marco del programa de formación de médicos internos y residentes, con la obligación de realizar un curso de formación en salud pública, actividad que recayó en la Escuela nacional de Sanidad, con la limitación que suponía ser solo accesible a licenciados y doctores en medicina y dominar la práctica preventivista hospitalaria. La segunda, fue la necesidad que tenían las Comunidades Autónomas de formar a la fuerza de trabajo recién incorporada a su organización, lo que llevó al desarrollo de maestrías y de salud pública, como el de Salut Comunitària, realizado en València mediante convenio con la Universitat de València, o de cursos cortos de formación muy específica en epidemiología, promoción de la salud, educación para la salud, administración sanitaria. Una tercera vía, impulsada por la necesidad sentida por la administración, tras el fracaso de la epidemia del síndrome tóxico, de dotar becas para la formación en el extranjero (OMS, Fundación Fulbright, etc.), o por la propia iniciativa de los interesados, de esta manera un número importante y significativo de salubristas se formaron en Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Italia, Cuba, etc. Este esquema

formativo tuvo otro impacto, la especialización en las áreas de conocimiento de la salud pública y, en cierta medida pero no desdeñable, su flexibilización. Pero lo más importante, fue la institucionalización de la formación en salud pública (maestrías generales) o en sus áreas de conocimiento (epidemiología en el terreno, administración sanitaria, promoción de la salud, etc.) en escuelas de salud pública (nacional de sanidad, andaluza de salud pública, valenciana de estudios en salud) o en universidades, con o sin colaboración con instituciones públicas para la realización de estudios oficiales o propios. En este contexto, la investigación ha experimentado, igualmente, un cambio radical especialmente a partir de la creación, en el marco del FIS, del CIBER de salud pública y Epidemiología.

La formación de esa masa crítica se concretaría en movimientos asociativos – sociedad española de epidemiología, sociedad española de salud pública y administración sanitaria, economistas de la salud, medicina preventiva y hospitalaria, etc.- de profesionales en salud pública o en sus áreas de conocimiento. Este proceso no estuvo exento de conflictos generados por la limitación corporativa de la titulación de especialista y por su repercusión en el mercado de trabajo. La crisis de los Mestros fue la ocasión para que la SEE propusiera al resto de Sociedades científicas relacionadas con la salud pública y sus áreas de conocimiento, la propuesta de un grupo de trabajo sobre competencias en salud pública - a esta propuesta se adhirió SESPAS y, durante algún periodo las de medicina

preventiva hospitalaria-. Sus conclusiones, conocidas como el Consenso de Maó, considera como competencias de la salud pública “el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional de la salud pública desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias”. Éstas son:

- a. “Valorar las necesidades de salud de la población, lo que significa comprender y medir los determinantes y los problemas de la salud y del bienestar de las poblaciones humanas en su contexto social, político y ecológico.
- b. “Desarrollar las políticas de salud, lo que significa contribuir a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud.
- c. “Garantizar la prestación de servicios sanitarios, lo que significa proporcionar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiariedad, seguridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios de salud”.

Este documento es una manifestación de la madurez que ha alcanzado, en nuestro País, la salud pública, que debemos considerar como un proceso colectivo que ha buscado a lo largo de estos 25 o 30 años redefinir a la salud pública como una función específica del Estado orientada a la mejora de la salud de la comunidad, pero no solo eso sino actualizar sus disciplinas

científicas y su práctica, así como desarrollar una intensa labor formativa e investigadora.

En este proyecto colectivo, la Escuela de verano de Salud Pública de Maó ha desempeñado un notable papel a lo largo de estos años, no solo por el citado Consenso, o por la Carta de Maó sobre Promoción de la Salud. La simple lectura de los enunciados de los Cursos, Encuentros y otras actividades nos muestra una evolución desde la necesaria formación en áreas concretas, fundamentalmente en epidemiología y en gestión de la atención médica, que caracterizó a los primeros años a una progresiva apertura hacia la promoción de la salud, la gestión de servicios y de la investigación, a la atención del enfermo crónico y sus problemas o a cuestiones de debate sanitario, especialmente en los actos organizados conjuntamente con el Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III o la Conselleria de Sanitat del Govern Balear.

Pero la Escuela de Verano es, más que otra cosa, un espacio de reflexión y consenso en el que abordar los diferentes aspectos de la salud pública: políticas, formación, investigación, su práctica, etc., desde posiciones abiertas y no lastradas por el origen laboral de las personas que en ellas intervienen ni su marco institucional. Es también un espacio de libertad. En este sentido, se ha conformado una cultura acerca de qué es la salud pública y como debe aplicarse que difícilmente se hubiese llegado a formular desde los despachos oficiales. Las formas para ello han

sido principalmente los Encuentros, pero también las conversaciones informales, en temas como las Escuelas de salud pública, la formación de grado, los problemas relacionados con la especialidad, la vigilancia epidemiológica y su práctica, la promoción de la salud, las ciudades saludables y las competencias municipales en salud, o las reflexiones acerca de la ley de salud pública: orientación, alcance, contenido, etc.

Si bien suponemos que muchos de estos logros habrían llegado a producirse sin la Escuela de Verano, tenemos la certeza de que muchas de las discusiones, reflexiones y propuestas realizadas por los participantes en las diferentes actividades de la Escuela han contribuido, en mayor o menor grado, al desarrollo de la salud pública, de sus áreas de conocimiento, de su práctica y en determinadas políticas sanitarias, como ha sido el caso de gran parte del contenido de la ley de salud pública.

Bibliografía

1. Winslow, C.-E A. «The Untilled Fields of Public Health.» Science LI, nº 8 (1920): 23-37.
2. Last, John M. «A Dictionary of Epidemiology.» Editado por International Epidemiological Association. (Oxford University Press) 1983.
3. Detels, Roger, y Breslow. En Oxford Textbook of Public Health, editado por Roger Detels, Robert Beaglehole, Mary Ann Lansang y Martin Gulliford. Oxford University Press, 2005.
4. SEE-SESPAS. «Competencias en Salud Pública. Consenso de Maó.» Maó, 2002. www.see.es

Winslow “la ciencia y arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio; el control de las infecciones transmisibles; la educación de los individuos en higiene personal; la organización de los servicios

médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”

Last “Un esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, competencias, y creencias dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de la población a través de acciones colectivas y sociales”(Last, 1983).

Breslow “Es un proceso de movilización y contratación –local, regional, nacional, internacional- para asegurar las condiciones de salud de la población” (Detels y Breslow, 2005).

[Volver al índice](#)

Consenso de Maó. Aprobado por las sociedades científicas de Epidemiología y de Salud Pública y Administración Sanitaria.

[Volver al índice](#)

Capítulo 2

Las escuelas de salud pública en España: miradas diferentes para una necesidad común

Joan Carles March Cerdà

Director de la EASP

Investigador del Ciberesp



Sorprende encontrar tan poco escrito sobre el papel de las escuelas de salud pública en España. Sorprende que no haya casi publicaciones científicas que hablan y analizan su trabajo. Sorprende la coexistencia de una reflexión sobre el impacto de las mismas. 30 años lleva la Escuela Andaluza de Salud Pública, 25 la Escuela de Verano y desde el año 1924, la Escuela Nacional de Sanidad.

La Escuela Nacional de Sanidad (ENS) fue analizada a través de su historia en un artículo de Josep Bernabeu en el año 1994 en la que comenta que el nacimiento y posterior desarrollo de dicho proyecto, sólo puede ser entendido en el marco de los importantes cambios que le tocó vivir en nuestro país en los finales de la década de los 20 y principios de los 30 y del intenso proceso de renovación en el campo de lo científico y lo sanitario, destacando el papel de Gustavo Pittaluga, como Director y principal impulsor del proyecto. La formación regular y específica para funcionarios que tenían la responsabilidad de todas aquellas cuestiones relacionadas con la higiene y la sanidad pública era una necesidad planteada a inicios del siglo XX y que estaba basada en la deficiente formación de los médicos en materia de la acción preventiva-social y la falta de formación universitaria de dichos aspectos. Hay que destacar que el nacimiento de la ENS fue la respuesta a una reivindicación ampliamente compartida por diferentes sectores, curiosamente, e incluso para Francisco Murillo, director general de sanidad, fue la culminación de una obra, con una institución con dos ramas basadas en laboratorios

y un hospital de infecciosas, completado por elementos de “la higiene moderna” que permitieron diseñarla con las más novedosas orientaciones del momento, incorporando a sus programas y claustro de profesores, los conocimientos y los docentes más adecuados.

José María Martín Moreno, que fue director de la ENS en el periodo 1995-2000, además de alumno y profesor, destaca esta magnífica investigación y recopilación histórica de Josep Bernabeu y destaca la colaboración entre España y la Fundación Rockefeller (una de las instituciones que más contribuyó al desarrollo de la salud pública durante el período de entreguerras en Europa y en el mundo), y en un contexto histórico caracterizado por las importantes transformaciones que vivió España en los años finales de la década de los veinte y principios de los treinta, y donde hay personajes históricos cuya figura apunta que, hay que reivindicar, como es el caso del Dr. Gustavo Pittaluga, que en el bienio 1930/1932, fue el Director y principal impulsor de la ENS como escuela moderna, que posibilitó la incorporación de profesionales de reconocido prestigio y con vocación de adaptación a los retos de salud pública del momento. Según Martín Moreno, las circunstancias que le tocó vivir a nuestro país como consecuencia de la guerra civil influyeron, no cabe duda, en que el proyecto no se desarrollara con toda la fuerza prevista por Pittaluga, pero la iniciativa es digna de mención.

Por su parte, Ferrán Martínez Navarro como director que ha sido también de la ENS, valora que la Escuela Nacional de Sanidad tiene un carácter histórico en el desarrollo de la salud pública, española especialmente en su primer momento (1924 -35) en que alcanzó un papel fundamental en la formación de los cuadros de la salud pública y la realización de los cursos de Oficial Sanitario, como primer programa de formación en higiene pública. Su papel en la formación e introducción de los nuevos conceptos fue evidente. Igualmente lo fue su papel asesor respecto a la dirección general de sanidad. Posteriormente, durante la dictadura, a pesar del reconocimiento de que fuera un organismo asesor, que continuara la labor del Instituto Nacional de Sanidad (antiguo Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII), lo cierto es que se observó una larga decadencia, manteniendo algunos de los rasgos fundamentales de sus inicios, y su participación en programas de formación continuada dirigidos a los sanitarios local, en concreto la Obra de Perfeccionamiento Sanitario. Esta decadencia apunta F. Martínez Navarro, ha cambiado a partir de los 90 y en conjunto, de este largo periodo (90 años) lo más importante ha sido su supervivencia en la formación de recursos humanos, así como en la introducción de nuevas propuestas formativas, en epidemiología, promoción de salud o gestión de servicios.

En el año 1991, Lennart Kohler en la revista *European Journal of Public Health* (Köhler L. Public Health Renaissance and the Role of Schools of Public Health *Eur J Public Health*(1991)1 (1):2-9)

decía que en estos tiempos de cambios políticos, sociales y económicos, la salud pública de Europa vuelve a estar en el foco y apuntaba que las escuelas de salud pública, por mucho tiempo la base para la educación de los líderes de salud pública, serían también en el futuro un papel clave en la promoción de la "nueva" agenda de salud pública. Esta afirmación la basaba en la conciencia ecológica y la participación pública en la salud de su enseñanza, la investigación y la política que puede hacer que se les vea como Centros de Relevancia y no sólo como centros de excelencia orientando así sus actividades a las necesidades de las nuevas generaciones de profesionales que pueden ser tanto de activistas y defensores de la salud. Terminaba comentando sobre que si la formación y la investigación son relevantes para la práctica y servicio a la comunidad, las escuelas estarán en el centro de la salud pública en vez de en la periferia de la medicina y reflexionaba sobre las estrategias a seguir.

El paraguas de la interdisciplinariedad frente a una clara dominancia médica habitual se plantea en un análisis de la National School of Public Health de la implementación de una Escuela como una respuesta de los Balcanes para la eliminación de las causas de la violencia política. Pone sobre la mesa ideas de interés para poder ser un centro académico de excelencia e innovación, con el digno propósito de mejorar la salud de la población, con especial atención a los más desfavorecidos, marginadas y vulnerables, ayudando a la promulgación de políticas, la capacitación, el desarrollo de nuevos programas de

formación para los derechos humanos y la salud pública, y contribuyendo a la salud pública regional.

Más cercana es la reflexión en Canadá (Ted H. Tulchinsky, M. Joan Bickford. Are Schools of Public Health Needed to Address Public Health Workforce Development in Canada for the 21st Century? REVUE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE VOLUME 97, NO. 3. 248-250) sobre la creación de instituciones federales de salud pública para trabajar con las autoridades sanitarias provinciales y locales, y que el futuro de la infraestructura de salud pública depende de la existencia de una fuerza de trabajo multidisciplinar y bien preparado. Apunta que en el pasado, Canadá formó al personal de la salud pública en las escuelas de medicina, pero en las últimas décadas, estos cursos se ofrecen principalmente en departamentos y centros de las escuelas de medicina. Las crisis de salud pública recientemente llevó a la creación de nuevas instituciones, la reorganización de la salud pública y en especial la capacidad de crear escuelas de salud pública autónomas dentro de las universidades, como se hace en los Estados Unidos y poco en Europa, que buscan abordar la complejidad de los desafíos de la "nueva salud pública" y de una salud pública eficaz, renovando su imagen y elevando el perfil de la formación, investigación y servicios que ofrecen para satisfacer las necesidades.

En España, Rafael Manzanera en el Informe SESPAS de 1998, escribía que las actividades de salud pública en el ámbito académico se llevan a cabo en los departamentos universitarios, en los centros públicos de investigación y en las Escuelas de Salud Pública, que han mostrado un crecimiento considerable en los últimos años, aunque planteaba que las actividades de investigación, consultoría y asesoramiento sanitario eran francamente mejorables.

Andreu Segura escribía en El País (Andreu Segura. Patxi Català, creador de la Escuela Andaluza de Salud Pública http://elpais.com/diario/2003/11/25/agenda/1069714808_850215.html), una necrológica sobre Patxi Catalá, la persona que creó la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en 1985, la primera de las escuelas de salud pública creada en el ámbito autonómico en España y la que, él decía, mejor ha capeado las inclemencias de un sistema sanitario desproporcionadamente volcado a la asistencia. Y seguía explicando que Patxi desde la nada consiguió hacer la EASP espejo y referencia de la salud pública andaluza, española e internacional, de manera que la salud pública asumiera la responsabilidad de vanguardia y estímulo para el conjunto del sistema sanitario del que forma parte, contribuyendo efectivamente a la mejora de la salud de la población y a la racionalización de las organizaciones sanitarias. Las escuelas de salud pública apuntaba deberían contraponer a la esterilidad de la retórica y las polémicas doctrinales, las

actividades de investigación y docencia que más falta hace a los servicios sanitarios.

En esta línea, en el Informe SESPAS 2010 (F. García Benavides. En la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001883>), Fernando García Benavides decía que la progresiva institucionalización de la salud pública en España, hace que sea esencial una reflexión sobre la formación de los profesionales de salud pública. Y seguía, diciendo que convertirse en un profesional de la salud pública requiere un cierto grado de competencia en el desarrollo de las actividades para promover y proteger la salud de los ciudadanos, sobre todo la de la población en general. Esta adquisición de competencias comentaba que continúa durante toda la vida profesional, comenzando con una maestría en salud pública hasta que se logre una experiencia avanzada, caracterizada por la capacidad de innovar, liderar y provocar cambios en la salud pública, tanto a nivel nacional como internacional.

A partir de ese contexto, diversos expertos relacionadas con las diversas escuelas, han respondido a 3 preguntas sobre el papel de cada uno de ellas, la valoración o impacto de las escuelas de salud pública en la mejora de la salud pública en España y por último, una reflexión sobre hacia donde hay que ir en el futuro.

APORTACIONES DE CADA UNA DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

El Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP), desde el punto de vista de Carlos Álvarez Dardet, aportó tres cosas a la salud pública española: énfasis en la investigación, internacionalización y espíritu colaborativo. El origen del IVESP fue académico, adscrito a la Conselleria de sanidad, aunque con una creación y desarrollo muy vinculado al grupo de salud pública de la Universidad de Alicante, ya que sus dos directores (Paco Bolumar y Concha Colomer), tuvieron su origen en ese grupo.

Para Álvarez Dardet, el hecho de que el Conseller que lo creó, Joaquin Colomer hubiera sido catedrático de pediatría y rector, hizo que la investigación fuera desde el principio un valor importante de la institución. Jaume Costa, uno de los iniciadores de la promoción de la salud en España lo definía muy gráficamente como una mezcla híbrida entre el IMIM (que entonces, y ahora era el grupo de vanguardia en investigación en salud pública en España) y la EASP, que suponía una institución muy pegada a las necesidades de formación de los servicios sanitarios en Andalucía. Se desarrollaron muchos proyectos de investigación y se hizo mucha docencia en investigación, y los resultados pueden verse en cualquiera de los mapeos bibliométricos que se han realizado, que muestran como el IVESP fue una de las instituciones con mas producción científica en

España en los 80 y 90. Cuestiones como la investigación en desigualdades en salud, las investigaciones en género y salud, en promoción de la salud no tendrían el desarrollo que tiene ahora en España sin el concurso del IVESP. Esto hizo que rápidamente se contactara con los grupos más vanguardistas en la investigación y la práctica de la salud pública en el mundo, tanto en Europa como en América y que el IVESP fuera designado centro colaborador de OMS Europa. Asimismo, el IVESP fue un miembro muy activo de ASPHER, organizando varios de sus congresos y obteniendo la presidencia de la asociación, junto al desarrollo de redes de trabajo como el European Training Consortium for Public Health (ETCPH), que aún permanece activo, o el curso internacional de Promoción de la salud con América Latina, que también permanece en activo, entre estas dos redes unos 3000 profesionales de todo el mundo han recibido formación especializada en promoción de la salud

Según apunta Carlos Álvarez Dardet, desde la creación del IVESP, sus profesionales tuvieron claro que una estrategia de cooperación era más adecuada que una de competencia, y se desarrollaron vínculos de trabajo con todas las escuelas de salud pública que se crearon en España en los años 80., siendo un buen ejemplo de ese estilo la Escuela de Verano de Salud Pública, que se inició como una idea de profesores del IVESP por el origen menorquín de Ildfonso Hernández y que inmediatamente se invitó al resto de las escuelas a participar, convirtiéndose en el único espacio de colaboración entre

escuelas en una época. Esta visión de la cooperación no la comparte totalmente Luís Andrés López, profesor de la EASP, que cree que salvo algunas excepciones, hubo poca cooperación, pocas sinergias y poco diálogo entre las escuelas de salud pública, aunque destaca la generosidad de Cocha Colomer y Carlos Álvarez Dardet, además de los espacios OPS en América Latina en la Escuela de Promoción de Salud que se realizó en Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia durante varios años con participación de profesionales de las distintas escuelas. También es de destacar el trasvase de profesionales entre escuelas, que aunque no fue muy numeroso, si que lo hubo, principalmente, desde el Centro Universitario de Salud Pública (CUSP) a la EASP. Sobre la colaboración entre escuelas, Andreu Segura comenta que los profesionales del GAPS del Colegio de Médicos de Barcelona colaboraron con todas las escuelas de salud pública que se iban creando y con la ENS también.

La mayoría de las escuelas que se crearon en España en los años 80, el IVESP entre ellas, han desaparecido o perdido su carácter distintivo como escuelas de salud pública, por falta de apoyo político, su falta de anclaje como instituciones académicas que debería haber sido universitario esta en el origen de esta evanescencia, se intentó cortocircuitar la evolución de la salud pública en las universidades y crear instituciones que sortearan el aislamiento del franquismo y no fue posible. Sólo aparte de la Escuela Nacional de Sanidad, la Escuela Andaluza de Salud Pública es la que mantiene, según cuenta Luís Andrés López, el

estándar del trabajo colectivo de profesionales de salud pública con un papel muy importante en Andalucía, junto a un trabajo fundamental en América Latina que le ha llevado a tener un papel relevante en la OPS/OMS, de cuya institución es centro colaborador y de un trabajo continuado en diferentes países, aparte del trabajo institucional con CALASS, ASPHER, EHMA o el Observatorio Europeo de Servicios Sanitarios, que van desde México hasta Argentina y Chile pasando por Centroamérica, con proyectos importantes en países como Chile, Brasil, Uruguay, Argentina, Paraguay, República Dominicana, Nicaragua, Guatemala o El Salvador.

Además del IVESP, la EASP y la ENS, el Centro Universitario de Salud Pública (CUSP), Centro Mixto de la Universidad Autónoma de Madrid y de la Comunidad de Madrid (Consejería de Sanidad), tuvo un papel muy activo en Madrid en los años 90, con el Dr Rojo o Ángel Otero como directores en la que se impulsaron aspectos como la salud ambiental y laboral entre otros.

En Cataluña, el papel de las escuelas de salud pública ha sido muy particular. Así, Andreu Segura habla de estímulo inicial en la salud pública española desde Cataluña (Cataluña jugó un papel clave al inicio de la transición, básicamente mediante el GAPS y sus iniciativas de investigación y formación, y en particular el curso de Salud Comunitaria de 1977 que dirigió Enrique Nájera) y posterior fracaso en cuanto a la institucionalización ya que el ISP fue la última de las escuelas en crearse y la primera en

desaparecer. La Universitat de Barcelona inició el programa máster con la colaboración de la Generalitat y del Ayuntamiento en 1987, pero no tuvo éxito en la creación del Institut de Salut Pública hasta 1993-4, no obstante, se mantiene el programa de maestría (ahora en la Universitat Pompeu Fabra). De todas formas, la influencia catalana sigue siendo notoria tanto en las Universidades y el CIBERESP, además del CREAL y CRESIB IS Salud Global. Luís Andrés López opina que en lo que respecta a Catalunya, siendo muy potentes, con grupos muy activos y un papel importante en la salud pública, las diferentes personalidades y la competencia entre ellos, les ha llevado a no hacer una institución única potente entre las escuelas de salud pública.

La ENS tuvo en la democracia, según Ferrán Martínez Navarro, un nuevo resurgimiento, potenciado por la integración en ella, de la Escuela Nacional de Dirección de Hospitales que potenció la propuesta formativa y mantuvo la visión tradicional de la salud pública (revitalizada por el acuerdo para la formación del MIR de preventiva, junto a la formación en gestión y administración sanitaria). Destaca, además, su relación con la Johns Hopkins University. Para él, en los últimos veinticinco años, la aparición de nuevas escuelas y la modernización de la formación de grado y posgrado en la universidad, ha conformado un nuevo marco en el que se observa una progresiva especialización de las escuelas y en ese contexto es evidente su papel en la formación en salud pública, epidemiología en el terreno y administración sanitaria

principalmente. Martín Moreno apunta que la ENS ha sido en cierta forma la Escuela de Salud Pública inspiradora a partir de la cual han surgido los profesionales que han hecho posible las demás Escuelas de Salud Pública en España, y cree que programas como el de Oficial Sanitario/Master en Salud Pública y, sobre todo, el de Diplomado en Sanidad, pese a los altibajos propios y la Escuela Nacional de Sanidad, como institución, ha hecho, a lo largo de todas esas décadas, aportaciones de gran valor a la salud pública en España en general y, en particular, a los programas de las diferentes escuelas de salud pública que han ido surgiendo en las Comunidades Autónomas de nuestro país.

José Manuel Freire, que tuvo responsabilidades políticas por una parte y por otra de dirección de la ENS, plantea una visión basada en su estancia en Londres (modelo anglosajón, con consejo académico con personas de diferentes procedencias y países, que ayudan a enriquecer la visión y el trabajo de dicha escuela) y su escuela de salud pública, ante una ENS que tenía poco impacto y que era residual. Analiza el papel de las escuelas en función de si son escuelas administrativas de tipo continental europea (Francia tipo-escuela de selección de cuadros-, Portugal, Italia, incluso España) con cultura administrativa (oficial sanitario) o las basadas en un modelo relacionado con las universidades que son las anglosajonas y las americanas (vinculadas a las universidades que lanzan graduados al mercado). En las autonomías, que funcionan como escuelas

híbridas, Andalucía determinó una apuesta estratégica con la EASP de formación de los profesionales sanitarios, además de trabajar en investigación y consultoría en un entorno donde la ENS no funcionaba (ha cambiado en su opinión y destaca el acuerdo con UNED).

Luís Andrés López destaca el papel transformador que han generado las escuelas de salud pública y entre ellas, la EASP, en la visión tradicional que tenía la salud pública, ligada a las jefaturas provinciales de sanidad y a profesionales de la universidad que tenían una concepción de la salud pública tradicional, microbiológica, conservadora y con toques de visión autoritaria. Para él, le parece vital y a tener en cuenta, entre un conjunto de hitos e innovaciones, la emigración de profesionales latinoamericanos como Villar o Hernán San Martín que tuvieron una gran influencia social y política trabajando con médicos y enfermeras, sobre todo médicos de familia, de los cuales ellos fueron sus profesores. Para Luís Andrés, el papel de la SEMFYC, de los residentes de medicina familiar y comunitaria tuvieron un papel básico en la visión de la salud pública en la actualidad, generando casi una simbiosis entre la salud pública y la medicina de familia, potenciándose una visión comunitaria del trabajo de la atención primaria.

La EASP, apunta Luís Andrés López, nació como instrumento de la reforma con un papel importante en la visión, casi única, de la gestión de la salud pública, incorporando instrumentos clásicos de las escuelas de negocios o del Management a la salud pública y a la promoción de la salud como temas de marketing, del papel de los medios de comunicación, de la gestión de innovaciones o del cambio organizacional....: eso generó que en promoción de la salud la EASP haya sido diferente, al partir de un concepto trabajado desde los servicios sanitarios, algo diferente a la concepción más clásica de promoción de salud que se llevaba desde otras escuelas. Además, apunta que la aportación de la EASP ha sido muy importante aunque poco valorado con un trato, a veces, poco respetuoso con la salud pública en Andalucía, aspecto diferente en el tema de la medicina familiar y comunitaria donde Andalucía ha tenido y tiene un protagonismo claro desde sus inicios.

Luís Andrés comenta que el ser una escuela híbrida que trabaja en campos diversos y amplios como la docencia, la investigación (con espacios de importancia como el Registro de Cáncer de Granada), la consultoría y la cooperación internacional le ha permitido tocar muchas teclas y estar en muchos espacios y países, tanto gestores como profesionales. Destaca el carácter innovador de la EASP, con un trabajo de red de redes muy importante, con una estrategia de formación de formadores muy potente, con el nacimiento de espacios virtuales de debate de salud pública como las Jornadas Virtuales de Salud Pública con

la participación de más de 1.000 profesionales, con la puesta en marcha de una escuela de pacientes con más de 16.000 pacientes, con la creación de observatorios y espacios de análisis (crisis, enfermedades crónicas, infancia,...),....

LA CONTRIBUCIÓN DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA A LA MEJORA DE LA SALUD PÚBLICA

Desde una visión de exSecretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, José Martínez Olmos apunta que la salud pública en España es hoy, a pesar de los efectos negativos de los recortes en sanidad, uno de los elementos más importantes para garantizar la salud de la población y ello es consecuencia de la apuesta que se hizo en España en las últimas décadas para poner en pie un Sistema Nacional de Salud que el tiempo demostró plenamente acertada. Apunta Martínez Olmos que la contribución de las escuelas de salud pública a la mejora de la salud pública en España es especialmente relevante. Por una parte, por su labor formativa sobre un amplio abanico de profesionales que han recibido una capacitación excelente que ha contribuido a dotar a los servicios de salud pública con recursos humanos de alto nivel de excelencia. Por otra parte, por su labor en el ámbito de la investigación y de la consultoría que ha contribuido a mejorar las actuaciones de las administraciones públicas y las posibilidades de una mejor salud para la

ciudadanía. El balance, según Él, es por tanto, extraordinario y relevante y además, es la base para un futuro mejor.

Álvarez Dardet comenta que España cuenta en la actualidad con excelentes profesionales que evidencian problemas y proponen soluciones a la sociedad, ya que la salud pública ha pasado de ser una actividad exclusivamente médica a tener implicados a muchas profesiones. Según él, nuestras sociedades profesionales son de las más vigorosas, apreciadas y numerosas del mundo desarrollado. Además, Gaceta Sanitaria es la revista de salud pública en español con más factor de impacto, por tanto, la salud pública española no está ya aislada. Para Fernando Gacía Benavides, Gaceta es el tercer elemento (trípode) en el que se sustenta la Salud Pública en España.

Carlos Álvarez Dardet dice que todo esto hubiera sido imposible sin el impulso que en los años 80 y 90, se dio desde las escuelas, actuando de puertas de entrada a nuevas corrientes y formando a miles de profesionales de manera homologada en la línea de lo que se está haciendo en países de nuestro entorno y jugando un papel muy notable en el desarrollo de las sociedades, y de asesoría en las políticas de los gobiernos. Es evidente, sigue comentando Carlos que la prevención y la salud pública son cuestiones valoradas por los ciudadanos (“incluso puede que demasiado”), ya que ocupan espacio en los medios y en la preocupaciones ciudadanas, gracias al papel de alfabetización en salud que se ha desarrollado en España, tenemos una ley

nacional y muchas autonómicas que pueden valorarse como excelentes en el contexto internacional, todo esto hubiera sido impensable- a finales de los años 70 con una sola escuela en España, la nacional de sanidad y una salud pública higienista y solo dedicada a las infecciosas- sin el concurso posterior desarrollo de las escuelas

Andreu Segura apunta que aunque desconoce si se ha publicado ningún análisis formal de la influencia de las escuelas (Luís Andrés López cuenta que en la EASP se ha analizado el papel de la formación de los alumnos del Máster de Salud Pública, en la que se ve un papel de la EASP como alma Mater tanto de profesionales andaluces, como de Latinoamérica) tiene la impresión de que sí han contribuido a mejorar el prestigio académico y científico de la salud pública, aunque sobre todo al principio porque ahora este mérito es más de los departamentos universitarios. No obstante, afirma que se han quedado muy por debajo de las expectativas iniciales, sobre todo en cuanto a la influencia sobre el sistema sanitario y menos sobre la sociedad. Bajo su punto de vista, se ha perdido la oportunidad de contribuir a la formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria en la vertiente de salud comunitaria.

Ferrán Martínez Navarro comenta que la salud pública, como práctica de la administración pública, debe basarse en instituciones, las escuelas de salud pública, que son necesarias para la formación de los recursos personales de la administración

general. Con las dificultades históricas de la escasa visibilidad de la salud pública, así como de su falta de actualización durante una larga etapa, desde su modernización, en los contenidos, así como con la aparición de nuevas escuelas ha puesto en evidencia su papel en la renovación de la salud pública e España, al completar el marco formativo de la universidad, y su orientación a la formación continuada del personal adscrito a los servicios públicos, mediante los programas de formación continuada. Termina diciendo que las escuelas de salud pública y su trabajo formativo han roto con la maldición del autodidactismo en salud pública y, sólo eso, justifica su existencia, ya que normaliza la formación.

Para Fernando García Benavides, la Escuela de Salud Pública de Menorca constituye, junto a las sociedades profesionales agrupadas en SESPAS y la revista científica Gaceta Sanitaria, el tercer elemento (trípode) en el que se sustenta la Salud Pública en España.

Aquí de nuevo; Martín Moreno hace mención a múltiples autores que han examinado el papel y el valor de las escuelas de salud pública, desde Abraam Sonis y Hugo Behm hasta Julio Frenk y otras figuras de talla internacional. José María Martín Moreno que ha trabajado en la ENS y en la EASP y tiene experiencia internacional afirma estar plenamente convencido del papel de las escuelas de salud pública y se define como un ardiente defensor de las mismas. En esa línea, dice que aunque respeta

profundamente el papel de las facultades de medicina, cree que es fundamental defender la autonomía y contribución de las escuelas de salud pública, al aportar el enfoque del fenómeno salud-enfermedad con criterio científico que requiere que a su vez se tengan suficientes conocimientos de epidemiología y bioestadística. Además, comenta que las escuelas de salud pública permiten una visión no solo médica, sino multidisciplinar y multisectorial, fundamental para promover la salud en todas las políticas. Y todo ello, según él, posibilita la mejor vigilancia de la salud, preparación para emergencias sanitarias, y para una adecuada protección de la salud, incluyendo la seguridad del medioambiente y del entorno laboral y la seguridad alimentaria, entre otros campos fundamentales. Termina diciendo que sin la labor de las escuelas de salud pública no habría sido posible tener profesionales preparados para afrontar crisis como las del aceite de colza, las vacas locas, o las pandemias de gripe. Sin la labor de las escuelas de salud pública afirma que “nos quedaríamos en las políticas sanitarias aisladas, en lugar de promover las políticas para la salud desde toda la perspectiva de los gobiernos y de la sociedad. Porque como repito en respuesta a los economistas que abogan por la contención de costes en salud y a los que restringen la salud pública a la parte estrictamente médica (y lo que digo no es nada original, sino aprendido de múltiples maestros): la salud no lo es todo pero sin ella todo lo demás es nada”.

Luís Andrés López, por su parte, cree que las escuelas de salud pública han aportado a la mejora de la salud pública española, y pone como ejemplo la EASP, por estar muy pegada a los servicios, tanto de atención a las personas, como de salud colectiva. Comenta que la EASP fue muy importante al principio y también en los últimos 10 años, después de un periodo de crisis, donde el entorno, la salud pública (y la propia escuela) estuvieron más centrados en el neoliberalismo y en una gestión más centrada en temas como el de los incentivos. La lucha cultural y del conocimiento, el trabajo intersectorial, el trabajo con los pacientes, la formación de formadores ha permitido una relación con los servicios, aunque a veces ha estado muy marcada por las Consejerías. La salud pública, sigue López, ha estado mediada por los profesionales, como ejes de la relación con la ciudadanía, junto a proyectos en los que se ha trabajado directamente. Esta relación mediada, apunta, no es un demérito, sino un elemento que las define.

José Manuel Freire apunta que gracias al trabajo de las escuelas ha habido avance muy importante de la Salud pública, en el que ha tenido un papel esencial la renovación de las cátedras de salud pública de las universidades.

Por tanto, el papel de las escuelas de salud pública es fundamental, ya que proporcionan el recurso más sensible y valioso para garantizar una salud pública de calidad, a través de la formación de los profesionales en este ámbito. Sin embargo,

dado su escaso desarrollo en España, parece necesario un mayor esfuerzo de coordinación con los Departamentos Universitarios de Salud Pública que han desarrollado programas master de Salud Pública: compartir criterios de calidad y fomentar la movilidad de estudiantes y profesores son retos para ya.

20 ideas para la REFLEXIÓN SOBRE EL FUTURO DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

1. Es básico hacer un libro blanco del papel de las escuelas de salud pública en el futuro.
2. Hacer un diagnóstico de situación y reconociendo que no estamos pasando por el mejor momento de las escuelas de salud pública (desmantelamiento y decadencia de múltiples instituciones que han ido sido abandonadas por sus gobiernos o por las fuentes de financiación que las hacía posibles) con la bandera de la salud pública como arte y ciencia de prevenir la enfermedad, proteger la salud, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad..
3. Es necesario que las escuelas sepan que quieren ser cuando sean mayores y después de que analicen seriamente lo que han hecho y lo que no han hecho hasta ahora.
4. En cuanto a las oportunidades es básico saber qué pueden ofrecer para racionalizar el sistema sanitario (la clave está en

prevenir la futilidad y la sobreutilización, pero es demasiado contracorriente para que vaya adelante) y contribuir a la construcción de una cultura sensata de la salud (tal vez aún más difícil de conseguir)

5. Ante una situación de número de escuelas que superaban el ratio de la OMS estima que las necesidades son de una escuela por cada 10 millones de habitantes y en España se crearon muchas más y muchos grupos universitarios que ofertaron programas master de dudosa homologación, faltando organismos acreditados, hemos de aprender que en esta España de las autonomías no todas las autonomías han de tener de todo.

6. Otro reto, junto a los departamentos universitarios de Salud Pública, es la investigación, pues deben alcanzar niveles de excelencia en este ámbito, ya que en caso contrario corren el riesgo de quedar como academias formativas sin relevancia. En esa línea, el CIBERESP puede jugar, ya lo hace, un rol vertebrador entre investigación y docencia.

7. Las escuelas de salud pública deben abrirse a una formación plural, que incluya de forma decidida disciplinas de las ciencias sociales, la comunicación, información además de potenciar las ciencias ambientales, la toxicología, la microbiología, etc

8. Adaptarse a los nuevos tiempos, en concreto al marco europeo y el modelo Bolonia, con una relación entre las escuelas (de dependencia directa de la administración) y con la universidad.

9. La conexión de las diferentes escuelas existentes y el intercambio de alumnos y profesores así como de programas formativos. Igualmente, el reforzamiento de los lazos con la administración sanitaria en la formación continuada de sus recursos.

10. Las limitaciones que conlleva la incorporación de la especialidad al sistema MIR, y las dudas sobre la inminente troncalidad, son los verdaderos retos que reclaman una formación integradora con un alumnado plural y multidisciplinario, y programas que desarrollan de forma especializada, y complementaria con la formación básica.

11. Hay que incorporar doctorandos y ligarse a la universidad, lanzando a gente al mercado y potenciando la investigación en el marco de las escuelas

12. Las diferentes disciplinas científicas que conforman la salud pública podría permitir la especialización de las escuelas, con una especie de reparto de tareas, en función a las competencias específicas de cada una.

13. Las Escuelas y sus Master, deberían tener un mayor peso con especializaciones. Es un reto

14. Iniciativas como el PACAP merecen interés para buscar la colaboración y tal vez se pueda aprovechar alguna consecuencia de la crisis como el proyecto Esencial a Cataluña, junto a una orientación más comunitaria de la atención a los crónicos (aunque son iniciativas vulnerables).

15. En estos tiempos difíciles en todos los ámbitos de la vida social y política, renovar las apuestas para disponer de instrumentos e instituciones que apoyen el bienestar social es algo especialmente necesario. El futuro de las escuelas de salud pública que son imprescindibles, depende de todos. Depende en parte de los profesionales que componen la estructura de profesores y de profesionales que componen estas instituciones. Depende en parte también de la prioridad que otorguen a las políticas favorables a la salud pública los gobiernos de quienes dependen estas escuelas de salud pública.

16. El futuro va ligado a la necesidad de regeneración de la salud pública, junto a palabras como transparencia, profesionalidad, acceso a la función pública ,.....

17. Es importante internacionalizarse.

18. El futuro de las escuelas es prometedor buscando nichos de empleo nuevos y nuevos escenarios, añadiéndose recientemente la función de cambiar la sociedad para hacerla mas saludable, a las funciones clásicas de las profesiones sanitarias (comisión de The Lancet presidida por Julio Frenk), esto supone que hagan

defensa de la salud pública no solo los profesionales de la salud pública sino todos lo médicos, enfermeras y resto de profesiones (un número inmenso), con unas necesidades de formación para abordarlas enormes, donde el papel de las escuelas de salud pública es obvio.

19. Cuando yo empecé a interesarme en salud publica estaba dominada por el paradigma higienista y la lucha contra las infecciosas, luego hemos migrado a una salud publica basada en lo estilos de vida y su modificación. La próxima migración que ya está en marcha es una salud pública basada en los determinantes sociales, crear el contexto de conocimiento para que esto ocurra es nuestra próxima tarea

20. La salud pública necesita una reflexión muy profunda porque la sociedad ha cambiado mucho y necesita, en este cambio de época, una forma diferente de ser abordada. La salud pública tiene que cambiar al articularse la sociedad de forma diferente. Al estar la sociedad fragmentada, necesitamos una salud pública para cada tipo diferente de ciudadanos, al estar en estos momentos muy interconectados, al tener los ciudadanos identidades muy diversas, al ser lo comunitario muy diferente. La salud pública tiene que amoldarse a una nueva manera de trabajar. Y el futuro de las escuelas de salud pública es saber adaptarse a ello, que sepan responder a esos cambios sociales para conseguir entre los diferentes actores, una mejora de la salud pública.

Capítulo 3

Los orígenes de la Escuela de Salud Pública del Lazareto de Mahón

Josep Miquel Vidal Hernández

Coordinador científico de l'IME i membre del Consell Acadèmic de l'Escola de Salut Pública del Llatzeret de Maó

Maties Torrent Quetglas



Aproximació a la història de l'Escola de Salut Pública del Llatzeret de Maó*

Josep Miquel Vidal Hernández

Coordinador científic de l'IME i membre del Consell Acadèmic de l'Escola de Salut Pública del Llatzeret de Maó

1. NAIXEMENT D'UNA IDEA

La idea de crear una escola de salut pública a Menorca fou imaginada per Ildefonso Hernández, que aleshores treballava a l'Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, el qual, durant la primavera de 1989, l'exposà al conseller de Salut i Benestar Social del Consell Insular de Menorca, Antoni Gómez Arbona, que, des d'un primer moment, va donar suport al projecte amb entusiasme. Decidits a tirar endavant l'Escola de Salut Pública, es van posar en contacte amb l'Institut Menorquí d'Estudis, una institució de tipus acadèmic dependent també del Consell Insular, per als temes d'organització i logística. El motiu de cercar aquest contacte fou que l'Institut, que, en aquell moment, tot just feia tres anys que funcionava, ja havia mostrat que una de les seves vocacions més decidides havia de ser la de servir de suport a tots aquells cursos, jornades i congressos que tinguessin lloc a Menorca i que així ho desitgessin.

El lloc escollit com a seu per a aquesta Escola es va triar sense discussió. Des d'un primer moment, es va veure que la millor opció era, sens dubte, el Llatzeret del port de Maó, tant per les seves condicions com pel seu valor simbòlic dintre del camp de la salut, camp a tractar durant l'Escola. A més, es donava l'avinentsa que dos anys abans, l'any 1987, s'havia signat un protocol entre el Consell Insular de Menorca i el Ministeri de Sanitat, que en aquell moment tenia Ernest Lluc com a titular, perquè el Consell hi pogués organitzar congressos i

*Aquesta "Aproximació a la història de l'Escola de salut Pública del Llatzeret de Maó" de Josep Miquel Vidal Hernández va sortir publicada al diari Menorca en forma de sis articles el 13, 14, 18, 26, 29 de setembre i 21 d'octubre de 2009.

cursos. Aquest document s'havia signat amb motiu de la celebració en aquest recinte d'un congrés organitzat pel Consell i el Ministeri conjuntament per celebrar una doble commemoració: el segon centenari de l'ordre de Floridablanca per a la construcció del Llatzeret de Maó i el segon centenari del naixement del doctor Mateu Orfila.

L'equip de feina –les dues administratives que tenia l'IME aleshores, amb el suport d'alguns funcionaris de la Conselleria de Sanitat del CIM– va treballar tot l'estiu, i, així, el dia 18 de setembre de 1989 es va poder inaugurar la primera Escola d'Estiu de Salut Pública del Llatzeret de Maó. Aquesta primera Escola va constar de set cursos i per a açò es van haver d'habilitar diversos espais del Llatzeret com a aules –en aquell moment la institució no tenia cap facilitat per a aquest propòsit, només la sala d'actes, que resultava massa gran per encabir-hi els cursos, que per terme mitjà eren d'una trentena de persones. Aquesta habilitació no fou una tasca fàcil, perquè es van haver de transportar a l'illa del Llatzeret tot tipus de materials, des de cadires amb braç fins a materials audiovisuals que, llavors, sortosament encara eren senzills, pissarres i retroprojectors –no havia arribat l'era dels ordinadors portàtils i els canons electrònics–, però els segons, malgrat aquesta senzillesa, encara eren difícils de trobar en nombre suficient per equipar cada classe si els professors ho sol·licitaven. Sortosament, però, en aquestes feines d'habilitació es van tenir totes les facilitats per part de l'administrador del Llatzeret d'aquella època, Francisco Alcaide, que, igual que han

fet després tots els seus successors, va rebre el projecte de l'Escola de Salut Pública amb tot el seu interès, i va col·laborar amb els mitjans de què disposava per facilitar les feines als organitzadors de l'Escola.

En aquesta primera edició, en la qual participaren 149 persones –nombre que en aquell moment ens va semblar una fita difícil de superar, desconeguts dels més de cinc-cents alumnes que ens havia de dur el futur–, l'organització acadèmica va recaure sobretot en l'Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública, avui desaparegut a causa dels avatars de la política. Entre els primers professors hi havia molts de noms que des d'aquella època han mantingut una relació més o menys continuada amb l'Escola d'Estiu de Salut Pública i fins i tot han tingut càrrecs de responsabilitat en la seva organització acadèmica. Em referesc, a més del ja esmentat Ildefonso Hernández, a Miquel Porta, aleshores a la Universitat de Carolina del Nord, a Francesc Bolumar, a Carlos Álvarez-Dardet, a Andreu Segura i a Concha Colomer.

Fou un èxit notable d'aquesta primera edició aconseguir la presència de dos professors estrangers de renom: Consuelo Beck Sages, del Centre de Control de Malalties d'Atlanta, i John Ashton, del Departament de Salut Comunitària de la Universitat de Liverpool. La primera havia de parlar de la SIDA, malaltia encara nova llavors i centre de polèmiques acadèmiques i mediàtiques, i el segon, de promoció de la salut. La presència

d'aquests professors va suposar un greu problema, perquè si bé avui gairebé qualsevol estudiant universitari pot entendre l'anglès d'una manera més o menys acceptable, en aquella època hi havia encara un gran desconeixement d'aquest idioma i la possibilitat de seguir les classes d'aquests professors de parla anglesa no era possible per a la majoria dels alumnes. Per resoldre aquest problema es va dur tot un equipament de traducció simultània, traductora inclosa, des de la Universitat d'Alacant i es va muntar a la sala d'actes del Llatzeret, on els alumnes, proveïts d'auriculars, van poder seguir les explicacions d'aquests professors. L'experiència va funcionar bé, dintre del que és raonable esperar donades les dificultats d'una traducció simultània, i el primer intent de internacionalitzar el professorat de l'Escola es pogué considerar un èxit.

2. CONTINUÏTAT

La bona acollida de la primera edició de l'Escola de Salut Pública, que tanmateix ja havia nascut amb vocació de continuïtat, va fer que prest es comencés a fer feina en una nova edició a realitzar l'any següent en les mateixes dates i al mateix lloc. Aquesta segona Escola es va pensar amb voluntat de superació, cosa que ha estat una constant en el moment de pensar cada nova edició, i així es va ampliar el nombre de cursos a onze, la qual cosa, amb les circumstàncies de penúria logística a la qual ens hem referit abans, no deixava de ser una aposta arriscada. L'Escola va

superar el repte quant a eficàcia de l'organització per oferir una estructura mínima per poder desenvolupar les activitats acadèmiques amb dignitat, però la resposta de l'alumnat no fou la que s'havia esperat, perquè, malgrat l'augment de l'oferta, el nombre d'assistents fou similar al de l'any anterior, o lleugerament inferior, 145 persones.

En aquesta segona edició va augmentar el nombre d'institucions que donaven suport a l'Escola i que, d'una manera o altra, col·laboraren en la seva organització, ja fos contribuint en la seva difusió dintre del seu àmbit d'actuació, ja fos oferint professors per impartir algun dels cursos. Aquestes noves institucions foren la Societat Catalana de Salut Pública i la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Un altre fet a ressenyar és que en aquesta Escola va intervenir per primera vegada l'economista menorquí Guillem López Casasnovas, que amb el temps havia de ser un dels principals especialistes de l'Estat en economia sanitària, i que havia de mantenir-se lligat directament o indirecta amb l'Escola al llarg d'aquests vint anys. En aquesta primera ocasió, López Casasnovas va impartir un curs sobre "Economia sanitària" en col·laboració amb Vicenç Ortun.

3. UN PUNT D'INFLEXIÓ

Un primer punt d'inflexió en el desenvolupament de l'Escola va tenir lloc l'any següent. La causa fou el nomenament de Jaume Estany com a gerent de l'Àrea de Salut de Menorca, que en

aquell moment encara depenia de l'Insalud, el qual va pensar que valia la pena empènyer l'Escola d'Estiu per mantenir-la i fer-la arribar al màxim nombre de professionals de la salut, començant així el que havia de ser una fructífera i llarga col·laboració entre l'Escola i l'Àrea de Salut de Menorca, i les seves successores quan l'organització sanitària a les Illes va canviar. El suport d'aquesta institució va ser essencial perquè en aquell moment les seves possibilitats per col·laborar amb l'organització i el desenvolupament dels cursos eren molt superior a la del Consell Insular de Menorca, encara amb poques i poc significatives competències. L'Àrea de Salut de Menorca, a part de cedir personal d'administració per fer front, juntament amb les administratives de l'IME, a les exigències que comportava atendre adequadament alumnes i professors, va concedir una sèrie de borses d'ajuts als seus professionals perquè poguessin assistir als cursos de major interès per atendre les necessitats sanitàries de l'illa. A tall anecdòtic, una de les persones cedides per l'Insalud-Menorca per a la realització de l'Escola fou un tècnic informàtic amb un ordinador, encara no portàtil, per gestionar alguns dels temes administratius.

La presència d'aquesta nova institució protagonista dintre de l'escenari de l'Escola de Salut Pública va donar els seus fruits, perquè amb tan sols un curs més que l'any anterior el nombre d'alumnes va augmentar de manera significativa, dels 140 de les dues primeres edicions es va passar als 222 matriculats. El motiu d'aquest augment fou, sens dubte, d'una banda, les borses d'ajut

concedides i, de l'altra, el poder de convocatòria de l'Àrea de Salut de Menorca dintre de les institucions homòlogues de l'Estat espanyol.

També fou aquest l'any en què es va oficialitzar la figura del director de l'Escola com a cap visible i responsable directe de la coordinació acadèmica de les activitats, càrrec que va recaure en aquesta primera ocasió en Andreu Segura de l'Institut d'Estudis de la Salut de Catalunya. Fins a aquell moment havia realitzat les tasques corresponents d'una manera oficiosa el fundador de l'Escola, Ildefonso Hernández, que va continuar lligat a la seva organització.

Aquest fou, també, l'any en què la majoria d'escoles de salut pública que existien en aquell moment a les diferents comunitats autònomes s'adheriren a l'Escola del Llatzeret a través de l'Associació d'Escoles de Salut Pública d'Espanya i participaren en la seva organització acadèmica, proposant l'organització de cursos i activitats a càrrec dels seus professors o de persones relacionades amb elles. Les escoles adherides a aquesta associació, que en el programa de l'Escola d'estiu apareixen com a col·laboradores les escoles següents: Centro Universitario de Salud Pública (CUSP) de la Comunitat de Madrid, Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya (IES), Escuela Nacional de Sanidad (ENS) i Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP).

Finalment, en aquesta tercera edició aparegueren per primera vegada les activitats extraacadèmiques, activitats que amb el temps havien d'anar agafant cada vegada un major relleu. En aquesta primera ocasió, l'esdeveniment estrella fou sens dubte una taula rodona sobre l'anomenat informe Abril. A la taula rodona hi participà Enrique Costas, vicepresident de la comissió encarregada de redactar l'esmentat informe. Aquesta taula rodona despertà gran expectació ja que l'informe Abril, el nom del qual provenia del professor i antic ministre Abril Martorell, havia de constituir un estudi en profunditat, políticament independent, que analitzés i valorés el sistema sanitari espanyol.

Altres activitats d'aquest any foren una taula rodona sobre l'ensenyament de la salut pública a Espanya, amb la participació dels representants de l'escoles de salut pública, i una conferència amb el títol "Quatre tipus d'epidemiologia per als 90" a càrrec del professor R. Feachan, degà de la London School of Hygiene and Tropical Medicine de la Universitat de Londres.

4. AMB EL PILOT AUTOMÀTIC

A partir d'aquí, l'Escola semblava completament assentada i, malgrat els problemes logístics que suposava cada any el muntatge de les aules, la continuïtat es creia assegurada i la proposta i la selecció de cursos la feien automàticament cada any les diverses escoles de salut i algunes persones o institucions lligades a l'organització de l'Escola, com era el cas de

la Universitat Pompeu Fabra a través de l'economista Guillem López Casasnovas, o alguns cursos proposats per l'Insalud o pel Consell Insular de Menorca per cobrir alguna de les seves necessitats docents. Aquest any apareix per primera vegada una estructura similar a un consell acadèmic, que rep el nom de Reunió de Treball, en què figuren representants de l'Institut Menorquí d'Estudis, de l'Insalud de Menorca i de les escoles de salut pública espanyoles –fins a aquell moment no hi havia cap estructura d'aquesta mena, sinó consells assessors honorífics formats pels professors de més prestigi de cada edició. Aquestes reunions de treball, tanmateix, no tenien molta feina perquè hi havia un acord segons el qual els cursos proposats per les escoles de salut pública espanyoles eren automàticament acceptats, amb l'única limitació de la capacitat organitzativa de les entitats organitzatives i de l'espai físic del Llatzeret. L'única feina de selecció es produïa quan apareixien cursos similars proposats per diferents escoles, cosa que obligava a intentar refundre'ls en un de sol o a eliminar-ne un dels dos.

Així les coses, la primera conseqüència d'aquesta manera de procedir fou que, en l'edició de l'any 1992, el nombre de cursos proposats fou de 18, encara que només se n'impartiren 14 perquè se n'anul·laren 4 per manca de matrícula suficient. El nombre d'alumnes inscrit reflectí, com era d'esperar, l'increment de cursos i arribà als 282.

En aquesta edició de l'Escola es clarifica el paper de cadascuna de les institucions implicades amb l'Escola. L'Institut Menorquí d'Estudis, l'Àrea de Salut de Menorca, l'Insalud de les Balears i la Conselleria de Salut i Benestar Social apareixen com a organitzadors, les escoles de salut pública espanyoles com a col·laboradores i les administracions públiques implicades, ja fossin locals, autonòmiques o estatals, com a patrocinadors. També fou aquest l'any en què s'incorporà a l'organització de l'Escola Matias Torrent, professional menorquí que fins aquella data havia viscut a Barcelona, el qual, a partir d'aquell moment s'ha ocupat ininterrompudament de la coordinació de les tasques realitzades a Menorca.

La cinquena edició de l'Escola, que va tenir lloc del 20 al 24 de setembre de 1993, va continuar la tònica, encetada l'any anterior, d'oferir un nombre elevat de cursos als alumnes. En aquesta ocasió, el nombre proposat en primera instància fou de 16 cursos, dels quals se'n van suspendre 3, com l'any anterior, perquè la matrícula no arribava al mínim que es considerava adient per justificar les feines d'organització. Aquest any es produïren tres fets importants. Dos d'ordre intern i un tercer d'ordre acadèmic. El primer fou que, finalitzat el termini que s'havia fixat Andreu Segura per a la seva permanència al capdavant de l'Escola, va passar el testimoni a l'Ildefonso Hernández, que, d'aquesta manera, tornava a un primer pla dintre de l'organització de l'Escola, en la qual ja havia estat, com hem dit, quan encara no hi havia una estructura organitzativa

clara. El segon fou que, com a organitzadors de l'Escola, van aparèixer únicament l'IME i l'Insalud de Menorca, mentre que el Consell Insular de Menorca va passar a les files dels patrocinadors. Açò suposava reflectir el fet que en aquell moment ja tota la feina logística requeria en les dues primeres institucions, encara que açò no suposava que el Consell es desentengués del tema sinó que, pel fet de ser l'IME un organisme dependent d'aquesta institució autonòmica, la seva intervenció la feia a través d'ell. En particular, la responsable de la Conselleria de Sanitat i Benestar Social, llavors Carlota Alberola, assistia a algunes de les reunions d'organització per conèixer les necessitats logístiques de l'Escola i veure de quina manera el Consell podia ajudar a cobrir-les. Finalment, el fet important d'ordre acadèmic fou que Vicente Navarro, professor de la John Hopkins University i aleshores membre del grup d'experts escollit per dissenyar la reforma sanitària dels Estats Units dirigida per Hilary Clinton, va acceptar la invitació de l'Escola per participar-hi pronunciant una conferència. El seu tema, com era d'esperar, fou *La reforma sanitaria en los EEUU*, conferència que fou seguida per nombrosos públics i en la qual exposà quin era aquest projecte de reforma i els entrebancs que, en aquell moment, com ara, s'aixequen sempre als Estats Units contra tot intent de reforma del sistema establert de la sanitat, sistema ancorat en el liberalisme més estricte.

5. TROBADES I TALLERS SURTEN A ESCENA

L'any 1994 fou l'any de l'arribada d'una innovació que, amb el temps, havia de ser un clàssic de l'Escola: es tracta de la programació de tallers o trobades paral·leles a la realització dels cursos. La idea que va presidir la introducció d'aquesta novetat dintre de l'estructura de l'Escola fou evitar un possible esgotament de la fórmula dels cursos acadèmics, que aleshores es preveia poc atractiva en un futur proper, i proposar als professionals sanitaris una fórmula més engrescadora d'acord amb els nous temps. Així, es van pensar els tallers com a espais de diàleg entre professionals per discutir temes d'actualitat del món de la salut pública, o espais per posar experiències en comú, i fins i tot llocs on trobar-se els membres d'institucions o entitats relacionades amb la salut pública per realitzar una de les seves trobades periòdiques. Aquestes trobades podien ser tancades, és a dir, destinades a un determinat grup de persones prèviament relacionades professionalment, o obertes, és a dir, tallers en els quals un grup de persones compartia les seves inquietuds amb tots aquells que volguessin assistir al taller fins a un nombre màxim de participants. Finalment, en aquest apartat de trobades i tallers es volien incloure aquelles activitats que semblaven interessants però en les quals no era adient l'estructura de curs acadèmic.

Malgrat aquesta idea de veure els tallers com una activitat especialment atractiva, cosa que el temps ha demostrat que era correcte, sense, tanmateix, esborrar l'interès dels cursos

acadèmics, en aquesta primera ocasió la realitat no va sancionar les previsions, perquè, dels 7 tallers proposats inicialment, se'n van haver d'anul·lar 5 per diferents motius, mentre que dels 16 cursos proposats només 1 es va deixar de realitzar.

Un fet significatiu és que aquest any la cloenda de l'Escola va anar a càrrec de Carmen Martínez Aguayo, directora general de l'Insalud, la qual cosa, si es té en compte que l'any anterior el secretari general de la Planificació de la Salut del Ministeri de Sanidad, Santiago Mendioroz, havia pronunciat una conferència durant l'Escola, demostra que el Ministeri de Sanitat es mostrava cada vegada més interessat en el desenvolupament de l'Escola, a la qual començava a veure com una eina important per al desenvolupament dels estudis de salut pública a l'Estat espanyol.

Aquest any fou també el primer en què la col·laboració existent entre els principals organismes que feien possible l'Escola es plasmà en un conveni, que signaren el Consell Insular, l'Àrea de Salut de Menorca-Insalud i l'IME, i en ell es fixaven les condicions de col·laboració i les responsabilitats de cadascun.

L'any següent se'n celebrà la setena edició i fou un any de rècords importants, sobretot quant a matrícules, perquè, si bé el nombre de matriculats va augmentar apreciablement, fins a 287, el nombre de matrícules va arribar a 503, la qual cosa era una fita important. El motiu de l'aparent desacord és que els assistents a l'Escola podien matricular-se a dos cursos, ja que alguns s'impartien al matí i els altres en horari de capvespre, i per aquest

motiu aquells participants que volien aprofitar millor el temps podien seguir dos cursos a la vegada.

També les trobades que s'havien encetat d'una manera tan poc gloriosa l'any anterior van demostrar el seu potencial i, en aquesta ocasió, d'11 trobades previstes només se'n van cancel·lar 3. De tota manera, el nombre de cursos seguia predominant sobre les trobades d'una manera clara, i aquest any 1995 encara es feren 16 cursos i només se'n suspengueren 2.

Paral·lelament a l'assentament acadèmic de l'Escola de Salut Pública del Llatzeret en el món dels professionals, es va anar afermant la seva estructura organitzativa en el camp científic i, així, el fet ja establert a la pràctica, segons el qual cada escola de salut pública de l'Estat espanyol podia proposar anualment diversos cursos per ser impartits per alguns dels seus professors, es va oficialitzar amb la creació d'un consell científic de l'Escola constituït per sis persones, cinc de les quals eren representants de cada escola i la sisena era el director acadèmic de l'Escola. Si fins aquí tot era com havia estat fins a aquell moment, darrere aquesta constitució d'un consell científic hi havia una idea nova que introduïa canvis molt significatius en els plantejaments de l'Escola. Es tractava que no només les diferents escoles autonòmiques podien presentar les seves propostes sinó que rotatòriament un membre de cada escola n'havia d'ocupar la direcció, i la seva institució havia tenir a càrrec seu tota l'organització acadèmica. Cada escola n'havia de ser

responsable durant dos anys, i en aquesta primera ocasió Ildefonso Hernández encara mantindria el càrrec uns anys més per complir el torn de dos anys des del moment que s'havia pres la decisió.

Poques coses hi ha per afegir en el camp purament acadèmic de l'Escola en la vuitena edició si no és que les trobades continuaren afermant-se en la proposta acadèmica de cada any, i s'arreglaren 163 participants. Al contrari, en el camp organitzatiu continuen els canvis, i, així, a la llista d'organitzadors l'IME i l'Insalud ja no apareixen sols sinó acompanyats de totes les escoles de salut pública, i el lloc que aquestes ocupaven abans com a col·laboradores és ocupat ara pels qui abans eren patrocinadors, per la qual cosa desapareix l'epígraf de patrocinador.

D'altra banda, a la comissió acadèmica apareix un membre més, Maties Torrent, que a la pràctica, des de la seva incorporació a l'Escola, havia actuat com a coordinador de l'equip que treballava a Menorca durant tot l'any i d'enllaç amb els directors que vivien fora de l'illa. Curiosament, aquest any 1996 es crea també un consell científic, paral·lel a la comissió acadèmica, amb la participació de representants de totes les escoles, i aquests, evidentment, eren diferents dels que formaven part de la comissió acadèmica, perquè, si no, aquest nou òrgan no hauria tingut sentit. En canvi, el director i el coordinador de l'Escola formen part dels dos organismes.

Finalment, continuant amb la normalització burocràtica, fou en aquesta edició quan se signà un acord amb les diferents escoles de salut per donar forma al seu compromís amb l'Escola del Llatzeret, però aquest conveni no es va signar ni amb el Consell ni amb l'IME, sinó amb l'Àrea de Salut de Menorca-Insalud.

6. LA CRISI

No tot van ser flors i violes en la història de l'Escola d'Estiu de Salut Pública, i així l'any 1997 es va produir un entrebanc important que va posar en perill la continuïtat del projecte. Aquell any se n'havia de realitzar la novena edició i s'havia encarregat la seva preparació a l'Escola Nacional de Sanitat (ENS), iniciant, així, el torn rotatori de responsabilitats de les escoles de salut pública quant a l'organització. Com és natural, l'ENS havia de comptar amb l'ajut del Consell Insular, de l'IME i de l'INSALUD quant als temes logístics de Menorca, però la responsabilitat de l'organització acadèmica requeia en la institució estatal. El problema fou que per diverses causes, entre les quals, segurament, una certa manca d'experiència, es va endarrerir d'una manera notable la selecció de cursos, i, quan es va veure que aquesta no estava finalitzada i s'estava arribant al mes de juny, es va fer patent que ja no hi havia temps per fer propaganda de l'Escola.

Així les coses, el Consell Insular de Menorca, que era l'entitat responsable administrativament de l'Escola, per ell mateix i a

través de l'IME, va prendre la decisió de suspendre l'edició d'aquell any en previsió d'un més que possible fracàs. En paraules de la consellera Carlota Alberola, la decisió es va prendre a causa de “los riesgos que plantean la limitación de tiempo y la necesidad de articular un nuevo modelo organizativo”, i deixà ben clar a continuació que aquella no havia estat “una decisión adoptada por el equipo de gobierno de la institución” sinó que s'havia pres per raons estrictament organitzatives.

Tanmateix, va anunciar que perquè la ruptura no fos total durant el mes de setembre es realitzarien diverses activitats al Llatzeret relacionades amb el món sanitari, entre les quals hi havia unes jornades destinades a gerents d'atenció primària. Aquesta promesa es va complir i, a més d'aquestes jornades, a les quals van assistir 60 persones, es va realitzar un curs sobre cirurgia major i una trobada sobre *Programas de salud dedicados a la mujer*. També l'IME va realitzar les III Jornades sobre Ciència i Societat que organitzava des de feia dos anys en el marc de l'Escola de Salut Pública, i que en aquesta ocasió va estar dedicada a la relació entre l'aigua i la salut.

7. LA REPRESA

L'any següent, el 1998, la normalitat retorna a l'Escola del Llatzeret i sota la responsabilitat de l'Escola Nacional de Sanitat i del seu director, Martín Moreno, es duu a terme la seva IX edició,

que va constar de 8 cursos i 10 trobades efectives, amb la qual cosa el nombre de trobades va superar per primera vegada el de cursos impartits, i el nombre d'assistents a unes i altres va ser d'unes 300 persones, xifra que va posar de manifest que l'Escola del Llatzeret era un fet ja prou sòlid com per sortir indemne, o gairebé, de l'ensulsiada de l'any anterior.

Aquest any apareixen alguns canvis en els membres del comitè acadèmic, en el qual apareix Martín Moreno com a director. Es tracta que Ildefonso Hernández i Guillen López apareixen com a consultors del comitè acadèmic al marge de qualsevol escola de salut pública, i el Consell Insular té per primera vegada un representant dintre d'aquest comitè. D'acord amb açò, el Consell Insular passa a ser organitzador i, d'altra banda, entre les entitats col·laboradores comencen a aparèixer altres tipus d'entitats que no són de l'Administració, com ara la Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública, o que són ens que en depenen totalment o parcialment, com ara el Pla Nacional de Drogues i l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries d'Andalusia. Un altre fet destacable és que entre els col·laboradors apareix per primera vegada un laboratori farmacèutic, SchmithKline Beecham.

Les novetats d'aquesta edició no acabaren aquí, perquè a la seva inauguració va assistir el conseller balear de Sanitat i Consum, Francesc Fiol, que va comprometre una col·laboració de la seva Conselleria amb l'Escola per a l'any següent, i aquesta fou la

primera relació directa amb el Govern de les Illes Balears des de la creació de l'Escola deu anys enrere, relació que a partir d'aquell moment, amb alts i baixos evidents, s'anà enfortint amb el temps. Per acabar la crònica d'aquesta novena edició, només ens queda per assenyalar un altre fet important. Aquest any el Consell Insular de Menorca, a més de signar els convenis de cada any amb l'Insalud i les distintes escoles de salut pública, en signa un altre amb l'Institut de les Ciències de la Salut Carles III, que d'aquesta manera iniciava una llarga col·laboració amb l'Escola.

L'any 1999 l'oferta de cursos disminuï dràsticament, d'acord amb els nous plantejaments de l'Escola i tan sols se n'oferiren 5, dels quals cap no es va anul·lar, mentre que el nombre de trobades va continuar augmentant i se'n van programar 12 (es van produir 4 anul·lacions). Els assistents als cursos, a causa de la menor oferta, van ser 110, però el nombre de participants a les jornades va superar les 300 persones.

Entre l'edició anterior i aquesta desena edició de l'Escola, s'havia produït un canvi en el color polític en el Govern de les Illes Balears, que havia dut al poder l'anomenat Pacte de Progrés, i la nova consellera de Sanitat i Consum, Aina Salom, que va assistir a la inauguració de l'Escola, es va comprometre a mantenir la promesa feta pel seu antecessor l'any anterior, encara no materialitzada. Per donar cos a aquesta col·laboració, i a la de totes les entitats implicades directament amb l'Escola, des de

l'organització es proposa la signatura d'un protocol al qual la premsa donà el nom de "Carta de Maó".

Aquest any apareix encara José María Martín Moreno com a director del comitè acadèmic i apareix una nova figura dintre de l'estructura organitzativa. Es tracta d'un anomenat comitè de gestió i màrqueting constituït per tres persones: Guillem López Casanovas, que per aquest motiu va sortir del Comitè Acadèmic, Francisco José Català (EASP) i Amparo Peris (ISCIII). Aquest comitè va tenir la durada d'un any, és a dir, només va exercir en la desena edició i les seves responsabilitats eren les que estan contingudes en el seu nom: fer-se càrrec de la gestió econòmica de l'Escola i de les tasques de promoció. Segurament la desaparició del comitè fou deguda al fet que no es va veure prou clara la seva necessitat quan la participació, sense cap tipus d'acció especial, ja s'apropava a les quatre-centes persones, i la gestió resultava altament econòmica pel fet que les entitats organitzadores aportaven el seu personal, materials i infraestructures necessàries, cosa que abaratia molt les despeses.

Finalment, en aquests anys del canvi de segle, fou quan es va produir la "primera revolució tecnològica" de l'Escola, i es van començar a popularitzar els ordinadors portàtils i els canons de projecció electrònics. Aquests, primer, molt de mica en mica, a causa del seu preu prohibitiu, que feia que un sol canó s'hagués de compartir entre més d'un curs i que es fessin equilibris amb

els horaris per aconseguir que no tots el necessitessin en el mateix moment. També foren els anys de l'expansió dels telèfons mòbils i van desaparèixer els problemes de comunicació que suposava la dotació telefònica del Llatzeret, un sòl aparell a disposició del públic i una sola línia que, els darrers anys, s'havia reforçat amb un pintoresc telèfon per ràdio, transportable però no gaire mòbil, semblant als que s'utilitzaven en les pel·lícules de la Segona Guerra Mundial.

8. L'ESCOLA RENOVA LES SEVES ESTRUCTURES

La incorporació de la Conselleria de Sanitat i Consum a les entitats organitzadores de l'Escola no fou l'única novetat de l'onzena edició, que va tenir lloc l'any 2000, sinó que també la Universitat de les Illes Balears va manifestar el propòsit de participar-hi plenament, com a primera entitat acadèmica de les nostres illes. D'aquesta manera, la Universitat balear s'incorporà per primera vegada a una escola que, sens dubte, ja feia anys que havia demostrat ser la principal activitat acadèmica realitzada a Menorca i una de les més importants de la comunitat autònoma.

Amb aquestes noves incorporacions, van aparèixer també noves estructures. La primera fou un Consell Rector constituït per les entitats sobre les quals havia de recaure tota la responsabilitat de l'Escola, és a dir, Consell Insular i Insalud, d'una banda, i Conselleria de Sanitat i Consum del Govern balear i la Universitat

de les Illes Balears, de l'altra. A més, es mantenia el Consell Acadèmic amb la mateixa composició de sempre i, entremig dels dos consells, havia aparegut un Consell Assessor constituït per dos membres de la UIB, dos de la Conselleria de Sanitat i Consum, un de l'Institut de Sanitat Carles III, un de l'Institut d'Investigació Mèdica (IMIM) i un de l'Insalud. El paper d'aquest tercer consell, que es va mantenir durant uns pocs anys, era assessorar el Consell Acadèmic en el disseny del programa de cada escola.

En aquesta edició, encara es va mantenir la rotació en l'exercici del càrrec de director de l'Escola entre els responsables de les diferents escoles de salut pública i, així, una vegada acabat el mandat de Martín Moreno, va correspondre el torn al Centro Universitario de Estudios de Salud Pública (CUSP), un centre que s'havia incorporat a l'Escola feia pocs anys, i Ángel Otero fou la persona elegida com a director.

En la part acadèmica d'aquesta Escola, hi ha dos fets a destacar. D'una banda, la presència de Santiago Grisolia, premi Príncep d'Astúries 1990 i president del Comité for scientific coordination de la UNESCO per al projecte del genoma humà, que va intervenir en una trobada sobre *Envejecimiento y genoma*, organitzada per l'ENS i la Fundació Pfizer. D'altra banda, la conferència de cloenda sobre *Reformas sanitarias*, que va fer Josep Figueras, director de l'Observatori Europeu de l'OMS

sobre aquest tema, el qual a més va impartir un curs durant l'Escola.

9. L'ESCOLA S'ENDINSA EN EL SEGLE XXI

L'any 2001 va tenir lloc la dotzena edició de l'Escola de Salut Pública del Llatzeret amb poques novetats, però una d'important. L'aparició l'any anterior d'un Consell Rector d'àmbit local i autonòmic amb màximes responsabilitats sobre l'Escola va propiciar que s'abandonés el sistema rotatori, tot just encetat, que repartia biennalment aquesta tasca entre les diverses escoles de l'Estat espanyol. El nou Consell Rector nomenà una altra vegada Ildefonso Hernández director de l'Escola i, encara que l'elecció de cursos i trobades la seguia fent el Comitè Acadèmic, en el qual estaven representades totes les escoles, es va continuar la pràctica d'igualar l'oferta de cursos que presentava cada escola al programa final, i les decisions de tipus econòmic i la resolució de qualsevol conflicte corresponia al Consell Rector. Per tot açò, també, les escoles deixen d'aparèixer com a organitzadores i van a parar al grup de col·laboradors, que any rere any augmentava el seu abast. El motiu d'aquest creixement ja l'hem dit en un altre article: col·laboradors són les institucions, entitats o organismes que presenten trobades i el nombre de trobades seguia augmentant d'un any a l'altre i amb ell el de col·laboracions.

Altres novetats d'aquest any és que l'IME torna a figurar entre les entitats organitzadores, que són les mateixes que formen el Consell Rector, al qual, però, l'IME no pertany, i que el CIM signa un conveni amb la Universitat Miguel Hernández. El motiu d'aquest conveni és que Ildefonso Hernández era catedràtic d'aquesta Universitat i, per tant, es necessitava un conveni entre l'organització de l'Escola i l'esmentada Universitat per tal que aquell pogués dedicar temps de la seva feina a la tasca de l'Escola de Maó, i així mateix perquè pogués disposar del suport administratiu que fos necessari. Comença així una col·laboració de la universitat alacantina, que es mantingué durant alguns anys, fins que l'Escola arribà a tal nivell de complexitat que es va haver de cercar una solució més pràctica.

Aquest any el nombre d'assistents augmentà gairebé un 50% en relació amb l'any anterior i, entre les trobades, va destacar una reunió dels responsables de les revistes científiques europees de salut pública de major rellevància al continent.

La tretzena edició de l'Escola de Salut Pública es va caracteritzar una vegada més per la presència de dos ponents de renom internacional. En aquest cas fou el torn d'Ichiro Kawachi, de la Harvard School of Public Health, i de Richard Rothenberg, de la Emory University School of Medicine. El primer era un especialista en determinants socials de la salut i el seu curs va tractar de Social Epidemiology, i el segon era un expert en malalties infeccioses, medicina preventiva i edició científica –era

l'editor d'*Annals of Epidemiology*– i impartí un curs sobre *Scientific Writing and Editing*. Aquest darrer curs fou patrocinat en part per la Fundació Dr. Antonio Esteve, institució que des d'aquell curs ha mantingut una col·laboració freqüent amb l'Escola.

Quant a l'organització, l'Institut de Salut Carles III (ISCIII) s'integra definitivament a l'estructura de l'Escola i passa a formar part del seu Consell Rector, amb la qual cosa el nombre dels seus representants al Comitè Acadèmic va passar a ser de dos. Aquest també fou l'any en què s'integrà al Consell Científic un representant d'una nova entitat, l'Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) amb seu a l'Hospital del Mar de Barcelona.

10. RELLEU EN LA DIRECCIÓ DE L'ESCOLA

L'any 2003 fou un any de reestructuracions pel fet que Ildefonso Hernández va demanar ser rellevat en la direcció de l'Escola a causa que les seves responsabilitats professionals –a més de les docents, tenia les derivades d'haver estat nomenat president de la Sociedad Española de Epidemiología– li impedien dedicar-se a la seva tasca amb la intensitat que hauria desitjat. Per substituir-lo s'escollí Marisa Rebagliato, professora de la Universitat d'Alacant, que ja havia mantingut alguna relació amb l'Escola en anys anteriors i que presentava el perfil més adequat per ser la successora d'Ildefonso Hernández. Marisa Rebagliato va acceptar el repte però va posar com a condició que, durant els

primers anys del seu mandat, Ildfonso Hernández exercís de codirector per aconseguir que la transició es fes sense solució de continuïtat, condició que es va acceptar. També, aquest any, es va crear el càrrec de coordinador de l'Escola, que va ocupar Matias Torrent, al qual es reconeixia d'aquesta manera la coordinació que realitzava des d'anys enrera de la feina administrativa i acadèmica que es feia a Menorca. Finalment, aquest any s'afegiren al Consell Rector la Universitat de les Illes Balears, la Conselleria de Sanitat del Govern de les Illes Balears, i l'Escola Valenciana d'Estudis de Salut, que substituïa el desaparegut, per raons de força major, IVESP.

El plat fort d'aquesta catorzena edició, que ja va arreplegar més de 400 participants, fou una conferència del científic Bernat Soria, aleshores molt famós i un punt polèmic per les seves investigacions en el camp de les anomenades cèl·lules mare. El títol de la conferència que es féu a la sala de plens del CIM amb gran afluència de públic fou *De la investigación con células madre al tratamiento de la diabetes*.

Finalment, fou també aquesta edició quan l'Escola sortí al carrer i s'organitzaren activitats a diferents municipis per al públic en general. Els municipis escollits foren Maó, es Castell, Alaior i Ciutadella, i la projecció pública de les activitats acadèmiques que suposaven aquestes activitats, generalment conferències, ha procurat mantenir-se fins ara amb major o menor intensitat.

11. EPIET

L'any 2004 va tenir lloc la quinzena edició de l'Escola del Llatzeret, que es va desenvolupar en la mateixa tònica de les anteriors, però amb una novetat important: l'inici de la col·laboració amb l'EPIET, un organisme d'abast europeu per a la formació d'experts en temes de salut pública. Aquest organisme, el nom del qual prové de les sigles d'European Programme for Intervention Epidemiology Training, que és el seu nom complet, organitza anualment aquest curs de tres setmanes de durada que serveix per iniciar en el tema grups de professionals de diversos països que volen treballar en aquest camp, els quals, després d'aquestes classes, són enviats a diverses institucions europees responsables de temes epidemiològics, on completen la seva formació amb un vessant pràctic.

La relació de l'Escola amb l'EPIET, que es manté des de l'any 2004, consisteix en l'aprofitament per part de l'EPIET de les infraestructures escolars muntades per l'Escola. Els cursos de l'EPIET s'inicien tot just finalitzada l'Escola de Salut Pública, la qual cosa suposa també que els cursos, des de l'any 2004, tinguin lloc sempre a Menorca. D'altra banda, en alguns casos, l'EPIET ha organitzat trobades que s'han desenvolupat com una més del programa normal de l'Escola i a la qual han pogut assistir tant els seus alumnes com la resta de participants.

12. BENVINGUDA, SENYORA MINISTRA

La inauguració de l'Escola de l'any 2005 fou especial perquè, per primera vegada, hi va assistir el titular del Ministeri de Sanitat, en aquest cas la Ministra Elena Salgado. Amb la seva presència es reafirmà l'interès del Ministeri de Sanitat en l'Escola, fet ja patent al llarg de la seva història amb les visites d'alts càrrecs del Ministeri, però que en aquesta ocasió rebé el suport definitiu amb la visita de la màxima autoritat sanitària de l'Estat espanyol. En el seu discurs inaugural, la Ministra afirmà que “la Escuela de Verano presta un servicio al Ministerio de Sanidad para diseñar las acciones que estamos promoviendo en materia de salud pública”. Amb aquesta afirmació, Elena Salgado volia fer palès que el que es discutia a l'Escola del Llatzeret no quedava entre les parets del Llatzeret fent quarantena indefinida sinó que d'alguna manera, directament o indirecta, sortia molt prest “en lliure pràctica” i arribava als gestors de la salut pública a Espanya, que així podien disposar de les idees i dels models que s'havien discutit per dissenyar les seves polítiques de gestió.

Aquest any l'Escola va batre un nou rècord i va superar les 500 matrícules entre cursos i trobades. Aquest més que notable nombre de matrícules, acompanyat d'un increment de professors, de cursos i de coordinadors de trobades, va suposar un nou repte per a l'organització, que mai no s'havia trobat amb les dificultats que suposava haver de coordinar la disponibilitat d'aules i el material didàctic, els serveis de menjador i el transport per a un nombre tan gran de persones. Sortosament, l'any

anterior ja s'havia previst el problema, és a dir, s'havia vist que la dinàmica de l'Escola duia cap a aquesta superació dels límits que fins aquell moment semblaven insuperables. De fet, el dilema plantejat era que o bé l'escola s'estancava en la situació actual, i açò suposava la seva desaparició a curt o mitjà termini, o bé es feia un salt qualitatiu per atendre la demana previsible durant els anys següents. Per aquest motiu, les persones més lligades a l'Escola del Llatzeret van visitar, poc abans de tenir lloc l'edició anterior, la presidenta del Consell Insular de Menorca, Joana Barceló. Aquesta, davant la situació de dificultats exposada pels visitants, decidí no tirar la tovallola i posar fi així a l'aventura llarga de 16 anys. Decidí fer front als reptes que se li havien exposat i augmentà el nucli organitzatiu de l'Escola.

Per açò, a final d'any se signà un conveni entre el Consell Insular i l'IME, segons el qual el segon rebria anualment un ajut substancial perquè pogués contractar un equip de dues persones que es dediquessin prioritàriament a treballar en temes de l'Escola de Salut. Aquest equip està format per Sònia Sintès i Cristina Gomila, dirigides per Clemen Garcia, que l'any 2003 s'havia incorporat a l'Escola del Llatzeret i ara passava a ocupar el càrrec de coordinadora de les tasques de l'IME relacionades amb l'Escola. Aquestes tasques de fet representaven bona part de les feines de l'Escola, perquè, a partir de la signatura del conveni, a part de la col·laboració continuada de Matias Torrent i de Toñi Mus –aquesta darrera duia temps formant part de l'equip de secretaria per part d'Insalud – i la més recent de Núria

Marquet, des del seu lloc de feina a la Conselleria de Ciutadania i Família, cap altre organisme o entitat no intervindrien en l'organització administrativa i logística de l'Escola a Menorca, tret de col·laboracions puntuals durant els dies de l'Escola o durant els dies previs pels trasllats de materials, o també o en el muntatge de les infraestructures de comunicació que des de l'any anterior feien possible l'accés a internet en unes condicions mínimament acceptables –abans es feien per línia telefònica convencional, amb totes les deficiències que açò representava.

13. UN NOU MEMBRE DEL CLUB DELS ORGANITZADORS DE L'ESCOLA DE SALUT PÚBLICA

L'abril del 2006 el rector de la Universitat Internacional Menéndez Pelayo (UIMP), Luciano Parejo, i la presidenta del Consell Insular de Menorca, Joana Barceló, van signar un conveni de col·laboració entre les dues institucions destinat a establir un lligam entre la UIMP i l'Escola de Salut Pública del Llatzeret. Aquest conveni en un principi fou un conveni marc que, a poc a poc, s'anà omplint de contingut, amb propostes engrescadores, i encara avui queden molts camins de col·laboració entre les dues entitats, que s'han d'explorar en el futur.

D'altra banda, l'èxit i el renom que l'Escola havia agafat ja en aquesta època es demostra pel fet que cada vegada el Consell Acadèmic, en les seves reunions, tenia un major nombre de propostes sobre la taula de persones i institucions que volien o

bé organitzar un curs o bé realitzar una jornada de treball o seminari al si de l'Escola. Aquest any 2006, per exemple, es reberen 16 propostes de cursos i 23 de trobades, la qual cosa obligà a rebutjar 11 cursos i 7 trobades. El rebuig de cursos o trobades no volia dir en cap cas que es tractés de propostes de poca qualitat sinó que generalment obeïa tan sols a la necessitat d'adequar l'oferta acadèmica a les possibilitats d'acollida de l'organització. Per açò les propostes eliminades, i les escollides, ho eren, i encara ho són, per raó de la seva oportunitat, o pel fet que en cursos anteriors s'haguessin fet activitats similars o, en el cas oposat, pel fet que la proposta fos innovadora. També es donen casos que diferents persones o institucions presenten activitats similars, i quan açò passa s'acostuma a demanar que unifiquin esforços amb una sola activitat, o també pot ocórrer que una proposta que es fa amb estructura de curs se suggereixi a l'autor que la presenti com a trobada, perquè es considera més adient, o al revés.

En aquesta edició, se supera la fita de les 500 inscripcions, i aquest nombre ja es va mantenir inalterable els anys següents. Un altre esdeveniment d'aquest any fou que Ildefonso Hernández, després de 7 anys com a director en solitari i 5 com a codirector juntament amb Marisa Rebagliato, deixà el seu lloc, i aquesta darrera va quedar com a única directora de l'Escola amb el suport de Maties Torrent com a coordinador. Amb aquest motiu s'organitza un homenatge a Ildefonso Hernández durant l'acte de clausura, que aquest any excepcionalment va tenir lloc al recinte

de la Mola. Tanmateix, l'homenatjat va manifestar la seva intenció de no desvincular-se per complet de l'Escola, a la qual se sentia molt lligat pel paper que havia tingut en la seva fundació, motiu pel qual es va proposar que continués com a membre del Consell Acadèmic.

14. EL ROTO

Des de feia anys es discutia sobre la necessitat d'obrir l'Escola a activitats paral·leles que, tot estant relacionades amb la sanitat, fossin també manifestacions culturals humanístiques. És a dir, es tractava de dur a l'Escola algun escriptor, director de cinema, filòsof, etc., l'obra del qual d'alguna manera estigués relacionada amb el tema sanitari, perquè hi fes una conferència. Aquest projecte, llargament pensat, es féu realitat en la divuitena edició, que va tenir lloc l'any 2007, i es va materialitzar amb la presència del Roto, un personatge entranyable i un denunciador sense embuts, amb els seus magnífics dibuixos, de les injustícies socials, molt especialment en el camp de la sanitat, i també de les incoherències que moltes vegades es donen en aquest camp. El Roto va pronunciar la seva conferència a la sala d'actes del Llatzeret, que va resultar insuficient per acollir tots aquells participants de l'Escola que el volien sentir i el públic que es va desplaçar fins al Llatzeret amb el mateix propòsit. La seva dissertació, carregada d'humanitat, li permeté establir un lligam amb el públic assistent, que es deixà endur per la personalitat

propera a tothom, per l'actitud i el contingut de les seves paraules. Fou aquest, sens dubte, el millor inici que es podia imaginar per a aquest projecte d'apropar l'Escola a la gent del carrer vehiculant els problemes sanitaris a través de manifestacions culturals.

Un altre fet a ressenyar d'aquesta edició de l'Escola fou que, com a primera materialització del conveni signat entre la Universitat Menéndez Pelayo i el Consell, un dels cursos escollits per formar part del programa de l'Escola aquest any, en lloc de realitzar-se al Llatzeret, es va impartir al Palau de la Magdalena, a Santander, entre el 29 i el 31 d'agost. Es tractava d'un curs sobre "La vacuna contra el virus del papiloma humano", que, coordinat per Ildefonso Hernández i Miquel Porta, va tenir un ressò important i també una certa polèmica, per la postura decididament contrària o, com a mínim, d'extremada prudència que es prenia en relació amb aquest tema.

Finalment l'any 2007 fou, sens dubte, un any de commemoració per al Llatzeret. Aquell any es complí el bicentenari de la finalització de la construcció de les instal·lacions, encara que no de la seva entrada en funcionament que, a causa de les circumstàncies per les quals passava Espanya en aquell moment, es va haver d'ajornar fins a 1817. Per aquest motiu, dins d'una sèrie de tallers que es realitzaven des de l'any 1995, que duien el títol genèric de *Medicina i societat*, es va organitzar un seminari coordinat per Enrique Perdiguero i Josep Miquel Vidal sobre *El*

bicentenario del Llatzeret de Maó: la salud pública ante el peligro epidémico, en el qual a més de tractar del tema del Llatzeret de Maó, es va tractar de la problemàtica general de la sanitat en èpoques de crisis epidèmiques.

15. LA NIT QUE EL MINISTRE NO VA ARRIBAR A SOPAR

Una fita molt important de l'any 2008, quant a l'Escola de Salut es refereix, fou la remodelació que es va fer de la part alta de l'edifici, on hi ha la sala d'actes, antic magatzem de mercaderies del Llatzeret, per convertir-la en un aulari ben equipat. Aquest segon pis de l'edifici, al qual s'ascendeix per una rampa, havia servit, en la seva part més espaiosa, de capella per als funcionaris residents durant l'estiu, i com a dependències auxiliars dels empleats les habitacions petites que hi havia a la part de l'entrada. Tot aquest conjunt, en desús des de feia un temps, fou restaurat i moblat pel Ministeri de Sanitat, i s'aconseguien d'aquesta manera unes sales especialment destinades a acollir les activitats de l'Escola de Salut Pública amb el mobiliari adient per a desenvolupar-hi les tasques docents. És a dir, a partir d'aquest any es va poder abandonar la feina enutjosa de cada any d'habilitar aules a sales i recintes que no s'havien dissenyat amb aquesta finalitat. Açò fou possible gràcies a l'interès que posà en l'Escola de Salut l'administradora del Llatzeret, Anabel Muñoz, des del seu nomenament l'any 2003, a la qual donà sempre tot el seu suport, tant des del mateix

Llatzeret, facilitant el cobriment de totes les necessitats derivades del funcionament de l'Escola, com davant el Ministeri, defensant l'interès de la seva continuïtat i l'oportunitat de donar-li un suport decidit.

Finalment, la cloenda d'aquesta edició de l'Escola donà lloc a una anècdota propiciada pels problemes en el transport aeri que de tant en tant es produeixen i pertorben el seu funcionament normal. La història va tenir el seu origen en el fet que novament un ministre de Sanitat va voler donar suport a l'Escola assistint-hi, en aquest cas, per oferir la conferència de clausura i per visitar les obres que el seu Ministeri havia finançat. El ministre de l'època, Bernat Sòria, que ja coneixia l'Escola perquè hi havia participat com a conferenciant en la seva qualitat d'investigador capdavanter, va anunciar la seva arribada a mitjan capvespre i la cloenda es va fixar a les vint hores ja preveient possibles retards. Tanmateix, els retards s'anaren acumulant i la cloenda, després d'esperar un temps prudencial, es va haver de realitzar amb les autoritats locals i els organitzadors, sense l'esperada intervenció del ministre l'arribada del qual es va anunciar per al sopar de cloenda. Però tampoc no va arribar. Quan finalment el ministre aconseguí presentar-se al Llatzeret el sopar havia finalitzat, i l'esperaven les autoritats i els organitzadors, que van poder departir amb ell encara que fos un temps molt més breu del que s'havia planejat. Tanmateix, el ministre va romandre el cap de setmana al Llatzeret i va poder conèixer de primera ma la importància de l'edifici per a la història de la salut pública a

l'Estat espanyol i l'interès de l'Escola per l'actualitat d'aquesta mateixa rama de la medicina.

16. EPÍLEG, NO GAIRE LLARG

D'aquesta manera finalitzam aquesta aproximació a la història de l'Escola d'Estiu de Salut Pública del Llatzeret de Maó –ometem l'any 2009, el qual encara és massa pròxim. Som conscients que aquest projecte es mereix un estudi més aprofundit que esperam que es posarà a punt al llarg del proper any i que es presentarà a la pròxima edició de l'Escola. Aquest treball contindrà l'ampliació del present estudi i les aportacions de molts dels especialistes, el nom dels quals no repetirem aquí perquè han anat sortint diverses vegades en aquesta sèrie d'articles, els quals, al llarg dels anys, han ocupat llocs de responsabilitat i han fet possible que l'Escola sigui el que és ara. D'aquesta manera, es veurà de quina manera el projecte inicial, una mica modest si es vol però amb aspiracions de progrés, ha anat evolucionat fins a convertir-se en el que va dir la ministra Salgado: una eina imprescindible per al funcionament i la gestió de la salut pública a l'Estat espanyol.

Crónica 2010-2013

Maties Torrent Quetglas

In memoriam

Josep Miquel Vidal Hernández

Se hace difícil, y raro, tener que retomar esta crónica en ausencia de Josep Miquel Vidal Hernández, cronista oficial de la Escuela de Salud Pública del Llatzeret desde sus orígenes, una más entre sus incontables funciones y aficiones en relación a sus pequeñas islas: Menorca y el Llatzeret. Vidal formaba parte del paisaje de la escuela y para todos los que llevamos años involucrados en este proyecto, la edición de 2013 fue extraña porque había perdido una de sus señas de identidad. Por suerte, en la celebración del XX aniversario de la escuela pudo disfrutar del homenaje que se le rindió ‘por su compromiso inquebrantable con el proyecto de la Escuela desde sus inicios y su gran aportación intelectual y humana’. Vamos a intentar, pues, hacer la crónica de estos últimos cinco años hasta la celebración del 25 aniversario.

En la **edición del 2010** se hicieron 6 cursos y 19 encuentros, y se intensificó la colaboración con la UIMP, con dos cursos magistrales internacionales: uno sobre ‘Disease Mongering and PublicHealth’ (‘Promoción de enfermedades y salud pública’) y otro sobre ‘Health and Social Justice’ (‘Salud y Justicia Social’), este último realizado en Santander, y un encuentro sobre ‘Transparencia y Buen Gobierno’. En la línea de apertura de la Escuela a la sociedad menorquina, se hizo una mesa redonda titulada ‘Vendiendo enfermedades’, en la que participaron el profesor Ray Moynihan, que impartía el curso de Disease Mongering, y la periodista Milagros Pérez Oliva. Con estas actividades, aparte de reforzar su proyección internacional, la escuela hizo especialmente patente su compromiso social para abordar temas de actualidad de especial relevancia para la salud pública. Además, varias de estas actividades han tenido continuidad con la constitución de grupos de profesionales interesados en estos temas y que han seguido trabajando conjuntamente a través de foros abiertos en las redes sociales. Otra actividad a resaltar de esta edición fue la organización, en colaboración con la biblioteca pública de Maó, de una exposición de libros de medicina del valioso fondo de libros antiguos de que dispone esta biblioteca.

La Escuela de Salud Pública siempre había tenido vocación de lugar de encuentro entre distintos colectivos y disciplinas que pueden aportar visiones complementarias a los problemas de salud pública, y, en esta línea, en la **edición XXII del año 2011** se

realizaron, en colaboración con la UIMP, el encuentro ‘Urbanismo y salud pública, planificación urbana saludable’ con la participación de arquitectos y urbanistas junto con salubristas, y el curso ‘¿Qué es bueno para comer?’, que impartieron conjuntamente un especialista en salud pública y un cocinero, convirtiendo una de las aulas del Lazareto en una cocina-aula. También este año se iniciaron dos actividades que tendrían continuidad en años posteriores: el encuentro de ‘Excelencia de la investigación en salud pública’, promovido por el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Epidemiología y Salud Pública, en el que jóvenes investigadores tienen ocasión de discutir sus proyectos de investigación con investigadores senior, y el encuentro sobre ‘Ética y salud pública’ organizado por la Fundación Victor Grifols i Lucas.

El **año 2012** vino marcado por ser el primero en que el Llatzeret no se abrió como residencia de verano para personal del Ministerio de Sanidad, lo que tuvo importantes implicaciones organizativas, puesto que se tuvieron que acondicionar las instalaciones y poner a punto la barca Lazareto II únicamente para las actividades de la escuela, algo que en años anteriores hacía directamente el Ministerio para que el Llatzeret funcionase como residencia de verano. Esto implicó que el Consell Insular de Menorca y el IME tuvieran que hacer innumerables gestiones para poder realizar la escuela en su enclave original, perteneciente a otra institución, el Ministerio de Sanidad. Este hecho, que podría parecer un simple aspecto formal, complicó

extraordinariamente la organización de esta edición hasta hacer dudar de la viabilidad de realizar la escuela en el Llatzeret, y, desafortunadamente, esta situación se sigue manteniendo en el momento de escribir esta crónica, habiendo complicado también las dos ediciones siguientes.

A pesar de todas las dificultades, en la XXIII edición se realizaron 4 cursos, 14 encuentros y una reunión de trabajo, con un total de 541 participantes. Tal como decía Marisa Rebagliato, directora académica de la Escuela, en su presentación de esta edición: ‘la escuela se propone promover un debate abierto sobre la salud pública ante la gestión de la crisis y sus consecuencias, con la participación de representantes de Sociedades Científicas’. En esta línea se enmarca la mesa redonda: ‘¿Debemos estar preocupados con la actual reforma del Sistema de salud español? Un debate entre la incredulidad, la indignación y los recortes’, moderada por Enrique Bernal (miembro de Consejo académico de la Escuela y de la AES) y en el que además participaron Fernando García Benavides (SEE), Teresa González Galiana (Médicos del Mundo, ONG), Albert Jovell (Foro Español Pacientes) y Juan José Rodríguez Sendín (OMC). También se hizo en esta edición la presentación de la Videoteca Internacional de Medicina Humanitaria, de la Sociedad Española de Medicina Humanitaria.

A principios del año 2013 fallecía de manera inesperada Josep Miquel Vidal, figura clave en la historia de la Escuela de Salud

Pública, como ya hemos mencionado al inicio de esta crónica. Tanto la organización previa como el desarrollo de esta edición estuvieron muy marcados por esta ausencia. En el marco de la escuela se le hizo una exposición (‘Imágenes de una vida vivida’) y un acto de homenaje, ‘con un recorrido a través de su mirada, su obra y su inestimable contribución al proyecto y desarrollo de la Escuela de Menorca’.

En **la XXIV edición** se realizaron 5 cursos, 9 encuentros y 1 reunión de trabajo, y, a pesar de que la crisis económica general cada año se hace más patente a todos los niveles, con importantes dificultades para encontrar financiación especialmente para la organización de encuentros, el número de participantes en las distintas actividades superó los 470, lo cual refleja el grado de consolidación que tiene el proyecto de la Escuela, que se ha convertido a lo largo de los años en punto de encuentro y cita de referencia anual para los profesionales de la Salud Pública. También se realizaron dos mesas redondas abiertas a toda la población, que generaron gran interés: una sobre ‘Ética, Crisis y Salud Pública’, y un ‘Diálogo alrededor de La Peste de Albert Camus (1913-2013)’, inicio del que pretende ser un ciclo sobre Medicina y Humanismo con continuidad en la escuela y que llevará el nombre de Josep Miquel Vidal como reconocimiento a su empeño por abrir este tipo de actividades en la escuela.

Y así llegamos al año 2014 con la que va a ser la XXV edición de la Escuela de Salud Pública de Menorca, que confiamos represente un nuevo impulso y el inicio de una nueva etapa que permita plantear nuevos retos para que la Escuela del Llatzeret de Menorca siga siendo ‘una herramienta imprescindible para el funcionamiento y la gestión de la salud pública en el Estado español’, tal como ya dijo la Ministra de Sanidad en la inauguración de la escuela del año 2005. El nuevo horizonte que se abre, con la perspectiva de que el Llatzeret sea transferido al Consell Insular de Menorca, no estará exento de dificultades, pero abre sin duda un abanico de posibilidades enorme que entre todos los que hacemos la escuela debemos ser capaces de canalizar para que el Llatzeret sea un catalizador importante para el avance de la salud pública en nuestro país y a nivel internacional.

[Volver al índice](#)

Capítulo 4

La escuela de Salud Pública de verano y sus actores



La escuela de Salud Pública de verano y sus actores



[Volver al índice](#)

Capítulo 5

Seguimos hablando

Marisa Rebagliato

Directora Académica de la
EVSP



En el año 2009, con motivo del XX aniversario de la Escuela, escribimos desde el Consejo Académico un artículo titulado «Hablemos de la Escuela...». La gran y buena noticia es que, en este XXV aniversario, seguimos hablando de ella con ilusión, buenos recuerdos y proyectos renovados.

Mi primer encuentro presencial con la Escuela de Salud Pública de Menorca supuso una auténtica inmersión. Corría el año 1999 y participé en el **V Encuentro Medicina y Sociedad: las imágenes de la salud, una perspectiva pluridisciplinar**. Josep Miquel Vidal, Francesc Bujosa, Pep Bernabéu, Jaume Mascaró... , por solo nombrar algunos de los historiadores, antropólogos y salubristas que participaron en aquel encuentro, me revelaron de forma magistral muchas de las claves y trazos que configuran las **dimensiones** de la Escuela, esa experiencia colectiva singular que cada año se recrea y recrea –bonito verbo, *crear de nuevo, alegrar, deleitar*.

En el año 2003, Alfonso Hernández, director académico de la Escuela por aquel entonces y compañero de universidad, me pidió que le ayudara en las tareas de dirección, y así empecé a colaborar con él y con el resto de personas y entidades que hacen posible la Escuela. Ya en el año 2006 Alfonso dejó la dirección y fui nombrada directora académica, aunque este paso sólo supuso una situación de continuidad, ya que, tal como Andreu Segura relata en su escrito de este mismo libro, «des del principi l'Escola de Salut Pública de Menorca va ser una obra

col·lectiva i les decisions es prenen de forma col·legiada, compartint-les i fent-nos tots plegats responsables de les conseqüències».

Salvado este preámbulo de contexto personal, me gustaría seguir hablando de las **dimensiones** de la Escuela, y de su gran capacidad para **recrear**.

DIMENSIONES

Decimos que la vida, el mundo en el que vivimos, tiene tres dimensiones; les puedo asegurar que la Escuela tiene más, aunque intentaré organizarlas alrededor de tres ejes.

Organización. Si nos fijamos en su **organización**, vemos como en ella confluyen instituciones públicas de diferentes ámbitos (administración pública, universidades, investigación) y niveles (insular, autonómico, estatal), que durante 25 años han colaborado y siguen haciéndolo para que la Escuela sea posible, independientemente de los cambios políticos y sociales, de los diferentes intereses y desencuentros que haya podido haber en algún momento del camino, o incluso del diferente signo político que en varios periodos ha coexistido en los tres niveles mencionados. En un país como el nuestro, poco dado a los consensos o consorcios duraderos, la Escuela es un ejemplo vivo de buena práctica, lo que demuestra que esta forma de actuar es posible, e incluso para un fin con tantos valores intangibles como

ocurre en el caso de la Escuela. Además esta tendencia, lejos de decaer, sigue creciendo y consolidándose, sumándose en los últimos años a la organización organismos tan importantes y claves como la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, o nuevas entidades colaboradoras, tanto del ámbito público como privado.

Fines y contenidos. Si atendemos a los *fines y contenidos* de las actividades de la Escuela, y para ello les invito a que hagan un recorrido a través de los programas de las distintas ediciones [link al documento], y releen la excelente crónica de los XX años que escribió Josep Miquel Vidal y ha completado Matías Torrent [link al documento], encontraremos varios denominadores comunes que constituyen las señas de identidad de la Escuela a lo largo de sus 25 años de historia: formación de calidad con proyección nacional e internacional; debate abierto, multisectorial y crítico sobre los problemas y determinantes de la salud, así como sobre las consecuencias para la salud de todas las políticas; búsqueda de consensos y asesoramiento para la mejora de la formación, la investigación y las intervenciones en salud pública; la participación de colectivos que trabajan por la salud desde muy diversos ámbitos; y el fomento de la participación del público en general a través de cursos, conferencias, debates y actos culturales. Como ejemplos de esta última faceta, recordar el curso *El color de la luz en la isla del Lazareto*, dirigido por el fotógrafo Pablo Hojas en 2009; la entrañable velada con Andrés Rábago el Roto; la celebración del

XX aniversario de la Escuela en el Teatro Real; o los recientemente inaugurados *Col·loquis Josep Miquel Vidal: Humanisme i Salut Pública*, con el excelente *Diálogo alrededor de La Peste de Albert Camús*, celebrado el año pasado, por sólo nombrar algunos ejemplos.

Recuerdo como en los primeros años de mi colaboración con la Escuela oí a menudo esta frase al hablar con personas poco familiarizadas con la salud pública: «¡Ah! La reunión esa de médicos que se organiza en Menorca cada septiembre». Por suerte, este comentario es cada vez menos frecuente, ya que los colectivos profesionales y ciudadanos participantes son cada vez más amplios, y el conocimiento e identificación de la sociedad menorquina con la Escuela cada vez mayor.

Dimensión humana. Pero, siendo todas estas dimensiones importantes, ninguna lo es tanto como la dimensión humana de la Escuela. Como decía Bertolt Brecht, «hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles». En la Escuela hay muchas personas buenas, mejores y muy buenas; si no, difícilmente se entendería su continuidad y progresión, pero también varias imprescindibles. Debería ser prudente y seguir las

palabras de Alfonso al hablar de la Escuela en este XXV aniversario: «Deliberadamente omito nombrar a las personas que más se han destacado en la tarea mencionada por temor a olvidar alguna»; pero, reconociendo que son más de las que voy a mencionar, permítanme que nombre a aquellas sin las cuales este proyecto colectivo no habría sido o sería actualmente posible: Clemen García, coordinadora de la Secretaría de la Escuela en el IME; Matías Torrent, coordinador académico; Josep Miquel Vidal, cronista y alma de la Escuela; Anabel Muñoz, administradora del Lazareto; Nuria Marquet, representante del Consell Insular en la Escuela; y Alfonso Hernández, visionario, promotor y director por excelencia de la Escuela. A ellos, mi homenaje, por sí mismos, y también como representantes de los equipos humanos que a lo largo de todos estos años han trabajado en la Secretaría, desde el IME, en el Consell Insular, en el Lazareto, y en los sucesivos Consejos Académicos. Pero, además, en esta dimensión hay otros dos pilares fundamentales: los representantes políticos e institucionales que han entendido y apoyado a la Escuela, contra viento y marea, incluso en los momentos más difíciles; y los auténticos protagonistas, los coordinadores y las coordinadoras de actividades, las profesoras y los profesores, ponentes y participantes que cada año aportan lo mejor de sí mismos para que esa nueva edición de la Escuela vuelva a ser especial e irrepetible.

RECREAR

Según el diccionario de la RAE, recrear significa *Crear o producir de nuevo algo y Divertir, alegrar o deleitar.*

Éste es un verbo que le va muy bien a la Escuela. Cada año se recrea, porque sus sucesivos programas, sin perder las señas de identidad referidas anteriormente, se van renovando y adaptando a los cambios en las necesidades formativas y a los diferentes problemas de salud e intervenciones o políticas que surgen como respuesta a ellos. Y, además, esta recreación y renovación se hace de forma participativa, tanto en la configuración del programa, que se selecciona a partir de una convocatoria abierta de propuestas, como a través de iniciativas que surgen en el propio marco de la Escuela como parte de su misión en el asesoramiento y evaluación de las acciones en salud ante los problemas más relevantes del momento. Valga sólo como ejemplo la **Reunión científica de consenso sobre la gripe A**, que se celebró en la XX edición, organizada por SESPAS y que reunió a representantes de dieciséis sociedades científicas y profesionales, así como a responsables de las políticas sanitarias a nivel autonómico y estatal. Esta reunión tuvo como resultado un documento de consenso que contribuyó a conseguir una respuesta social y sanitaria razonable frente al riesgo de la epidemia, y cuyas recomendaciones se difundieron a los ciudadanos, profesionales sanitarios y decisores políticos. Al

igual que este ejemplo, otras muchas actividades celebradas en la Escuela trascienden y su impacto es más tangible, bien a través de declaraciones de consenso, artículos e informes, o bien mediante plataformas y redes que han continuado, tales como el Colectivo Lazareto de urbanismo y salud pública, o el foro de debate Dismong que surgió a partir del Curso *Disease Mongering*, impartido en la XXI edición [aquí habría que poner los enlaces]. Tal como Ferrán Martínez Navarro expresa a modo de colofón de su excelente revisión en este libro sobre ***La salud pública de los últimos 25 años en España*** [enlace], «tenemos la certeza de que muchas de las discusiones, reflexiones y propuestas realizadas por los participantes en las diferentes actividades de la Escuela han contribuido, en mayor o menor grado, al desarrollo de la salud pública, de sus áreas de conocimiento, de su práctica y en determinadas políticas sanitarias, como ha sido el caso de gran parte del contenido de la ley de salud pública».

Pero la Escuela no sólo se recrea cada año, sino que también recrea, alegra y deleita a todos los que participamos en ella. Porque la Escuela, tal como dice Joan Carles March, tiene alma con H [enlace artículo], y una de esas hs es de Humor, ya que lo que allí ocurre cada tercera semana de septiembre es esencialmente alegre, positivo y optimista, y brinda, además, la oportunidad de combinar la experiencia formativa, de encuentro y

debate, con el atractivo único para el disfrute natural, cultural y artístico que ofrece el Llatzeret de Maó y la isla de Menorca.

La primera vez que vi Menorca fue en el año 1994, entrando al amanecer en un barco velero al puerto de Maó. El deleite que sentí en aquel momento sigue recreándose y maravillándome cada vez que he vuelto, ya sin barco, a descubrir *el color de la luz en la isla del Lazareto*, y en cada rincón de esta isla infinita y mágica que es Menorca, donde el aire se confunde con el agua, el mar con el cielo y la luz con la vida.

[Volver al índice](#)

Capítulo 6

Evolución académica de la EVSP del Lazareto

Ildefonso Hernández Aguado



Veinticinco años navegando

Ildefonso Hernández Aguado

En los ochenta había una efervescencia creativa en muchos asuntos sociales, y las cosas de la salud y de los sanitarios no eran excepción. Se estaba creando el Servicio Nacional de Salud y las expectativas eran muchas. Era un contexto favorable a la salud pública, que además tenía cierto prestigio, al menos teórico, entre las gentes que gobernaban en sanidad en esos momentos, y parecía que podía servir para dirigir mejor los servicios sanitarios orientándolos a la promoción de la salud y a que rindieran cuentas por los beneficios en salud de la población. La Ley General de Sanidad, aún sin ordenar adecuadamente los servicios de salud pública, parecía sancionar la visión salubrista, pues su tercer artículo decía que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Siendo un clima propicio, había que aprovechar los resquicios porque, en cuestiones de salud, manda antes una tecnología deslumbrante que una política sensata para que la población gane salud. Los interesados en la salud pública aprovecharon la coyuntura en varias comunidades autónomas y crearon espacios fértiles para su desarrollo, bien incipientes escuelas de salud pública, bien grupos de investigación. En este contexto y con motivo de una reunión sobre ciudades saludables celebrado en el Instituto Valenciano de Salud Pública, se abrió una ventana de oportunidad, que se aprovechó por varias personas para idear y forjar la Escuela de Verano de Salud Pública de Menorca.

A los promotores de la Escuela de Verano, les animaban los valores cardinales de la salud pública, el derecho a la salud y la justicia social efectiva. A este ánimo unieron un entusiasmo y pasión de tal calibre que han conseguido transmitirlos a los que han continuado su labor estos 25 años. El carácter de tarea colectiva, a semejanza del destino compartido implícito a los principios de la salud pública, es lo que quizá explica que la Escuela de Verano haya pervivido a diversos trances y haya salido con éxito de dificultades y encrucijadas. Será también que algunos de los implicados son de mar y saben navegar en aguas agitadas, y será también que el Lazareto resiste siempre en pie los temporales más intensos de *xaloc*, sean reales o figurados. Deliberadamente omito nombrar a las personas que más se han destacado en la tarea mencionada por temor a olvidar alguna. Aunque agradecen los elogios, les basta el trabajo bien hecho y les alienta el servicio al bien público.

La contribución de la Escuela de Verano a la salud pública y a la sanidad ha sido superlativa. No es sólo una percepción, que lo es: me baso en los numerosos documentos y actuaciones cuyo origen puede trazarse gracias a iniciativas acrisoladas en algún encuentro durante los meses de septiembre en la isla del Lazareto. Sin embargo, queda mucho por hacer y la Escuela de Verano debe seguir agitando los debates en torno a la salud, debe más que nunca promover la crítica fundamentada y las propuestas rigurosas y factibles. Cuando algunas políticas desgarran las costuras sociales, cercenan derechos y quiebran el

incipiente estado de bienestar, produciendo penalidades que, de no detenerse, son la antesala de graves problemas sociales y de salud que serán constatables durante mucho tiempo, la contribución de instituciones sólidas como la Escuela de Verano es indispensable.

Mirant enrere amb serenor

(Exercici de commemoració que no vol ser nostàlgic)

Andreu Segura

Em va sobtar que la Marisa Rebagliatto, en assabentar-me de la iniciativa de la commemoració, em demanés el meu testimoni com a director acadèmic de l'Escola. No recordava en absolut haver estat director i encara menys el primer, segons que es desprèn de la crònica d'en Josep Miquel Vidal. Llegint-la em queda el dubte de si ho vaig ser durant dues o tres edicions, des de la tercera fins a la cinquena, o sigui del 1991 al 1993. I, com que durant la curta aventura de l'Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya vaig perdre els arxius documentals, no tinc manera de reconstruir aquella etapa.

Però potser que m'expliqui millor. No és que no recordi l'Escola, és clar. Perquè ha estat una de les iniciatives de què em sento més afortunat d'haver pogut participar. Ni tampoc que m'hagi oblidat d'algunes de les activitats que, els anys que consta que vaig fer-ne de director, s'afegiren al programa, com ara els debats o les conferències, per completar l'oferta de cursos de les primeres edicions. Potser és que, en aquells començaments, la figura de director acadèmic era més aviat formal, perquè des del principi l'Escola de Salut Pública de Menorca va ser una obra col·lectiva i les decisions es prenen de forma col·legiada, compartint-les i fent-nos tots plegats responsables de les conseqüències.

Aquesta implicació es va anar intensificant des de la primera edició, el mes de setembre de 1989, les mateixes dates en què molts alemanys de l'extinta RDA viatjaven a Hongria des d'on els era més fàcil passar a Occident. De fet, el mur de

Berlin cauria unes setmanes després, precisament la nit del nou de novembre, un dels esdeveniments cabdals d'aquell any, però no l'únic.

Diria que, el vespre abans d'inaugurar l'escola, ens vàrem trobar la Júlia Garrusta i jo— en un dels apartaments turístics que ja hi havia llavors sobre Calesfonts as Castell, potser encara anomenat Villa Carlos— amb Concha Colomer, Carlos Álvarez Dardet i John Asthon. A Concha i a Carlos, els havia conegut set anys abans a Ahmerst, Massachusetts, en una altra escola d'estiu de Salut Pública, seguint els cursos de Kenneth Rothman i de David Kleimbaum, entre d'altres.

Asthon era un dels pares del moviment de la nova salut pública, que, a més de recuperar els orígens ancestrals de la disciplina, quan els humans varen començar a aplegar-se de forma més o menys definitiva a les ciutats— i, per tant, resultava imprescindible l'abastiment d'aigua, l'emmagatzematge i la conservació dels aliments, alguna mena d'evacuació de residus i fins i tot la inhumació dels cadàvers—, recordava les reivindicacions del moviment obrer durant la revolució industrial i la fundació de la salut pública contemporània. Una inspiració que el dugué, amb d'altres, a desenvolupar la proposta de les ciutats saludables, una de les iniciatives engrescadores de l'època.

Asthon havia estat present en la tragèdia de Hillsborough, a l'estadi de futbol del Sheffield on el 15 d'abril d'aquell mateix any moriren esclafats contra la tanca 96 seguidors del Liverpool, que, com ell

mateix, havien anat a animar el seu equip contra el Nottingham en una de les semifinals de la copa d'Anglaterra. Al Llatzeret, Asthon parlava de Promoció de la Salut amb una intèrpret de luxe, una alacantina de Pego nascuda a Conneticut, Carmen Piera Riera, col·laboradora de l'IVESP.

D'aquell any 1989, a més que fou el primer de l'Escola d'estiu, recordarem d'altres esdeveniments sense dubte, la caiguda del mur ja esmentada, però també la imatge del xinès palplantat davant un tanc a la plaça de Tiananmen, els primers dies del mes de juny, en una revolta que havia començat mesos abans amb la mort de Hu Yaobang i que va acabar amb un bon nombre de morts. Aquell mes de juny, el sindicat Solidarnosc havia participat com a partit polític a les eleccions legislatives poloneses i quedava com a segona força a la cambra baixa i primera al senat. Tadeus Mazowiesky esdevenia el primer ministre no comunista d'un país de l'est d'Europa, d'aquells que abans es deien de darrere el teló d'acer. Pocs mesos abans, a Alaska, el petrolier Exxon Valdez abocava més de trenta cinc mil tones de cru a la badia del Príncep William. A Espanya, Fraga Iribarne havia dissolt Alianza Popular i l'havia convertida en el que encara avui és el Partit Popular, i, a finals d'agost, Juan Antonio Samaranch fou ratificat per aclamació com a President del Comitè Olímpic Internacional, tres anys després d'anunciar la celebració de la vint-i-cinquena olimpíada d'estiu— la del 92— a Barcelona.

Just un mes després de la primera edició de l'escola, el disset d'octubre, San Francisco va patir un dels terratrèmols que de tant en tant sacsegen Califòrnia prop de la falla de San Andrés: el que havia estat, per la seva intensitat, el segon des del tràgicament cèlebre del 1906; el primer, però, retransmès en directe per televisió. El sisme es va esdevenir mentre es disputava un partit de beisbol entre l'Oakland Athletics i el San Francisco Giants, afortunadament, perquè molta gent es va quedar a casa per veure el partit a la televisió i, per això, van ser pocs els vehicles que s'enfonsaren a la badia en cedir alguns dels ponts. A l'estadi no va haver-hi esclafaments, com havia passat pocs mesos abans a Sheffield. I tampoc li va passar res a Leonard Dhul, un dels fundadors de l'esmentat moviment de les ciutats saludables que, em sembla, encara és emèrit a la Universitat de San Francisco a Berkeley, on treballa a la International Foundation of Healthy Cities, que ell mateix va crear.

L'any acabaria amb l'afusellament dels Ceacescu i amb Havel, l'escriptor líder del Fòrum Cívic, com a nou president de Txecoslovàquia. Pocs anys més tard s'esfondraria la URSS i el paisatge polític canviaria radicalment. Václav Havel també fou el primer president de la República Txeca. Més anecdòtic és l'aniversari— també el vint-i-cinquè— el desembre de l'emissió del primer episodi dels Simpson.

Al Llatzeret— que molts de nosaltres descobríem llavors, atès que, malgrat que alguns fóssim funcionaris de Sanitat, mai no havíem

gaudit dels quinze dies que, si t'apuntaves amb temps, et permetien passar unes vacances molt barates— no se si érem del tot conscients del que estava passant i del que encara havia de passar. El nostre principal propòsit seguia sent la construcció d'una salut pública que pogués contribuir efectivament al desenvolupament del sistema sanitari orientat a la promoció i a la protecció de la salut de la població. Un sistema nacional de salut que acabava de dibuixar la Llei General de Sanitat, a la qual no li vèiem, o no li volíem veure, algunes de les seves limitacions estructurals. Entre elles, no resultaria menor la marginalitat dels dispositius de la salut pública, confinats als àmbits més governamentals, i amb poca influència no solament sobre el conjunt de la població— i el que ara se'n diu "Salut a totes les polítiques" o "polítiques públiques saludables"— sinó tampoc sobre el mateix sistema sanitari. Amb la lleu esperança— no compartida per tots— que, des d'una atenció primària de salut reformada, s'aconseguís desenvolupar una atenció sanitària més orientada a la comunitat. A més, estàvem molt enfeinats mirant que sortissin bé els cursos que oferíem i que preteníem que contribuïssin a l'actualització i a la modernització de l'epidemiologia, la biostatística i d'altres instruments de la salut pública com la informàtica.

Em ve a la memòria l'escena del professor Bolumar atrafegat preparant la instal·lació del seu curs d'Epi Info, que feia poc que havien desenvolupat els Centres per al Control de les Malalties d'Atlanta. Els CDC. Es trobava amb un contratemps inesperat,

d'aquells que de tant en tant apareixen amb les aplicacions informàtiques. No tenia a l'abast el màster i anava remugant per l'aula, de l'ordinador a les taules, cada vegada més amoïnat i empipat. Talòs com sóc per als ordinadors i, en general, per a qualsevol aplicació tecnològica, no se'm va acudir oferir-li ajuda, cosa que sí que va fer el marit de la col·lega amb qui compartia el primer curs que impartia a l'Escola.

Ella era Consuelo Beck-Sagué, oficial dels CDC que treballava amb SIDA, la síndrome descrita per primera vegada feia vuit anys. Pel que veig revisant els arxius que m'ha facilitat na Clemen García des de l'IME, Consuelo substituïa Keneth Castro, que era qui havia de venir, perquè n'Ildefonso l'havia conegut als CDC quan treballava en un projecte d'herpes genital. A més de ser un amfitrió molt gentil, en Keneth treballava en la síndrome als CDC des del 1983 i ja havia publicat algun article rellevant. Entre parèntesi, el Dr. Castro ja és contraalmirall i director de la divisió de tuberculosi del centre nacional de prevenció del VIH/SIDA, Hepatitis víriques, Malalties de Transmissió Sexual i Tuberculosi dels CDC. La meua participació quedava justificada perquè feia un parell d'anys que havia estat encarregat de dirigir el programa de prevenció i control de la Sida a Catalunya, creat després del trist episodi de les donacions de sang no cribrades a Bellvitge.

Doncs bé, Consuelo Beck-Sagué, que comparteix amb Castro l'espanyol com a llengua materna, està casada amb Andrew G. Dean, que va acompanyar-la a Menorca en qualitat de consort. Es

complementaven molt com a parella. Eixerida, espontània i amb el sentit innat del ritme dels caribenys, la Consuelo era molt comunicativa. L'Andrew, tot i que esvelt, resultava molt menys espectacular, sobretot gràcies a una extrema discreció, que li permetia passar desapercebut sense dificultats. Una discreció que no limitava la seva sensibilitat davant les necessitats dels altres ni la seva disposició a col·laborar.

I per això, en veure'l tan capficat, en Dean no ho va dubtar. Quedi clar que ni en Paco ni jo no el coneixíem personalment, de manera que, davant l'oferiment que li feia, Bolumar no va poder dissimular un gest d'escepticisme, ni que fos acompanyat d'una educada explicació sobre aquell innovador paquet estadístic, que pràcticament estrenava. Lamentablement, doncs, ningú no el podia ajudar. Llavors Dean li va preguntar de quin paquet es tractava i en sen tir que es tractava de l'Epiinfo, sense escarafalls de cap mena, amb tota naturalitat, ens va informar que ell n'era un dels dissenyadors. No cal que us digui com se'ns va quedar la cara als dos, però el fet és que el curs va ser tot un èxit.

Tampoc va anar malament el que compartíem la Consuelo i jo. Tal vegada perquè, a més de les seves habilitats docents, es van posar d'acord amb la Júlia perquè subministrés una coca d'albercoc durant les pauses entre classe i classe. Ho justificava perquè s'havia de prevenir la hipoglucèmia. Una explicació ben discutible però doblement agradable. Amb la Consuelo i l'Andy vàrem visitar, entre altres, alguns dels monuments talaiòtics més

accessibles. Pel que sé, segueixen feliçment casats. La Consuelo, però, treballa a Miami. Valguin els exemples per il·lustrar la voluntat d'innovació de l'Escola.

És clar que se m'ha demanat que parlés dels anys en què vaig fer de director i, malgrat els arguments ja abocats, no me'n vull desentendre. Suposo que em va tocar a mi— una vegada l'experiència estava encarrilada— perquè hi havia la idea que l'Escola d'estiu fos una mena d'escola d'escoles, un lloc de trobada periòdica que facilités l'intercanvi i l'actualització de les escoles que s'acabaven de crear: l'IVESP— d'on procedien l'Ildefons Hernández, Carlos Alvarez, Concha Colomer, el mateix Bolumar, que en aquells moments em penso que era el director— i d'altres que s'incorporaven, com Fernando Benavides o Jesús Vioque; el CUSP de Madrid, amb Miguel Carrasco i Vicky Zunzunegui, o l'Escola Andalusà de Salut Pública, amb Luis Andrés López, Emilio Sánchez o Joan Carles March, sense oblidar l'Escuela Nacional de Sanidad, dirigida, primer, per Fernando Lamata i, després, per Jose Manuel Freire.

Servidor treballava llavors ja en el projecte de desenvolupament de l'esmentat Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya— l'ISP—, que va ser la darrera escola de Salut Pública que es va crear i la primera a desaparèixer. Altrament, també representava d'alguna forma l'Institut d'Estudis de la Salut, l'IES, que és on estava adscrit i que, tot i no ser una escola de salut pública pròpiament, havia estat la primera iniciativa autonòmica en aquest

sentit. I suposo que aquesta circumstància feia més fàcil que fos jo l'encarregat de la responsabilitat formal que, en avançar el projecte, pertocaria a d'altres companys, tot i seguir formant part, encara durant un temps, del consell acadèmic.

Paga la pena esmentar, això no obstant, la decisiva contribució de Jaume Estany al front de la gerència de l'àrea de salut de Menorca de l'INSALUD. En Jaume i la seva gent varen contribuir decisivament a la viabilitat del projecte i, en definitiva, a la seva continuïtat. I ho varen fer perquè en tenien ganes. No va quedar-se parat davant les negatives i les dificultats que afrontava i, amb una intel·ligència adobada de diplomàtica astúcia, va aconseguir desactivar situacions molt delicades, que posaven en perill la mateixa supervivència de la iniciativa. És clar que, a més de ganes, tenien el convenciment que es tractava d'una iniciativa benèfica tant per a la gent que veníem d'arreu com per als de Menorca mateix i, per extensió, per a la comunitat autònoma entera. I, amb la contrapartida de les activitats formatives per als professionals i treballadors de l'INSALUD illenc, van aportar els recursos imprescindibles per poder desenvolupar les activitats de l'escola, els gairebé quinze cursos entre els quals ja s'incloïen els dels economistes com Vicente Ortún i Guillem López Casasnovas o els de gestió sanitària amb la participació de gerents, a més de la novetat d'incorporar alguns debats com el que va moderar Enrique Costas sobre el Informe Abril, que s'havia elaborat aquell mateix any 1991 i que, malgrat que moltes de les seves recomanacions mai no es van aplicar, aixecava i segueix aixecant polèmica entre

els professionals. Particularment ideològica. I una conferència sobre l'epidemiologia dels anys noranta, que dictà Richard Feachem, llavors director de l'Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres. Feachem ens va explicar algunes de les experiències amb la gent de la Universitat de Pelotas a la pampa brasilera, on destacava l'amic Cèsar Vitora. Anys després firmaria un article molt comentat sobre les virtuts de la gestió sanitària de la cèlebre HMO Kaiser Permanente.

Segur que em deixo moltes coses al tinter, fins i tot potser algunes de molt rellevants. I tal vegada la— mala— memòria m'hagi jugat alguna mala passada distorsionant algun record. Espero tenir l'oportunitat enguany d'esmenar alguns errors i recuperar alguns oblits, però no em vull descuidar d'esmentar aquí la relació amb en Josep Miquel Vidal, que va morir ara fa un any i mig i que, si es tracta de recordar amb plaer— parafrasejant a la inversa la cèlebre obra de teatre de John Osborne, duta al cinema per Toni Richardson i que he manllevat per al títol d'aquesta crònica—, és un dels motius cabdals per fer-ho. No endebades la seva fou una personalitat ben singular que, com és obvi, no sóc el més indicat per glossar, però que em va refermar i, en part també, em va descobrir la importància de la història tant pel que fa al Llatzeret mateix com a Menorca en el seu conjunt i també per a la salut pública, aprofitant la coincidència amb gent com en Josep Bernabeu o en José Luis Barona en una trobada de l'escola sobre les miasmes, els microbis i les topografies mèdiques. Fins i tot mesos abans de la seva desaparició definitiva, vaig tenir

l'oportunitat de compartir algun intent de finançament de l'Enciclopèdia, sobretot pel que fa als volums dedicats a la medicina i la sanitat de la illa. La seva aparença un punt desmanegada, que encaixava bé en el tòpic del savi distret, s'acompanyava d'una dicció tan peculiar que havies de prestar una atenció més acurada de l'habitual per escoltar-lo, atenció que sovint pagava la pena atès l'interès del que estava dient. Un esforç que compensava una mica maliciosament, anomenant-lo Demòstenes.

Però, a més d'altres records personals molt agradables i de la gratitud que mereix l'acollida que tant a mi com a la Júlia ens han dispensat sempre des de l'Escola i des de l'IME i des de les totes les institucions implicades— no m'atreveixo a personalitzar per no resultar injust amb ningú, encara que així ho sigui amb tots—, voldria acabar esmentant el debat sobre la responsabilitats de les escoles en la formació dels salubristes, que va tenir lloc durant l'edició del 1992, ni que sigui com un petit homenatge als qui van ser persones decisives en la construcció de les escoles de salut pública espanyoles i que lamentablement ja no estan entre nosaltres, com Vicente Rojo, del també desaparegut CUSP, o Patxi Català de la EASP i fins i tot Concha Colomer de l'IVESP.

Llavors estàvem convençuts que la Salut Pública contribuiria efectivament a millorar no solament el sistema sanitari, sinó també, i sobretot, la salut dels ciutadans. Una expectativa que encara tenim al davant.

Capítulo 7

La escuela de verano año a año



LLATZERET
MENORCA

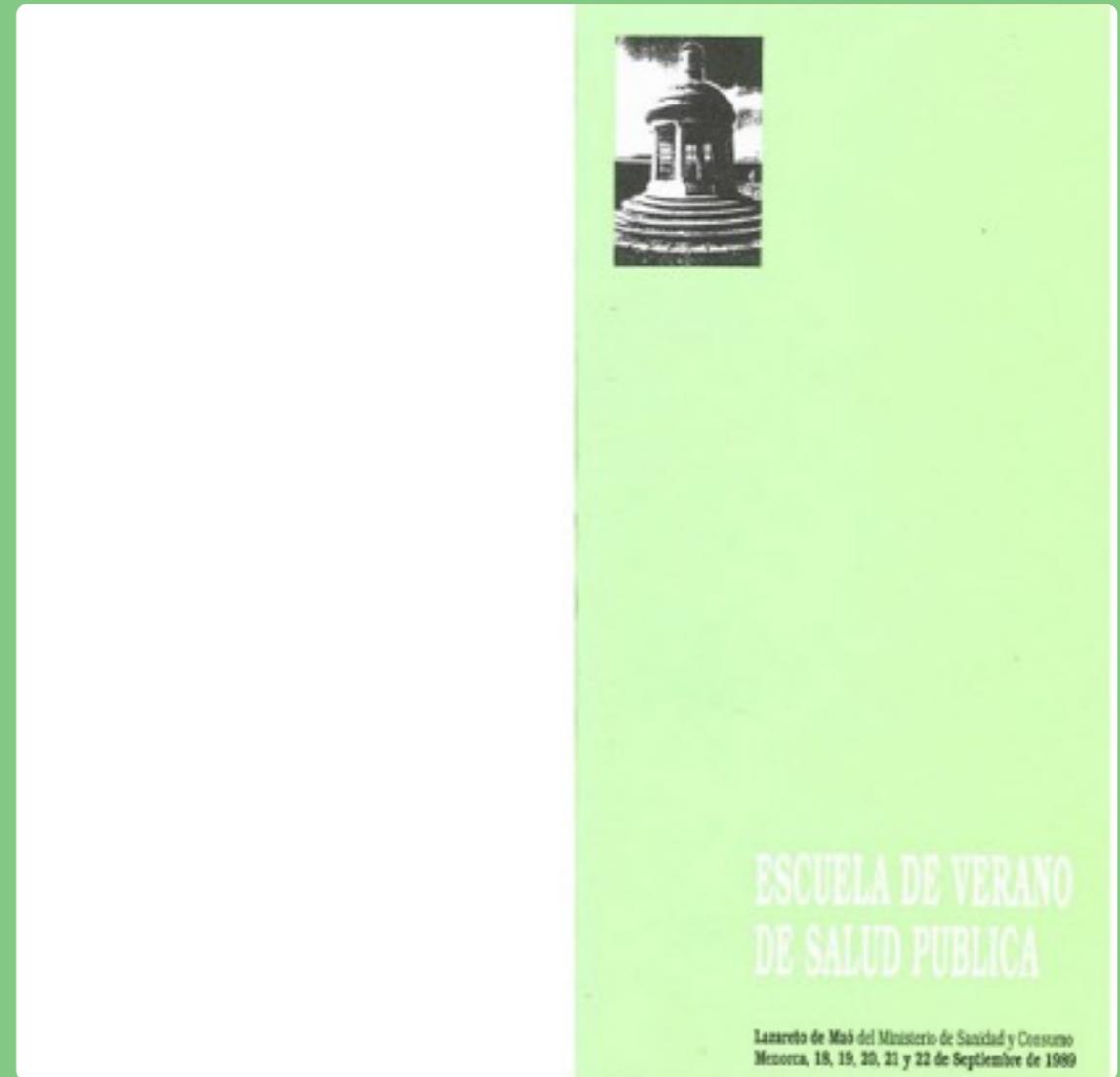
ESCOLA
SALUT PÚBLICA

Año I. 1989

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año I. 1989



[Enlace a galería de prensa](#)



El primer año, mi primer año

Josep M Pomar

Director Gerente de los hospitales de Granada y Málaga de las hermanas hospitalarias

Mi primer "Lazareto" fue el primero. Quiero decir que la primera vez que participé en la "Escola d'estiu de Salut Pública" fue como alumno de su primera edición, hace ahora veinticuatro años.

Intento escudriñar algunos recuerdos, que por fuerza se enredan con los de otras ediciones sucesivas. La Escola ha conseguido crear una atmosfera propia: el Puerto de Maó, la barca, el comedor, las tertulias al atardecer, las salidas nocturnas... consiguen cada año recrear un mismo clima característico en el que es posible recuperar conversaciones y armar proyectos. Un ambiente especial y un doble aislamiento que ha facilitado encuentros y ha tejido colaboraciones muy fructíferas.

En 1990 acababa de caer en las mallas de la gestión sanitaria, convencido de que sería por poco tiempo, por mi escasa experiencia y formación. Así que el anuncio en El País, de unos cursos breves de "Salud Pública y Administración Sanitaria" en Menorca, me parecieron una ocasión para iniciarme. En la vecina Mallorca, nadie sabía de ellos. Es más, intentaron disuadirme y encaminarme hacia algo con más solera. Menorca sonaba más a descanso vacacional que a encuentro formativo.

Mi primer error de principiante fue apuntarme a dos cursos. Mañana y tarde. Madrugón matutino y sin siesta. Había de ir a clases después de la sesión del Salón del Castell o de los gins en Sa Cova den Xoroi i volver por la tarde después de un arroz en Cales Fonts. El primero de ellos, una introducción a la Economía de la Salud, me permitió conocer a la pareja de referencia: a Guillem López Casasnovas y Vicente Ortún, que seguirían siendo mis profesores y, a partir de entonces buenos amigos.

Eran tiempos de retroproyector y de transparencias de acetato, en general trabajadas a mano. Así eran las de Vicente: a rotulador especial y un par de colores, sobrias y esquemáticas, para ilustrar la evolución del tarquismo agudo y la existencia de la

escepticismo, junto a la pequeña mesa de la clase. Fotocopias con gráficos, las de Guillem, que paseaba arriba y abajo por la pequeña aula, sin dejar de hablar.

El segundo curso lo impartía Andreu Segura, de quien ya había sido alumno en Sant Pau, en a la época en que profesores y alumnos compartíamos inquietudes políticas. Ya con pose de viejo profesor, su curso sobre las aportaciones de la epidemiología a la gestión sanitaria era, sin duda una aportación visionaria y avanzada sobre lo que se identificaría como la medicina y la gestión basadas en la evidencia.

Dos gruesos tomos, sobriamente encuadernados en gris, contenían fotocopias de los principales artículos de referencia y de apoyo a las clases. Un tesoro que probablemente guardo. No conocíamos internet y los artículos, muchas veces, había que encargarnos a las bibliotecas de referencia. Así que el grosor de la bibliografía entregada era, con frecuencia uno de los elementos más apreciados de los cursos

No obstante, a pesar de la escasez de medios y de estos instrumentos rudimentarios, en estas primeras ediciones, la Escuela, era claramente innovadora. Incorporaba una visión integradora de la salud pública, conectaba con jóvenes profesores, a su vez atentos y vinculados a universidades extranjeras y permitía el encuentro y el intercambio entre profesionales muy diversos en su formación, su posición y su procedencia.

He disfrutado de muchas más Escuelas. He podido participar con distintos gorros y muchas de sus ediciones, pero para mí, la primera fue la mejor. La iniciática, la que me persuadió de que el mundo de la gestión no era el mundo de la administración y de que me quedaba mucho por estudiar y mucho por aprender. También he podido valorar que la gran cualificación, personal y profesional, de las personas que han dado su apoyo a la Escuela desde el principio, ha sido el secreto de su continuidad.

Año II. 1990

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año II. 1990



De cuando la Escuela eran 7 días x 24 horas: Impresiones de los primeros años

Vicente Ortún

Podría comentar la actualidad del material repartido sobre Gestión Clínica, Asociaciones de Profesionales o Economía y Gestión -que conservo- o la calidad y diversidad de asistentes – incluyendo el lugar donde se sentaban en el aula- o la sensación de familia profesional en la que comulgábamos con la ilusión de construir capital de conocimiento pero también social. Ante la imposibilidad de nombrar a todos los gestores, clínicos y salubristas, muy conocidos, que aparecen en archivos pre-digitales, mejor mencionar los que me parece fueron tres rasgos distintivos de las primeras ediciones que marcaron la época, hasta 1994 inclusive, en que todos los participantes dedicábamos la semana entera, incluso el fin de semana anterior o posterior, a la Escuela.

1/ El participante modal se matriculaba en dos cursos lo que le ocupaba seis horas diarias. El resto del tiempo lo repartía entre Cala Pregonda, Cala Mesquida, Cala Tirant, Binisafúa, Macarelleta, la Hípica de S'Algar, el jazz de los jubilados ingleses en el casino de San Climent, las canciones en El vell parrander, algún recorrido en barco, la vida social nocturna, y el hacinamiento algo promiscuo del Hamilton. Las fotos realizadas por Magnoli Guillén, en 1992, con mucha Escuela en bañador, Binibequer, o bailando en los bares del puerto de Maó así lo atestiguan.

2/ Tasa de 'readmisiones' elevada, como conviene a Escuelas y hoteles. Participantes habituales - Rosendo Vázquez y Olga Pané como ejemplos- pero también diversos. Recuerdo la importante proyección internacional posterior de Elizabet Jané, Ana Rico y María Font.

3/ Los responsables de cursos poníamos especial empeño en trabar colaboraciones con otros ámbitos profesionales como correspondía a una época en la que era más importante fortalecer la salud pública -construcción de SESPAS- que refugiarse en la especialización.

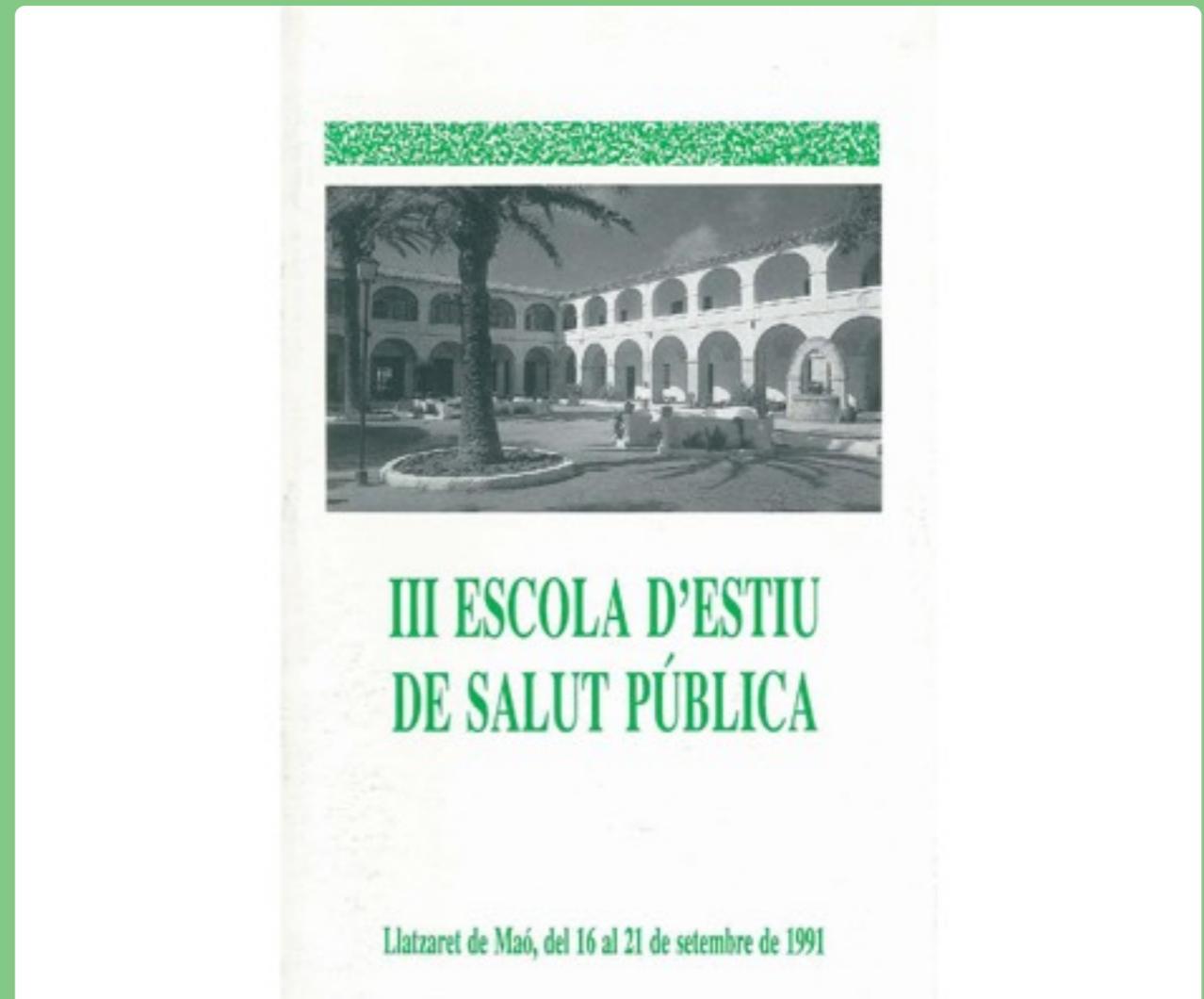
En épocas posteriores he estado implicado en la organización de Encuentros, conferencias 'poblacionales', cursos con la UIMP y en el Comité Científico pero no he vuelto a repetir el cruce a nado de la bocana con José-Manuel Freire. Mucho tráfico pero, sobre todo, demasiada fragmentación de nuestro tiempo y nuestra vida.

Año III. 1991

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año III. 1991



Guillem Lopez i Casasnovas

Prometo no hablar de la barca. Ni de los cazones de fideos o del pan mustio. Ni del añorado 'gafas' Miquel, amigo que ya no estás. Mi interés es destacar cuan intrépidos fuimos algunos y han acabado siendo otros para comprometer tiempo y dedicación en tamaña tarea: dirigir y gestionar la Escuela en el Lazareto. Iniciar tuvo mérito. Proseguir con empuje, sin embargo, lo tiene mucho más. A ellos mi reconocimiento.

El futuro. No sé qué será del Lazareto en las nuevas manos a las que se ha transferido sin guante de seda (esto es, una financiación adecuada). Si sé que, de momento, los menorquines se quejan de que ni tan sólo se ilumine en las noches de verano. Llenarlo de actividad requerirá un gran esfuerzo de todos. Una actividad, no de funcionarios con prerrogativas luciendo tipo en la piscina de mar, sino propia de la nueva sociedad del conocimiento, como se dice ahora. Para ello, primero, se necesita un esfuerzo por parte de las autoridades, que han de adecuar infraestructuras para que, entre otros pormenores, cuente con un correcto saneamiento y evite que ningún yate acabe arrastrando el cable y deje al recinto sin luz. Sin electricidad ni sin frío frigorífico que garantice que los alimentos estén en buen estado de conservación para no generar un pequeño problema de salud pública cuando los teóricos estén en plena efervescencia para resolver los grandes problemas de salud poblacional. Necesita, en segundo lugar, la complicidad del IME y tutti quanti que tenemos algún 'stake' –si internacional, mejor– en este mundo de la formación en Salud pública como para arrastrar cursos y seminarios –y sobre todo patrocinios– que llenen al Lazareto de contenido y actividad. Contra ello, partimos de dos handicaps. El primero, el de la logística, a veces de la triple insularidad; el segundo, de un gobierno que no sepa mostrar empatía y complicidad suficiente para con los que tienen que hacer posible el esfuerzo académico –que no son los gobernantes–, y que no muestre músculo suficiente –ahora sí, ésta es su responsabilidad–, para reivindicar un transporte a la altura de lo que supone vivir en una isla.

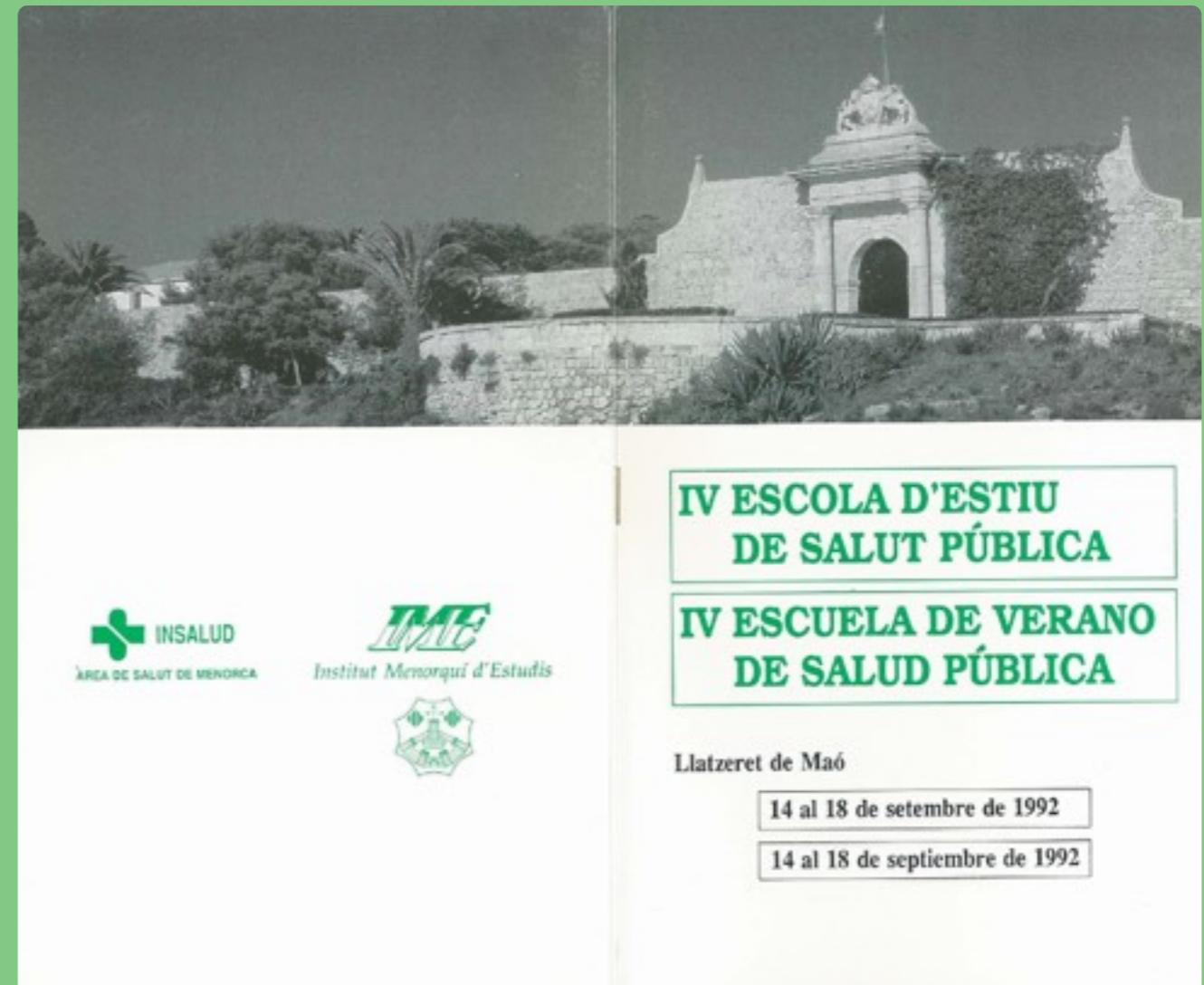
Dos temas que no se pueden descuidar para hacer posible que algún día tengamos la fortuna de celebrar el cincuentenario de lo que ha sido por el momento un gran sueño realizado.

Año IV. 1992

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año IV. 1992



Fernando García Benavides

Para mi, desde el primer año en que participe como profesor (1992), es un espacio único, especial en parte por el lugar y el momento del año, donde confluye información rigurosa, reflexión y elaboración de propuestas posibles.

Desde entonces, son muchas las iniciativas profesionales en las que he podido participar gracias a la existencia de la ESPM. Por ejemplo, los dos talleres para identificar y acordar las competencias profesionales en salud pública (uno de los artículos más citados de Gaceta), o más recientemente los dos seminarios previos que han culminado con la constitución del Foro de profesores universitarios de salud pública. Un proyecto con mucho futuro.

Ya de más recorrido, quiero señalar los Encuentros que he podido organizar en el Palacio de la Magdalena, gracias a los acuerdos entre la ESPM y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, sobre la Sostenibilidad del SNS y el desarrollo de la Ley General de Salud Pública, o este mismo año sobre Cribados. Experiencias profesionales y personales impagables.

Año V. 1993

Prensa

[Enlace a galería de prensa](#)



Joan Llobera

Tan lejos y tan cerca. Mallorca y Menorca se han dado siempre la espalda: cuando una catalana, otra mora; cuando una española, otra francesa o inglesa; cuando una nacional, otra republicana; una plana, otra montañosa...

Para un mallorquín, l'Escola d'Estiu ha sido una continuada ocasión, pausada pero intensa, de descubrir al vecino, de apreciar su forma paciente de salvar los escollos, su manera inteligente de resolver los problemas, su delicada habilidad para que todo siga su curso con naturalidad, sin molestar: eficiencia sin estridencia*. Esta forma de hacer, de ser, relaja, combina perfectamente con el poso de lasitud que deja el verano que se va.

Son muchos años intentado no faltar a la cita ineludible de septiembre. Como alumno preferentemente, que es la mejor condición. La familia lo asume y lo envidia. Sabe que es la pequeña venganza de los que no tenemos los ciclos escolares como calendario y debemos ingeniárnoslas para que los descansos cundan.

Cuando retornas a Maó, tienes los recuerdos nítidos, te duelen las pérdidas, incluso los cambios. Desearías que las referencias fueran inmutables, que Vidal apareciese bajando la rampa para coger la barca, que el solista de la banda de jazz, aún siendo octogenario, nunca dejara de cantar, que la decrepitud del cabaret sobreviviera a sus personajes. Que las amistades que tejiste no perdiesen la hebra.

Aislarse para debatir, juntarse para reír, orearse para quitarse el moho mental, escaparse cuando todo empieza... para volver más sabio. Es Llatzeret como excusa.

Larga vida y que la salud sea pública.

*Maties, Marisa, Ildfonso, Clemen i el seu equip de l'IME, mil gràcies, de tot cor.

Año VI. 1994

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)

Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)

W ESCOLA D'ESTIU DE SALUT PÚBLICA
W ESCUELA DE VERANO DE SALUT PÚBLICA

CURSOS

- Comunicación y arte
 Joan C. Martí y Josep L. Simó (IASP)
- Diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de mama
 Xavier Borja (Carretera Hospital del Príncipe, Sabadell)
- Diabetes: ¿abandonar el azúcar o mantenerlo?
 Joan F. Llorca (Hospital del Príncipe, Sabadell)
- Investigación cualitativa en atención primaria
 Joan C. Ochoa y Carlos Alvar (IASP)
- La gestión sanitaria en el equipo de atención primaria
 Olga Torres (IASP)
- Métodos en relación de la salud en atención primaria
 Josep Lluís (IASP)
- Investigación operativa en la toma de decisiones
 Pedro Garcia (IASP)
- Evaluación de la efectividad de los servicios sanitarios
 Aurora Barrio (IASP)
- Los informes sanitarios en los países industrializados
 Victoria Navarro (The Johns Hopkins University) y Joan Ochoa (IASP)
- Economía y gestión clínica
 Viliano Ochoa y Guillem Llobet (Universitat Pompeu Fabra)
- Innovaciones en gestión sanitaria pública
 Salvador Pardo y Eduard Ponsatí (IASP)
- El rol del computador en la epidemiología y en la gestión
 Francesc Miras (Servicio Catalán de la Salud) y Andreu Segura (IASP)
- Investigación operativa
 Virginia Mayán (IASP)
- Evaluación y programas de intervención ambiental
 Rafael González y Joan Ochoa (IASP)
- EPIDEMIOLOGÍA en epidemiología clínica y salud pública
 Jesús Torales y Esteban Hernández (IASP, Universitat d'Alacant)
- Diagnóstico en regresión
 Emilio Sánchez Carrasco (IASP)

ENCUENTROS / TROBADES
 entre el 17 y el 23 de septiembre

LLATZERET DE MAÓ (MENORCA) del 19 al 23 de septiembre 1994

Información y reservas:
INSTITUT MENORQUÍ D'ESTUDIS
 Carrer Nou, 36 - 07100 Maó - Tel: 9711 36 1631 - Fax: 9711 36 16 42

ORGANITZA / ORGANITZA:
 IIMC Institut Menorquí d'Estudis

CON LABOR / CONLABORA:
 Departament de Salut Pública (IASP)
 Societat Andalusí de Salut Pública (IASP)
 Societat Balear de Salut Pública (IASP)
 Societat Menorquina de Salut Pública (IASP)
 Societat Valenciana de Salut Pública (IASP)

PATROCINA:
 Ministerio de Sanidad y Consumo
 Govern Balear de Menorca
 Governament del Govern
 Governatori de Menorca
 Societat Catalana de Salut Pública
 Societat Balear de Epidemiologia (IASP)

W ESCOLA D'ESTIU DE SALUT PÚBLICA
W ESCUELA DE VERANO DE SALUT PÚBLICA

LLATZERET DE MAÓ (MENORCA) del 17 al 23 de septiembre 1994

IIMC Institut Menorquí d'Estudis

INSALUD
 ÀREA DE SALUT DE MENORCA

Año VI. 1994



Año VII. 1995

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)

LLATZERET DE MAÓ (MENORCA) Del 18 al 22 de Septiembre 1995

VII ESCOLA D'ESTIU DE SALUT PÚBLICA

ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

CURSOS

Evaluación en Ciudadas Benas
Coordinador: Concepción Colomer (IVESP)

La gestión hospitalaria ante el reto del nuevo rol del hospital.
Coordinador: Ignacio Riego (IENS)

Hospitalización inapropiada.
Coordinador: Salvador Pons (IVESP)

Análisis de la visita domiciliar y estrategias de futuro.
Coordinador: M^a Anglada Gual y M^a Dolores Ross (IENS)

Formación en Salud Laboral.
Coordinador: Antonio Dávila (IUSP)

Cooperación al desarrollo.
Coordinador: Ignacio Martínez Milla (IASP)

Organizaciones No Gubernamentales en salud terciaria.
Coordinador: Neus Masot (IDonostia Solidaria)

De las tipografías médicas a los planes de salud.
Coordinador: Josep M. Vidal (IENS), Josep Borradori (Universitat d'Alacant) y Francesc Suppa (IUSP)

REUNIONES Y ENCUENTROS
Entre el 18 y el 20 de Septiembre

Informació / Informació
INSTITUT MENORQUÍ D'ESTUDIS
C/ de Nova 30, 7º planta - 07101 Maó - Tel. 0713 26 10 00 - Fax 0713 26 16 42

ORGANITZA / ORGANIZA:
IIME Institut Menorquí d'Estudis
INSALUD ÀREA DE SALUT DE MENORCA

COL·LABORA / COLLABORA:
Centre Universitari de Salut Pública (IUSP)
Secretat d'Anàlisi de Salut Pública (IASP)
Departament Nacional de Salut Pública (IENS)
Institut d'Investigació de Salut Pública de Catalunya (IISP)
Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública (IVESP)

PATROCINA:
Ministeri de Sanitat i Consum
Consell Insular de Menorca
Ajuntament de Maó
Ajuntament de Vila
Secretat de Salut Pública de Catalunya i Balears
Institut Hospitalari de Epidemiologia (IHEP)
IUSP
IASP

Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)

VII ESCOLA D'ESTIU DE SALUT PÚBLICA

ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

INSALUD
ÀREA DE SALUT DE MENORCA

LLATZERET DE MAÓ (MENORCA)
Del 18 al 22 de Septiembre 1995

Año VII. 1995

[Enlace a galería de prensa](#)

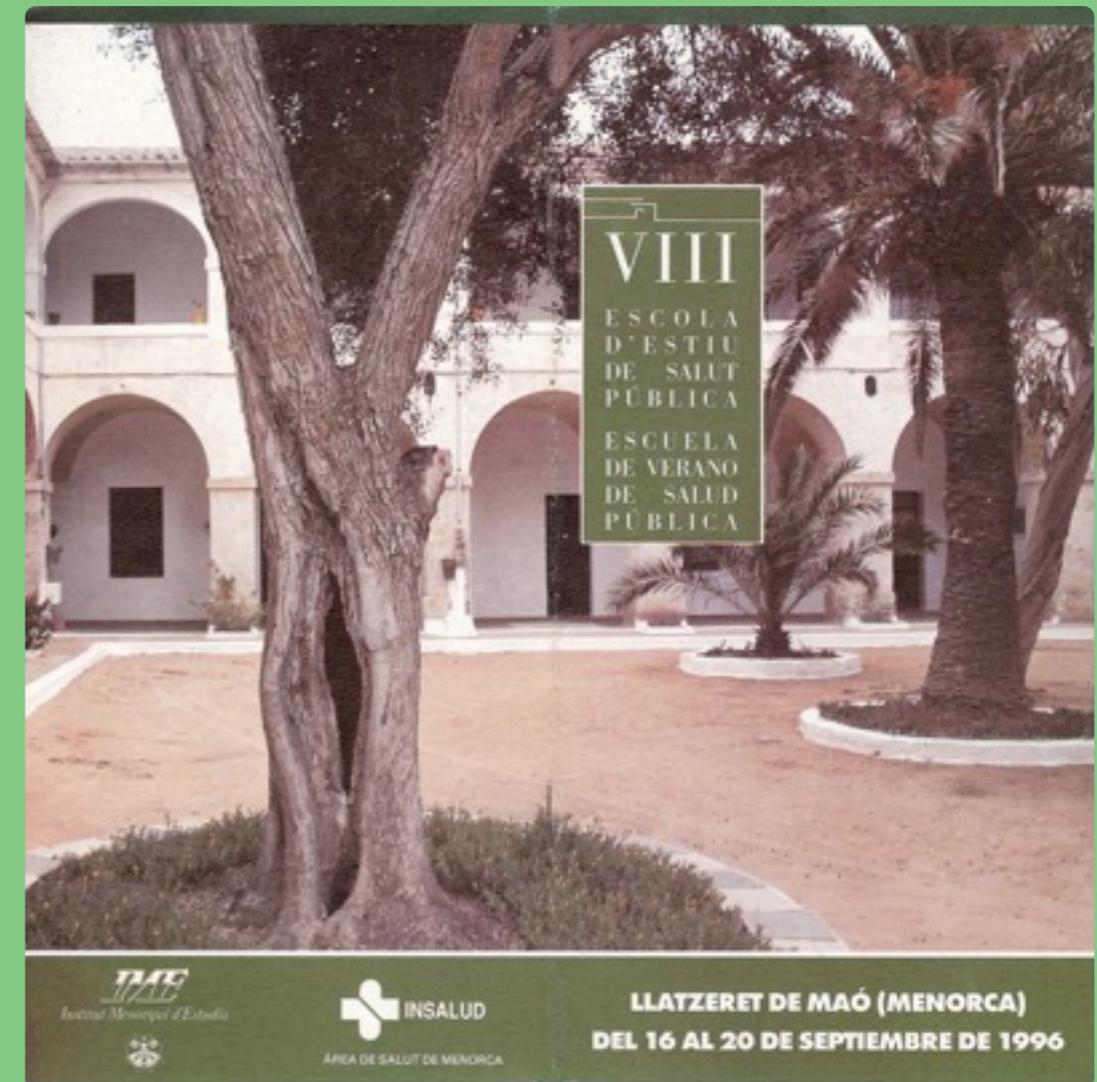


Año VIII. 1996

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año VIII. 1996

Prensa

[Enlace a galería de prensa](#)



Autor

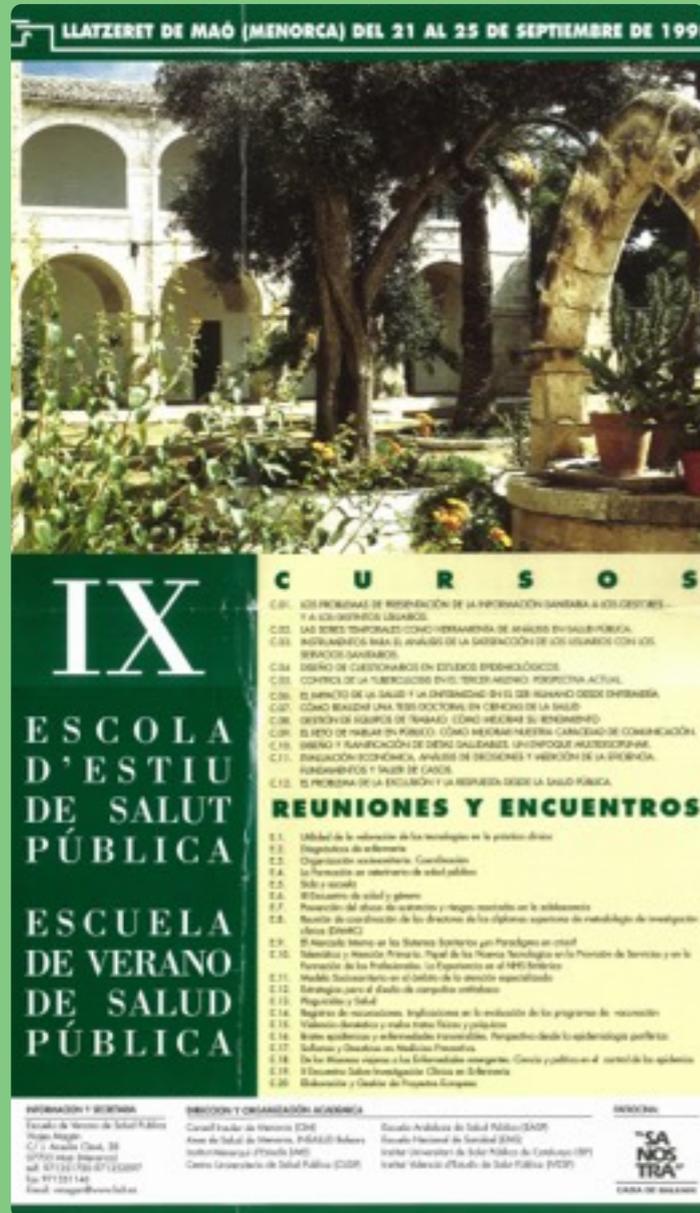
La ida. Pasos que se encaminan pausadamente hacia el acogedor puertecito donde ya algunos esperan en pequeños grupos, poniéndose al día tras meses o años sin verse. Abrazos y sonrisas. Cálidos saludos. Reencuentros. Barcas surcando mares tranquilos, aromas profundos. Chicharras sonando. El sol en lo más alto.

No ha sido una vez. Ni dos. Ni tres. Nada menos que en cuatro ocasiones (¡cuatro!), y tras petición entusiasta y muy bien argumentada por parte del alumnado, he acabado impartiendo mis sesiones formativas en la Escuela de Verano de Salud Pública, en los jardines que vivifican y vigorizan el fantástico edificio del Lazareto. Y así, año tras año, nos hemos reencontrado bajo esos árboles eternos y resinosos que, apoyados en enormes y rústicos bastones, nos daban sombra y frescor, energía y vigor. Y, claro, frente a un mar azulísimo y salado que nos rodeaba y nos re-mineralizaba en minutos. Era indiferente que el curso tratara sobre el sida, sobre el counselling, sobre los formadores, o sobre la gestión de las residencias de mayores. El viento despejaba digestiones y abría mentes y almas; nos ayudaba a expandir pulmones y corazones. Nos sentíamos felices juntos. Preguntando y escuchando. Compartiendo y aprendiendo. Entregándonos.

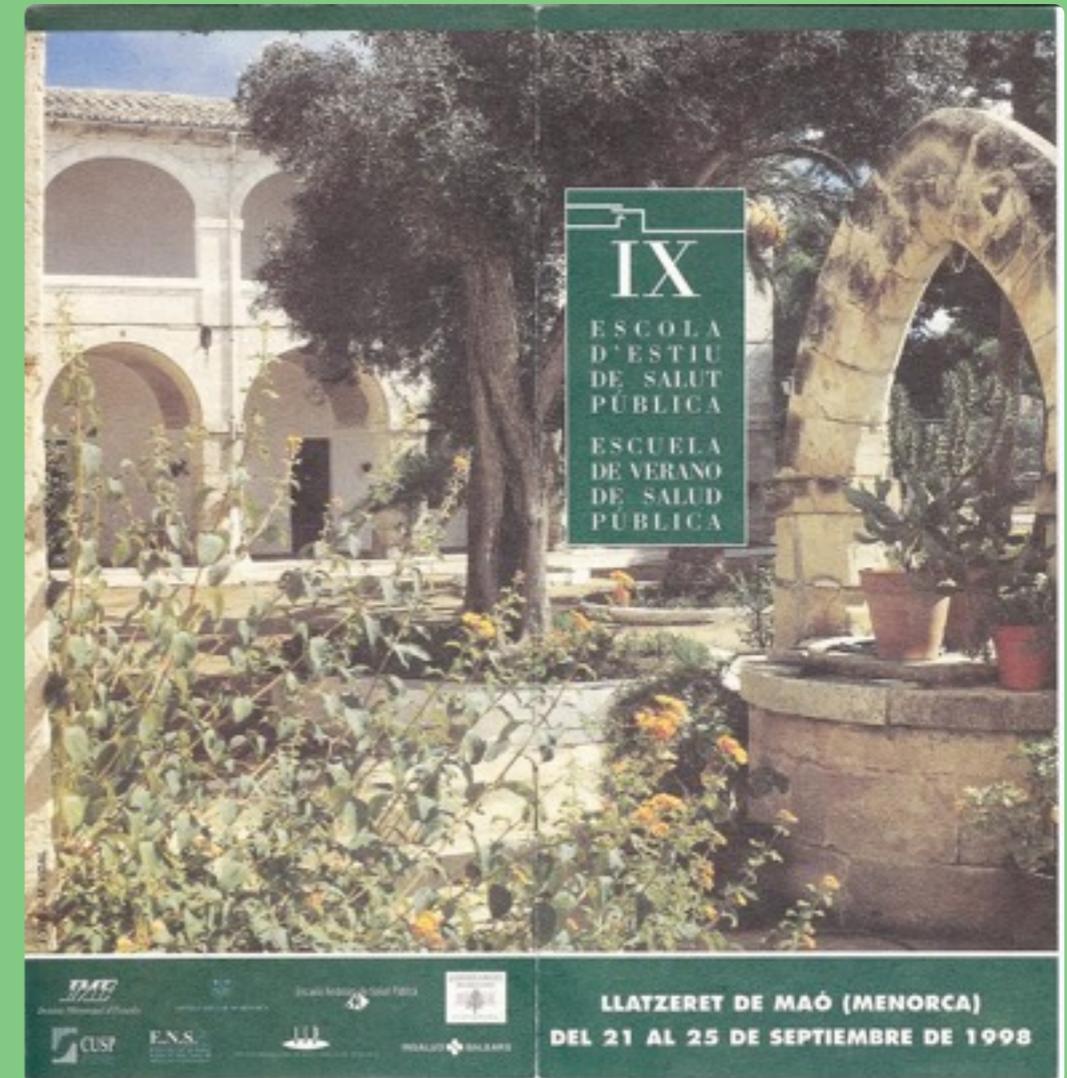
La vuelta. Descensos apresurados. Barcas saliendo. Sabios silencios. Rumor de pensamientos, reflexiones y descubrimientos. Gaviotas que graznan. Luces que nacen. El sol despidiéndose. Y nosotros... expandiéndonos.

Año IX. 1998

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año IX. 1998

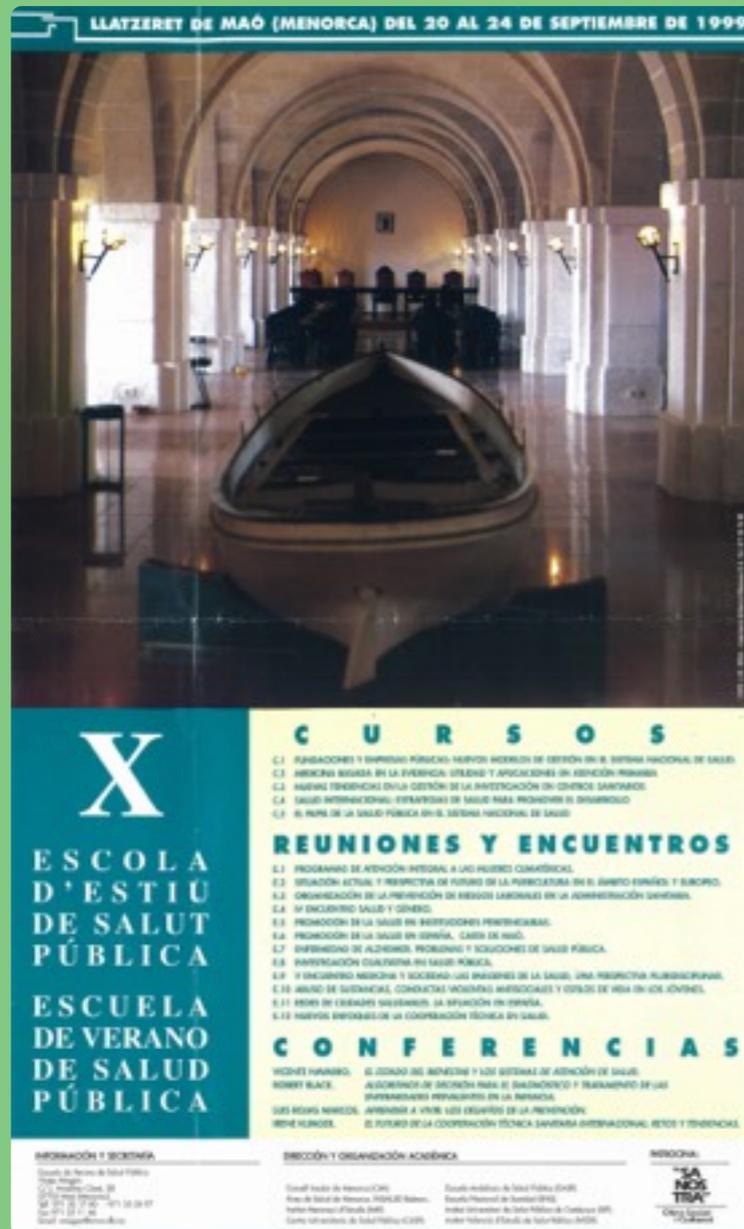
Prensa

[Enlace a galería de prensa](#)

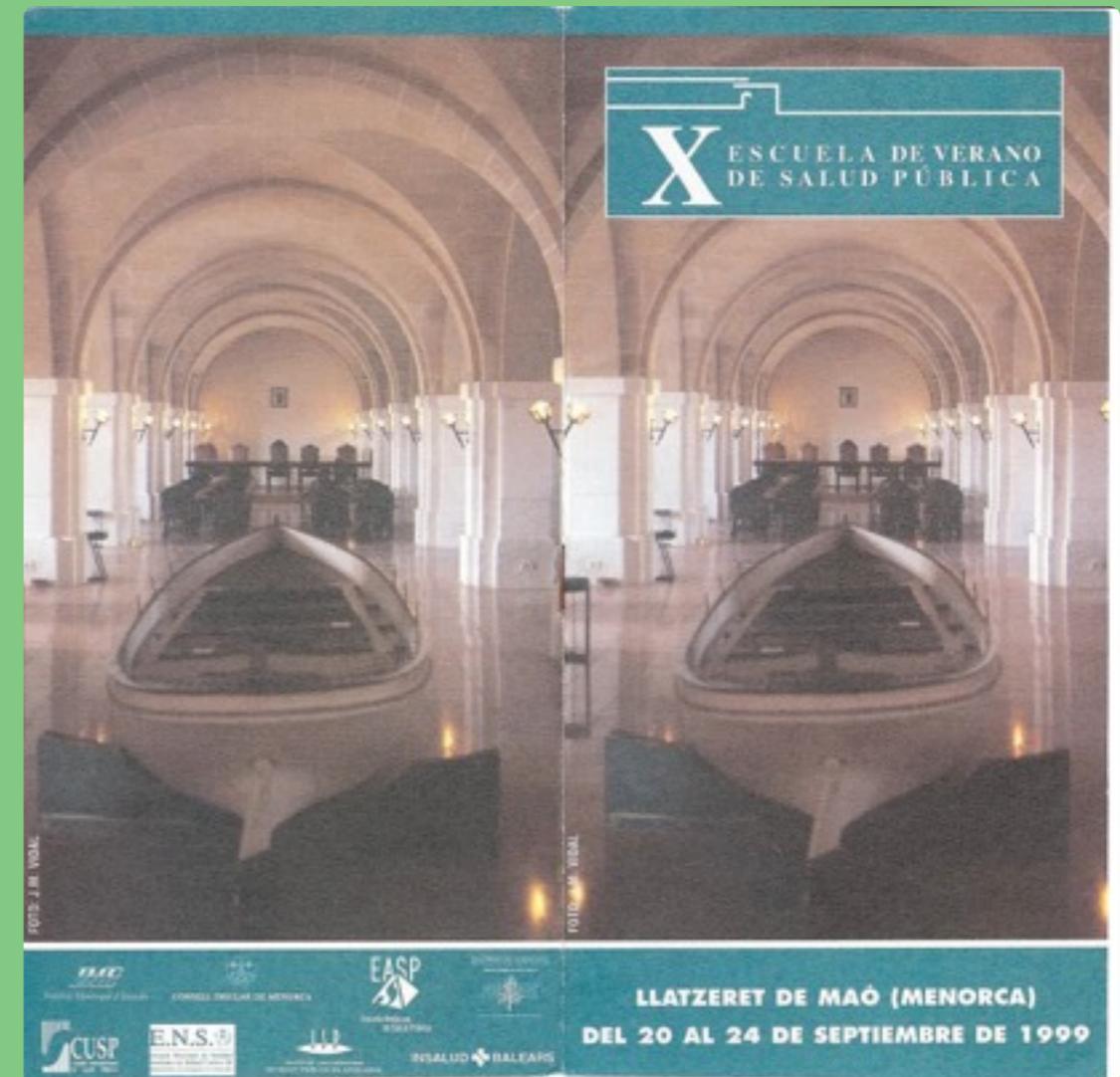


Año X. 1999

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año X. 1999



Año XI. 2000

Prensa

[Enlace a galería de prensa](#)



Año XII. 2001

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)

LLATZERET DE MAÓ (MENORCA) DEL 24 AL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2001

XII ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

CURSOS

1. SUBSECTOR DE CURSOS: ABILITACIONES INTERDISCIPLINARIAS Y DE COMUNICACION PARA MEJORAR LA PREVISION COMUNITARIA
2. INFORMACION CARACTERIZATIVA DEL NUEVO CONVENIO SIGNADO A LA INTEGRACION DE LA CLINICA
3. AVANCES EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA
4. EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION: METODOS DE INVESTIGACION
5. ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA SOCIAL PARA 2001
6. INVESTIGACION PARA LA GESTION CLINICA
7. SALUD DE METODOS CUANTITATIVOS PARA LA GESTION SANITARIA
8. EVALUACION ECONOMICA CON ESPECIAL APLICACION A LOS MEDICAMENTOS
9. POLITICA SANITARIA: FUNDAMENTOS DE ECONOMIA DE LA SALUD
10. FORMACION DE RECURSOS DE MEDICINA DE FAMILIA
11. LAS EMPRESAS Y LOS COMUNITARIOS: OPTIMIZANDO LOS RECURSOS PARA CONSEGUIR SALUD EN LOS TRABAJOS
12. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD
13. CAMBIO ECOLOGICO GLOBAL Y SALUD PUBLICA
14. ENTRENAMIENTO PARA LA PREVISION ESTADISTICA DE LA TRANSMISION

REUNIONES Y ENCUENTROS

1. ENCUENTRO DE LA RED DE GESTION CLINICA Y SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE LA MEDICINA, VETERINARIA PARA TRABAJAR EL CONVENIO QUINQUENAL A LA GESTION CLINICA Y SANITARIA
2. FORO FUNDACION DE LA POLITICA SANITARIA
3. LA REALIDAD Y LOS TEMAS DE SALUD PUBLICA: ANÁLISIS Y DESARROLLO NECESARIO
4. APLICACION DE METODOS INVESTIGATIVOS A LOS PROBLEMAS DE LA EPIDEMIOLOGIA
5. ACERTADOS CRUCIALES ENTRE MEDICINA Y ECONOMIA
6. LA SALUD Y LOS NEGOCIOS
7. ADMINISTRACION DE ENFERMEDADES Y SALUD PUBLICA
8. FACTORES COMPLEMENTARIOS Y COMPLEMENTOS DEL CONVENIO DE MEDICINA Y LOS COMPLEMENTOS AFINES
9. SALUD DE LOS GERENTES
10. CONFERENCIA INTERNACIONAL ENFERMEDADES
11. MEETING OF THE EUROPEAN BOARD, JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH
12. FORO FUNDACION SAN PABLO MONTREAL WORLD HEALTH ORGANIZATION
13. ENCUENTRO DE LA ASOCIACION DE ALUMNOS DE ECONOMIA DE LA SALUD (AES)
14. SALUD Y NEGOCIOS: LAS OPORTUNIDADES PARTICIPATIVAS EN SALUD PUBLICA
15. EL ENFERMEDO COMO SALUD Y NEGOCIOS
16. ASISTENCIA EPIDEMIOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
17. SALUD EN LA PIAJA COMO SALUD LABORAL: LA FORMACION DE ESPINAS DE PRODUCCION DE BARRIOS URBANOS
18. INVESTIGACION SOBRE MEDICINA Y SOCIEDAD: EL DESARROLLO SANITARIO

Organiza:
Conselleria de Salut i Benestar Social del Consell Insular de Menorca

www.cime.es/evsp.htm

PROMOCION Y DISTRIBUCION:
Servicio de Salud de Menorca
Rosa Anglés
C/11, Hospital, Casp, 28
07100 Maó (Menorca)
Tel: 971 351146
Fax: 971 351146
E-mail: evsp@insp.menorca.es

COLABORAN:
Comissió de Salut i Benestar Social del Govern de les Illes Balears
Universitat de les Illes Balears (UIB)
Àrea de Salut de Menorca, Insalut
Institut Menorquí d'Estudis
Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III
Escuela Andaluza de Salud Pública
Centro Universitario de Salud Pública de Madrid
Escuela Valenciana de Estudios en Salud
Centro de Investigación en Economía y Salud (CIRES), Universidad Pompeu Fabra
UNED - Centro Asociado de las Illes Balears
Fundación Instituto de Investigación en Servicios
Fundación SES - Navarra
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESAPAS)
Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública (SEMPPSP)
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC)
Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
Asociación de Maestros en Economía de la Salud (AES)
Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública (FAASP)

Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)

Colaboran

Comissió de Salut i Benestar Social del Govern de les Illes Balears
Universitat de les Illes Balears (UIB)
Àrea de Salut de Menorca, Insalut
Institut Menorquí d'Estudis
Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III
Escuela Andaluza de Salud Pública
Centro Universitario de Salud Pública de Madrid
Escuela Valenciana de Estudios en Salud
Centro de Investigación en Economía y Salud (CIRES), Universidad Pompeu Fabra
UNED - Centro Asociado de las Illes Balears
Fundación Instituto de Investigación en Servicios
Fundación SES - Navarra
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESAPAS)
Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública (SEMPPSP)
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC)
Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
Asociación de Maestros en Economía de la Salud (AES)
Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública (FAASP)

Secretaría

VIATGES MAGON

Secretaría, Agencia oficial:
VIATGES MAGON
Avda. J. Anselm Clavé, 28
07703 Maó (Menorca)
Tel. 971 351700 - Fax. 971 351146
Ref. Escuela de Verano de Salud Pública
e-mail: enriqueta@viatges.es

XII ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

LLATZERET DE MAÓ (MENORCA)
del 24 al 29 de septiembre de 2001

Organiza:
CONSELLERIA DE SALUT I BENESTAR SOCIAL DEL CONSELL INSULAR DE MENORCA

www.cime.es/evsp.htm

INSALUT + BALEARIS

GOVERN DE LES ILLES BALEARS

Consell Insular de Menorca

Año XII. 2001

Prensa

[Enlace a galería de prensa](#)



Año XIII. 2002

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)

LLATZERET DE MAÓ (MENORCA) DEL 16 AL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2002

XIII ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

CURSOS

1. SOCIAL EPIDEMIOLOGY
2. MONITORING, RISK AND OUTBREAK
3. APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE SERIES TEMPORALES A MONITOREO PREVENTIVO
4. INTERACCIONES ALIMENTO-AMBIENTE
5. ASOCIACIÓN FEMBRINA E INTERCULTURALIDAD: ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD EN POBLACIONES EMIGRANTES
6. MANEJO DE LOS PROBLEMAS REPRODUCTIVOS Y DE APRENDIZAJE DEL CIEGO
7. SOCIAL AND ANALYSIS OF CHANGES IN REPRODUCTIVE EPIDEMIOLOGY
8. INTERVENCIÓN EDUCACIONAL, COMO AYUDA AL PACIENTE A MANEJAR SU ENFERMEDAD
9. SALUD INTERNACIONAL
10. INTERVENCIÓN EN SALUD EN EL ANÁLISIS DE DATOS DE SALUD PÚBLICA
11. MEDICINA BÁSICA EN LA EDUCACIÓN E INTERVENCIÓN PARA PROFESIONALES DE LA MEDICINA FAMILIAR
12. ENFERMEDADES EN EMIGRANTES Y PRÁCTICA CLÍNICA
13. INTERVENCIÓN DE COORDINACIÓN, APLICACIÓN A LA PRÁCTICA DEL MEDICO DE FAMILIA FEMBRINA

REUNIONES Y ENCUENTROS

1. REUNIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL CENSO DE LAS ENFERMEDADES
2. REUNIÓN DE REPRESENTANTES DEL CENSO CONJUNTO DE POBLACIONES RORCALES DE LAS ISLAS BALEARES DE GENUVA (GÉNUEVA)
3. REUNIÓN DE TRABAJO DE DIRECTORES DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA
4. ADECUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
5. RECONOCIMIENTO SOBRE SALUD Y GÉNERO
6. EXPERIENCIAS EN SALUD EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
7. ADECUACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS
8. SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES POR VACUNACIÓN
9. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD Y MEDIO AMBIENTE, SITUACIÓN ACTUAL Y PROSPECTIVA DE FUTURO
10. EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA A LAS PERSONAS MAYORES
11. SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO EN ATENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA EN SALUD PÚBLICA
12. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCACIONAL
13. TALLER DE TRABAJO DE LOS ASESORES DE SALUD PÚBLICA
14. INFORME LABORAL EN MENORCA, DATOS PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS
15. LA MEDICINA FAMILIAR, RETOS Y OPORTUNIDADES
16. EL SÍMBOLO HEMISFÉRICO: SÍMBOLO COMUNITARIO EN EL SUDOCCIDENTE

Organizan:

- Conseil Insular de Menorca
- Govern de les Illes Balears
- Salut
- Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad
- Universidad de las Illes Balears

Colaboran:

- Fundación Dr. Antoni Esteve
- Instituto de la Mujer, Secretaría General de Asuntos Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Centro Universitario de Salud Pública de Valencia
- Escuela Andaluza de Salud Pública
- Escuela Valenciana de Estudios en Salud
- Comisión de Sanidad y Consumo del Govern de les Illes Balears
- Área de Salud de Menorca, Ib-salut
- Institut Menorquí d'Estudis
- Centre de Recerca en Economia i Salut (CREIS), Universitat Pompeu Fabra
- UNED - Centre Associat de les Illes Balears
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESAPAS)
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPPH)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC)
- Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública (FAASAP)
- Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud
- Sociedad Española de Salud Ambiental (SESA)
- Revista de Administración Sanitaria
- Berlin, Linnes alemán

Secretaría:

VIATGES MAGON

Secretaría, Agencia oficial:
VIATGES MAGON
 Av. J. Anselm Clavé, 29
 07703 Maó (Menorca)
 Tel. 971 351700 - Fax. 971 351146
 Ref. Escuela de Verano de Salud Pública
 e-mail: enriqueza@vmagon.es

Organiza:
 CONSELLERIA DE SALUT
 I BENESTAR SOCIAL DEL
 CONSELL INSULAR DE MENORCA

www.cime.es/evsp.htm

Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)

XIII ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

LLATZERET DE MAÓ MENORCA del 16 al 21 de septiembre de 2002

Organiza:
 CONSELLERIA DE SALUT
 I BENESTAR SOCIAL DEL
 CONSELL INSULAR DE MENORCA

www.cime.es/evsp.htm

Año XIII. 2002



Año XIV. 2003

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)

XIV ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

CURSOS

- C1. ESCUELA Y EDUCACIÓN CENTRICA.
- C2. EL IMPACTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL DE SIDA.
- C3. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.
- C4. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARCINOMATOSAS: MITOS, REALIDADES Y PERSPECTIVAS FUTURAS.
- C5. PAPEL DE LOS USUARIOS EN LA TOMA DE DECISIONES SANITARIAS.
- C6. CERRANDO A LOS DIRECTIVOS SANITARIOS.
- C7. ACCESO A FUENTES DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA EN SALUD: REALIDAD VIRTUAL EN SALUD.

REUNIONES Y ENCUENTROS

- R1. ORDENOS AUTONÓMICOS E INTERMUNICIPALES EN LA FORMACIÓN CONTINUA.
- R2. ENCUESTA DEL PLAN NACIONAL DE SIDA SOBRE INEQUIDAD EPIDEMIOLÓGICA DE SIDA Y SIDA A TRAVÉS DE LAS CENTROS DE PREVENCIÓN.
- R3. TRABAJO SOBRE LOS ASPECTOS BÁSICOS DE LA FORMACIÓN ONLINE.
- R4. PROFESIONALIZACIÓN DEL TÍTULO DE POSTGRADO.
- R5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA EPIDEMIOLOGÍA.
- R6. ENCUESTA DE LA RED EPIDEMIOLÓGICA DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES RARAS (EIPRE).
- R7. ENCUENTRO SOBRE PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS.
- R8. VII ENCUENTRO DE SALUD Y GÉNERO.
- R9. EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA.
- R10. IV REUNIÓN DE RESPONSABILIDAD DE FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA.
- R11. EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- R12. ENCUENTRO DE LA HEALTH ECONOMETRICS SOCIETY.
- R13. ENCUENTRO DEL SOCIETY PROJECTS.
- R14. ANÁLISIS SANITARIO EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA: MÉTODOS Y APLICACIONES.
- R15. VACUNAS: SITUACIÓN ACTUAL.
- R16. LOS PERIROS DE LA CIUDAD: SANEAMIENTO Y URBANISMO.

CONFERENCIAS

- C1. NIVEL TERCER FORO DE LA PREVENCIÓN COMPLEJIDAD ENFOQUE AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES.
- C2. XIV FORO DE LA ORGANIZACIÓN CIÉNTIFICA Y DE PRÁCTICA CLÍNICA.
- C3. FORO SOBRE LA MEDICINA DE LA CIUDAD Y PLANES DE LA GESTIÓN SANITARIA.

Organiza:

www.cime.es/evsp.htm

Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)

Organizan

Consell Insular de Menorca
Govern de les Illes Balears
Insalut
Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad
Universidad de les Illes Balears

Colaboran

Fundación Dr. Antoni Esteve
Instituto de la Mujer, Secretaría General de Asuntos Sociales,
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Centro Universitario de Salud Pública de Valencia
Escuela Andaluza de Salud Pública
Escuela Valenciana de Estudios en Salud
Conselleria de Sanitat i Consum del Govern de les Illes Balears
Área de Salud de Menorca, Insalut
Institut Menorquí d'Estudis
Centre de Recerca en Economia i Salut (CREIS), Universitat Pompeu Fabra
UNED - Centre Associat de les Illes Balears
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESAPAS)
Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPPH)
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC)
Federación de Asociaciones de Alumnos de Salud Pública (FAASP)
Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud
Sociedad Española de Salud Ambiental (SESA)
Revista de Administración Sanitaria
Boris, Líneas aéreas
Ajuntament d'Alaior
Centre Arxista de Cultura

Secretaría

VIATGES MAGON

Secretaría, Agencia oficial:
VIATGES MAGON
Av. J. Anselm Clavé, 28
07703 Maó (Menorca)
Tel. 971 35 17 00 - Fax. 971 35 11 46
Ref. Escuela de Verano de Salud Pública
e-mail: envsp@viatgesmagon.es

Transportista oficial: **IBERIA**

XIV ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

LLATZERET DE MAÓ MENORCA
del 15 al 21 de septiembre de 2003

Organiza:
CONSELLERIA DE SALUT I BENESTAR SOCIAL DEL
CONSELL INSULAR DE MENORCA

www.cime.es/evsp.htm

Año XIV. 2003

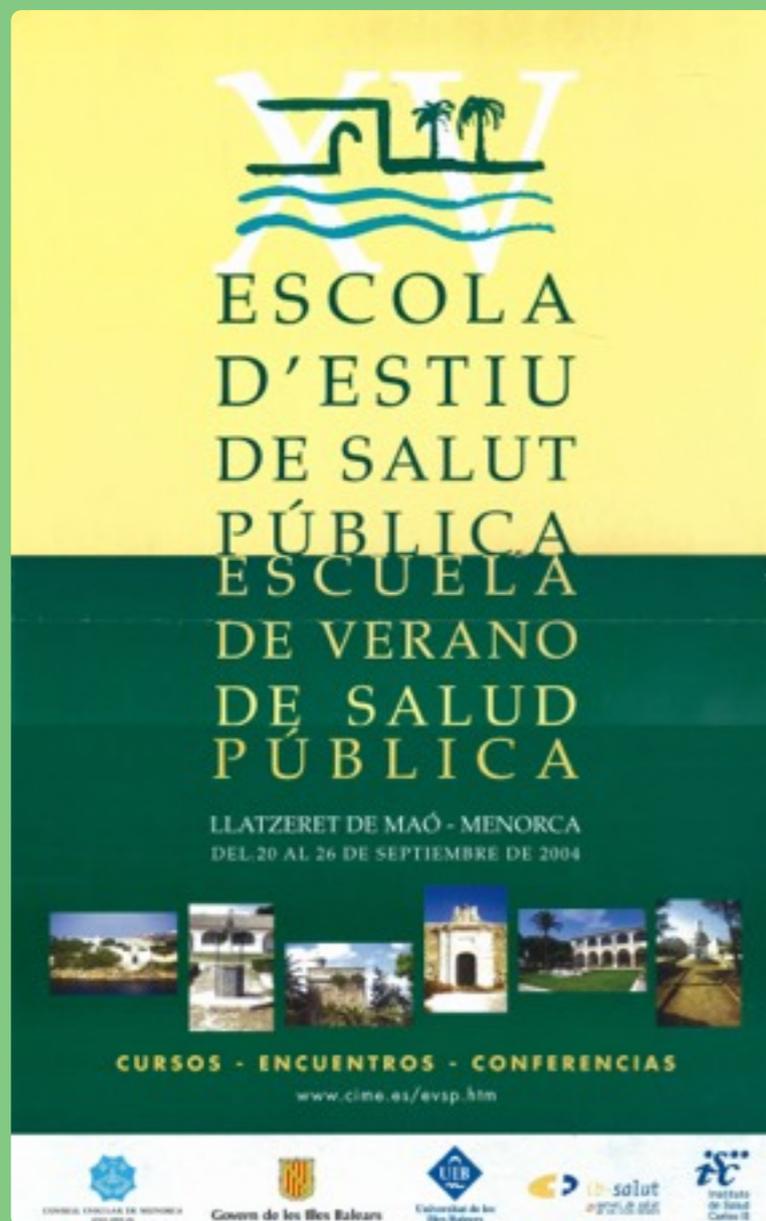
Prensa

[Enlace a galería de prensa](#)

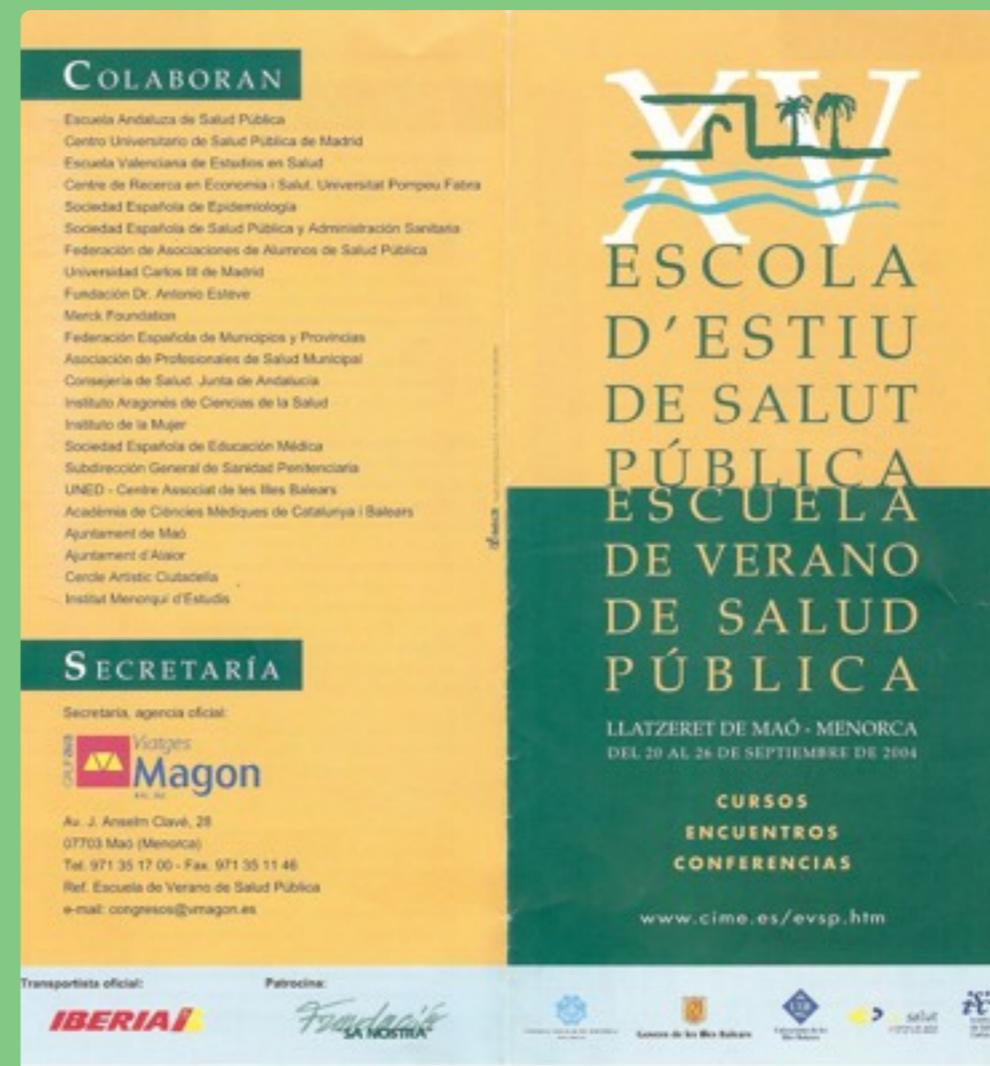


Año XV. 2004

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)





Lazareto 2004: Editar, perecer, camisetas y tormenta.

Esteve Fernández

Institut Català d'Oncologia y
Universitat de Barcelona

Miembro del Consejo
Académico de la Escuela

A pesar de haber asistido casi sin interrupción a alguna actividad de la Escuela desde hace casi cuatro lustros, recuerdo con especial cariño la semana de la XV edición, del 20 al 26 de septiembre de 2004. Acababa yo de ser nombrado Director de Gaceta Sanitaria y preparamos dos actividades durante la Escuela de las que guardo grato recuerdo.

La primera actividad fue el **Taller “¿Editar o perecer? Desafíos en la edición biomédica”** que organizamos con Fèlix Bosch y el patrocinio de la Fundación Dr. Antonio Esteve. El Taller tuvo lugar los días 21 y 22, y fue intenso, aunque los jardines del Lazareto hacen que todo sea más fácil ([fotos aquí](#)). El taller contó con la participación de diferentes expertos en edición biomédica y buena parte del Comité Editorial de Gaceta Sanitaria. De las presentaciones y discusiones surgieron propuestas de mejora en cuestiones como las relaciones de las revistas con los periodistas, y el papel de los revisores o el acceso libre a las publicaciones científica. El desarrollo y conclusiones del taller se publicaron en Gaceta Sanitaria ([ver artículo aquí](#)).

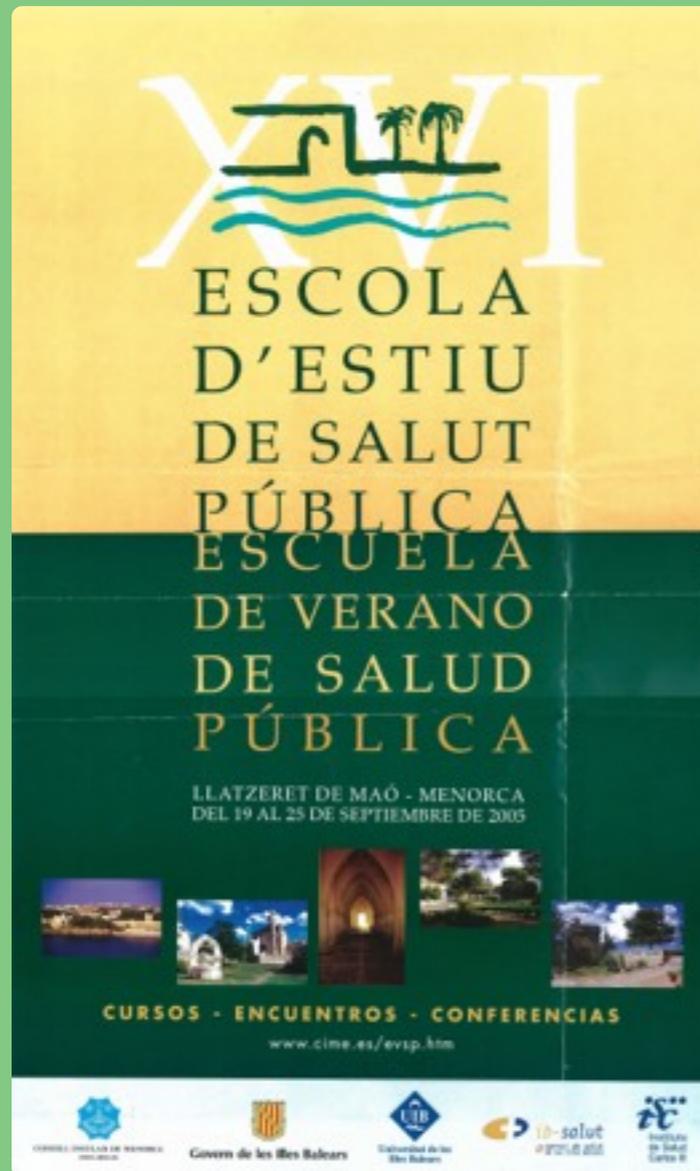
La **segunda actividad**, y en buena parte posible por la anterior, fue la primera reunión del Comité Editorial de Gaceta Sanitaria en el Llatzaret, los días 22 y 23. Dos años antes habíamos hecho ya un “receso” del Comité (en Sitges, organizado por Toni Plasència, entonces Director de la revista). Pero es en la Escuela, ese año, que “instauramos” el receso anual para la planificación estratégica de la revista. Un día y medio privilegiado para pensar en nuevas secciones, revisar lo bueno y lo no tan bueno de la actividad anterior, pensar en encargos editoriales, discutir manuscritos controvertidos... y ¡pasarlos muy bien con todo ello!. Fue en esa primera reunión de 2004 cuando tuvimos la idea de hacer una camiseta de Gaceta Sanitaria. Lo recuerdo como si fuera ayer, tras la comida de despedida en el mítico Vell Parrander de Cales Fonts, con Ana, Pere, Manel (*ai, com et trobem a faltar!*), Mireia y Santi (**foto 1**), cuando empezamos a desgranar los artículos

imposibles del sumario imaginario que dio mucho que hablar ([ver sumario aquí](#)). La camiseta vio la luz gracias al Encuentro de Salud Pública y Administración Sanitaria en Las Palmas de Gran Canaria (ESPAS CANARIAS) un año después.

Y no sólo pasaron esas cosas en 2004... pude además disfrutar con mi familia de un fin de semana largo en la isla, por ser el día 24 festivo en Barcelona... pero la vuelta se retrasó hasta el lunes por la noche, por la tormenta y mala mar que nos hizo zarpar con rumbo a Barcelona 12 horas más tarde de lo previsto. En definitiva, seguro que hubo muchas más cosas en la Escuela esa semana de 2004, como sucede año tras año, pero éstas en las que me vi involucrado siguen bien frescas en mi memoria.

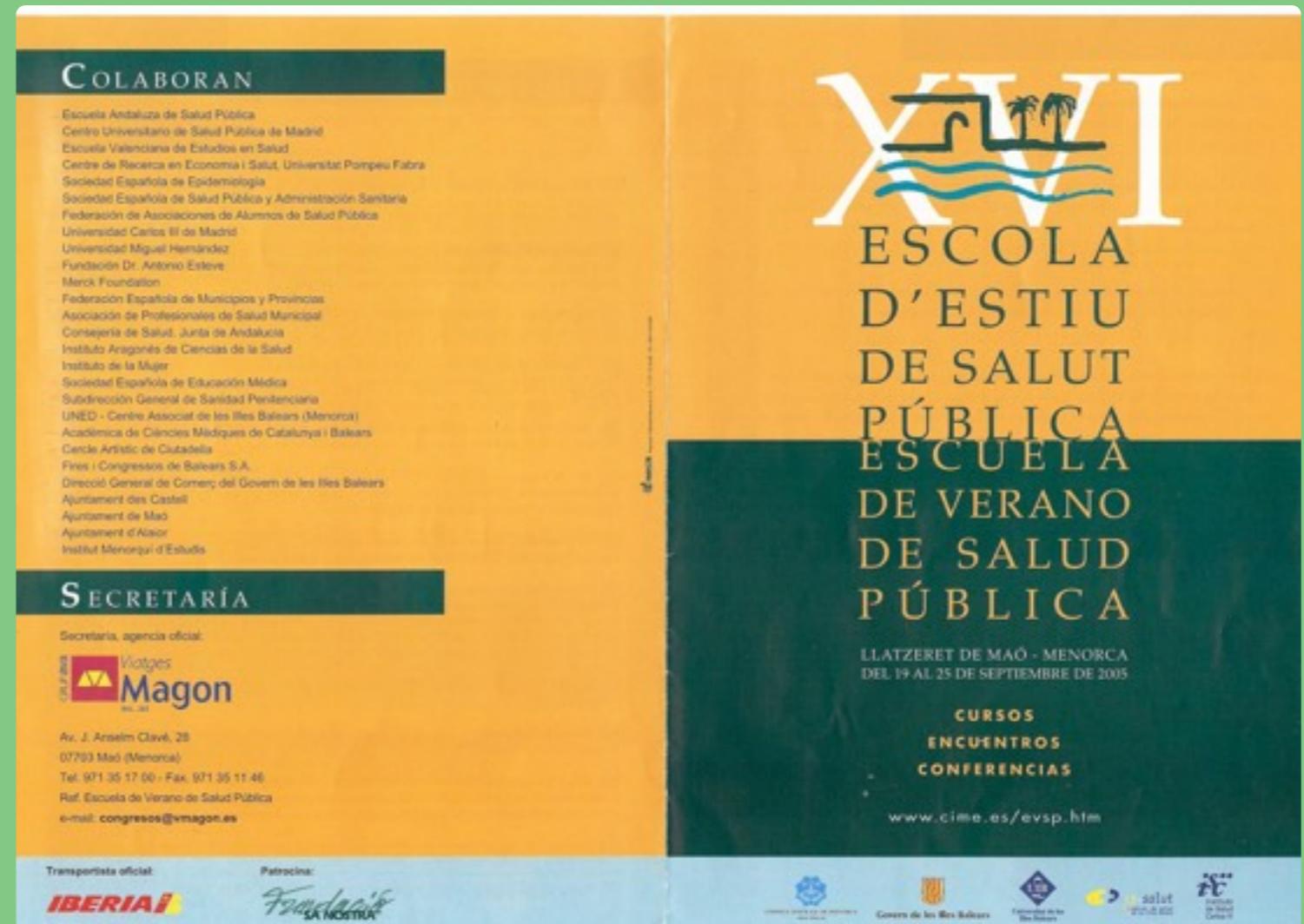
Año XVI. 2005

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa

[\(Enlace a la galería de programas\)](#)

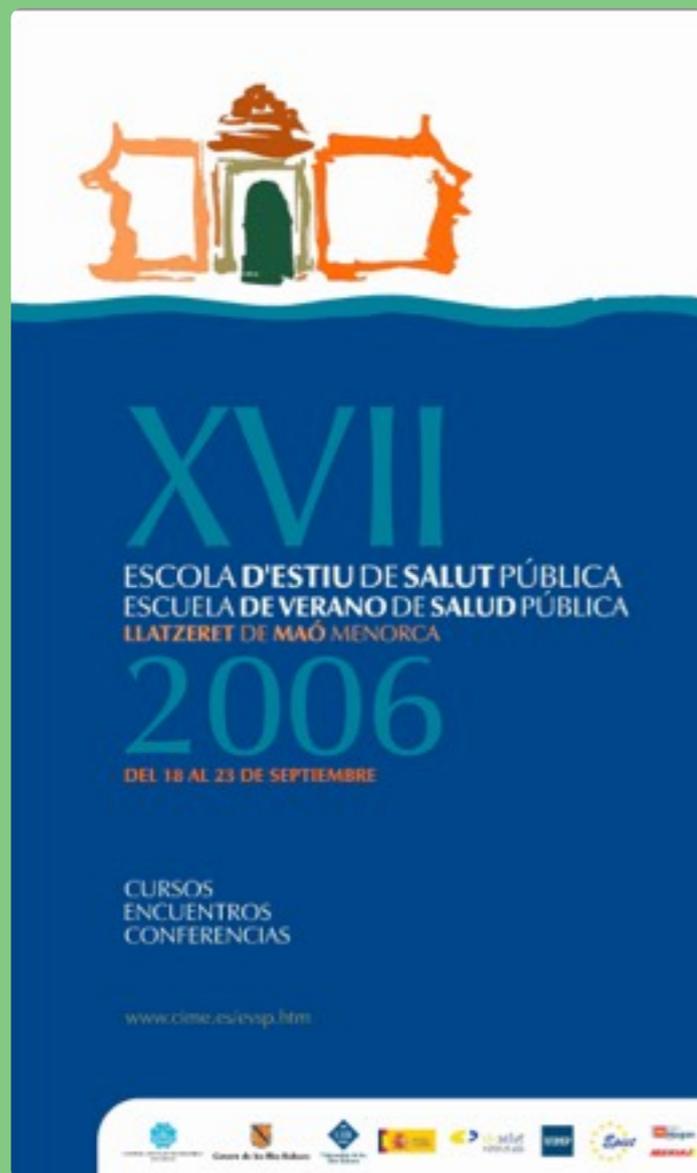


Año XVI. 2005



Año XVII. 2006

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa

[\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año XVII. 2006

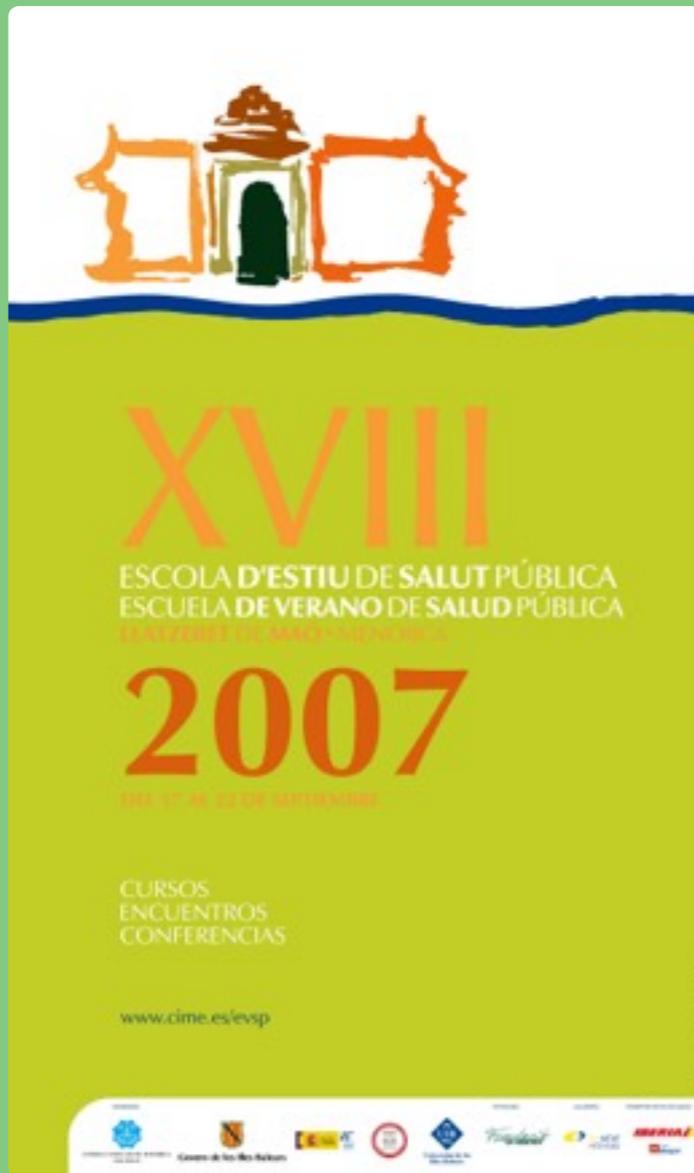
Prensa

[Enlace a galería de prensa](#)



Año XVIII. 2007

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



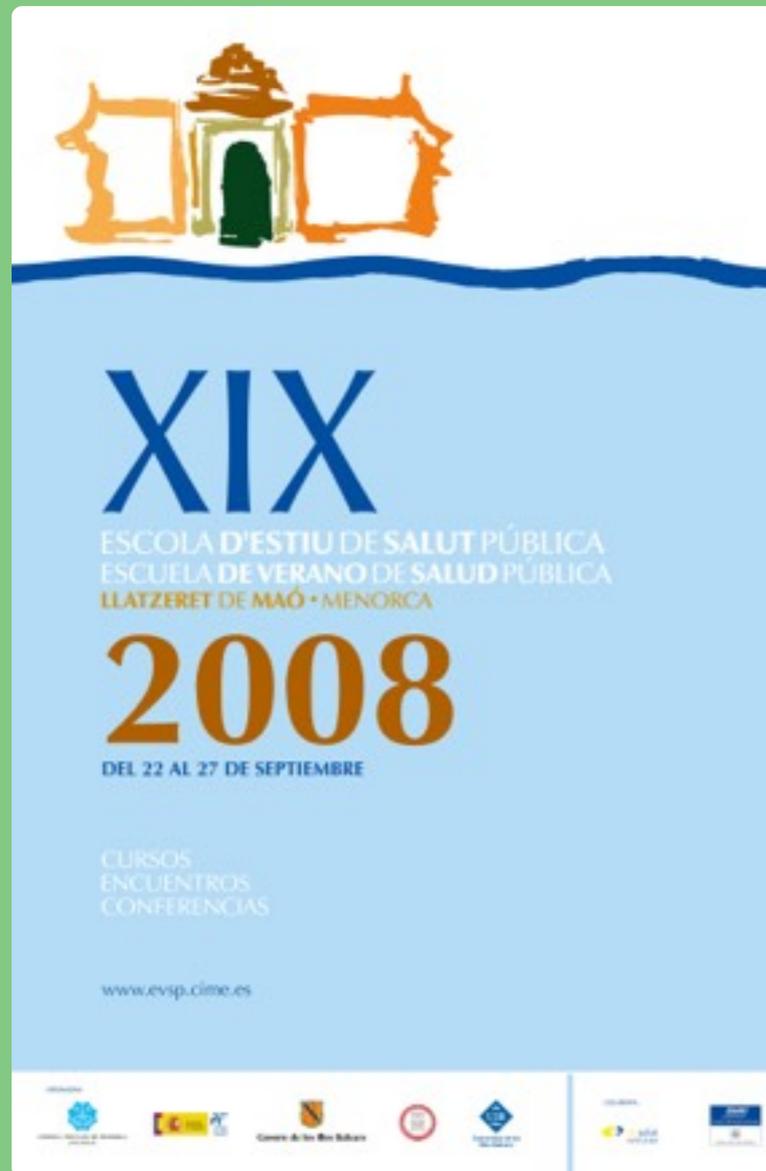
Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año XIX. 2008

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#) Programa

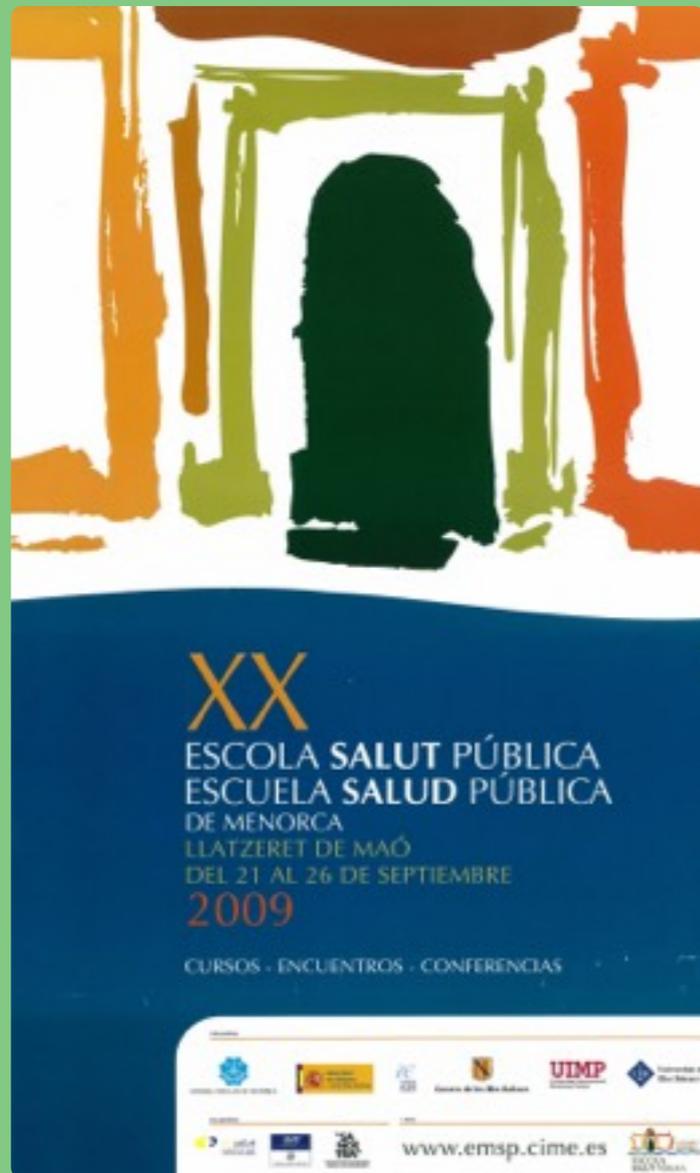
[\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año XX. 2009

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#) Programa

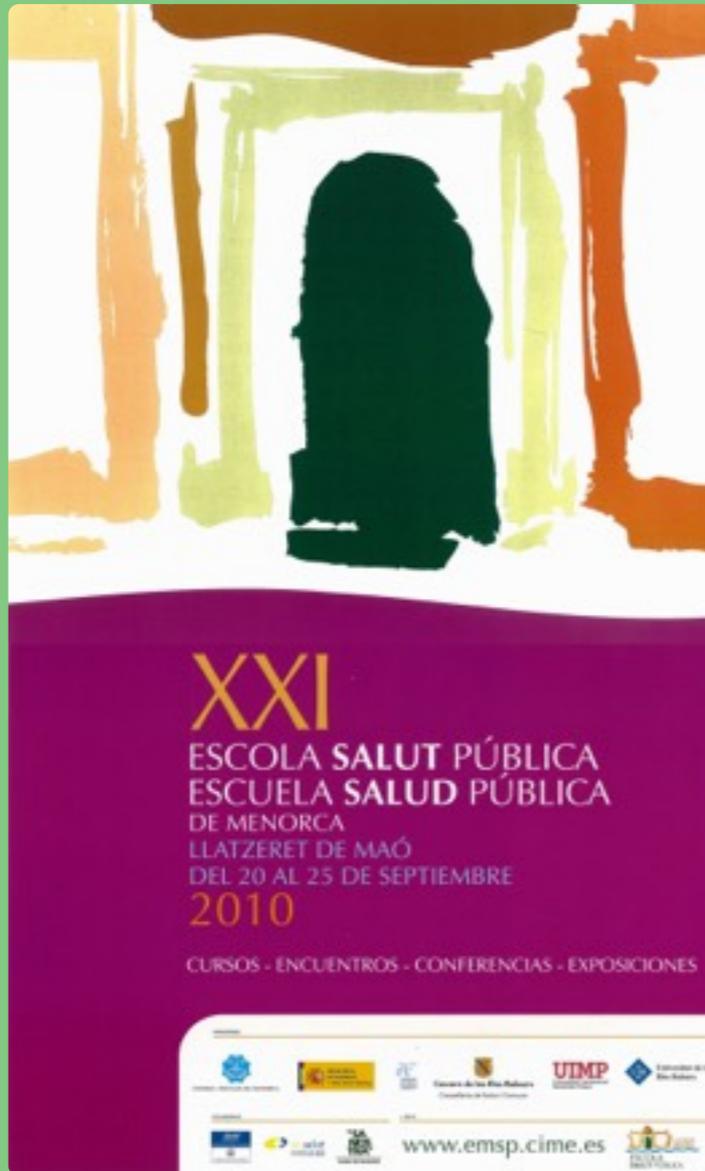
[\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año XXI. 2010

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#) Programa

[\(Enlace a la galería de programas\)](#)



Año XXII. 2011

Cartel

(Enlace a la galería de carteles) Programa

(Enlace a la galería de programas)

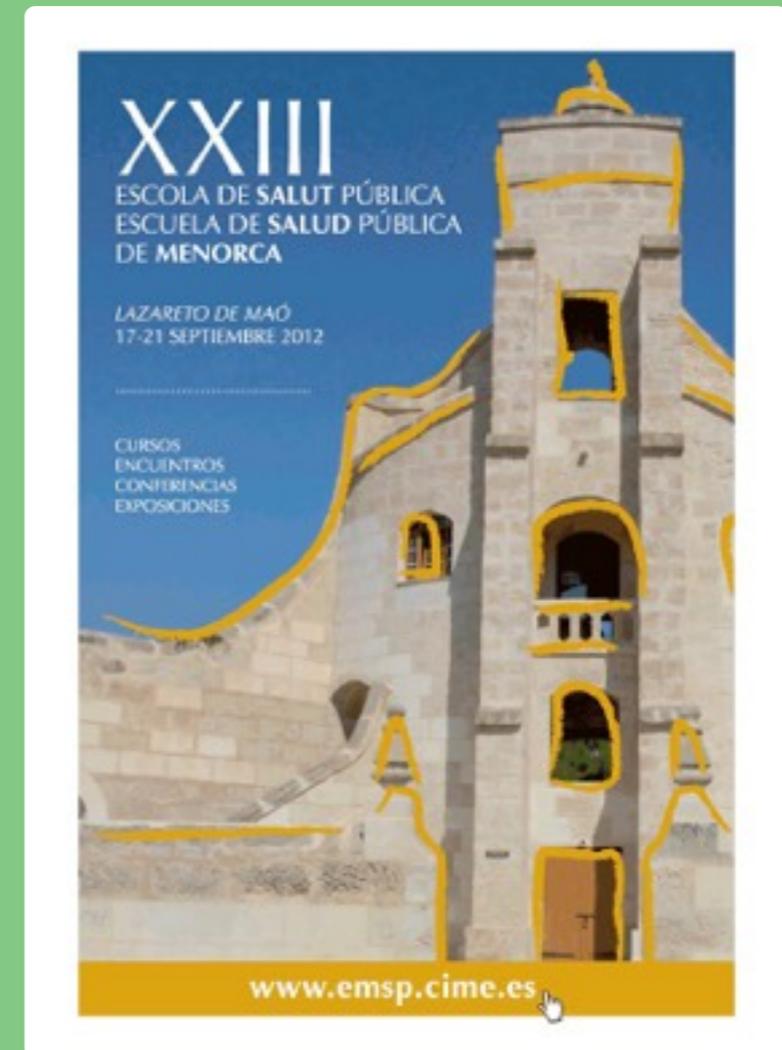


Año XXIII. 2012

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)

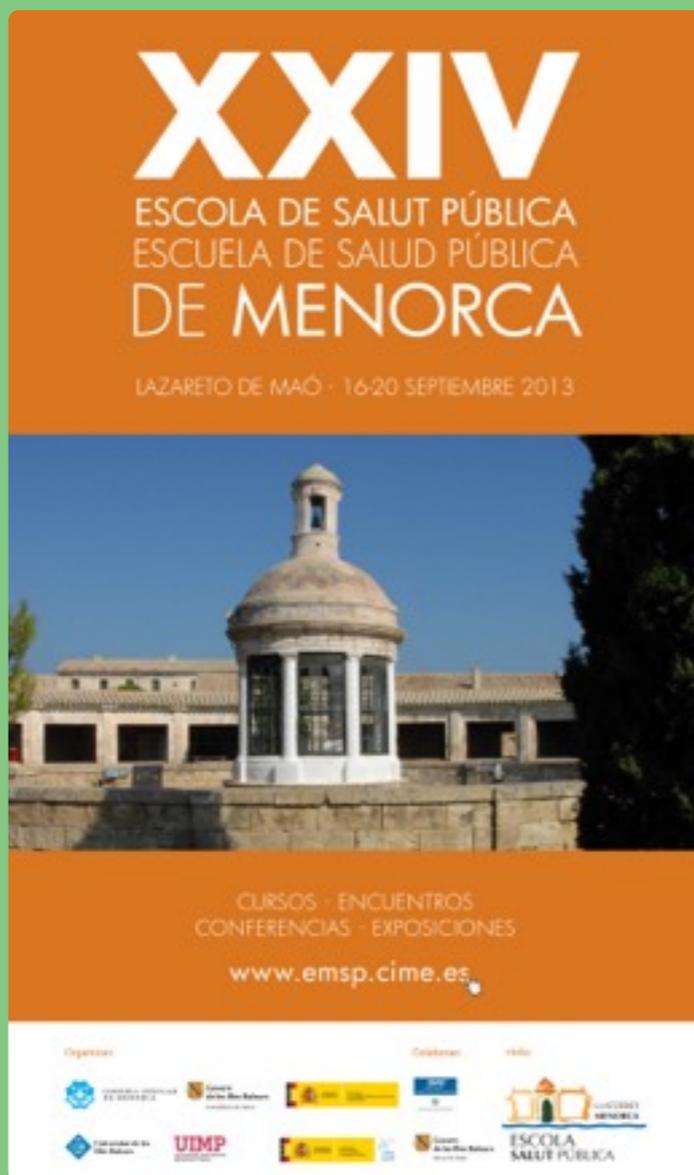


Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)

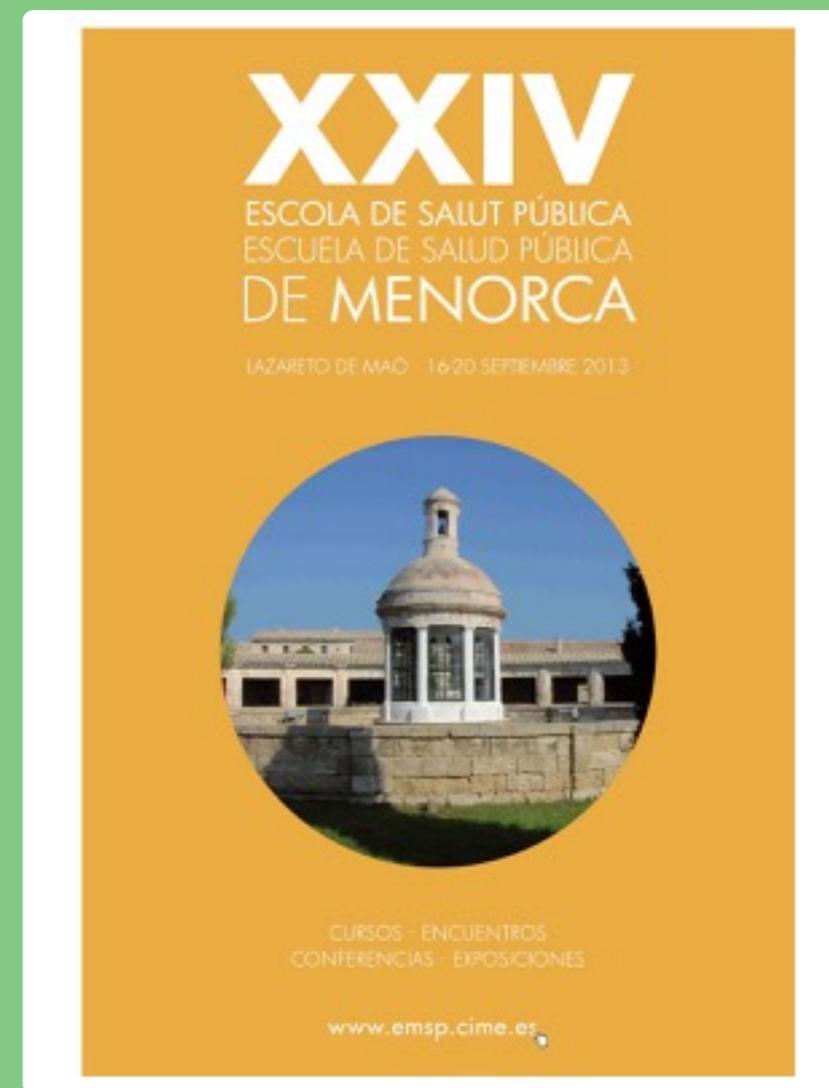


Año XXIV. 2013

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)

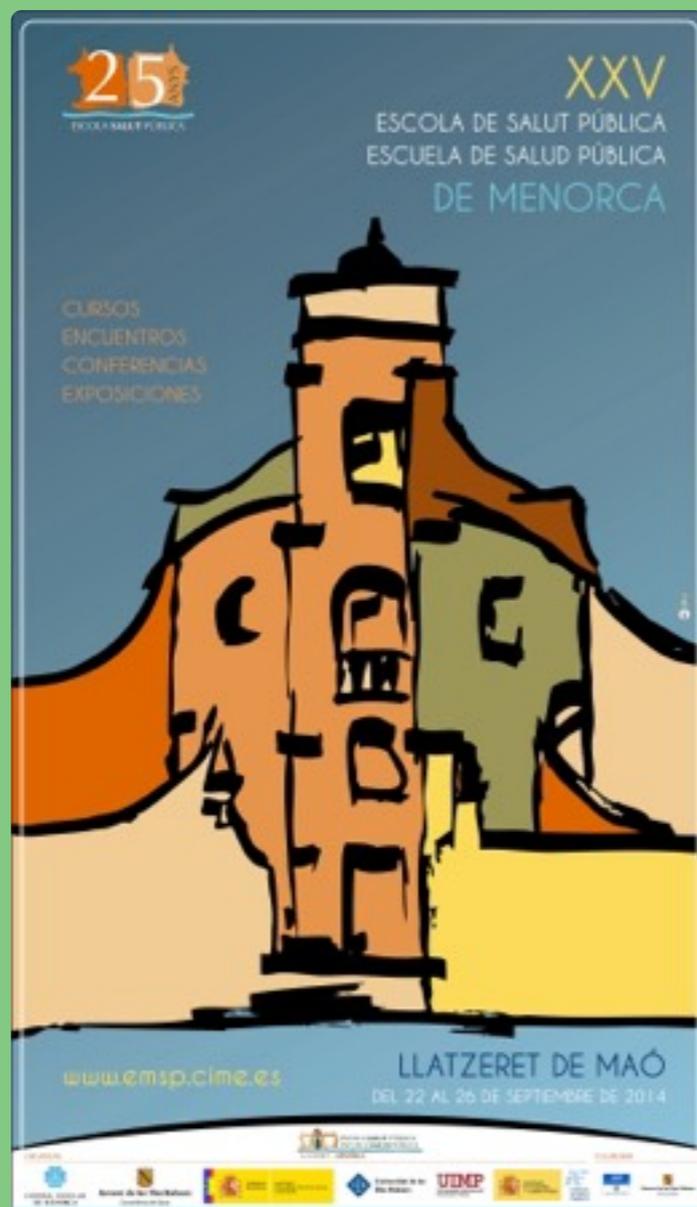


Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)

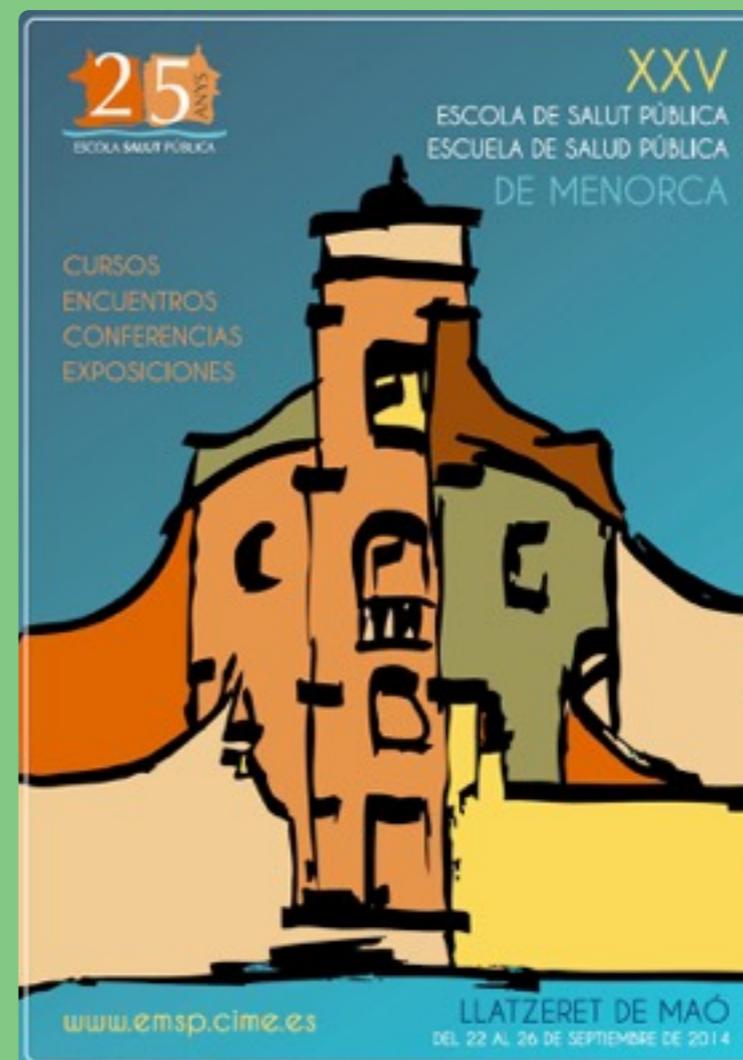


Año XXV. 2014

Cartel [\(Enlace a la galería de carteles\)](#)



Programa [\(Enlace a la galería de programas\)](#)



[Volver al índice](#)

Capítulo 8

El impacto



De la experiencia colectiva de la enfermedad: Salud Pública y cine

CARLOS TABERNERO HOLGADO

Centro de Historia de la Ciencia (CEHIC). Universidad Autónoma de Barcelona (España).

Correspondencia: Carlos Taberner Holgado. Centro de Historia de la Ciencia (CEHIC). Unidad de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Barcelona) (España).

e-mail: carlos.taberner@uab.cat

Recibido el 1 de marzo de 2011; aceptado el 21 de abril de 2011

La Salud Pública, entendida como un conjunto de prácticas y discursos médico-sanitarios institucionalizados, es un componente ineludible de nuestra cotidianeidad, en tanto que constituyente esencial de las sociedades en las que vivimos. Sobre los sistemas sanitarios y sus políticas se estructuran las estrategias colectivas con respecto a la gestión de la enfermedad y, por tanto también, las relaciones a nivel individual entre médicos y pacientes. Todo ello contribuye a modelar nuestra percepción y experiencia cotidiana de la enfermedad (y de la salud) y, por tanto, de nuestra posición al respecto, tanto a nivel individual y privado, como colectivo.

La salud y la enfermedad se hacen visibles a la comunidad a través de la Salud Pública, que, de este modo, interviene decisivamente en la construcción de nuestra identidad (individual, corporal, social, cultural). Para ello, cuenta, entre otros aspectos, con el concurso crucial de otro conjunto de prácticas y discursos fundamentales en la estructura de nuestras sociedades, los medios de comunicación de masas. A través de éstos, y particularmente del cine (y la televisión) en el último siglo, se generan y difunden a gran escala representaciones e interpretaciones de los valores, proyectos, preocupaciones y expectativas de cada comunidad, y se articula tanto el entramado simbólico con el que se construye y sostiene la vida social, económica, política y cultural, como su organización espacial y temporal, sobre todo a medida que la presencia de medios de comunicación se hace constitutiva en nuestro día a día. La

consideración de la Salud Pública, por un lado, y de los medios de comunicación de masas, por otro, en un sentido deliberadamente amplio, como conjuntos de “prácticas y discursos”

implica el reconocimiento explícito de la relación, en ambos casos, con múltiples formas de acción e interacción cotidiana entre personas, colectivos e instituciones, así como con mecanismos de generación, circulación y gestión de conocimiento, en general, si bien médico-sanitario en nuestro caso, que juegan un papel básico precisamente en los procesos de construcción y en el funcionamiento de las sociedades contemporáneas. En este contexto, nuestra percepción y experiencia de la salud y la enfermedad se construye, nutre y modifica, individual, social y culturalmente, en el seno de estas estructuras interrelacionadas¹.

Con estas premisas, en Septiembre de 2009, la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en colaboración con el Institut Menorquí d'Estudis, organizó unas Jornadas abiertas sobre cine y Salud Pública, en el marco de la XX Escuela de Salud Pública de Menorca, con el objetivo de analizar la relación multidimensional entre la Salud Pública y el cine. Teniendo en cuenta los múltiples aspectos implicados en el impacto de la Salud Pública en la vida cotidiana de las personas, ya sea en forma de connivencias o resistencias, y sus vinculaciones con lo social, político, económico, cultural y ético, se organizó un ciclo de cine en torno a tres ejes temáticos: las relaciones entre Salud

Pública y población, desde la perspectiva de las representaciones en el cine de los riesgos laborales y ambientales, con la proyección de *Alice – A fight for life* (1982) de John Willis y *Erin Brockovich* (2000) de Steven Soderbergh; las relaciones entre Salud Pública y género, particularmente con respecto a representaciones cinematográficas del aborto, con la proyección de *Un asunto de mujeres/ Une affaire de femmes* (1988) de Claude Chabrol y *El secreto de Vera Drake/ Vera Drake* (2004) de Mike Leigh; y las representaciones en el séptimo arte de las adicciones, en tanto que uno de los elementos principales de actuación de la Salud Pública contemporánea, sobre todo por lo que respecta a la drogadicción, con la proyección de *Los viajeros de la noche/ Near dark* (1987) de Kathryn Bigelow y *The addiction* (1995) de Abel Ferrara.

Los cuatro artículos que se presentan a continuación en este número de la Revista de Medicina y Cine resumen y analizan la experiencia de aquellas Jornadas de cine y Salud Pública. En el primero, *El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad*, Carlos Taberner y Enrique Perdiguero, miembros del equipo de coordinación de las Jornadas, proponen una aproximación al entendimiento del papel que juega el cine en los mecanismos de construcción socio-cultural de la salud y la enfermedad². Para ello, analizan los tipos principales de representación en el cine de las epidemias, consideradas como ejemplo de enfermedades que traspasan los límites de la vida privada de las personas y, por tanto, epítome de la enfermedad como amenaza total de

desestructuración para las comunidades humanas. La frecuencia, la relevancia y las características de la aparición de las epidemias en el cine, fundamentalmente en relación con criterios de proximidad espacio-temporal con respecto a los contextos de producción y distribución de las películas, con los niveles de morbilidad, mortalidad y estigmatización de las enfermedades, y con su grado de persistencia en el imaginario colectivo, conforman nuestra manera de entender, experimentar y gestionar la enfermedad a través de la cotidianeidad que ofrece el cine como práctica mediática, y por su carácter como proceso activo de (auto)reflexión, a nivel individual y colectivo.

En el segundo artículo, *La reivindicación del saber lego en la defensa de la salud pública: Erin Brockovich*, Alfredo Menéndez Navarro utiliza esta conocida película para explorar las complejas relaciones trabajo-salud-medio ambiente y las limitaciones del modelo experto en la identificación y gestión de riesgos laborales y ambientales³. Completando su estudio del documental *Alice – A fight for life* (1982) de John Willis, publicado en esta revista⁴, Menéndez Navarro explora las características principales de los *toxic torts*, lo que le permite analizar los mecanismos mediante los cuales los ciudadanos intervienen de hecho en la construcción y gestión de los riesgos laborales y ambientales. La película de Soderbergh, basada en hechos reales, permite identificar el acceso al conocimiento experto y su combinación con el conocimiento localmente contextualizado, así como la visibilidad de la experiencia cotidiana de la enfermedad, como

elementos esenciales de empoderamiento y resistencia, en este caso con respecto a la dimensión colectiva de las prácticas y discursos médico-sanitarios y su impacto a nivel individual.

Del mismo modo, Isabel Jiménez Lucena, en su artículo *Contrastes, paradojas y exclusiones en torno al aborto. Una lectura posible de Un asunto de mujeres y El secreto de Vera Drake*, se adentra en el análisis del papel de las mujeres como agentes activos en las prácticas abortivas y sus influencias en los procesos de medicalización asociados. Mediante el análisis comparativo de *Un asunto de mujeres/ Une affaire de femmes* (1988) de Claude Chabrol y *El secreto de Vera Drake/ Vera Drake* (2004) de Mike Leigh⁵, Jiménez Lucena muestra las sutiles diferencias entre, por un lado, la exposición y cuestionamiento en la película de Chabrol de las contradicciones preformativas planteadas en torno a la experiencia particularizada y la gestión colectiva del aborto, y por otro, la presentación en la película de Leigh de la medicalización de las mujeres como estrategia efectiva de salud pública. El estudio comparativo de estas dos películas revela la interpretación de las prácticas abortivas como un asunto de poder que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres.

Finalmente, Juan Antonio Rodríguez Sánchez, en su artículo *El vampirismo como metáfora de la adicción (1987-1995)*⁶, nos ofrece una revisión del cine de vampiros realizado en los años 80 y 90 del siglo pasado. Profundizando en su vertiente como metáfora de la amenaza epidémica (véase 2), Rodríguez Sánchez

se adentra en la figura del vampiro como metáfora de la adicción y su utilización en el contexto del cine de esos años para construir un estereotipo de las drogas y sus usuarios. La amenaza colectiva, en este caso, se expresa en términos de desestructuración familiar, de manera que, con una actitud esencialmente conservadora, se presentan los valores tradicionales de la familia y la religión como antídoto.

En conjunto, estos cuatro artículos no pueden, en su extensión, analizar exhaustivamente las múltiples representaciones de la experiencia colectiva de la enfermedad (y de la salud) en los medios de comunicación de masas. No obstante, ofrecen una aproximación pormenorizada a las complejas y multidimensionales relaciones entre la Salud Pública y el cine, revelando algunas de las características principales de los mecanismos de construcción y gestión de las dimensiones colectivas de la enfermedad y, por tanto también, del conocimiento, las prácticas y los discursos médico-sanitarios implicados, y su impacto a nivel individual y, cómo no, colectivo.

Referencias

1. Tabernero Holgado C. Discursos y representaciones médico-sanitarias en el cine documental colonial español de la posguerra (1939-1950). Barcelona: Centro de Historia de la Ciencia (CEHIC) / Universidad Autónoma de Barcelona, 2010. Disponible en: <http://www.recercat.net/handle/2072/97216>

2. Tabernero Holgado C, Perdiguero-Gil E. El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad. Rev Med Cine [Internet]. 2011; 7(2):44-53. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es>
3. Menéndez Navarro A. La reivindicación del saber lego en la defensa de la salud pública: Erin Brockovich. Rev Med Cine [Internet]. 2011; 7(2):54-60. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es>
4. Menéndez Navarro A. Alice - A Fight for Life (1982) y la percepción pública de los riesgos laborales del amianto. Rev Med Cine [Internet]. 2007; 3: 49-56. Disponible en: http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/archivos/doc_download/55-vol3num2originales01es
5. Jiménez Lucena I. Contrastes, paradojas y exclusiones en torno al aborto. Una lectura posible de Un asunto de mujeres y El secreto de Vera Drake. Rev Med Cine [Internet]. 2011; 7(2):61-68. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es>
6. Rodríguez Sánchez JA. El vampirismo como metáfora de la adicción en el cine de los ochenta (1987-1995). Rev Med Cine [Internet]. 2011; 7(2):69-79. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es>

Ética y Salud Pública

JOAN PONS

Asesor científico de la Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut

El encuentro «Ética y salud pública» celebrado el 22 y 23 de septiembre de 2011 se estructuró en tres sesiones, cada una sujeta a un debate entre los asistentes .

Primera sesión. Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética

Ponente: Ricard Meneu

No hay duda, según la opinión de ponentes y participantes, que la bioética llega tardíamente a la salud pública, hecho mucho más acentuado en nuestro país, y que una presencia más fuerte de la bioética hubiera hecho plantear de manera más constructiva debates recientes (ley del tabaco, vacuna del VPH) . ¿Por qué esta tardía atención de la bioética a la salud pública o, mejor al contrario, la escasa preocupación de los salubristas —profesionales de la salud pública— por los temas éticos, tan inherentes a su práctica? Parece estar claro que la bioética ha avanzado más en la interacción médico-paciente, sea en la clínica o en la investigación, pero su influencia en el ámbito de la salud pública parece menor, a pesar de tratarse de un debate antiguo en el mundo anglosajón . Como si las intervenciones de salud pública (a través de programas) no tuvieran que estar sujetas a las mismas exigencias (una explícita referencia a principios éticos) que las intervenciones a nivel de la clínica o la investigación . . .

Esta particularidad puede entenderse en parte porque, en la salud pública, la población es el sujeto de atención e intervención . ¿Es esta una razón suficiente que pueda explicar un excepcionalísimo en la salud pública? Sin duda, la salud pública, como la rama más política de la medicina (cita de Virchow de la medicina como política a lo grande), es donde más colisión puede haber entre derechos individuales y colectivos . En algún momento, puede ser necesario un mayor o menor grado de coerción . No sorprende que la ley de medidas especiales en materia de salud pública sea la ley orgánica (3/1986, de 14 de abril) más corta existente . Siendo política, con el Estado de por medio, el Panopticon de Bentham (cuya aplicación hacía extensiva no solo a prisiones, sino también a escuelas, hospitales, lazaretos, etc .) y la biopolítica (los departamentos de salud pública son Estado) acuñada por Foucault se hacen presentes .

Entre los presentes en el debate, repartidos casi a partes iguales entre profesionales de la medicina (salubristas y clínicos) y enseñantes de bioética (filosofía moral y del derecho), todos interesados en la ética de la conducta humana, surgió la necesidad de clarificar el lenguaje, paso imprescindible para compar- tirlo y avanzar . No resultó una tarea sencilla y consumió la primera parte de la sesión . ¿Cuál es el ámbito específico de la salud pública, sus aspectos nucleares y complementarios? Todo puede verse como un tema o una problemática de salud pública, y más si se considera que esta actúa sobre otras áreas que no

son (administrativamente) de salud, pero que influyen en la misma . Entonces, la particularidad de la salud pública está en su intersectorialidad . No ha de sorprender que, como la Ley General de Salud Pública quería introducir, debería examinarse, en cualquiera de las demás políticas públicas, su impacto en la salud .

Pero la salud es también un concepto evanescente, particular, con definiciones (OMS, Jordi Gol) que no resuelven la cuestión, confundiendo bienestar con salud, pudiendo haber formas sanas de estar enfermos y descuidándose los condicionantes sociales determinantes en la salud y en la enfermedad . ¿Qué es la salud? ¿Un estado, una capacidad, un instrumento para alcanzar otros fines, un constructo? Como en la ética, que resulta más fácil decir qué está mal que definir lo que está bien, puede intentar clarificarse conceptos partiendo en negativo, de la enfermedad . Aunque permite una mejor categorización, siempre incrementalista (algunas se quitan —homosexualidad— pero muchas enfermedades se añaden, solo hay que mirar la DSM), tampoco parece suficiente y ni mucho menos se obtiene consenso . Se asume, pues, un cierto grado de indefinición en lo que se persigue, salud, y se retorna a la concreción del ámbito de la salud pública .

No cabe duda de que, desde el siglo xix (incluso antes), muchas competencias se han ido incluyendo en el ámbito de la salud pública (potabilización de las aguas, medidas ante epidemias, control de residuos, alimentación, etc .), pero si algo caracteriza

las actividades en salud pública es que estas se enmarcan dentro de tres finalidades principales: protección (salud), prevención (enfermedad) y promoción (salud) . Pero no sirven para marcar un territorio exclusivo, pudiendo pensarse en los temas alimentarios (competencias de agricultura y salud) o de drogadicción (interior y salud) .

Nadie cuestionaría a quién corresponde preocuparse y remediar una posible epidemia de cólera, ámbito indiscutible de la salud pública, pero ¿a quién corresponde corregir las desigualdades sociales, tan influyentes en la mortalidad? A la política, sin duda, pero sin técnicos que analicen datos y prueben relaciones causales, puede acabar siendo pura retórica .

La bioética no solo lleva a cuestionar el fin (¿hay que prevenir esto?), sino, especialmente, los medios (¿cómo lo prevenimos?) . Aquí entró el debate en otro derrotero, donde las bases de la bioética tomaron preponderancia .

La protección colectiva, objeto de la salud pública, es un valor que hay que preservar y promover, aportando a la perspectiva ética elementos de análisis que eviten excesos . ¿Hasta qué punto se puede actuar sobre la conducta de los individuos? ¿Qué medios son legítimos para actuar a este nivel? No hay duda de que, en las sociedades democráticas, la actuación puede ser legítima, pero esto no debería privar, al contrario, su justificación moral . La visión anglo- sajona, tan influyente en el mundo global, prima los derechos individuales sobre las intervenciones

públicas, reduciendo el papel del Estado a la mínima interferencia en la vida de los ciudadanos . La época actual, siguiendo esta tendencia, constituye un período de hipertrofia de derechos y de lo liberal, siendo lo público, lo colectivo, aquello que se comparte, menoscabado . Es el predominio del individuo como consumidor soberano .

Por tanto, las intervenciones en salud pública se enmarcan en un programa (intervención organizada) dirigido a beneficiar a la comunidad, siendo este beneficio a nivel individual anónimo y sabiendo que la mayor parte de los individuos poco beneficio obtendrán (paradoja preventiva de Rose) . No solo hay este hecho paradójico, sino también otro, complejo de discernir, que supone la acentuación de conductas de riesgo (conducción más temeraria) por el hecho de sentirse protegido individualmente (cinturón de seguridad) . Es el riesgo moral, común en el aseguramiento .

Las complacientes sociedades de los países de renta alta parecen haber entrado en una tendencia generalizada a la no asunción de riesgos . Los medios de comunicación influyen decisivamente y acaban condicionando la respuesta política . Hay que hacer algo, no importa qué o el dispendio de recursos para unos beneficios que, como los riesgos, son inciertos o están poco acotados . No hay que ir demasiado lejos para recordar casos (vacas locas, pandemia de gripe) que suscitaron múltiples intervenciones de elevado coste, en especial por el coste de oportunidad de lo que se sacrificó en aras a un riesgo que,

subsecuentemente, fue mucho menor de lo que algunos agoreros predijeron .

Las reprimendas (políticas, sociales), sin embargo, no vienen tanto por actuar, sino por no actuar ante una próxima y potencial desgracia . El ejemplo del juicio a los sismólogos italianos que menoscabaron el riesgo del terremoto de los Abruzos es completamente actual . Actuar y no actuar tiene, inherentemente, sus consecuencias, sus riesgos.

Todas las teorías éticas tienen sus principios, aunque la fundamentación siempre se acabe simplificando . Pueden ayudar a sistematizar las decisiones, elecciones, conductas, haciéndolas más coherentes, pero no necesariamente aportarán soluciones con idéntico patrón . La casuística, por el contrario, surgiendo desde abajo, ante los problemas, se mueve en un campo más de principios implícitos a través de analogías conductoras . El informe Belmont, no hay que olvidar, aboga por la conjunción de estas dos perspectivas: la de los principios y la de la casuística con el individuo, el medio y los valores que interaccionan y entran en conflicto .

Algunos de los principios o valores que surgen repetidamente en el debate entre los asistentes y parecen más particulares de la salud pública son:

La transparencia . La transparencia significa que no puede haber «secretos de Estado» en salud pública y no debería escamotearse el pleno conocimiento a la ciudadanía, con

todas las incertidumbres, de los datos disponibles sobre riesgos y potenciales consecuencias de las alternativas de actuación existentes . No hay político, sin embargo, que acepte presentarse en público hablando de incógnitas e incertezas .

La participación . Puede argumentarse que la representación política actúa a este nivel, pero en muchos casos su actuación está guiada por las resoluciones de comités de expertos donde los ciudadanos o los colectivos a las que se dirige la intervención (programa) están escasamente representados . Se puede hablar de paternalismo, del conocimiento del experto que actúa con la mejor fe y en beneficio de todos, y de la dificultad de comprensión del lego, ya no de terminología técnica, sino de estimaciones y probabilidades (déficit de comprensión numérica) . En estos paneles o comités de expertos deben incluirse representantes de la población o de los colectivos a los que se dirige la intervención (programa) que se discute . Sin duda, no es sencillo hacer comprensibles algunos temas, pero no cabe duda de que debe haber una deliberación (proceso inherente a la bioética) y alcanzarse (progresivamente) consensos entre los partícipes, lo cual no solo facilitaría su implementación, sino también la asunción de riesgos . Ni que decir tiene que, en intervenciones controvertidas, la inclusión de diferentes perspectivas y la visión de aquellos a quien se dirige la intervención, pasa a ser un elemento fundamental .

Siguiendo el elemento de la proporcionalidad, resulta básica la aceptación de las interferencias que las medidas de salud pública pueden tener para el público o la población en general . En este caso, vale la pena la revisión del documento «Public Health: ethical issues» (<http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Public%20health%20-%20ethical%20issues.pdf>) Elaborado por el Nuffield Council of Bioethics y que fue encarecidamente recomendado por el ponente . En ese sentido, cuando antes se hablaba de coerción o intrusión en las libertades individuales, el documento, que incorpora muchos de los elementos surgidos en el debate, propone una escalera, una graduación, en el nivel de intrusión de los poderes públicos en aras del bien colectivo (salud de la población), siendo así que se sigue el principio de proporcionalidad, resultando en un grado de justificación cada vez mayor en la medida que se restringen las libertades .

Segunda sesión. Elementos para la elaboración de una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública

Ponente: Idefonso Hernández

Para empezar, se planteó la complejidad regulatoria en aspectos tan comunes como el alcohol, el tabaco, la alimentación y la denominada epidemia de obesidad en los países de renta alta . Los grupos de interés, de productores y distribuidores, los riesgos a nivel de salud y beneficios a otro nivel (impuestos al pescado) son complejos de sospesar y los *lobbies* actuantes no tienen la misma fortaleza o capacidad de influencia .

Aparentemente, en Estados Unidos, el papel de los *lobbies* y grupos de interés parece más transparente, pero las paradojas siguen presentes . En el control del contagio en las infecciones, como pueden ser las enfermedades de transmisión sexual (ETS), por ejemplo, y constatando la diferencias entre contextos, en Estados Unidos uno puede recibir una llamada del CDC (Center for Diseases Control) informándole de que el contacto sexual que tuvo reciente está afectada/o de una ETS y aconsejándole lo que debe hacer .

Forma parte de los estados de derecho que las políticas se articulen a través de leyes y de otros niveles normativos . La salud pública no es ajena a esta articulación que, en muchos casos viene dictada desde Europa . Una norma que no vigile su cumplimiento resta vacía . De igual forma, pierde solidez si no se contemplan garantías y mecanismos para controlar su seguimiento y evaluar sus consecuencias . En los estados progresivamente adelgazados, el cumplimiento de estas actividades de control y evaluación son cada vez más difíciles, por no decir imposibles .

A esto se suma que, en las escalas que gradúan la fortaleza de la evidencia científica, los ensayos controlados y aleatorios o la metaanálisis de los mismos se sitúan en la cúspide . Pero en salud pública hay pocos estudios experimentales (abundantes en el cribado a través de mamografía del cáncer de mama, que tampoco han resuelto las grandes dudas, pero ausentes en otros programas de cribado ampliamente difundidos, por no hablar

del PSA y del cáncer de próstata) . Predominan en el ámbito de la salud pública los estudios-observaciones (casos-control, cohortes) que de ninguna manera pueden menoscabarse, siendo en gran parte, por razones éticas y científicas, los únicos diseños de estudio realizables .

La comunicación pública por los responsables políticos y sanitarios, en una situación de potencial (pan)epidemia, como se vio en el caso de la gripe A (H1N1), acaba siendo un problema . Algunas frases desafortunadas de máximas autoridades sanitarias (recordar el aceite de colza y las vacas locas) han quedado en la memoria colectiva . El qué y cómo se informa pasa a ser trascendental . No todos los resultados de análisis de salud pública acaban haciéndose públicos . Cuando en primera página aparece la casuística (aislada, uno a uno) de defunciones, se genera alarma; cuando se mantiene silencio quizá se dispara más temor por considerarse que se está ocultando algo importante . No ha de sorprender que las teorías conspirativas estén tan en boga . La inacción y la falta de transparencia no son buenos compañeros en estas situaciones . Pero transparencia no es solo facilitar información; esta ha de ser entendible . Es cierto que, en algunos casos, la transparencia puede ser perjudicial, pero en el ámbito de la salud pública, este debería ser un valor superior . No solo contribuye a aumentar el nivel de comprensión de la ciudadanía, sino también permite ofrecer (todo) el conjunto de elementos para que el individuo pueda decidir de manera informada . Es innegable, sin embargo, que, a pesar del tiempo y

por poner un ejemplo, persiste una ocultación o disimulo sobre los efectos adversos (falsos positivos y negativos, angustia asociada a resultados, radiación, etc .) del cribado de cáncer mama con mamografías .

La LG de SP intenta abordar el problema de los conflictos demandando que estos se hagan explícitos por todas partes . Sociedades científicas, asociaciones de pacientes y familiares, y grupos de interés, acaban siendo soportados, de manera mayoritariamente opaca, por la industria (medicamentos, productos sanitarios, alimentación, etc .) . Se acaba atendiendo a aquel que hace más ruido, no al que pueda tener más razón . Puede ser deprimente, pero acaba siendo lógica una actitud de sospecha ante cualquier compañía o multinacional que plantee una campaña de salud pública (o solicite apoyo público) . El ponente manifestó cómo los *lobbies*, en nuestro país y siguiendo la tradición americana, actúan cada vez más en la comisión de sanidad del congreso de diputados, ante sus señorías, que dictan las políticas públicas .

La educación sanitaria constituye también un elemento príncipes de la salud pública . Todos sabemos el papel de los condicionantes sociales (educación, renta) y cómo las desigualdades afectan a la salud . Centrarse en las condiciones del individuo (la obesidad, exclusiva responsabilidad individual por malas elecciones) huyendo de los condicionantes sociales es errar completamente el tiro . Solo se acaba estigmatizando a los

más desfavorecidos, que tienen una capacidad de elección (muy) limitada .

Uno puede aislarse del contexto social y económico, pero es iluso pensar que la prevención, muchas de las intervenciones y programas que responden a esta finalidad de prevenir enfermedades y lesiones, no dejan de ser mecanismos de transferencia de recursos de viejos a jóvenes, de pobres a ricos, de enfermos a sanos . Tampoco puede pasarse por alto el objetivo productivista de la atención sanitaria y de muchas medidas de salud pública . Justamente A . Cochrane planteaba evaluar el impacto del NHS comparando los días de baja laboral con los días de huelga .

Las emergencias en salud pública y el manejo de estas situaciones no dejan de ser de los temas más mediáticos . El tema remite en parte a la jornada del día anterior: desde las cuarentenas y otras restricciones de movilidad en boga desde el siglo xiv (el gran siglo de la peste negra) y ejercida en algunos países ante el temor de pandemia por el síndrome respiratorio agudo severo —SARS, por sus siglas en inglés— (2002-2003) hasta la ley (orgánica) de medidas especiales en materia de salud pública que el alcalde de Barcelona esgrimió ante la epidemia de crisis asmáticas provocada por la descarga portuaria y libre de soja .

El papel es cada vez más relevante para los organismos internacionales, como la OMS, en estos casos, tanto para bien

(identificación precoz del agente causal del SARS) como para no tan bien (gestión de la gripe A [H1N1]) . Ante problemas que acaban siendo globales (pandemias), el papel de los foros internacionales y comités de expertos son fundamentales para analizar los problemas y debatir las medidas a tomar . Foros y comités, por otra parte, con gran conocimiento, pero con una perspectiva estrecha, dejan de lado otros aspectos (psicológicos, sociológicos, comunicativos) más allá del agente patógeno y su mecanismo de transmisión . Añádase que el público general solo ve acentuarse su temor, llegando al pánico, a medida que se van implementando intervenciones preventivas . No dejó de ser una paradoja que el colectivo médico fuera uno de los que menos se vacunó ante la temida pandemia de gripe .

Tercera sesión. Elementos y criterios para el diseño de un programa de ética y salud pública (una agenda)

Ponente: Andreu Segura

La sesión final se centró en la discusión de distintas propuestas para que la bioética forme parte de la formación y el ejercicio en salud pública . No solo se deben incluir los aspectos bioéticos en la formación especializada y másteres, sino también a nivel de las organizaciones profesionales y sociedades científicas .

Para ello es necesaria una labor de zapa que sensibilice a los distintos colectivos implicados, desde la constitución de grupos específicos, al establecimiento de foros, la elaboración de

publicaciones que hagan este debate, ética y salud pública, permeable y enriquecedor . Ha de definirse una agenda y desarrollar actividades diversas para este fin, tanto contenidos de formación, un repositorio de casuística del propio contexto, como el listado de aquellos trabajos claramente seminales en este ámbito .

Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado

M^a Carmen Davó^{a,*},¹, Carmen Vives-Cases^{a,b,1}, Fernando García Benavides^c, Carlos Álvarez-Dardet^a, Andreu Segura-Benedicto^d, Teresa Icart^e, Paloma Astasio^f, Ángel Gil^g, M^a del Rocío Ortiz^h, Ángel García^h, Elena Ronda^h y Félix Boschⁱ, coordinadores de los grupos del taller de competencias¹

^a Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España ^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España ^c Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España ^d Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona, España ^e Universidad de Barcelona, Barcelona, España ^f Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España ^g Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España ^h Universidad de Alicante, Alicante, España ⁱ Fundación Dr. Antonio Esteve, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de marzo de 2011 Aceptado el 6 de junio de 2011 *On-line* el 13 de septiembre de 2011

Palabras clave:

Profesionales de la salud pública Competencias profesionales Programas de grado

Keywords:

Public health professionals Professional competence Graduate programs

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mdavo@ua.es (M.C. Davó).

¹ En nombre de los participantes del Taller sobre Contenidos de Salud Pública en los Programas de Grado, organizado por la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, con la colaboración de la Fundación Dr. Antonio Esteve.

0213-9111/\$ – see front matter © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados. doi:10.1016/j.gaceta.2011.06.004

RESUMEN

Objetivo: Identificar competencias y contenidos básicos de salud pública en los programas de grado de enfermería, farmacia, magisterio, medicina, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, relaciones laborales y recursos humanos, y trabajo social, y realizar propuestas de mejora.

Métodos: Organización del taller *Contenidos de salud pública* en los programas de grado en la XXI Escuela de Salud Pública de Menorca. Formación de ocho grupos coordinados por 37 profesores de universidades españolas seleccionados a través de informantes clave y bola de nieve. Se utilizaron dos estudios sobre competencias profesionales en salud pública, y los programas de los participantes, para analizar las competencias profesionales de salud pública, los contenidos y las recomendaciones para mejorar los programas de salud pública. Cada grupo trabajó sobre un grado y se compartieron los resultados. **Resultados:** Se identificaron competencias profesionales para las tres funciones esenciales de salud pública en todas las titulaciones excepto en magisterio, óptica y optometría, y trabajo social. En enfermería, magisterio, nutrición humana y dietética, y trabajo social, se rescribieron competencias para destacar el papel de cada profesional en las funciones de salud pública. Los grupos coincidieron en los temas de introducción (conceptos fundamentales y determinantes de la salud) y en las estrategias de intervención.

Conclusión: Se identifican competencias y contenidos comunes en los grados. La actualización de contenidos de salud pública contribuiría a definir y visibilizar el perfil salubrista de los distintos profesionales.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Common competencies and contents in public health in graduate programs

ABSTRACT

Objective: To identify fundamental public health competencies and contents in nursing, pharmacy, teaching, medicine, human nutrition and dietetics, optics and optometry, labor relations and human resources, and social work in graduate programs and to formulate proposals for their improvement.

Methods: The workshop on *Public health contents in graduate programs* in the XXI Menorca Public Health School was organized as follows: eight groups were set up, coordinated by 37 Spanish university teachers participating in the workshop and selected through key informants and snowball techniques. Two studies on public health professional competencies and the participants' own graduate programs were used to discuss public health professional competencies and contents and establish recommendations to improve public health programs. Each group worked on a particular degree course and the results were shared in plenary.

Results: Professional competencies for the three essential public health functions were identified in all the degrees, except teaching, optics and optometry, and social work. Some of the competencies included in degrees in nursing, teaching, human nutrition and dietetics, and social work were rewritten to highlight the role of each type of professional in public health functions. The groups agreed on the introductory topics (basic concepts and health determinants) and intervention strategies.

Conclusion: Common competencies and contents were identified in graduate programs. Updating public health contents in graduate programs would help to define and promote the profile of public health professionals.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años se ha observado un creciente esfuerzo por homogeneizar las funciones que deben abordar los profesionales de la salud pública para dar respuesta a los principales problemas de salud de manera efectiva y eficiente¹⁻³. La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) definieron las competencias para desempeñar dichas funciones, poniendo de manifiesto que son muchos los profesionales que deberían estar capacitados para su desempeño^{4,5}.

En España, como consecuencia de diversas iniciativas internacionales que enfatizan la multidisciplinariedad⁶ y la reforma de los planes de estudio que propició la Ley de Reforma Universitaria, la formación en salud pública ha ido ampliándose y actualmente integra, además de titulaciones sanitarias como medicina, enfermería, farmacia, veterinaria, óptica y optometría, nutrición humana y dietética, fisioterapia, podología, odontología, y terapia ocupacional, otras del ámbito socioambiental como son trabajo social, magisterio, ciencias ambientales, relaciones laborales y recursos humanos.

La nueva reforma universitaria para adaptar las titulaciones de grado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)⁷ ha motivado la revisión de los planes de estudio, y con ella la oportunidad de reorganizar los contenidos de salud pública de los programas de grado y posgrado. En este contexto, miembros del área de medicina preventiva y salud pública de la Universidad de Alicante exploraron, en los Libros Blancos de las titulaciones en que tenían experiencia docente, las competencias de salud pública definidas en ellos para reorganizar los contenidos de sus programas⁸.

En estos momentos ya se ha llevado a cabo la adaptación de las titulaciones al EEES, y los programas de grado no siempre han considerado dichas competencias de salud pública. Hay que tener en cuenta la diversidad de disciplinas que conforman los docentes que imparten contenidos de salud pública en las

universidades españolas. Los programas pueden venir definidos por distintos criterios, desde la tradición hasta los diferentes puntos de vista respecto a la formación que precisan los estudiantes para responder a los problemas actuales de salud pública. Por tanto, continúa siendo necesario reflexionar sobre el papel que tienen las distintas profesiones implicadas en la salud pública, tanto en el campo formativo como en el de actuación profesional, y determinar competencias más uniformes⁹⁻¹¹. Compartir estos puntos de vista y revisar los programas de algunas titulaciones de forma conjunta fue el motivo del taller *Contenidos de salud pública en los programas de grado* celebrado en la XXI edición de la Escuela de Salud Pública de Menorca.

El objetivo de este estudio fue identificar competencias y contenidos básicos de salud pública en los programas de grado de enfermería, farmacia, magisterio, medicina, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, relaciones laborales y recursos humanos, y trabajo social, y definir propuestas de mejora.

MÉTODO

Los días 21 y 22 de septiembre de 2010 se celebró, en el marco de la XXI Escuela de Salud Pública de Menorca, el taller titulado *Contenidos de salud pública en los programas de grado*, con el objetivo de reorganizar y unificar los contenidos de salud pública impartidos en los distintos programas de grado en las universidades españolas.

La experiencia docente de las coordinadoras de este taller y de otros miembros del área de medicina preventiva y salud pública de la Universidad de Alicante, donde trabajan, así como la financiación disponible, determinaron la elección para este evento de las titulaciones de enfermería, farmacia, magisterio, medicina, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, relaciones laborales y recursos humanos, y trabajo social.

Se formaron ocho grupos de trabajo de cuatro o cinco participantes coordinados por profesorado con docencia actual en salud pública en los grados de enfermería (Teresa Icart), farmacia (Paloma Astasio), magisterio (M^a del Carmen Davó), medicina (Ángel Gil), nutrición humana y dietética (M^a del Rocío Ortiz), óptica y optometría (Ángel García), relaciones laborales y recursos humanos (Elena Ronda), y trabajo social (Carmen Vives-Cases).

La selección de los participantes se llevó a cabo utilizando las técnicas de informantes clave y de bola de nieve. Profesores de diversas universidades con experiencia docente e investigadora en salud pública constituyeron el grupo de informantes clave que propuso participantes para trabajar en cada uno de los grupos. El contacto se realizó por correo electrónico con una carta estándar en la cual se les invitó a participar, informándoles previamente del evento y solicitándoles nombres y direcciones de otros posibles participantes.

Se contactó con los participantes propuestos por los informantes clave mediante el mismo procedimiento. Se les solicitó que confirmasen la aceptación de la invitación para participar en el grupo de trabajo para el cual habían sido propuestos, y en caso de no poder asistir se les pidió que sugirieran otro posible participante con una experiencia docente o investigadora similar. Así se procedió repetidas veces hasta completar los ocho grupos de trabajo. Además, se matricularon tres participantes en el taller por iniciativa propia.

En total participaron 37 profesores de las Universidades de Alicante, Pompeu Fabra, Navarra, La Laguna, Complutense de Madrid, Granada, Rey Juan Carlos I, Barcelona, Santiago de Compostela, Murcia, Valencia, Politécnica de Catalunya, Deusto, Huelva, Las Palmas de Gran Canaria, Zaragoza, Miguel Hernández e Illes Balears, y del Institut d'Estudis de la Salut (ver [Anexo 1 on-line](#)).

El taller se desarrolló durante la jornada completa del 21 de septiembre y la mañana del día 22. El primer día se inició con una sesión plenaria en la cual las coordinadoras (M.C. Davó y C. Vives-Cases) presentaron la ponencia que fijaba las premisas del debate y evidencias disponibles basadas en el estudio *¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior*⁸. A continuación se explicó el objetivo, el material y el método para cada sesión.

El taller se organizó en tres sesiones. Cada coordinador disponía del material de trabajo grabado en el ordenador. Era una guía que describía la actividad, los materiales de apoyo y el resultado esperado en cada una. También se les proporcionaba una ficha para que quedasen registrados y organizados los acuerdos alcanzados en cada grupo.

En la primera sesión había que obtener un listado consensuado de competencias profesionales en salud pública para el grado sobre el que estaba trabajando cada uno de los grupos, utilizando como materiales de apoyo el listado de competencias profesionales en salud pública del artículo Las competencias profesionales en salud pública⁴, y los principales resultados obtenidos en el estudio ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el espacio europeo de educación superior⁸. Se trataba de pensar y hacer un listado de las competencias profesionales de salud pública del primer artículo que pudieran atribuirse al grado que se estaba trabajando y no estuviesen contempladas en la relación establecida en el segundo artículo.

En la segunda sesión se elaboró un listado consensuado de contenidos en salud pública para el grado en que estaba trabajando cada uno de los grupos, utilizando como material de apoyo la ficha de la actividad anterior y los programas o guías docentes aportados por los participantes. En la tercera y última sesión,

cada grupo hizo un listado de recomendaciones para mejorar los programas de salud pública del grado sobre el cual habían trabajado. Para concluir, un representante de cada grupo de trabajo presentó en sesión plenaria los acuerdos alcanzados en cada uno de los grupos sobre las competencias, los contenidos y las propuestas de mejora de los programas de grado de las titulaciones abordadas en el taller.

RESULTADOS

Consenso sobre competencias y contenidos

En todas las titulaciones se identificaron actividades y competencias profesionales relacionadas con las tres funciones esenciales de la salud pública. Únicamente los grupos de trabajo de las titulaciones de magisterio, óptica y optometría, y trabajo social, no identificaron competencias profesionales para la actividad de «Controlar enfermedades y situaciones de emergencia» de la función de «Valorar las necesidades de salud de la población» (ver [Anexo 2](#) on-line).

Adicionalmente, algunos grupos hicieron propuestas de redacción de las competencias de salud pública para destacar el papel de cada profesional en las funciones de salud pública. Las titulaciones de enfermería, magisterio, nutrición humana y dietética, y trabajo social, fueron las que rescribieron mayor número de competencias. Una modificación común en enfermería, magisterio y trabajo social fue la incorporación del contexto social en que se desarrollan algunas de las

competencias profesionales, añadiendo la referencia «socio sanitario» al final de la competencia. En algunos casos se concretó el alcance de la competencia, por ejemplo añadiendo la palabra «participar», como en enfermería para la actividad «Evaluar servicios y programas» o en magisterio para varias de las actividades. Otras modificaciones especificaban los temas (p. ej., la nutrición y la alimentación, o el género), las metodologías (como la mención explícita a la investigación cualitativa) y los ámbitos de actuación (p. ej., la comunidad). El grupo de trabajo de medicina también propuso una modificación para la actividad «Describir y analizar la asociación y el impacto de los factores de riesgo y de los problemas de salud, y el impacto de los servicios sanitarios».

Respecto a los contenidos ([tabla 1](#)), en todos los grupos se planteó la necesidad de establecer unos primeros temas de introducción de conceptos fundamentales y determinantes de la salud, y otros relacionados con estrategias de intervención (promoción y educación para la salud) e intervenciones de carácter específico y en grupos especiales. La epidemiología, como herramienta de investigación en salud pública, apareció como contenido en todos los casos excepto en magisterio y relaciones laborales y recursos humanos. Introducción a la epidemiología, tipos de estudios, medidas de frecuencia, de asociación y de impacto, errores y sesgos en epidemiología, fueron temas comúnmente identificados en estos grupos de trabajo.

Epidemiología clínica fue también un tema recurrente en las

aportaciones realizadas por los grupos de trabajo de las titulaciones sanitarias. En los grupos de enfermería, farmacia, medicina, óptica y optometría, y trabajo social, se identificaron contenidos de gestión sanitaria referentes a modelos y características del sistema sanitario español, planificación sanitaria, sistemas de información sanitaria y economía de la salud. Por último, se identificaron temas de políticas en salud para todas las titulaciones de grado excepto en relaciones laborales y recursos humanos.

Algunos de los grupos incluyeron contenidos y temas específicos de las titulaciones. Fue el caso de medicina, en el cual se propusieron contenidos de estrategias de control y genética. También, en el caso de enfermería, se acordó el bloque de contenidos de documentación e información sanitaria, que en las titulaciones de medicina, y de óptica y optometría, se recoge en un único tema. En farmacia se incluyeron demografía sanitaria y medio ambiente y salud. Ambos aparecen entre los temas consensuados por el grupo de trabajo de medicina. Demografía sanitaria también se mencionó como tema específico en óptica y optometría, y medio ambiente y salud apareció como tema en enfermería.

Con respecto a las titulaciones no sanitarias, en el grupo que trabajó los contenidos de salud pública de la titulación de magisterio se mencionó como contenido específico el diseño y la elaboración de proyectos y recursos didácticos de educación para

la salud, que se relaciona con el bloque de intervención en salud pública. En relaciones laborales y recursos humanos se propuso un gran número de contenidos y temas específicos relacionados con la salud laboral, la gestión de la prevención y la evaluación de riesgos laborales, las diferentes técnicas preventivas, la vigilancia de la salud, la higiene industrial, la ergonomía y la psicología aplicada, y la seguridad en el trabajo.

Recomendaciones para la mejora de los programas docentes

Las recomendaciones se centraron en contenidos y metodología de trabajo, estrategias de actuación para implantar los nuevos grados, y propuestas para hacer más visibles ciertos grupos profesionales en las funciones y competencias de salud pública.

Los grupos de enfermería, farmacia y medicina recomendaron incorporar temas emergentes (enfermedades emergentes y reemergentes, perspectiva de género, papel del estado en las políticas sanitarias), nuevas tecnologías aplicadas a la enseñanza y el desarrollo de estrategias que contribuyan a la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad.

Las recomendaciones de los grupos de trabajo de magisterio, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, relaciones laborales, y trabajo social, se centraron en estrategias específicas para dar mayor prioridad a las materias de salud pública en los nuevos grados, como incluir competencias de «saber», «saber hacer» y «saber ser y estar» en los planes de

estudio, e introducir asignaturas obligatorias de salud pública en estas titulaciones.

Por último, en los grupos de magisterio, nutrición humana y dietética, y trabajo social, se hicieron recomendaciones para modificar o integrar nuevas competencias profesionales de salud pública con el fin de dar una mayor visibilidad a las competencias de los profesionales de estas titulaciones en la salud pública.

DISCUSIÓN

Hay un alto grado de coincidencia en las competencias profesionales en salud pública y en los contenidos que formarían parte del bloque de introducción de las asignaturas identificadas en los grupos de trabajo de los grados de enfermería, farmacia, magisterio, medicina, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, relaciones laborales y recursos humanos, y trabajo social. Las titulaciones sociosanitarias comparten la necesidad de ampliar su visibilidad profesional en el campo de la salud pública.

Es posible que los resultados de este trabajo no coincidan con el criterio de otros profesionales. Hay que considerar que el propio material utilizado condicionara las respuestas de los participantes en el taller. Como quedó explicado en el trabajo de Davó et al⁸, los Libros Blancos contienen ciertas limitaciones porque no todos los grados trabajados incluyen competencias

específicas de salud pública, y las seleccionadas por estos autores parten del consenso de un grupo de trabajo de una sola universidad. Esto podría explicar que en algunas titulaciones se echen en falta ciertas competencias, como «Producir indicadores e índices sanitarios» y «Evaluar la calidad de los datos» en farmacia y en nutrición humana y dietética, o «Manejar técnicas de investigación de servicios e intervenciones» en medicina. Este consenso también pudo condicionar el listado de contenidos resultante en los grupos de trabajo del taller. Así, contenidos básicos en los programas de salud pública, como epidemiología, no aparecen en ciertos grados como magisterio, puesto que no hay competencias explícitas en los Libros Blancos de este grado

Además, cada participante llevó su propio programa de la asignatura, el cual probablemente se creó en un contexto en que los contenidos no se habían seleccionado por coincidencia con otros programas. En algunos casos, las asignaturas trabajadas en los grupos estaban adscritas a áreas de conocimiento diferentes. En magisterio, por ejemplo, se compararon programas de la asignatura de educación para la salud adscrita tanto al área de medicina preventiva y salud pública como al área de didáctica de las ciencias experimentales y sociales. Algo similar ocurrió en trabajo social. La dificultad para contar con profesorado del área de medicina preventiva y salud pública en estas titulaciones, y la riqueza que podía suponer la mirada sobre las mismas asignaturas desde otras áreas de conocimiento, llevaron a la decisión de incluir en estos grupos docentes de diversa

procedencia. Sin embargo, esto no dificultó que se encontraran contenidos comunes ni mantener puntos de vista similares, lo que sí ocurrió en los grupos de trabajo de áreas de conocimiento homogéneas. Otra limitación se relaciona con la dinámica de trabajo en los grupos, que al asemejarse a la del grupo nominal pudo forzar el consenso, quedando fuera opiniones particulares que pudieran ser más completas¹².

Una última limitación se relaciona con las competencias incluidas en el segundo material utilizado para el trabajo de los grupos⁴, definidas fundamentalmente desde una perspectiva sanitaria. Esta tendencia podría haber motivado que los participantes de las titulaciones sociosanitarias rescribiesen algunas de ellas para dar mayor visibilidad a su implicación profesional en la salud pública.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el taller puso de manifiesto el interés por llegar a acuerdos para mejorar los contenidos de salud pública en los programas de los distintos grados. Se hizo hincapié en la importancia que podría tener un encuentro sobre formación para docentes que participan en el proceso de enseñanza/aprendizaje de la salud pública, para tratar aspectos de metodologías docentes.

También se señaló la necesidad de seguir profundizando en este debate y abrirlo a otras titulaciones en las que se imparten materias de salud pública y que no están representadas en esta edición, como odontología, fisiología, podología o veterinaria,

Tabla 1
Contenidos comunes de salud pública consensuados en los grupos de trabajo

	Introducción y conceptos de salud pública ^a	Epidemiología ^b	Intervención en salud pública ^c	Gestión sanitaria ^d	Políticas en salud ^e
<i>Titulaciones de grado sanitarias</i>					
Enfermería	X	X	X	X	
Farmacia	X	X	X	X	X
Medicina	X	X	X	X	X
Nutrición humana y dietética	X	X	X		X
Óptica y optometría	X	X	X	X	X
<i>Titulaciones de grado no sanitarias</i>					
Magisterio	X		X		X
Relaciones laborales y recursos humanos	X		X		
Trabajo social	X	X	X	X	X

^a Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: conceptos básicos de salud pública, determinantes de la salud.

^b Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: introducción a la epidemiología, tipos de estudios, medidas de frecuencia, asociación y de impacto, errores y sesgos en epidemiología.

^c Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: Promoción de la Salud, Educación para la Salud, Intervenciones específicas y en grupos especiales (población inmigrante, mujeres).

^d Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: Modelos y sistema sanitario español, Planificación sanitaria, Sistemas de información sanitaria, Economía de la salud.

^e Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: Políticas y organismos nacionales, autonómicos y locales relacionados con la salud.

entre otras. Además, puesto que las opiniones resultantes del trabajo realizado durante el taller se limitan a la perspectiva de los profesores participantes, se puso de manifiesto la necesidad de conocer la opinión de otros profesores de universidades españolas a través de distintos canales de comunicación. Más allá de compartir temario, la relación de trabajo y colaboración entre el profesorado permitiría abordar la dificultad que representa para estudiantes¹³ y profesores de la mayoría de las asignaturas de los distintos grados comprender la perspectiva colectiva de la salud pública, y las implicaciones y consecuencias que esto tiene en la práctica. En estos momentos SESPAS ofrece un

repositorio de materiales de interés pedagógico en su página web, llamado Rincón del Salubrista¹⁴, de gran utilidad para intercambiar experiencias docentes.

CONCLUSIÓN

En esta primera experiencia de trabajo para consensuar contenidos de salud pública en los distintos grados se ha logrado identificar las competencias y contenidos comunes, a pesar de la diversidad imprescindible entre titulaciones y programas de grado que imparten las distintas universidades. Los resultados de este primer encuentro han de servir para iniciar un debate que

incluya docentes de otras universidades. La idea es generar una masa crítica que permita alcanzar cierto grado de consenso sobre los contenidos de salud pública en los distintos programas de grado, y ampliar esta experiencia a otras titulaciones en una futura segunda edición del taller. De esta forma se podrían actualizar los contenidos de salud pública siguiendo unos criterios afines, lo que a su vez podría contribuir a definir y hacer más visible socialmente el perfil salubrista, tanto de los profesionales sanitarios como de los sociosanitarios.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

M.C. Davó y C. Vives-Cases redactaron el primer borrador. Todos los autores hicieron aportaciones. La revisión y la aprobación de la versión final del manuscrito fue llevada a cabo por los coordinadores de todos los grupos de trabajo del taller de la experiencia descrita: Fernando G. Benavides, Carlos Álvarez-Dardet, Andreu Segura, Teresa Icart, Paloma Astasio, Ángel Gil, M.^a del Rocío Ortiz, Ángel García y Elena Ronda, así como por el director de la entidad financiadora del taller, Félix Bosch.

AGRADECIMIENTOS

A Erica Briones por su apoyo técnico en el diseño de la presentación de los resultados.

FINANCIACIÓN

Fundación Dr. Antonio Esteve.

CONFLICTOS DE INTERESES

C. Vives-Cases y C. Álvarez-Dardet pertenecen al Comité Editorial de GACETA SANITARIA. Ninguno de ellos ha participado en el proceso editorial del manuscrito.

Anexo 1.

Participantes del I Taller sobre contenidos de salud pública en los programas de grado, organizado por la SEE y SESPAS, con la colaboración de la Fundación Dr. Antonio Esteve

Participantes	Universidad
Carlos Álvarez-Dardet	Universidad de Alicante
Fernando G. Benavides	Universidad Pompeu Fabra
Andreu Segura	Institut d'Estudis de la Salut
Javier Aranceta	Universidad de Navarra
Ángeles Arias	Universidad de La Laguna
Paloma Astasio	Universidad Complutense de Madrid
Aurora Bueno	Universidad de Granada
Pilar Carrasco	Universidad Rey Juan Carlos
Pilar Cervera	Universidad de Barcelona
Adolfo Figueiras	Universidad de Santiago de Compostela
Ángel García ^a	Universidad de Alicante
Juan José Gascón	Universidad de Murcia
Valentín Gavidía ^b	Universidad de Valencia
Ángel Gil	Universidad Rey Juan Carlos
Teresa Icart	Universidad de Barcelona
Sergi Jarque	Universidad Pompeu Fabra
M. ^ª Dolores Jiménez ^c	Universidad de Alicante
Ana Isabel López	Universidad Rey Juan Carlos
Agustín Montes	Universidad de Santiago de Compostela
Victoria Morin	Universidad Pompeu Fabra
Juan Carlos Ondategui ^a	Universidad Politécnica de Cataluña
María del Rocío Ortiz	Universidad de Alicante
Miquel Porta	Universidad de Barcelona
Cinta Puell	Universidad Complutense de Madrid
Arantxa Rodríguez ^d	Universidad de Deusto
Elena Ronda	Universidad de Alicante
Carlos Ruiz	Universidad de Huelva
Lluís Serra	Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Emma Sobremonte ^e	Universidad de Deusto
Margarita Taracido	Universidad de Santiago de Compostela
Concepción Tomás	Universidad de Zaragoza
Jesús Vioque	Universidad Miguel Hernández
Oscar Zurriaga	Universidad de Valencia
Antoni Merelles ^f	Universidad de Valencia
Ana María Sánchez ^f	Universidad de Valencia
Regina Muntaner ^g	Universitat de les Illes Balears

Notas: profesorado procedente de departamentos o áreas de conocimiento distintas a salud pública y medicina preventiva.

^a Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica.

^b Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales.

^c De.ía Evolutiva y Didáctica.

^d Departamento de óptica II (optometría y visión).

^e Departamento de trabajo social.

^f Departamento de enfermería.

^g Departamento de Enfermería II.

Competencias profesionales en salud pública identificadas para los grados de enfermería, farmacia, magisterio, medicina, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, relaciones laborales y recursos humanos, y trabajo social

Función/actividad/competencia	Grados*								
	EN	FA	MA	ME	NH y D	O y OP	RLy	RH	TS
Función: valorar las necesidades de salud de la población									
Actividad: analizar la situación de salud de la comunidad									
Competencias									
1. Identificar los factores condicionantes de la salud									
2. Interpretar los procesos de salud y enfermedad en el ámbito de las poblaciones humanas									
3. Recoger, procesar y almacenar la información (demográfica y sanitaria)									
4. Valorar la calidad de la información									
5. Producir indicadores e índices sanitarios									
6. Analizar los datos de manera cualitativa y cuantitativa									
7. Analizar la distribución espacial y temporal de la información sanitaria									
8. Valorar la distribución de los riesgos ambientales, biológicos y culturales									
9. Valorar las desigualdades en salud									
10. Redactar y comunicar la información a diversas audiencias									
Función: valorar las necesidades de salud de la población									
Actividad: describir y analizar la asociación e impacto de los factores de riesgo y de los problemas de salud y el impacto de los servicios sanitarios									
Competencias									
1. Generar hipótesis con base científica									
2. Diseñar propuestas de investigación apropiadas									
3. Manejar las técnicas epidemiológicas y estadísticas apropiadas									
4. Diseñar instrumentos de medidas y de recogida de datos									
5. Procesar y almacenar la información en bases de datos									
6. Evaluar la calidad de los datos									
7. Manejar las técnicas de investigación de servicios e intervenciones									
8. Aplicar técnicas de evaluación económica									
9. Sintetizar los resultados de manera apropiada									
10. Conocer la bibliografía pertinente e identificar las fuentes de información apropiadas, incluyendo búsquedas bibliográficas									
11. Respetar los aspectos éticos de la documentación y de la investigación sanitaria									
Función: valorar las necesidades de salud de la población									
Actividad: controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia									
Competencias									
1. Verificar la existencia de una situación de emergencia sanitaria									
2. Analizar las causas de una situación de emergencia									
3. Conocer la eficacia y la seguridad de las medidas de control disponibles									
4. Conocer los recursos disponibles, su organización y responsabilidades									
5. Proponer medidas extraordinarias para la resolución de situaciones de emergencia									
6. Aplicar las medidas y los recursos disponibles									
7. Generar confianza y credibilidad									
8. Valorar las potenciales reacciones de la comunidad (percepción del riesgo)									
9. Comunicar a la población y a los profesionales la información relevante en una situación de crisis									

(Continúa)

Función/actividad/competencia	Grados*								
	EN	FA	MA	ME	NH y D	O y OP	RLy	RH	TS
Función: desarrollar las políticas de salud									
Actividad: contribuir a definir la ordenación del sistema de salud									
Competencias									
1. Utilizar la información sobre los problemas y las necesidades de salud de la población									
2. Establecer las prioridades sanitarias de una población definida									
3. Formular objetivos de salud contrastables y medibles									
4. Conocer los diferentes sistemas de salud									
5. Conocer la legislación sanitaria vigente y los procesos de elaboración de normas									
6. Conocer los mecanismos de asignación de recursos sanitarios									
7. Evaluar el impacto sanitario, económico y social de las políticas de salud, incluidas las intersectoriales									
8. Conocer los objetivos y las prioridades políticas en materia sanitaria									
9. Conocer las políticas sanitarias europeas y de los organismos y agencias internacionales									
Función: desarrollar las políticas de salud									
Actividad: fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales									
Competencias									
1. Conocer los objetivos y las prioridades de las políticas públicas relacionadas con la salud									
2. Conocer la legislación básica medioambiental, laboral, agrícola-ganadera, alimentaria, de transporte, educativa, etc., relacionada con la salud									
3. Evaluar el impacto sanitario de las políticas públicas									
4. Negociar el papel de la salud en la elaboración de las políticas públicas relacionadas con la salud									
5. Movilizar y generar opinión pública en defensa de la salud									
Actividad: contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias									
Competencias									
1. Identificar los problemas, necesidades y desigualdades de salud de la población									
2. Establecer las prioridades sanitarias de una población definida									
3. Analizar los beneficios y perjuicios potenciales de las intervenciones sanitarias									
4. Conocer las bases del comportamiento de las personas y de los grupos									
5. Diseñar programas de educación sanitaria									
6. Diseñar programas de vacunación de ámbito poblacional									
7. Diseñar programas de protección frente a los riesgos ambientales									
8. Diseñar programas de higiene y seguridad alimentaria									
9. Diseñar programas de prevención secundaria de alcance poblacional									
10. Valorar los aspectos éticos de las intervenciones sanitarias. Diseñar programas asistenciales y sociosanitarios									
11. Contribuir a la intersectorialidad de los programas									

(Continúa)
152

Función/actividad/competencia	Grados ^a									
	EN	FA	MA	ME	NH y D	O y OP	RL y RH	TS		
Función: desarrollar las políticas de salud										
Actividad: fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud										
Competencias										
1. Preparar y proporcionar información escrita y verbal a personas y grupos de diversa procedencia										
2. Facilitar y reforzar la capacidad de los ciudadanos sobre su propia salud										
3. Actuar en defensa de la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad										
4. Identificar e implicar a los líderes de la comunidad en la práctica de la salud pública										
5. Liderar y coordinar equipos humanos de procedencia diversa										
Función: garantizar la prestación de servicios sanitarios										
Actividad: gestionar servicios y programas										
Competencias										
1. Facilitar la accesibilidad de los grupos vulnerables a los servicios de salud										
2. Implantar los programas de salud										
3. Elaborar presupuestos y preparar propuestas de financiación										
4. Identificar prioridades de salud en cualquier situación										
5. Gestionar equipos multidisciplinares y resolver situaciones de conflictos										
Función: garantizar la prestación de servicios sanitarios										
Actividad: evaluar servicios y programas										
Competencias										
1. Evaluar la eficacia, la efectividad, la eficiencia, la utilidad, la seguridad, la equidad territorial, social, étnica o de género de las intervenciones sanitarias										
2. Analizar la satisfacción de la población, los profesionales y los proveedores de los servicios sanitarios										
3. Utilizar las medidas de estructura, proceso y resultados más apropiadas en cada caso, incluyendo calidad de vida, satisfacción, aceptación, etc.										
4. Saber aplicar los criterios establecidos para la acreditación de los servicios y actividades sanitarias										
Actividad: realizar inspecciones y auditorías sanitarias										
Competencias										
1. Conocer la legislación vigente sobre los riesgos para la salud										
2. Conocer los mecanismos de acción de los principales riesgos para la salud										
3. Conocer las técnicas de auditoría y estar entrenados en ellas										
4. Conocer la legislación aplicable a cada área de actividad sometida a control sanitario										
5. Proponer y/o adoptar medidas especiales (decomisos, intervenciones cautelares, etc.)										
6. Proponer y realizar acciones conducentes a mejorar la prestación de servicios										

Función/actividad/competencia	Grados ^a									
	EN	FA	MA	ME	NH y D	O y OP	RL y RH	TS		
Función: garantizar la prestación de servicios sanitarios										
Actividad: elaborar guías y protocolos										
Competencias										
1. Sintetizar el conocimiento actual disponible sobre el impacto de las intervenciones sanitarias de interés										
2. Conocer los procesos de elaboración de guías y protocolos normalizados de trabajo										
3. Adaptar las guías disponibles a entornos concretos										
4. Elaborar métodos y procedimientos normalizados de control										
5. Involucrar a los agentes más relevantes (asociaciones profesionales, expertos, representantes profesionales, etc.) en la elaboración y aplicación de las guías y protocolos										

^a Las celdas en gris indican las competencias profesionales consensuadas en cada grupo de trabajo para cada grado.

^b EN: enfermería; FA: farmacia; MA: magisterio; ME: medicina; NH y D: nutrición humana y dietética; O y OP: óptica y optometría; RL y RH: relaciones laborales y recursos humanos; TS: trabajo social.

^c Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: promoción de la salud, educación para la salud, intervenciones específicas y en grupos especiales (población inmigrante, mujeres).

^d Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: modelos y sistema sanitario español, planificación sanitaria, sistemas de información sanitaria, economía de la salud.

^e Temas comunes identificados en los contenidos propuestos: políticas y organismos internacionales, autonómicos y locales relacionados con la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Public Health Functions Project. The Public Health Workforce: an agenda for the 21st Century. Washington D.C.: US Department of Health and Human Services; 1997. [Consultado el 8/2/2011.] Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/pubhlth.pdf>.
2. The Report of the Chief Medical Officer. The Chief Medical Officer's project to strengthen the public health function. London: Department of Health; 1999.

3. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: PAHO; 2002. p. 420.
4. Benavides FG, Moya C, Segura A, et al. Las competencias profesionales en salud pública. Gac Sanit. 2006;20:239–43.
5. Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Gac Sanit. 2003;17:23–34.
6. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Rev Sanid Hig Pública. 1987;61:129–33.
7. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado. Boletín Oficial del Estado,
8. Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, et al. ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. Gac Sanit. 2009;23:5–12.
9. Delgado M. ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Gac Sanit. 2009;23:13–21.
10. Villalbí JR. Profesionales y servicios de salud pública: saber, saber hacer y hacer. Gac Sanit. 2009;23:14–5.
11. Benavides FG. Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010, Gac Sanit. 2010;24 (Suppl 1):90–5.
12. Pérez C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? Rev Esp Salud Publica. 2000;74:319–21.
13. Obradors-Rial N, Segura-Benedicto A. La salud pública en las facultades de medicina y escuelas de enfermería de Cataluña. La visión del alumnado. Educ Med. 2010;13:113–22.
14. SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. [Consultado el 1/6/2011.] Disponible en: <http://www.sespas.es>.

Conclusiones del Encuentro de Mahón

- 1.** Los instrumentos con los que cuenta la planificación urbana en el momento actual son herencia directa de los creados en su momento para resolver el grave problema sanitario producido por la ciudad surgida de la Revolución Industrial. Hasta el punto que las primeras leyes urbanísticas eran, en realidad, leyes sanitarias. La salubridad se constituyó en el objetivo central de la ordenación urbana y el resultado fue una disminución espectacular de las desigualdades en salud y un aumento notable de la esperanza de vida. Desde entonces, y a pesar de algunos encuentros esporádicos, urbanismo y salud pública se han ido alejando de forma paulatina.
- 2.** Sin embargo, la planificación urbana sigue directamente ligada a la salud pública. Las principales causas de muerte y discapacidad en el siglo XXI son debidas a las enfermedades no transmisibles -principalmente las cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes-, todas ellas enormemente influenciadas por las condiciones de vida de las personas. Los planes, políticas e iniciativas de los planificadores urbanos y las profesiones relacionadas pueden tener un gran impacto en las condiciones en las que las personas viven y trabajan, en el acceso a instalaciones, bienes y servicios, en sus estilos de vida y en su habilidad para desarrollar fuertes redes sociales. La urbanización sigue vinculada a muchos problemas de salud relacionados con el agua, la contaminación, el medio ambiente o los brotes epidémicos. Pero también a otros nuevos como el

sedentarismo, la contaminación atmosférica, el ruido, la soledad o la falta de vínculos y apoyos sociales.

3. Disfrutar de la mejor salud posible es un derecho y la responsabilidad de respetar este principio es de cada persona, la sociedad civil y los gobiernos. Es necesario reorientar los enfoques tradicionales de cómo se gana salud y bienestar y reconectar el urbanismo con la salud pública en un marco de buena gobernanza que reduzca las desigualdades y facilite el desarrollo y el potencial de salud de cada individuo tanto en los aspectos físicos y psíquicos como en los sociales. Los estilos y condiciones de vida han cambiado de manera notable. Una ciudad se va haciendo generación a generación intentando dar respuesta a las necesidades de cada momento histórico muchas de las cuales ni tan siquiera se sospechaban cuando se aprobaron las primeras leyes higienistas. La sociedad de la información, la globalización, los límites de los recursos y de la biocapacidad del planeta y, en algunos países, una población mucho más envejecida, obligan a que urbanismo y salud pública vuelvan a necesitarse mutuamente.

4. El primer derecho de la ciudadanía es que el lugar de residencia posibilite una vida sana que permita su bienestar y el desarrollo físico, psíquico y social. Para ello, tanto el planeamiento como el diseño urbano han de considerar de forma prioritaria los avances y conocimientos del área de salud pública. Los expertos de ambos campos deberían trabajar conjuntamente

estableciendo un vocabulario común que permitiera el intercambio de información de forma fluida. Parece, por tanto, necesario que en los equipos encargados de organizar y diseñar la ciudad se integren profesionales de la salud pública y que éstos consideren las posibilidades que ofrece el urbanismo para conseguir disminuir la incidencia de determinadas patologías, bien con carácter general o disminuyendo las desigualdades derivadas de patrones espaciales específicos.

5. Resultaría de gran ayuda para planificadores y diseñadores urbanos que se elaboraran, por parte de la administración, guías y recomendaciones que recogieran con bases y consenso científico suficiente los conocimientos en salud pública aplicables a la

construcción de la ciudad. Asimismo que se desarrollaran trabajos de investigación conjuntos encaminados a relacionar ambas áreas de conocimiento. También que las autoridades locales, autonómicas y estatales, en el marco de sus competencias, revisaran la legislación para introducir los cambios necesarios para adaptarla a las necesidades actuales. Algunas ordenanzas municipales contienen en su articulado obligaciones para el planificador, el diseñador urbano o incluso para arquitectos o ingenieros, que se aprobaron en su momento para resolver el problema de la ciudad surgida de la Revolución Industrial y que cuentan con más de un siglo de antigüedad. Los avances en urbanismo y arquitectura bioclimática aconsejan una revisión a fondo de la normativa, así como la introducción de

elementos nuevos, particularmente en el campo de la salud mental y la contaminación.

6. Parece imprescindible reconsiderar tanto la información como la formación en estas materias. Respecto a la información el propósito es que sea veraz, en tiempo real y cercana (comprensible para la ciudadanía). Y respecto a la formación se trata de introducir en los planes de estudios de los profesionales en estas materias los conocimientos mínimos que permitan luego proyectar, planificar, investigar y trabajar de forma conjunta con un vocabulario mínimo que facilite la comprensión entre especialistas.

7. Algunas conclusiones ya más específicas de la mesa en la que se trató el tema de “La naturaleza en la ciudad”, fueron las siguientes:

- La introducción de la naturaleza en la ciudad puede ayudar a evitar problemas físicos y mentales. Parece existir una relación directa entre ambientes naturales y recuperación más rápida de los niveles normales de estrés. Asimismo la existencia de entornos naturales propicia la actividad física, básica en la prevención de muchas enfermedades.
- Las áreas de naturaleza deben estar adecuadamente repartidas por la ciudad de forma que sean accesibles a todos sus habitantes, incluidos niños y personas mayores por lo que las distancias a las viviendas deben calcularse de

forma que sea posible llegar a pie a las mismas. Además su configuración y diseño deben ser adecuados para que hagan posible las relaciones sociales entre usuarios facilitando las mismas.

- Se debería conceder una mayor importancia en el planeamiento a las áreas agrícolas y de naturaleza periurbanas de forma que existiera una relación fluida y, a ser posible, con acceso a pie entre dichas áreas y los centros urbanos. Así como los espacios verdes de proximidad deben cumplir una función de socialización y equipamiento, los menos urbanos parecen fundamentales para conseguir compensar el excesivo número de estímulos que son característicos de la ciudad.
- 8.** Las relativas a la mesa “Participación pública y educación ciudadana: construir nuestra ciudad”, fueron las siguientes:

- La ciudad debería construirse y organizarse por sus propios ciudadanos mediante mecanismos de participación reales. Se constata que en la mayor parte de los planes urbanísticos esta participación es un simple requisito casi burocrático. Para que la participación sea verdadera los participantes en el proceso deberían contar con información y formación suficiente para poder

decidir conociendo el alcance y consecuencias de las decisiones que tomen. • La planificación y organización de la ciudad debería entenderse como un

proceso, de forma que la participación no se reduzca a un momento puntual sino que abarque todas las etapas, desde la fijación de objetivos hasta el seguimiento de las actuaciones que se lleven a cabo. Esto significa que debería de existir alguna estructura permanente que lo posibilitara. En particular, las decisiones que afectan a la salud ciudadana deberían ser consideradas de prioritarias por su manifiesta importancia.

9. Las de la mesa “Ciudad y contaminación, la pasividad o la responsabilidad”:

- La contaminación ambiental tiene una importante responsabilidad en la carga de enfermedad que padecen las poblaciones. Reduciendo la exposición a factores ambientales de riesgo se consigue un beneficio muy importante en salud con una alta rentabilidad económica. En los costes ambientales habría que incluir los gastos en salud lo que probablemente haría variar el balance global, aún sin tomar en consideración los dramas personales que se producen. Al considerar esta incidencia no habría que hacerlo a partir de las personas sanas sino precisamente desde los grupos de población más vulnerables tales como ancianos, niños, enfermos crónicos o grupos desfavorecidos, ya que sufren más al ser sometidos a estos

factores ambientales de riesgo.

- En áreas urbanas se debería desarrollar un sistema integrado de vigilancia en salud y medio ambiente mediante la coordinación de los diferentes sectores y administraciones implicadas. Asimismo sería necesario establecer mecanismos de comunicación efectivos entre los gobernantes y la ciudadanía, con el fin de facilitar la aplicación de medidas de control ambiental y evaluación de su impacto en salud.
- Las medidas correctoras en materia de contaminación se deben llevar a cabo de manera constante y progresiva, no sólo cuando se alcanzan los niveles máximos, ya que sólo de esta manera se podrá reconducir la situación tendencial desfavorable a otra más deseable. Además, estas medidas deberían incidir en las dos partes del problema: reduciendo las emisiones y aumentando los sumideros capaces de neutralizarlas. Para conseguirlo resulta imprescindible cambiar el modelo de organización urbana mediante un urbanismo participativo.
- Los impactos generados por la contaminación pueden ser de dos tipos. Aquellos que influyen de manera directa sobre la salud humana y los que lo hacen de forma indirecta

incidiendo sobre el entorno, los animales y las plantas con las que conviven los seres humanos. Las actuaciones, tanto de mitigación como de adaptación a las nuevas condiciones, por ejemplo las generadas por el cambio climático, habrán de considerar estos dos aspectos.

10. Las conclusiones de la última mesa en la que se trató el tema de “Ciudades sanas y amables, ciudadanía activa”:

- Planificar pensando en todos los colectivos sociales, pero poniendo un énfasis especial en los más vulnerables, como las personas ancianas y menores. El segmento de población mayor de 65 años representa ya el 17% del total, se ha multiplicado por 2.5 en el último siglo y la tendencia es a seguir aumentando.
 - Proporcionar espacio público con cabida para la diversidad y que fortalezca el tejido social.
 - Las ciudades deberían diseñarse de forma que los servicios y equipamientos básicos fueran accesibles a pie. De cualquier forma, en caso de conflicto habría que establecer claramente las prioridades: en primer lugar el peatón, luego el ciclista y el transporte colectivo y, en último lugar, el automóvil privado. Asimismo, los elementos que configuran el espacio público deberían proyectarse para su uso por las personas más vulnerables.

- Parece imprescindible integrar las diferentes políticas e instituciones que inciden en la organización y construcción de la ciudad en el escalón local, único que parece adecuado para conseguirlo. Pero, a la vez, la participación ciudadana real aparece como un elemento necesario de buena gobernanza.
- La reciente Ley General de Salud Pública posibilita la evaluación del impacto de las actuaciones urbanas sobre la salud. Desde el punto de vista técnico habría que configurar un método efectivo que permitiera valorar este impacto integrándolo en el actualmente existente de planes y programas, y en concreto del planeamiento urbanístico, de forma que se garantizara una tutela efectiva de la salud pública previa al proceso urbanizador. Los participantes en el Encuentro pretendemos que esta reunión tenga continuidad y se difundan sus resultados. Por ello algunos de los participantes decidimos constituirnos en el Colectivo Lazareto de Urbanismo y Salud Pública, con el objetivo de promover el diálogo y el intercambio de conocimientos así como de dar visibilidad a estas conclusiones.

La reforma de la salud pública

Public health reform

**Margarita Buades^a, Antoni Plasència^{b,*},
Elena Cabeza^a y José Luis De Peray^b**

^a*Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears, España*

^b*Dirección General de Salud Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de marzo de 2009 Aceptado el 31 de marzo de 2009

On-line el 18 de junio de 2009

** Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: antoni.plasencia@gencat.cat (A. Plasència).

RESUMEN DEL ENCUENTRO

Este documento es un resumen ejecutivo de los principales contenidos que se presentaron y debatieron en el encuentro sobre la reforma de la salud pública que se celebró en la Escola d'Estiu de Salut Pública, en Maó (Menorca – Illes Balears), los días 22 y 23 de septiembre de 2008.

A este encuentro, organizado por la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, fueron invitados representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, los directores generales de salud pública de las 17 comunidades autónomas (CC.AA.) y de las ciudades de Ceuta y Melilla, el Director del Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas de la Organización Mundial de la Salud, algunos representantes de la administración local y expertos relacionados con los procesos de reforma de la salud pública que se están llevando a cabo en los últimos tiempos. Con el fin de agilizar los debates, se acordó restringir el número de participantes a 35.

El propósito del encuentro fue intercambiar información y experiencias entre las CC.AA. sobre los procesos de reforma de la salud pública iniciados o que se están planteando, debatir sobre las políticas que articulan dichas reformas, así como

conocer y analizar las propuestas de los modelos de funcionamiento y organizativos basándose en experiencias concretas.

Recoger los principales contenidos del debate, huyendo de un resumen de lo presentado, es lo que pretende este documento. El contenido del programa se encuentra disponible por si puede ser de interés para algún lector¹. El encuentro no pretendió en ningún momento lograr un consenso entre los participantes. Por ello, la síntesis de las conclusiones es responsabilidad exclusiva de los organizadores y no representa necesariamente la transcripción literal de las intervenciones, ni tampoco la opinión de todos los asistentes.

1. Una de las claves de los procesos de reforma de la salud pública es el paso de las ideas a la acción. La dificultad para dar dicho paso ha sido, sin duda, el principal escollo por el cual la reforma de la salud pública en España se está planteando tan tarde. Ninguna situación crítica de suficiente envergadura similar a la epidemia del SARS en Canadá o a la crisis de la encefalopatía espongiforme bovina del Reino Unido ha contribuido a acelerar una reforma estructural de la salud pública. Ésta es la misma que hace más de medio siglo, y los retos que afronta son los de un presente y un futuro que poco tienen que ver con los determinantes de la salud del pasado: la globalización, los problemas de salud emergentes, las dinámicas y la composición de las familias, el cambio clima

ático, la internacionalización de la economía, la multiplicación de los riesgos para la salud, los estilos de vida y las conductas de las personas, los avances de la genética, la estructura y la organización de los servicios de salud, las tecnologías de la información y de la comunicación, la movilidad y la constitución de las poblaciones y de la estructura social, los patrones de comportamiento y de consumo, y los valores sociales y políticos, son algunos ejemplos de cómo las cosas han cambiado. Mientras, los servicios de salud pública se mantienen con elementos y modelos propios más del pasado que del momento actual.

2. Existe un contenido conceptual sólido sobre qué es la salud pública y cómo deben ser sus servicios, que representa realmente un cambio de paradigma, pero los procesos estratégicos, incluidas las decisiones políticas, que permitirían las reformas de la salud pública, son remisos a implantarse. Esta situación no sólo no gestiona las expectativas crecientes profesionales y sociales, sino que en la medida en que las decisiones se postergan, se producen frustraciones difíciles de manejar que generan nuevo y creciente escepticismo ante la acción dinamizadora de las ideas y las decisiones políticas. Reconvertir este ciclo requiere una fuerte dosis de valentía política, capacidad de liderazgo y energía reformadora.
3. Un marco conceptual basado en el modelo de los determinantes sociales de la salud debería guiar la perspectiva de las políticas y de los programas de salud pública. Además,

debe haber una intensidad en la acción en el territorio, de forma que las políticas se expresen en el ámbito local y de forma próxima y manifiesta a la ciudadanía. La visibilidad de la acción de la salud pública, y por tanto su conocimiento y reconocimiento, es todavía una cuestión pendiente.

4. Las justificaciones basadas en la argumentación de la falta de evidencias sólidas, relacionadas con los beneficios de los procesos de reforma de la salud pública y de qué forma deben realizarse, constituyen un lastre difícil de seguir sosteniendo. Y no sólo porque muchas de las evidencias están en proceso de establecerse, sino porque el propio paradigma de establecer evidencias en materia de salud pública requiere superar el marco del ensayo clínico controlado, que es como se acostumbra a justificar la evidencia, o su falta. En la medida en que se vayan instaurando experiencias de reforma, de acuerdo con elementos de gestión y evidencias “en progreso”, podrá formularse un modelo progresivamente sólido. El reto es, por tanto, construir, gestionando lo más razonablemente posible la incertidumbre².
5. La reforma de la salud pública debería ir más allá de la mera reestructuración de los servicios de salud pública para que alcancen mayor solidez. Sería insuficiente reforzar los servicios de salud pública para hacer lo mismo que se ha hecho hasta ahora. El modelo que responsabiliza al individuo de los estilos o hábitos de vida que adopta es incompleto, ya

que existen otros factores de índole social, más o menos estructurales, que los determinan, como son las condiciones de trabajo y de la vivienda y la influencia en la vida social y comunitaria, o la acción de los operadores económicos. Sin actuar sobre estos determinantes difícilmente podrá avanzarse hacia el logro del objetivo principal, que no es otro que mejorar la salud de la población de manera equitativa.

6. Los principales elementos sobre los cuales se construiría la reforma serían el liderazgo político, las buenas prácticas en salud pública en los momentos críticos e intercríticos, potenciar el papel de la intersectorialidad buscando complicidades y “parternariados” también fuera del sistema de salud, un adecuado marketing social y el benchmarking, sin olvidar el papel de las alianzas y la colaboración internacional.
7. Es importante que en el conjunto de las administraciones públicas se tome conciencia del impacto que las políticas no sanitarias (como la vivienda, el transporte, el urbanismo y el empleo, entre otros) tienen en la salud y en la equidad en salud. Para ello, la formación y la sensibilización en materia de determinantes de la salud es esencial, y es en salud pública donde se encuentran los profesionales con mayor preparación para extender dicha cultura.
8. En este sentido, Salud en todas las políticas³ es no sólo una idea, sino una estrategia necesaria para, conjuntamente con la

Evaluación del impacto en salud^{4,5}, poder mostrar ejemplos reales de la aportación de los valores de la salud pública aplicados a casos concretos que permitan pasar las ideas a la práctica, y visualizar los métodos y las diferencias.

9. La integración del valor salud en las agendas de los otros sectores, especialmente en los que tienen responsabilidades sobre los determinantes de la salud, ha de hacerse con la intención de conocer y apropiarse también otros valores. Esta visión amplia y compartida ha de permitir que los otros sectores también hagan suyos valores de salud pública, a partir de la necesidad y la práctica de trabajar en el mundo real. Ceder o compartir el protagonismo debe permitir la demostración del rol y los valores de los otros, con quienes compartimos la acción.

10. Se requieren nuevas competencias y habilidades profesionales básicas en el ejercicio de la salud pública, especialmente las relacionadas con las técnicas de negociación y comunicación. En este sentido hay que aprovechar las oportunidades que ofrecen las crisis y las acciones conjuntas con los referentes de la salud pública. Los argumentos económicos y la búsqueda de las bolsas de eficiencia presentes en el conjunto pueden permitir despertar el interés de los decisores; sin olvidar el papel de la ciudadanía, que sólo se logra con la transferencia de

conocimientos a la sociedad.

En cualquier caso, el modelo constructivo es de abajo arriba, pero sin menospreciar la función de las sociedades profesionales (p. ej., SESPAS), el benchmarking interautonómico, profundizar en el ejercicio de las competencias, y el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, buscando un liderazgo de la salud pública dentro del sector salud, no sólo en el terreno de los conocimientos sino también en el de la gestión. Estas estrategias han de tener el común denominador de ser estrategias "ganar-ganar*", buscando áreas de intereses y beneficios comunes (algunos ejemplos serían las políticas de prevención de accidentes de tráfico, los problemas de salud medioambientales, la salud laboral y la reducción de daños derivados del consumo de sustancias).

11. En cualquier caso, el modelo constructivo es de abajo arriba, pero sin menospreciar la función de las sociedades profesionales (p. ej., SESPAS), el benchmarking interautonómico, profundizar en el ejercicio de las competencias, y el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, buscando un liderazgo de la salud pública dentro del sector salud, no sólo en el terreno de los conocimientos sino también en el de la gestión.

12. Estas estrategias han de tener el común denominador de ser estrategias "ganar-ganar*", buscando áreas de intereses y beneficios comunes (algunos ejemplos serían las políticas de prevención de accidentes de tráfico, los problemas de salud

medioambientales, la salud laboral y la reducción de daños derivados del consumo de sustancias).

13. La participación de la sociedad civil y de sectores de ámbito privado en la elaboración de políticas sanitarias y no sanitarias hace que las decisiones sean más justas. Además, la implicación de la población a que va dirigida la política tiene un valor intrínseco porque produce por sí misma un impacto positivo en algunos determinantes sociales de la salud, como son el capital social (apoyo y redes sociales) y la autoestima individual y colectiva. La implicación del sector privado debe tenerse en cuenta para que actúe con responsabilidad, ya que supone una parte muy importante de las iniciativas en muchos sectores.

14. Los retos globales y las respuestas a las crisis han de considerarse como oportunidades para la modernización de los servicios de salud pública. Difícilmente se podrá ser eficaz con la actual organización de servicios. La capacidad resolutoria y la eficacia han de distinguir a los nuevos equipos de salud pública que surjan de los procesos de reforma que se inicien.

15. Los instrumentos normativos asociados, especialmente las leyes de salud pública, y también los decretos, tienen la ventaja de que establecen un escenario y marcan un camino. Los procesos de elaboración y consenso tienen la aparente desventaja de que consumen tiempo, pero permiten una

pedagogía y generan la visión compartida de que han de ser considerados como un proceso global de reflexión de utilidad, ayudando a la gestión del cambio y al establecimiento de un modelo organizativo que responda eficazmente a los retos de la salud pública. Las preguntas están en la existencia y la gestión de 17 posibles futuras leyes de salud pública, la también futura ley estatal de salud pública y la normativa europea al respecto.

16. Los instrumentos normativos pueden poner fin a la resolución de los problemas de competencias de las administraciones en las dos interfases: la estatal-autonómica y la autonómica-local, buscando la eficacia y la eficiencia. A la vez puede resituarse la función de la gobernanza o de gobierno relacional, entendida como eficacia, calidad y buena orientación de la intervención de las administraciones, que les proporciona buena parte de su legitimidad.

17. Las normativas en el ámbito de la salud pública tendrían que contemplar los aspectos que se desprenden del nuevo derecho a la salud, derivados del reconocimiento de las actividades y servicios de salud pública como una prestación del sistema. Además de contemplar de forma integrada los determinantes (sociales) de la salud, la evolución del impacto en la salud y la lucha contra las desigualdades como ámbitos de acción preferente de la salud pública, la normativa en salud pública debe proponer una estructura de red de servicios basada en la efectividad y la eficiencia, con

financiación suficiente e integradores de las principales líneas de provisión de la salud pública, y facilitadores de la cooperación con otros dispositivos del sistema de salud, especialmente los de atención primaria.

18. La concreción del conjunto de actividades y servicios a los que tiene derecho la ciudadanía queda recogida en la cartera de servicios de salud pública. Ésta contempla las líneas principales de actividades: protección de la salud, promoción y prevención, vigilancia de la salud pública, seguridad alimentaria y salud laboral.

19. El ejercicio de la salud pública va a precisar profesionales con perfiles, competencias y habilidades que el sistema educativo y universitario no provee actualmente de manera adecuada. Son precisamente los profesionales de la salud pública los que harán el cambio y proyectarán la reforma de los servicios de salud. Los perfiles profesionales actuales, de múltiples procedencias, tienen la responsabilidad de ser precursores de los nuevos profesionales. Éstos han de proceder de un diálogo entre las administraciones, la academia y los servicios de salud pública. El proceso va a requerir tiempo, inversiones y dedicación.

20. Las fortalezas del proceso van a provenir, entre otras, de las oportunidades que brinda el Espacio Europeo de Educación

Superior (<http://www.eees.es/>) de la especialidad de medicina preventiva y salud pública, del CIBER de salud pública (<http://www.ciberesp.es/>), de las administraciones comprometidas en los procesos de reforma, de las sociedades científicas que giran en la órbita de la salud pública, de los perfiles de competencias profesionales y de las revistas científicas.

21. La carrera profesional de salud pública, entendida como forma y derecho de desarrollo profesional de la misma manera que lo es en el conjunto de los profesionales del sistema de salud, particularmente en el modelo asistencial, debe reflejar el reconocimiento a los conocimientos, la experiencia y el cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios. Además, la carrera profesional debe cumplir con la función de atraer profesionales hacia la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escuela de verano de salud pública. Mao', 2008. Programa del encuentro (22 y 23 de septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.evsp.cime.es/Contingut.aspx=IDpub=1755>.
1. Maquiavelo N.)Todo innovador tiene como enemigos a cuantos el viejo orden beneficia y como tibios defensores a aquellos a quienes las nuevas leyes beneficiarían*. El Príncipe (1513).

2. Sta° hl T, Wismar M, Ollila E, et al., editores. Health in all policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 2006. [Acceso el 29 de diciembre de 2008.] Disponible en: http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915_2.
3. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels: European Centre for Health Policy; 1999.
4. Morgan RK. Health impact assessment: the wider context. Bull World Health Organ. 2003;81:390.

Menorca Statement on Disease-Mongering

We believe the problem of disease-mongering is now a major threat to human health.

The boundaries that define treatable illness are too often being widened in order to expand markets for those who sell tests and treatments, transforming healthy people into patients, by medicalising mild problems, portraying risk factors as diseases, exaggerating health threats, and sometimes creating whole new categories of illness.

The dangers of disease-mongering include the harms of unnecessary diagnostic tests and treatments, loss of personal autonomy, waste of scarce resources, diversion of attention to non-medical means of addressing health problems and reducing risks, including the urgent work on health inequities and the social and environmental determinants of disease. Notwithstanding genuine problems of under-treatment, and the great benefits from pharmaceuticals and other medical advances, we are concerned that over-diagnosis and over-treatment are becoming a serious threat to health of patients and populations, globally.

The problem of disease-mongering is due in part to unhealthy impact of marketing by health care industries, particularly pharmaceutical manufacturers, whose ‘awareness-raising’ campaigns distort our understandings of disease and pervert health priorities. Acknowledging that many actors are engaged in these unhealthy processes, and share responsibility for dealing with them, we echo the growing

calls from leading international bodies for much greater independence between industry and health professionals.

Importantly we believe the panels empowered to define the boundaries of conditions, set thresholds for diagnosis, and write guidelines for treatment may be more credible if they were free from all financial ties to industry. Moreover fresh newly constituted panels may benefit from being more broadly representative of a diverse group of health specialists and civil society figures.

The Menorca Statement is written to encourage people everywhere to learn more about the problem of disease-mongering, including but not limited to the following groups: medical and public health associations and agencies, health technology assessment groups, professional societies, policy-makers, academic institutes, medical journals, journalists associations, consumer, citizens, environmental and advocacy groups.

Addressing disease-mongering is becoming part of the agenda of contemporary medicine, public health and other life and social sciences. In order to facilitate this process further, we are investigating the possibility of developing an informal global network which may involve surveillance of examples of disease-mongering, sharing intelligence about case studies, and developing responses to the problem, including ways to better enhance the capacity of all citizens to make rational decisions about health and illness.

Declaración del Lazareto de Mahón: Evaluación de las Competencias Profesionales en el Pregrado

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN MÉDICA (SEDEM)

Las Facultades de Medicina españolas han iniciado un nuevo proceso de reforma curricular en el marco de la creación del Espacio Común Europeo de Educación Superior (Acuerdos de Bolonia). Uno de los puntos clave de dicho proceso es la necesidad de estructurar los currículos en base a competencias, y por ello, las Facultades de Medicina han empezado a trabajar en este sentido.

En base al control de calidad del proceso de formación, hay que tener presente que la definición de competencias en el currículum es un paso previo para la comprobación de que los estudiantes las han adquirido. Por todo ello, la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) conjuntamente con la Universidad de Barcelona y bajo los auspicios del Instituto de Salud Carlos III*, organizaron los días 23 y 24 de septiembre de 2004 en el marco de la Escuela de Verano de Salud Pública del Lazareto de Mahón (Menorca), un Encuentro de la EVSP en el que se trató el tema *¿Cómo se evalúan las competencias profesionales en el pregrado?*.

Dicho Encuentro tuvo el formato de un taller dinamizado por dos expertos en procesos de evaluación de las competencias profesionales de las profesiones sanitarias. En el Encuentro participó una representación de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas, del Instituto de Salud Carlos III y de la SEDEM.

Las sesiones permitieron llegar a la formulación de una serie de puntos básicos que constituyen la *Declaración del Lazareto de Mahón* que se transcribe a continuación. La SEDEM los hace suyos y solicita a todos los agentes implicados en la Educación Médica en general y especialmente a todos los agentes implicados en la reforma curricular que los asuman y se solidaricen con los términos que se expresan en los siguientes puntos:

Declaración del Lazareto de Mahón.

1. Las Facultades de Medicina deben definir explícitamente las competencias que han de adquirir sus licenciados. Asimismo, deberían establecer un contrato Facultad- Alumno en base a las competencias que la Facultad debería enseñar y el alumno aprender.
2. Las Facultades de Medicina deben trabajar en un proceso de reforma curricular que conduzca a la elaboración del plan de estudios basado en las competencias definidas. Por ello, deberían elaborar una estrategia a largo plazo que contemple tanto el proceso participativo mediante el cual los agentes implicados definirán las competencias, como el desarrollo e implementación de las estrategias de aprendizaje necesarias para lograr su adquisición y evaluación.
3. Todos los agentes implicados, tanto internos (profesorado y estudiantes) como externos (colegios profesionales,

administración, proveedores de servicios de salud, sociedades científicas) deben participar activamente en el proceso.

4. Para facilitar la implicación de los profesores encargados de participar en el proceso, se debería fomentar, por parte de las Facultades, la participación de expertos en Educación Médica que colaboren en la formación y asesoramiento del profesorado en los sistemas de definición y evaluación de las competencias profesionales.
5. El proceso de evaluación de las competencias, como cualquier otro proceso evaluativo, ha de ser válido, fiable y factible. El diseño del proceso debería tener en cuenta su aceptabilidad e impacto educativo tanto para los alumnos como para los profesores.
6. Sería deseable que en el momento de la implantación de los nuevos planes de estudio las Facultades dispusieran de experiencia en la evaluación de las competencias.
7. El proceso de evaluación de competencias debe iniciarse cuanto antes, y se debe ir implantando en todo el currículum. Aprendizaje y evaluación deben complementarse y retroalimentarse continuamente. Es bueno en este sentido desarrollar experiencias piloto asociadas a los procesos de evaluación de la calidad de los programas formativos o planes de estudios. De esta forma se dará respuesta también a las crecientes exigencias de las agencias evaluadoras.

8. El proceso de evaluación del aprendizaje y de las competencias profesionales se ve favorecido por la existencia de laboratorios de habilidades donde los estudiantes adquieren habilidades y destrezas de una forma continua. Por ello, las Facultades deberían facilitar la creación de estos laboratorios de habilidades, incrementando su dotación y mejorando sus prestaciones.

9. Con independencia de la estrategia de implantación continuada de aprendizaje y evaluación de competencias a lo largo de toda la carrera, se considera necesario establecer, al final de la Licenciatura, una evaluación formal, dotada de validez académica, de las competencias adquiridas. Conjuntamente con otros elementos, esta evaluación final de las competencias debería ser reconocida tanto por las asociaciones profesionales como por los programas de la formación postgraduada.

Declaration of Lazareto de Mahon.

Evaluation of Professional Competencies in Undergraduate Medical Education

The Spanish Society for Medical Education

Inside the framework of the European Area for Higher Education created by the Bologna Agreements, the Spanish faculties of medicine have initiated a new process of syllabus reform. One of

the key points in this process is the need to structure syllabuses according to competencies, and medicine faculties have been quick to respond.

As part of the quality control of the training process, the skills to be learnt in the syllabus must first be defined. To discuss ways of doing so, a meeting was held on 23 - 24 September 2004 during the Mahon Lazareto Public Health Summer School (Menorca). The meeting, entitled How are the professional competencies of undergraduate degrees evaluated?, was organized by the Spanish Association for Medical Education (SEDEM) in conjunction with the University of Barcelona and under the auspices of the Carlos III Health Institute*.

The meeting took the form of a workshop led by two experts in the processes of evaluation of professional competencies in the health professions. The National Conference of Deans of the Spanish Faculties of Medicine, the University of Barcelona, the Carlos III Health Institute and the SEDEM also participated.

At the end of the sessions, agreement was reached on a series of important points which were then gathered together to form the Declaration of the Mahon Lazareto. These points are presented below. The Spanish Association for Medical Education accepts and supports them, and urges all those involved in Medical Education and, especially, all those involved in syllabus reform, to uphold the terms expressed in the following statements:

Declaration of the Mahón Lazaretto

1. Faculties of medicine shall explicitly define the competencies that graduates must acquire. They shall also draw up a Faculty-Student contract based on the competencies to be taught and learnt.
2. Faculties of medicine must work on a process of syllabus reform leading to the design of study programs based on a set of previously defined competencies. To this end, faculties shall devise a long-term strategy which sets out the participation process through which those involved will define the competencies to be learnt, the development and implementation of the learning strategies needed to ensure that they are acquired, and procedures for the evaluation of the said competencies.
3. All those involved, both internal (faculty and students) and external (professional associations, administration, health service providers, scientific associations) shall participate actively in the process.
4. In order to promote the involvement of teaching staff, faculties shall encourage the participation of medical education experts able to provide training and advice for teaching staff in the processes of defining and evaluating professional competencies.
5. The process of competencies evaluation, like any other evaluation process, must be valid, reliable and feasible. The

design should aim to ensure its acceptability and educational impact among both students and teachers.

6. It is to be hoped that, when new study programs are introduced, faculties will already have experience in competencies evaluation.
7. The process of competencies evaluation must be initiated as soon as possible, and shall be implemented in all areas of the curriculum. Evaluation and learning must complement each other at all times. Pilot schemes should be devised for the evaluation of the quality of training and study programs and to respond to the growing needs of evaluation agencies.
8. The process of evaluation of learning and professional competencies is favoured by the existence of skills laboratories where students acquire new abilities. Faculties should promote the creation of skills laboratories of this kind, increasing the range of facilities they provide and improving the performance.
9. In addition to the strategy of continued implementation of learning and competencies evaluation throughout the degree, it is necessary to establish a formal, academically acknowledged evaluation of the competencies acquired at the conclusion of the degree. Together with other assessments, this final evaluation of the competencies acquired should be accepted both by

[Volver al índice](#)

professional associations and by post-graduate training programs.

Lazareto de Mahón, Menorca 24th September 2004

* Este encuentro ha contado con la ayuda del DURSI, Generalitat de Catalunya (Ajut 262, MQD, 2002)



Arriba de izqda. a dcha.:

J. García-Seoane, A. Gual, C. Blay, R. Pujol, J. Palés, C. Chung,
J.L. López-Colomés, A. Vallés.

Abajo, de de izqda. a dcha.:

F. Rodríguez de Castro, X. Gasull, J. Meana, J. Roma.

II Encuentro sobre la profesionalización del tutor de postgrado.

Las escuelas de salud pública en España: miradas diferentes para una necesidad común.

INTRODUCCIÓN

En el año 1991, *Lennart Kohler* en la revista *European Journal of Public Health* (*Köhler L. Public Health Renaissance and the Role of Schools of Public Health Eur J Public Health(1991)1 (1):2-9*) decía que en estos tiempos de cambios políticos, sociales y económicos, la salud pública de Europa vuelve a estar en el foco y apuntaba que las **Escuelas de Salud Pública**, por mucho tiempo la base para la educación de los líderes de salud pública, serían también en el futuro un papel clave en la promoción de la "nueva" agenda de salud pública. Esta afirmación la basaba en la conciencia ecológica y la participación pública en la salud de su enseñanza, la investigación y la política que puede hacer que se les vea como Centros de Relevancia y no sólo como centros de excelencia orientando así sus actividades a las necesidades de las nuevas generaciones de profesionales que pueden ser tanto de activistas y defensores de la salud. Terminaba comentando sobre que si la formación y la investigación son relevantes para la práctica y servicio a la comunidad, las escuelas estarán en el centro de la salud pública en vez de en la periferia de la medicina y reflexionaba sobre las estrategias a seguir.

El paraguas de la interdisciplinariedad frente a una clara dominancia médica habitual se plantea en un análisis de la **National School of Public Health** de la implementación de una Escuela como una respuesta de los Balcanes para la

eliminación de las causas de la violencia política. Pone sobre la mesa ideas de interés para poder ser un centro académico de excelencia e innovación, con el digno propósito de mejorar la salud de la población, con especial atención a los más desfavorecidos, marginadas y vulnerables, ayudando a la promulgación de políticas, la capacitación, el desarrollo de nuevos programas de formación para los derechos humanos y la salud pública, y contribuyendo a la salud pública regional.

Más cercana es la reflexión en Canadá (*Ted H. Tulchinsky, M. Joan Bickford. Are Schools of Public Health Needed to Address Public Health Workforce Development in Canada for the 21st Century? REVUE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE VOLUME 97, NO. 3. 248-250*) sobre la creación de instituciones federales de salud pública para trabajar con las autoridades sanitarias provinciales y locales, y que el futuro de la infraestructura de salud pública depende de la existencia de una fuerza de trabajo multidisciplinar y bien preparado. Apunta que en el pasado, Canadá formó al personal de la salud pública en las escuelas de medicina, pero en las últimas décadas, estos cursos se ofrecen principalmente en departamentos y centros de las escuelas de medicina. Las crisis de salud pública recientemente llevó a la creación de nuevas instituciones, la reorganización de la salud pública y en especial la capacidad de crear escuelas de salud pública autónomas dentro de las universidades, como se hace en los Estados Unidos y poco en Europa, que buscan abordar la complejidad de los desafíos de la "nueva salud pública" y de una

salud pública eficaz, renovando su imagen y elevando el perfil de la formación, investigación y servicios que ofrecen para satisfacer las necesidades.

En España, la escuela que ha sido objeto de más análisis es la **Escuela Nacional de Sanidad** (ENS) de la que *Josep Bernabeu* en el año 1994 comenta que el nacimiento y posterior desarrollo de dicho proyecto, sólo puede ser entendido en el marco de los importantes cambios que le tocó vivir en nuestro país en los finales de la década de los 20 y principios de los 30 y del intenso proceso de renovación en el campo de lo científico y lo sanitario, destacando el papel de *Gustavo Pittaluga*, como Director y principal impulsor del proyecto. La formación regular y específica para funcionarios que tenían la responsabilidad de todas aquellas cuestiones relacionadas con la higiene y la sanidad pública era una necesidad planteada a inicios del siglo XX y que estaba basada en la deficiente formación de los médicos en materia de la acción preventiva-social y la falta de formación universitaria de dichos aspectos. Hay que destacar que el nacimiento de la ENS fue la respuesta a una reivindicación ampliamente compartida por diferentes sectores, curiosamente, e incluso para *Francisco Murillo*, director general de sanidad, fue la culminación de una obra, con una institución con dos ramas basadas en laboratorios y un hospital de infecciosas, completado por elementos de "la higiene moderna" que permitieron diseñarla con las más novedosas orientaciones del momento, incorporando a sus programas y claustro de profesores, los conocimientos y los

docentes más adecuados. *José María Martín Moreno*, que fue director de la ENS en el periodo 1995-2000, además de alumno y profesor, destaca esta magnífica investigación y recopilación histórica de *Josep Bernabeu*, apuntando la colaboración entre España y la Fundación Rockefeller (*una de las instituciones que más contribuyó al desarrollo de la salud pública durante el período de entreguerras en Europa y en el mundo*), en un contexto histórico caracterizado por las importantes transformaciones que vivió España en los años finales de la década de los veinte y principios de los treinta, y donde hay personajes históricos cuya figura valora que, hay que reivindicar, como es el caso del *Dr. Gustavo Pittaluga*, que en el bienio 1930/1932, fue el Director y principal impulsor de la ENS como escuela moderna, que posibilitó la incorporación de profesionales de reconocido prestigio y con vocación de adaptación a los retos de salud pública del momento. Parece que las circunstancias que le tocó vivir a nuestro país como consecuencia de la guerra civil influyeron, no cabe duda, en que el proyecto no se desarrollara con toda la fuerza prevista por *Pittaluga*, pero la iniciativa es digna de mención.

Rafael Manzanera en el **Informe SESPAS de 1998**, escribía que las actividades de salud pública en el ámbito académico se llevan a cabo en los departamentos universitarios, en los centros públicos de investigación y en las Escuelas de Salud Pública, que han mostrado un crecimiento considerable en los últimos años, aunque planteaba que las actividades de investigación,

consultoría y asesoramiento sanitario eran francamente mejorables.

Andreu Segura escribía en El País (*Andreu Segura. Patxi Català, creador de la Escuela Andaluza de Salud Pública http://elpais.com/diario/2003/11/25/agenda/1069714808_850215.html*), una necrológica sobre **Patxi Catalá**, la persona que creó la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en 1985, la primera de las escuelas de salud pública creada en el ámbito autonómico en España y la que, él decía, mejor ha capeado las inclemencias de un sistema sanitario desproporcionadamente volcado a la asistencia. Y seguía explicando que Patxi desde la nada consiguió hacer la EASP espejo y referencia de la salud pública andaluza, española e internacional, de manera que la salud pública asumiera la responsabilidad de vanguardia y estímulo para el conjunto del sistema sanitario del que forma parte, contribuyendo efectivamente a la mejora de la salud de la población y a la racionalización de las organizaciones sanitarias. Las escuelas de salud pública apuntaba deberían contraponer a la esterilidad de la retórica y las polémicas doctrinales, las actividades de investigación y docencia que más falta hace a los servicios sanitarios.

En esta línea, en el **Informe SESPAS 2010** (*F. García Benavides. En la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010 <http://>*

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001883),

Fernando García Benavides decía que la progresiva institucionalización de la salud pública en España, hace que sea esencial una reflexión sobre la formación de los profesionales de salud pública. Y seguía, diciendo que convertirse en un profesional de la salud pública requiere un cierto grado de competencia en el desarrollo de las actividades para promover y proteger la salud de los ciudadanos, sobre todo la de la población en general. Esta adquisición de competencias comentaba que continúa durante toda la vida profesional, comenzando con una maestría en salud pública hasta que se logre una experiencia avanzada, caracterizada por la capacidad de innovar, liderar y provocar cambios en la salud pública, tanto a nivel nacional como internacional.

Sorprende encontrar tan poca literatura sobre el papel de las escuelas de salud pública en España. Sorprende que no haya casi publicaciones científicas que hablen y analicen su trabajo, y más cuando nos encontramos en estos momentos con instituciones ya maduras como la **Escuela Andaluza de Salud Pública** y sus 30 años, la **Escuela de Verano de Salud Pública** con 25 y desde el año 1924, la **Escuela Nacional de Sanidad**.

METODOLOGÍA:

A partir de ese contexto y de la poca información existente, diversos expertos relacionadas con las diversas escuelas, han respondido a 3 preguntas sobre el papel de cada uno de ellas, la valoración o impacto de las escuelas de salud pública en la mejora de la salud pública en España y por último, una reflexión sobre hacia donde hay que ir en el futuro.

Para ello, se ha entrevistado (presencialmente, por teléfono o vía correo electrónico) a Carlos Álvarez Dardet (Catedrático de Salud Pública en la Universidad de Alicante y persona que estuvo ligado al IVESP), Andreu Segura (director del área de salud pública del Institut d'Estudis de la Salut y que fue director del Institut Universitari de Salut Pública), José María Martín Moreno (fue director de la ENS, y profesor de la EASP, además de director general de salud pública del Ministerio de Sanidad), Fernando García Benavides (Profesor titular de la Universidad Pompeu Fabra y Coordinador Programa de Formación CIBERESP), Ferràn Martínez Navarro (fue director de la ENS), José Martínez Olmos (Profesor de la EASP y fue secretario general de Sanidad, del Ministerio de Sanidad), Luís Andrés López Fernández (profesor de la EASP y consultor de OPS), José Manuel Freire (Fue director de la ENS y anteriormente, Consejero de Sanidad del País Vasco), Miguel Carrasco, (fue secretario general del Centro Universitario de Salud Pública CUSP de Madrid) y a Marisa Rebagliato, Idefonso Hernández y Matías Torrent en nombre del

Consejo Académico de la Escuela de Verano de Salud Pública de Menorca EVSP.

RESULTADOS:

1. APORTACIONES DE CADA UNA DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

Ferrán Martínez Navarro como director que ha sido de la **ENS**, valora que la **Escuela Nacional de Sanidad** tiene un carácter histórico en el desarrollo de la salud pública, española especialmente en su primer momento (1924 -35) en que alcanzó un papel fundamental en la formación de los cuadros de la salud pública y la realización de los cursos de Oficial Sanitario, como primer programa de formación en higiene pública. Su papel en la formación e introducción de los nuevos conceptos fue evidente. Igualmente lo fue su papel asesor respecto a la dirección general de sanidad. Posteriormente, durante la dictadura, a pesar del reconocimiento de que fuera un organismo asesor, que continuara la labor del *Instituto Nacional de Sanidad (antiguo Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII)*, lo cierto es que se observó una larga decadencia, manteniendo algunos de los rasgos fundamentales de sus inicios, y su participación en programas de formación continuada dirigidos a los sanitarios local, en concreto la *Obra de Perfeccionamiento Sanitario*. Esta

decadencia apunta *F. Martínez Navarro*, ha cambiado a partir de los 90 y en conjunto, de este largo periodo (90 años) lo más importante ha sido su supervivencia en la formación de recursos humanos, así como en la introducción de nuevas propuestas formativas, en epidemiología, promoción de salud o gestión de servicios.

La **ENS** tuvo en la democracia, según *Ferrán Martínez Navarro*, un nuevo resurgimiento, potenciado por la integración en ella, de la Escuela Nacional de Dirección de Hospitales que potenció la propuesta formativa y mantuvo la visión tradicional de la salud pública (*revitalizada por el acuerdo para la formación del MIR de preventiva, junto a la formación en gestión y administración sanitaria*). Destaca, además, su relación con la *Johns Hopkins University*. Para él, en los últimos veinticinco años, la aparición de nuevas escuelas y la modernización de la formación de grado y posgrado en la universidad, ha conformado un nuevo marco en el que se observa una progresiva especialización de las escuelas y en ese contexto es evidente su papel en la formación en salud pública, epidemiología en el terreno y administración sanitaria principalmente. *Martín Moreno* apunta que la ENS ha sido en cierta forma la Escuela de Salud Pública inspiradora a partir de la cual han surgido los profesionales que han hecho posible las demás Escuelas de Salud Pública en España, y cree que programas como el de Oficial Sanitario/Master en Salud Pública y, sobre todo, el de Diplomado en Sanidad, pese a los altibajos propios y la Escuela Nacional de Sanidad, como institución, ha

hecho, a lo largo de todas esas décadas, aportaciones de gran valor a la salud pública en España en general y, en particular, a los programas de las diferentes escuelas de salud pública que han ido surgiendo en las Comunidades Autónomas de nuestro país.

José Manuel Freire, que tuvo responsabilidades políticas por una parte y por otra de dirección de la ENS, plantea una visión basada en su estancia en Londres (*modelo anglosajón, con consejo académico con personas de diferentes procedencias y países, que ayudan a enriquecer la visión y el trabajo de dicha escuela*) y su escuela de salud pública, ante una ENS que tenía poco impacto y que era residual. Analiza el papel de las escuelas en función de si son escuelas administrativas de tipo continental europea (*Francia tipo-escuela de selección de cuadros-, Portugal, Italia, incluso España*) con cultura administrativa (*oficial sanitario*) o las basadas en un modelo relacionado con las universidades que son las anglosajonas y las americanas (*vinculadas a las universidades que lanzan graduados al mercado*). En las autonomías, que funcionan como escuelas híbridas, Andalucía determinó una apuesta estratégica con la EASP de formación de los profesionales sanitarios, además de trabajar en investigación y consultoría en un entorno donde la ENS no funcionaba (*ha cambiado en su opinión y destaca el acuerdo con UNED*).

El **Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP)**, desde el punto de vista de *Carlos Álvarez Dardet*, aportó tres

cosas a la salud pública española: énfasis en la investigación, internacionalización y espíritu colaborativo. El origen del IVESP fue académico, adscrito a la Conselleria de sanidad, aunque con una creación y desarrollo muy vinculado al grupo de salud pública de la Universidad de Alicante, ya que sus dos directores (*Paco Bolumar y Concha Colomer*), tuvieron su origen en ese grupo. Para *Álvarez Dardet*, el hecho de que el Conseller que lo creó, *Joaquín Colomer* hubiera sido catedrático de pediatría y rector, hizo que la investigación fuera desde el principio un valor importante de la institución. *Jaume Costa*, uno de los iniciadores de la promoción de la salud en España lo definía muy gráficamente como una mezcla híbrida entre el IMIM (que entonces, y ahora era el grupo de vanguardia en investigación en salud pública en España) y la **Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)**, que suponía una institución muy pegada a las necesidades de formación de los servicios sanitarios en Andalucía. Se desarrollaron muchos proyectos de investigación y se hizo mucha docencia en investigación, y los resultados pueden verse en cualquiera de los mapeos bibliométricos que se han realizado, que muestran como el IVESP fue una de las instituciones con más producción científica en España en los 80 y 90, destacando la investigación en desigualdades en salud, en género y salud o en promoción de la salud. Esto hizo que rápidamente se contactara con los grupos más vanguardistas en la investigación y la práctica de la salud pública en el mundo, tanto en Europa como en América y que el IVESP fuera

designado centro colaborador de OMS Europa. Asimismo, el IVESP, además del CUSP o la EASP fueron miembros muy activos de ASPHER, organizando varios congresos, junto al desarrollo de redes de trabajo como el European Training Consortium for Public Health (*ETCPH*), o el curso internacional de Promoción de la salud con América Latina.

Según apunta *Carlos Álvarez Dardet*, desde la creación del IVESP, sus profesionales tuvieron claro que una estrategia de cooperación era más adecuada que una de competencia, y se desarrollaron vínculos de trabajo con todas las escuelas de salud pública que se crearon en España en los años 80, siendo un buen ejemplo de ese estilo la **Escuela de Verano de Salud Pública**, que se inició como una idea de profesores del IVESP por el origen menorquín de *Ildefonso Hernández* y que inmediatamente se invitó al resto de las escuelas a participar, convirtiéndose en el único espacio de colaboración entre escuelas en una época. Este aspecto de la EVSP como lugar de encuentro real del trabajo conjunto de las Escuelas de Salud Pública, lo resaltan *Marisa Rebagliato*, *Ildefonso Hernández* y *Matías Torrent*. Esta visión de la cooperación que también apunta Miguel Carrasco del CUSP, la matiza *Luís Andrés López*, profesor de la EASP, que cree que salvo algunas excepciones, hubo poca cooperación, pocas sinergias y poco diálogo entre las escuelas de salud pública, aunque destaca la generosidad de *Concha Colomer* y *Carlos Álvarez Dardet*, además de los espacios OPS en América Latina en la Escuela de Promoción de Salud que se realizó en Santa

Cruz de la Sierra, en Bolivia durante varios años con participación de profesionales de las distintas escuelas. También es de destacar el trasvase de profesionales entre escuelas, que aunque no fue muy numeroso, sí que lo hubo, principalmente, desde el **Centro Universitario de Salud Pública** (CUSP) a la EASP. Sobre la colaboración entre escuelas, *Andreu Segura* comenta que los profesionales del GAPS del Colegio de Médicos de Barcelona colaboraron con todas las escuelas de salud pública que se iban creando y con la **Escuela Nacional de Sanidad** (ENS) también.

Para los responsables de la **EVSP**, la **Escuela de Verano** ha catalizado innovaciones en la formación, difusión del conocimiento y defensa de la salud pública en España. Sus sucesivos programas han acogido iniciativas novedosas en el panorama de la salud pública española y en ocasiones en el panorama internacional. Para jugar ese papel ha mantenido un dinamismo que le ha permitido auscultar qué era necesario en la salud pública española en cada momento y procurar ofrecerlo en el formato adecuado, ya sea curso, encuentro, taller o conferencia. Esto también ha sido posible porque simultáneamente ha sido la morada de iniciativas transversales relacionadas con la salud pública que eligieron la Escuela de Verano para sus reuniones periódicas. Obviamente, la Escuela no siempre ha conseguido sus aspiraciones de estar en la vanguardia, pero su perseverancia en identificar áreas transformadoras en el campo de la salud pública ha contribuido al

avance de la salud pública. Gran parte de sus contribuciones se deben precisamente a convertirse en un lugar de encuentro real que ha propiciado desde el trabajo conjunto de las Escuelas de Salud Pública hasta la comunicación entre profesionales e investigadores de campos diversos.

Además del IVESP, la EASP y la ENS, **el Centro Universitario de Salud Pública (CUSP)**, *Centro Mixto de la Universidad Autónoma de Madrid y de la Comunidad de Madrid (Consejería de Sanidad)*, tuvo a partir de 1988, un papel muy activo en Madrid, con *el Dr Rojo o Ángel Otero* como directores en la que se impulsaron aspectos como la salud ambiental y laboral entre otros (Máster de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Prevención de Riesgos Laborales y el Máster en Salud y Medio Ambiente). Miguel Carrasco comenta que el CUSP nació con el objetivo de impartir enseñanzas especializadas, propiciar la investigación y proporcionar asesoría en el campo de la Salud Pública y de la Administración Sanitaria a los profesionales e instituciones de la Comunidad de Madrid, en un modelo basado en la colaboración entre la universidad y la administración con el deseo de aportar un referente académico a la capacitación de los profesionales que la reforma sanitaria y las nuevas orientaciones de las políticas de salud requerían. El CUSP fue cumpliendo con esta función hasta que la Consejería de Salud, a finales de 2001, optó por crear un organismo propio: **La Agencia para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios "Pedro Laín Entralgo"**.

En la línea de lo que le pasó al **CUSP**, la mayoría de las escuelas que se crearon en España en los años 80, han desaparecido o perdido su carácter distintivo como escuelas de salud pública, por falta de apoyo político, su falta de anclaje como instituciones académicas que debería haber sido universitario esta en el origen de esta evanescencia, se intentó cortocircuitar la evolución de la salud pública en las universidades y crear instituciones que sortearan el aislamiento del franquismo y no fue posible. Miguel Carrasco apunta a la falta efectiva de una regulación estatutaria y laboral que le permitiese un progresivo desarrollo estructural, facilitando la carrera profesional del personal con dedicación completa y de los colaboradores del CUSP, de modo que se hubiese procurado su continuidad universitaria, adaptándose a las demandas y elaborando proyectos docentes y de investigación acordes a la evolución de los servicios de salud en el nuevo siglo.

Sólo aparte de la Escuela Nacional de Sanidad, **la Escuela Andaluza de Salud Pública** es la que mantiene, según cuenta *Luis Andrés López*, el estandarte del trabajo colectivo de profesionales de salud pública con un papel muy importante en Andalucía, junto a un trabajo fundamental en América Latina que le ha llevado a tener un papel relevante en la **OPS/OMS**, de cuya institución es centro colaborador y de un trabajo continuado en diferentes países, aparte del trabajo institucional con **CALASS**, **ASPHER**, **EHMA** o el **Observatorio Europeo de Servicios**

Sanitarios, que van desde México hasta Argentina y Chile pasando por Centroamérica, con proyectos importantes en países como Chile, Brasil, Uruguay, Argentina, Paraguay, República Dominicana, Nicaragua, Guatemala o El Salvador. Este afán internacional centrado en Latinoamérica también es comentado por otros entrevistados.

En Cataluña, el papel de las escuelas de salud pública ha sido muy particular. Así, *Andreu Segura* habla de estímulo inicial en la salud pública española desde Cataluña (*Cataluña jugó un papel clave al inicio de la transición, básicamente mediante el **GAPS** y sus iniciativas de investigación y formación, y en particular el curso de Salud Comunitaria de 1977 que dirigió Enrique Nájera*) y posterior fracaso en cuanto a la institucionalización ya que el ISP fue la última de las escuelas en crearse y la primera en desaparecer. La Universitat de Barcelona inició el programa máster con la colaboración de la Generalitat y del Ayuntamiento en 1987, pero no tuvo éxito en la creación del **Institut de Salut Pública** hasta 1993-4, no obstante, se mantiene el programa de maestría (*ahora en la **Universitat Pompeu Fabra***). De todas formas, la influencia catalana sigue siendo notoria tanto en las Universidades y el **CIBERESP, Centro de Investigación biomédica en red de epidemiología y salud pública**, además del **CREAL y CRESIB IS Salud Global**. *Luís Andrés López* opina que en lo que respecta a Catalunya, siendo muy potentes, con grupos muy activos y un papel importante en la salud pública, las

diferentes personalidades y la competencia entre ellos, les ha llevado a no hacer una institución única potente entre las escuelas de salud pública.

Luís Andrés López destaca el papel transformador que han generado las escuelas de salud pública y entre ellas, la EASP, en la visión tradicional que tenía la salud pública, ligada a las jefaturas provinciales de sanidad y a profesionales de la universidad que tenían una concepción de la salud pública tradicional, microbiológica, conservadora y con toques de visión autoritaria. Para él, le parece vital y a tener en cuenta, entre un conjunto de hitos e innovaciones, la emigración de profesionales latinoamericanos como *Villar o Hernán San Martín* que tuvieron una gran influencia social y política trabajando con médicos y enfermeras, sobre todo médicos de familia, de los cuales ellos fueron sus profesores. Para *Luís Andrés*, el papel de la **SEMFYC**, de los residentes de medicina familiar y comunitaria tuvieron un papel básico en la visión de la salud pública en la actualidad, generando casi una simbiosis entre la salud pública y la medicina de familia, potenciándose una visión comunitaria del trabajo de la atención primaria.

La EASP, apunta *Luís Andrés López*, nació como instrumento de la reforma con un papel importante en la visión, casi única, de la gestión de la salud pública, incorporando instrumentos clásicos de las escuelas de negocios o del Management a la salud pública y a la promoción de la salud como temas de marketing, del papel

de los medios de comunicación, de la gestión de innovaciones o del cambio organizacional....: eso generó que en promoción de la salud la EASP haya sido diferente, al partir de un concepto trabajado desde los servicios sanitarios, algo diferente a la concepción más clásica de promoción de salud que se llevaba desde otras escuelas. Además, apunta que la aportación de la EASP ha sido muy importante aunque poco valorado con un trato, a veces, poco respetuoso con la salud pública en Andalucía, aspecto diferente en el tema de la medicina familiar y comunitaria donde Andalucía ha tenido y tiene un protagonismo claro desde sus inicios.

Luís Andrés comenta que el ser una escuela híbrida que trabaja en campos diversos y amplios como la docencia, la investigación (con espacios de importancia como el **Registro de Cáncer de Granada**), la consultoría y la cooperación internacional le ha permitido tocar muchas teclas y estar en muchos espacios y países, tanto gestores como profesionales. Destaca el carácter innovador de la EASP, con un trabajo de red de redes muy importante, con una estrategia de formación de formadores muy potente, con el nacimiento de espacios virtuales de debate de salud pública como las Jornadas Virtuales de Salud Pública con la participación de más de 1.000 profesionales, con la puesta en marcha de una escuela de pacientes con más de 16.000 pacientes, con la creación de observatorios y espacios de análisis (crisis, enfermedades crónicas, infancia,...),....

1. LA CONTRIBUCIÓN DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA A LA MEJORA DE LA SALUD PÚBLICA

Desde una visión de haber sido Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, *José Martínez Olmos* apunta que la salud pública en España es hoy, a pesar de los efectos negativos de los recortes en sanidad, uno de los elementos más importantes para garantizar la salud de la población y ello es consecuencia de la apuesta que se hizo en España en las últimas décadas para poner en pie un *Sistema Nacional de Salud* que el tiempo demostró plenamente acertada. Apunta *Martínez Olmos* que la contribución de las escuelas de salud pública a la mejora de la salud pública en España es especialmente relevante. Por una parte, por su labor formativa sobre un amplio abanico de profesionales que han recibido una capacitación excelente que ha contribuido a dotar a los servicios de salud pública con recursos humanos de alto nivel de excelencia. Por otra parte, por su labor en el ámbito de la investigación y de la consultoría que ha contribuido a mejorar las actuaciones de las administraciones públicas y las posibilidades de una mejor salud para la ciudadanía. El balance, según él, es por tanto, extraordinario y relevante y además, es la base para un futuro mejor.

Álvarez Dardet comenta que España cuenta en la actualidad con excelentes profesionales que evidencian problemas y proponen soluciones a la sociedad, ya que la salud pública ha pasado de ser una actividad exclusivamente médica a tener implicados a muchas profesiones. *Según él*, nuestras sociedades profesionales son de las más vigorosas, apreciadas y numerosas del mundo desarrollado. Además, *Gaceta Sanitaria* es la revista de salud pública en español con más factor de impacto, por tanto, la salud pública española no está ya aislada. Para **Fernando Gacía Benavides**, *Gaceta* es el tercer elemento (trípode) en el que se sustenta la Salud Pública en España.

Carlos Álvarez Dardet dice que todo esto hubiera sido imposible sin el impulso que en los años 80 y 90, se dio desde las escuelas, actuando de puertas de entrada a nuevas corrientes y formando a miles de profesionales de manera homologada en la línea de lo que se está haciendo en países de nuestro entorno y jugando un papel muy notable en el desarrollo de las sociedades, y de asesoría en las políticas de los gobiernos. Es evidente, sigue comentando *Carlos* que la prevención y la salud pública son cuestiones valoradas por los ciudadanos (*“incluso puede que demasiado”*), ya que ocupan espacio en los medios y en la preocupaciones ciudadanas, gracias al papel de alfabetización en salud que se ha desarrollado en España, tenemos una ley nacional y muchas autonómicas que pueden valorarse como excelentes en el contexto internacional, todo esto hubiera sido

impensable- a finales de los años 70 con una sola escuela en España, la nacional de sanidad y una salud pública higienista y solo dedicada a las infecciosas- sin el concurso posterior desarrollo de las escuelas

Andreu Segura apunta que aunque desconoce si se ha publicado ningún análisis formal de la influencia de las escuelas (*Luís Andrés López cuenta que en la EASP se ha analizado el papel de la formación de los alumnos del Máster de Salud Pública, en la que se ve un papel de la EASP como alma Mater tanto de profesionales andaluces, como de Latinoamérica*) tiene la impresión de que sí han contribuido a mejorar el prestigio académico y científico de la salud pública, aunque sobre todo al principio porque ahora este mérito es más de los departamentos universitarios. No obstante, afirma que se han quedado muy por debajo de las expectativas iniciales, sobre todo en cuanto a la influencia sobre el sistema sanitario y menos sobre la sociedad. Bajo su punto de vista, se ha perdido la oportunidad de contribuir a la formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria en la vertiente de salud comunitaria.

Ferrán Martínez Navarro comenta que la salud pública, como práctica de la administración pública, debe basarse en instituciones, las escuelas de salud pública, que son necesarias para la formación de los recursos personales de la administración general. Con las dificultades históricas de la escasa visibilidad de la salud pública, así como de su falta de actualización durante

una larga etapa, desde su modernización, en los contenidos, así como con la aparición de nuevas escuelas ha puesto en evidencia su papel en la renovación de la salud pública e España, al completar el marco formativo de la universidad, y su orientación a la formación continuada del personal adscrito a los servicios públicos, mediante los programas de formación continuada. Termina diciendo que las escuelas de salud pública y su trabajo formativo han roto con la maldición del autodidactismo en salud pública y, sólo eso, justifica su existencia, ya que normaliza la formación.

Para *Fernando García Benavides*, la **Escuela de Salud Pública de Menorca** constituye, junto a las sociedades profesionales agrupadas en SESPAS y la revista científica *Gaceta Sanitaria*, el tercer elemento (trípode) en el que se sustenta la Salud Pública en España.

Miguel Carrasco afirma que la función realizada por las Escuelas de Salud ha sido de gran importancia y que merece especial interés el análisis de su contribución a la **formación de especialistas de Salud Pública y Medicina Preventiva**, proporcionando una formación abierta a las múltiples disciplinas académicas que configuran las áreas básicas de la salud pública. Así, las Escuelas contribuyeron en gran medida a la capacitación profesional de técnicos/especialistas que no habían realizado el MIR de las diferentes CC.AA., proporcionándoles las competencias

requeridas para el ejercicio profesional de la *Salud Pública y la Administración Sanitaria*, mediante una oferta docente de postgrado que les abrió las puertas a su profesionalización a un grupo compuesto por un buen número de profesionales que se reconocían a sí mismos como técnicos/especialistas de Salud Pública.

Aquí de nuevo; *Martín Moreno* hace mención a múltiples autores que han examinado el papel y el valor de las escuelas de salud pública, desde *Abraam Sonis y Hugo Behm* hasta *Julio Frenk* y otras figuras de talla internacional. *José María Martín Moreno* que ha trabajado en la ENS y en la EASP y tiene experiencia internacional afirma estar plenamente convencido del papel de las escuelas de salud pública y se define como un ardiente defensor de las mismas. En esa línea, dice que aunque respeta profundamente el papel de las facultades de medicina, cree que es fundamental defender la autonomía y contribución de las escuelas de salud pública, al aportar el enfoque del fenómeno salud-enfermedad con criterio científico que requiere que a su vez se tengan suficientes conocimientos de epidemiología y bioestadística. Además, comenta que las escuelas de salud pública permiten una visión no solo médica, sino multidisciplinar y multisectorial, fundamental para promover la salud en todas las políticas. Y todo ello, según él, posibilita la mejor vigilancia de la salud, preparación para emergencias sanitarias, y para una adecuada protección de la salud, incluyendo la seguridad del medioambiente y del entorno laboral y la seguridad alimentaria,

entre otros campos fundamentales. Termina diciendo que sin la labor de las escuelas de salud pública no habría sido posible tener profesionales preparados para afrontar crisis como las del aceite de colza, las vacas locas, o las pandemias de gripe. Sin la labor de las escuelas de salud pública afirma que *“nos quedaríamos en las políticas sanitarias aisladas, en lugar de promover las políticas para la salud desde toda la perspectiva de los gobiernos y de la sociedad. Porque como repito en respuesta a los economistas que abogan por la contención de costes en salud y a los que restringen la salud pública a la parte estrictamente médica (y lo que digo no es nada original, sino aprendido de múltiples maestros): la salud no lo es todo pero sin ella todo lo demás es nada”*.

Rebagliato, Hernández y Torrent afirman que la **Escuela de Verano** ha tenido un impacto que se puede constatar en las tres áreas de formación, difusión y defensa de la salud y que por tanto ha jugado un papel sinérgico con otras iniciativas, singularmente las sociedades científicas de salud pública (**SESPAS**). Más difícil es considerar si ha tenido un impacto en la salud de los españoles; aunque ellos apuntan que *“va siendo hora de considerar los impactos de las diversas acciones y políticas y a esa tarea puede contribuir la salud pública”* (cuando hablan de impacto, incluye también las ausencias de impacto o dicho de otra forma, la permanente dificultad de la salud pública en hacerse un hueco en la agenda

de salud, derivada de las condiciones intrínsecas de la salud pública –éxitos no tangibles y no inmediatos- que la hacen poco atractiva para los decisores y también como consecuencia de la captura de la política de salud por intereses ajenos a la propia salud de la población y en concreto por las corporaciones con intereses ligados a la salud que tienden a medicalizarla o a obstruir las políticas efectivas de salud pública).

Luís Andrés López, por su parte, cree que las escuelas de salud pública han aportado a la **mejora de la salud pública española**, y pone como ejemplo la EASP, por estar muy pegada a los servicios, tanto de atención a las personas, como de salud colectiva. Comenta que la EASP fue muy importante al principio y también en los últimos 10 años, después de un periodo de crisis, donde el entorno, la salud pública (y la propia escuela) estuvieron más centrados en el neoliberalismo y en una gestión más centrada en temas como el de los incentivos. La lucha cultural y del conocimiento, el trabajo intersectorial, el trabajo con los pacientes, la formación de formadores ha permitido una relación con los servicios, aunque a veces ha estado muy marcada por las Consejerías. La salud pública, sigue López, ha estado mediada por los profesionales, como ejes de la relación con la ciudadanía, junto a proyectos en los que se ha trabajado directamente. Esta relación mediada, apunta, no es un demérito, sino un elemento que las define.

Miguel Carrasco apunta que en este momento se dan muchas circunstancias que hacen repensar el papel de las **Escuelas de Salud Pública**. La necesidad de una formación de postgrado en estas materias sigue siendo evidente por muchas razones, la principal es la concepción multidisciplinar de esta disciplina científica y profesional y la apertura de otras posibilidades laborales que no están ligadas necesariamente a los servicios públicos de atención a la salud de la administración local, autonómica, estatal o internacional. Una cuestión importante es determinar si las reformas de los planes de estudios de las universidades, a partir de la creación del **Espacio Europeo de Educación Superior**, posibilitarán a los Departamentos de Salud Pública ocupar los espacios y desarrollar el papel que han jugado las Escuelas y, por otro lado, se ha de seguir la evolución y rol que juegan en esta materia los organismos e instituciones que las Consejerías de Salud han creado en los últimos años. No está claro si podrán consolidarse como entidades capaces de ofrecer la formación continuada y abrir las líneas de asesoría e investigación que fortalezcan al sistema sanitario. De momento la Comunidad de Madrid cerró su Agencia a cal y canto. Por tanto, para *Miguel Carrasco*, la formación y la funciones que han realizado las escuelas de Salud Pública en lo que se refiere a la formación, investigación y asesoría en materia de salud siguen siendo necesarias, lo que se ha de prever es la forma institucional que ha de acoger el ejercicio de las mismas.

José Manuel Freire apunta que gracias al trabajo de las escuelas ha habido avance muy importante de la Salud pública, en el que ha tenido un papel esencial la renovación de las cátedras de salud pública de las universidades.

Por su parte, *Marisa Rebagliato, Ildelfonso Hernández y Matías Torrent* opinan que la meta que debe orientar las acciones de la Escuela de Verano debería ser un centro de referencia de encuentro para considerar los retos de la política de salud a nivel global. Una idea ambiciosa, que ellos explican diciendo que: “La visión de futuro de la Escuela de Verano, es la de una institución que organiza los **debates para una nueva agenda de salud**. Un espacio de encuentro que cuestiona la situación actual de una política de salud capturada por intereses ajenos a la población y que por tanto propone alternativas. *Una Escuela que acoge a pensadores, investigadores, políticos, profesionales, etc. para proporcionar alternativas*”. Para este tipo de lugar de encuentro que proponen, creen que supone pensar en acciones caracterizadas por ser claramente distintas a la corriente general, tanto en forma como en fondo, y cuya producción pueda recogerse y difundirse, como el curso de Disease Mongering en su día y otras muchas.

1. REFLEXIÓN SOBRE EL FUTURO DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

Algunas reflexiones que apuntan las personas entrevistadas sobre el futuro de las escuelas de salud pública son muy diversas:

Ante una situación de que el **número de escuelas de salud pública** en España superaba hace unos años, el ratio de la OMS que estima que las necesidades son de una escuela por cada 10 millones de habitantes (en España se crearon muchas más y muchos grupos universitarios ofertaron programas master de dudosa homologación, faltando organismos acreditadores), en estos momentos, la situación ha cambiado y sería importante que se genere una estrategia de colaboración entre CC.AA, ya que no todas las autonomías deberían de tener una escuela de salud pública. La **conexión de las diferentes escuelas existentes** podría basarse en el **intercambio de alumnos y profesores** así como de programas formativos. Igualmente, una línea a potenciar es el reforzamiento de los lazos con la administración sanitaria en la formación continuada de sus recursos.

Es necesario que las escuelas de salud pública definan que quieren **ser en el futuro cercano**, a partir de un análisis

serio de lo que han hecho y lo que no han hecho hasta ahora, de sus aportaciones, de sus aciertos y errores. Las diferentes disciplinas científicas que conforman la salud pública podría permitir la **especialización de las escuelas**, con una especie de reparto de tareas, en función a las competencias específicas de cada una. Es un reto que las Escuelas y sus Masters, tengan un **mayor peso con especializaciones**.

Las escuelas de salud pública deben abrirse a una **formación plural**, que incluya de forma decidida disciplinas de las ciencias sociales, la comunicación, información además de potenciar las ciencias ambientales, la toxicología, la microbiología, etc. Asimismo, las escuelas de salud pública deben adaptarse a los nuevos tiempos, en concreto al **marco europeo** y el modelo Bolonia, con una relación entre las escuelas y con la universidad. Las limitaciones que conlleva **la incorporación de la especialidad al sistema MIR**, y las dudas sobre la troncalidad, son los verdaderos retos que reclaman una formación integradora con un alumnado plural y multidisciplinario, y programas que desarrollan de forma especializada, y complementaria con la formación básica.

Otro reto, junto al de los departamentos universitarios de Salud Pública, es la **investigación**, pues deben alcanzar

niveles de excelencia en este ámbito, ya que en caso contrario corren el riesgo de quedar como academias formativas sin relevancia. En esa línea, el CIBERESP puede jugar, en la línea de su trabajo actual, un rol vertebrador entre investigación y docencia. Es necesario que incorpore doctorandos y ligarse a la universidad, lanzando a gente al mercado y potenciando la investigación en el marco de las escuelas.

La salud pública necesita una reflexión muy profunda porque la sociedad ha cambiado mucho y necesita, en este cambio de época, una forma diferente de ser abordada. La salud pública tiene que cambiar al articularse la sociedad de forma diferente. Al estar la sociedad fragmentada, necesitamos una salud pública para cada tipo diferente de ciudadanos, y más, al estar en estos momentos muy **interconectados**, al tener los ciudadanos identidades muy diversas, al ser lo comunitario muy diferente. La salud pública tiene que amoldarse a una nueva manera de trabajar. Y el futuro de las escuelas de salud pública es saber adaptarse a ello, que sepan **responder a esos cambios sociales** para conseguir entre los diferentes actores, una mejora de la salud pública. El futuro de las escuelas de salud pública depende de todos, depende en parte de los profesionales que componen la estructura de profesores y de profesionales que componen estas

instituciones. **Depende en parte también de la prioridad que otorguen a las políticas favorables a la salud pública los gobiernos de quienes dependen estas escuelas de salud pública.** Beber de iniciativas como el PACAP merecen interés, bajo la idea de buscar la **colaboración, dando a las escuelas una orientación más comunitaria.** El futuro va ligado a la necesidad de **regeneración de la salud pública**, junto a palabras como transparencia, profesionalidad, acceso a la función pública ,..... Asimismo, en cuanto a las oportunidades es básico saber qué pueden ofrecer para racionalizar el sistema sanitario y contribuir a la construcción de una cultura sensata de la salud

Es importante **internacionalizarse.**

El futuro de las escuelas es prometedor buscando **nichos de empleo nuevos y nuevos escenarios**, añadiéndose recientemente **la función de cambiar la sociedad para hacerla mas saludable**, a las funciones clásicas de las profesiones sanitarias (*comisión de The Lancet presidida por Julio Frenk*), esto supone que hagan defensa de la salud pública no solo los profesionales de la salud pública sino todos lo médicos, enfermeras y resto de profesiones (un número inmenso), con unas necesidades de formación para

abordarlas enormes, donde el papel de las escuelas de salud pública es obvio.

1. CONCLUSIONES

Esta suma de conversaciones pretende ser un aporte para un **libro blanco** del papel de las escuelas de salud pública en el futuro.

Para ello, es **importante hacer un diagnóstico de situación**, a partir del reconocimiento de la situación de las escuelas de salud pública con la **bandera de la salud pública** como arte y ciencia de prevenir la enfermedad, proteger la salud, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad..

La salud pública estaba dominada inicialmente por el paradigma higienista y la lucha contra las infecciosas, para luego migrar a **una salud pública basada en los estilos de vida y su modificación**. La próxima migración que ya está en marcha es una salud pública basada en los **determinantes sociales**, y para ello hay que crear el contexto de conocimiento para que esto ocurra. Al mismo tiempo, una visión más comunitaria, centrada

en la **nueva ciudadanía** y la utilización de las **redes sociales** (y lo que ello implica), es fundamental.

El papel de las escuelas de salud pública es fundamental, ya que proporcionan el recurso más sensible y valioso para garantizar una **salud pública de calidad**, a través de la formación de los profesionales en este ámbito. En ello, la **investigación (incluido la investigación aplicada)** tiene que tener un papel fundamental. Es importante jugar un papel ligado a las **necesidades de los profesionales** en su formación clínica, así como en los aspectos de mejora de la gestión de los centros sanitarios y el papel de los profesionales en ello. Sin embargo, parece necesario un mayor **esfuerzo de coordinación** con los Departamentos Universitarios de Salud Pública: compartir criterios de calidad y fomentar la movilidad de estudiantes y profesores son algunos de los retos. Es fundamental una relación con **países europeos y latinoamericanos**.

La colaboración de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) con la Escuela de Verano en Salud Pública (EVSP) de Mahón.

Montaña Cámara Hurtado.

Directora de Cursos para extranjeros de la UIMP.

Miembro del Consejo Académico de la EVSP.

La Universidad Internacional Menéndez Pelayo es un centro de alta cultura, investigación y especialización, en el que convergen actividades de distintas especialidades universitarias. Su misión es difundir la cultura y la ciencia, fomentar las relaciones de intercambio de información científica y cultural, de interés internacional e interregional, y desarrollar actividades de alta investigación y especialización.

La UIMP quiere ser una universidad abierta a todos los ámbitos académicos y culturales, promoviendo el debate de temas en la frontera del conocimiento, el análisis de las cuestiones que conciernen al futuro de la sociedad, la actividad cultural de mayor actualidad, el estudio y la enseñanza de carácter multi- e interdisciplinar, la formación postgraduada orientada al empleo y el reciclaje profesional y la proyección internacional de la creación científica y cultural española. El programa académico de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) incluye la celebración de Escuelas, concebidas como seminarios de marcado carácter académico, en áreas muy diversas.

La colaboración de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) con la Escuela de Verano de Salud Pública de Menorca comenzó en el año 2006, con la firma de un convenio entre el Consell Insular de Menorca, el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), la Universidad de las Islas Baleares, el Govern de les Illes Balears

y la UIMP, siendo entonces Rector de la misma el Dr. Luciano Parejo Alfonso.

Esta colaboración de la UIMP con la Isla de Menorca se intensificó con la firma el dos de junio, del mismo año, de un convenio entre el Ayuntamiento de Mercadal (cuyo alcalde era D. Ramón Orfila Pons) y la UIMP para la realización de un Ciclo de Conferencias que incluía ocho conferencias durante el mes de agosto de 2006 que cubrían temáticas muy variadas tanto de literatura, gastronomía, ciencia aplicada como aspectos sociales de relevancia en el momento: riesgos volcánicos, el nuevo régimen local, el cambio climático, entre otros.

El convenio de 2006 fue el comienzo real de la colaboración con la Escuela de Verano Salud Pública (EVSP) de Menorca que se desarrollaba en el marco del Llatzaret de Maó quien ya había consolidado sus actividades relativas al estudio y promoción de la salud pública durante sus dieciséis ediciones anteriores. En esta ocasión se buscaba consolidar las actividades con el compromiso estable de instituciones públicas que colaboraran aportando actividades académicas y participaran en la financiación. La UIMP en concreto se comprometió a establecer en el Llatzaret de Maó, en Menorca, una de sus sedes estables especializada en temas de salud pública al mismo tiempo que colaboraría en la difusión de las actividades de la EVSP. También se estableció un Consejo Rector del que formaría parte el Rector

de la UIMP, en ese momento el Dr. Luciano Parejo Alfonso; y un Comité Académico en el que también podría participar la UIMP. Este convenio se planteó como colaboración anual prorrogable siempre que las partes lo consideraran conveniente.

Las actividades realizadas durante la vigencia de este convenio han sido las siguientes:

2008

Curso Magistral: Getting the best from medical journals: Reading, writing, peer reviewing, editing, and campaigning. Richard Smith (BML Publishing Group). Celebrado en Santander del 16 al 20 de junio 2008.

Encuentro: Salud en todas las políticas. Dirigido por: Miquel Porta Serra (Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona). Celebrado en Santander el 25 y 26 de agosto 2008.

Proyecto imaginando. Una mirada joven a la frontera del conocimiento. Environmental health and society: from research to decision making. Dirigido por: Maria Mirabelli (Research Fellow, Centre for Research in Environmental Epidemiology) y Laura Pérez Grau (Research Fellow, Centre for Research in Environmental Epidemiology). Celebrado en Mahón del 22 al 26 de septiembre 2008.

2009:

Encuentro: Jornadas abiertas sobre cine y salud pública. Dirigido por: Josep Miquel Vidal Hernández (Director científico del Institut Menorquí d'Estudis) y Enrique Perdiguero Gil (Profesor titular de Historia de la Ciencia y Vicepresidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina). Celebrado en Mahón del 22 al 24 de septiembre 2009.

Encuentro: La calidad del sistema nacional de salud a debate. Dirigido por: Enrique Bernal Delgado. Coordinador científico del Atlas de variaciones de la práctica médica. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Celebrado en Santander del 24 y 25 de agosto 2009.

Taller de fotografía. El color de la luz en la isla del Lazareto. Impartido por Pablo Hojas Cruz, fotógrafo. Celebrado en Mahón del 21 al 25 de septiembre 2009.

En 2009, el 17 de septiembre, siendo entonces Rector de la UIMP el Dr. Salvador Ordoñez Delgado, se firmó una adenda al convenio de 2006. En ella se añadían como entidades colaboradoras el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social, siendo Ministra Dña. Trinidad Jiménez García-Herrera, por su interés en situar el Llatzeret de Maó como centro de referencia mundial en actividades académicas en salud Pública y por regular los términos de su participación en la EVSP entrando a formar parte de su Consejo Rector y Consejo Académico; y la Consellería de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears por

su interés específico en participar en la organización de la EVSP. Esta adenda se acoge a las condiciones de renovación del convenio al que se suscribe.

Las actividades realizadas durante la vigencia de este convenio han sido las siguientes:

2010

Curso Magistral: Health and social justice. Impartido por Jennifer Prah Ruger (Associate Professor, Yale University Schools of Public Health). Celebrado en Santander del 28 de junio a 2 de Julio 2010.

Curso Magistral: Disease-mongering and public health. Impartido por Ray Moynihan (Journalist and Researcher). Celebrado en Mahón del 20 al 24 de septiembre 2010.

Encuentro: Transparencia y buen gobierno en sanidad. Dirigido por: Vicente Ortún (Director del Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES) y Richard Meneu (Director de Gestión Clínica y Sanitaria, Vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios de Valencia). Celebrado en Santander del 9 al 10 de septiembre 2010.

2011

Encuentro: Cooperación entre comunidades autónomas en el ámbito de la Salud Pública. Dirigido por: Miquel Porta Serra

(Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona) y Xavier Arbós Marín (Catedrático de Derecho Constitucional, Universidad de Barcelona). Celebrado en Santander el 26 y 27 de julio de 2011.

Encuentro: Urbanismo y Salud Pública. Planificación urbana saludable. Dirigido por: José Fariña (Catedrático de Urbanística y Ordenación del Territorio, Universidad Politécnica de Madrid) y Begoña Merino Merino (Jefa del Área de Promoción de la Salud, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Coordinadora del Proyecto Ciudades Saludables). Celebrado en Mahón del 19 al 21 de septiembre de 2011.

Encuentro: La Salud Pública en el siglo XXI. Dirigido por: Luis Andrés López Fernández (Profesor Áreas de Salud Pública y Salud Internacional. Coordinador de la Red ISIR. Inmigración y Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública). Celebrado en Mahón el 22 y 23 de septiembre de 2011.

Seminario: ¿Qué es bueno para comer?. Dirigido por: Carlos Álvarez-Dardet Díaz (Catedrático de Salud Pública, Universidad de Alicante) y Bern H. Knöller (Propietario del Restaurante Riff, con una estrella Michelin en Valencia). Celebrado en Mahón del 19 al 23 de septiembre de 2011.

2012

Curso Magistral: Historia de los métodos epidemiológicos y de investigación clínica. Impartido por Alfredo Morabia (Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, EEUU). Celebrado en Santander del 30 de julio al 3 de agosto de 2012.

Encuentro: Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y desarrollo de la Ley General de Salud Pública. Dirigido por Fernando Benavides (Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Pompeu Fabra). Celebrado en Santander del 11 al 13 de julio de 2012.

2013

Encuentro: Los beneficios inmateriales de las industrias y políticas culturales y de Salud Pública. Dirigido por Miquel Porta Serra (Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona). Celebrado en Santander el 27 y 28 de agosto de 2013.

2014

Curso Magistral: Causal inference. Impartido por: Miguel Hernán (Catedrático de Epidemiología, Harvard University). Celebrado en Mahón del 22 al 25 de septiembre de 2014.

Encuentro: VIII Encuentro e-Salud y Telemedicina (hábitats digitales y salud conectada). Dirigido por: Carlos Hernández

Salvador (Unidad de Investigación en telemedicina y salud, Instituto de Salud Carlos III) en colaboración con el Instituto de salud Carlos III. Celebrado en Santander del 2 al 4 julio 2014.

Encuentro: Detección precoz de enfermedades (cribados): Reflexiones sanitarias, éticas y económicas. Dirigido por: Nieves Ascunce Elizaga (ESP Navarra, responsable de del Grupo de Trabajo de Cribado en la SEE). Celebrado en Santander del 23 al 25 de Julio 2014.

En total, desde el año 2006 hasta la fecha, se han celebrado 29 actividades: cinco Cursos Magistrales, doce Encuentros, un Seminario y un Taller. De ellas, once se celebraron en la sede de la UIMP en Santander y ocho en la sede de la EVSP en el Lazareto de Mahón.

Desde el pasado mes de agosto 2014, la Comunidad Autónoma Balear ha asumido el traspaso del Lazareto, por parte del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, en previsión de la posterior transferencia al Consell de Menorca. Esto supone la apertura de un nuevo escenario en el que las actividades a desarrollar en el Lazareto pueden realizarse durante todo el año y permite más posibilidades de expansión a la EVSP. En esta situación, a la espera de la firma del convenio correspondiente entre las distintas instituciones implicadas, la UIMP centro

universitario, único en su género, de alta cultura, investigación y especialización, mantiene su compromiso de colaboración con la EVSP de Menorca apoyado la realización de Cursos Magistrales y Encuentros, fundamentalmente en Menorca, con el objetivo de difundir el conocimiento y fomentar relaciones de intercambio de información científica de interés en materia de Salud Pública.

¿Debemos estar preocupados por la Reforma del Sistema de Salud español? Un debate entre la incredulidad, la indignación y los recortes

Enrique Bernal Delgado
Consejo Académico EVSP
Zaragoza, Octubre 2014

Supongo que quedarán fotografías que atestigüen el interés que despertó el debate. Sí, quedan en mi memoria, algunas imágenes poco habituales en el Museo del Lazareto: al fondo, sillas y columnas entrelazadas componiendo una suerte de hemiciclo, un improvisado salón abrazado por las contraventanas entreabiertas, una pantalla prendida en la pared y un coro de inadvertidos internautas entre la cincuentena de contertulios que esperaban el comienzo del debate.

Tomaban asiento en el improvisado salón, Teresa González, ex presidenta de Médicos del Mundo y representante de ONGs para el Desarrollo; Albert Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes, Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial, Fernando García Benavides, Presidente de la Sociedad Española de Epidemiología, Joan Carles March, miembro del consejo académico de la Escuela y portavoz de los internautas durante el debate, y Enrique Bernal Delgado, ex presidente de la Asociación de Economía de la Salud y moderador del mismo.

En julio de 2012, la sociedad española se había visto sorprendida por un inopinado Real Decreto Ley en el que se reformaban aspectos esenciales del Sistema de Salud Español; partes substantivas del patrimonio común eran modificadas sin el necesario debate, arguyendo la urgente necesidad de su

modificación para salvaguardar la solvencia (la sostenibilidad decían) del sistema. En las vísperas de su entrada en vigor, la Escuela de Verano de Salud Pública, se preguntaba si *debíamos estar preocupados con esa reforma del Sistema de Salud español.*

El debate se producía entre la incredulidad de aquéllos que confiaban en la insuficiente pero bien trabada fórmula de consensos que había conducido el Sistema de Salud en el pasado, y la indignación de aquéllos que veían en riesgo los derechos de ciudadanía. Ambos, incredulidad e indignación sirvieron para lubricar un animado debate del que se pudo extraer un amplio acuerdo sobre lo inadecuado de modificar el Sistema de Salud sin un debate en profundidad, la crítica abierta a cambiar las condiciones de aseguramiento, excluyendo a las personas inmigrantes del sistema, y el énfasis en la necesidad de mejorar el sistema e incrementar su valor.

Ligeros hacia la barca, noche cerrada, nos conjurábamos para sacar de los muros del Lazareto lo hablado. Ahora, dos años después, lo vívido del recuerdo se ensombrece con la evocación de Albert; fue la última ocasión en la que nos encontramos.

[Volver al índice](#)

Capítulo 9

En imágenes



[Enlace a la galería de imágenes](#)



[Volver al índice](#)

Capítulo 10

Vídeos



Mesa redonda

[Enlace a este vídeo](#)

