

**EDITORIAL****LA SALUD PUBLICA COMO REFERENCIA HISTORICA****Juan Fernando Martínez Navarro**

Centro Nacional de Epidemiología

Se presentan en este número de la Revista de Sanidad e Higiene Pública los trabajos que constituyeron el II.  Encuentro Marcelino Pascua, celebrado en el Instituto de Salud Carlos III, el día 12 de junio de 1992, fecha próxima del aniversario de su defunción, el 14 de dicho mes. El propósito que motivó estos Encuentros fue en primer lugar la recuperación histórica de nuestra Sanidad, a partir de la personalidad de Pascua como justificación. Con ello, queremos rendir homenaje a aquellos hombres y mujeres que hicieron posible la práctica de una acción política transformadora, en este caso, sobre la Sanidad y, más especialmente, sobre sus aspectos comunitarios" <sup>1</sup>. En este proceso Marcelino Pascua, junto a Pittaluga, Sadi de Buen, Ortiz de Landázuri, etc. form  parte de las personas que lo protagonizaron.

La elección de Marcelino Pascua como símbolo de este período no es, sin embargo, casual sino producto de una cuidadosa elección, debido a las características personales y profesionales que, como primer bioestadístico español, se dieron en él. Nacido en Valladolid, en 1897, finalizó sus estudios de Medicina en Madrid (1925), complet  su formación de postgrado en Epidemiología y Estadística en la Johns Hopkins University, de Baltimore (Estados Unidos), y en el University College, de Londres (Reino Unido), siendo alumno, entre otros, de Reed, Frost, Pearson y Greenwood. En 1929 regresa a España haciéndose cargo de la Sección de Estadísticas Sanitarias, donde acometió la importante tarea de introducir la bioestadística y modernización del sistema de estadísti-

cas sanitarias. Obra suya de este período es el actual sistema de notificación obligatoria de enfermedades. Pero su actividad más importante se dio durante la 2.  República al llevar a cabo, como Director General de Sanidad, una serie de actuaciones en política sanitaria orientada al desarrollo de servicios y actividades sanitarias, así como a la investigación con la creación de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias. Sus principales publicaciones fueron, entre otras, La mortalidad infantil en España (1934), La mortalidad específica en España (1935) y la tardía, pero importante, Metodología Bioestadística (1965), primer libro moderno español de la materia.

Después de la Guerra Civil vivió el exilio en Estados Unidos, Chile y Suiza, donde trabaj , sucesivamente, como docente en la Johns Hopkins University (1940-48), en el Centro Latino-Americano de Investigaciones Demográfica, durante una corta estancia en Santiago de Chile y, desde 1948 hasta su jubilación en 1957, como Director-consultor y director del Departamento de estadísticas Sanitarias de la organización Mundial de la Salud. Su actividad rebasó el marco científico para asumir, en un claro ejemplo de compromiso social, responsabilidades políticas en la 2.  República, tanto en épocas de paz (1931-33) como durante la guerra civil, en su puesto de Embajador de España en la URSS (1936-38) y en la República Francesa (1938-39).

Marcelino Pascua fue la gran personalidad política de la Sanidad de los años treinta, pero fue, también, uno de las más signifi-

dos sanitarios de dicho período, tanto por su proyección científica como por las profundas reformas llevadas a cabo bajo su responsabilidad.

Su biografía fue la de un intelectual sensible a los problemas de la España de su tiempo que, desde posicionamientos éticos, le llevó a la práctica política, primero, en el ámbito sanitario y, posteriormente, de estricta responsabilidad política. Ambos aspectos formaron parte de su personalidad y fueron complementarios de su sentido de la vida, como refleja este añorante pasaje de una de sus cartas personales escrita en 1946. "Por lo que a mí atañe, estoy muy bien ahora [...] muy bien considerado por la Universidad a juzgar por los signos externos, pero con las limitaciones forzosas que siempre lleva anejo el profesorado duro y simple, para vivir y nada más en el terreno económico y restricción de la vida social a un círculo muy pequeño de carácter obligadamente esotérico y dificultoso. Más circunscrito aún en mi caso actual, en que falta la comunidad de intereses de mis relaciones inmediatas por los problemas que son para mi cardinales de preocupación, como los de España. Y creame que pesan, pesan seis años ya de total aislamiento en las demás esferas de la vida que la meramente científica"<sup>2</sup>.

La trayectoria personal trazada es reflejo del contexto histórico en que vivió su generación y por ello, retomar su historia, contribuye a crear nuestra actual conciencia colectiva, ya que dar sentido a nuestro tiempo significa entender el presente como una síntesis del tiempo pasado. La cuestión es conocer qué parte de aquel pasado queda en nosotros.

El momento histórico de Pascua se caracterizó por el profundo deseo de renovación global de la sociedad española, carácter que marcó los años treinta de este siglo, plasmado en la modernización de nuestra sociedad, especialmente en los ámbitos de la educación, la sanidad, los servicios sociales, la reforma agraria, la reforma administrativa, etc.

En Sanidad se trataba de disminuir las elevadas tasa de mortalidad infantil, materna, infecciosa, etc., y de controlar, cuando no erradicar, las enfermedades transmisibles endémicas, mediante la intervención directa del Estado que, si bien en principio estuvo dirigida a la aplicación de las medidas de Higiene Pública, también se dirigió a garantizar la cobertura médica de la población, cuyo objetivo final se esperaba fuese el establecimiento del seguro de enfermedad.

A tal efecto, se puso en marcha un proceso de reformas y transformación del sistema sanitario, cuyos antecedentes y aplicación se han discutido en los dos primeros Encuentros celebrados. Elementos fundamentales fueron la profesionalización de la función pública sanitaria, a través de una política de formación de cuadros en la Escuela Nacional de Sanidad, apoyada por la Fundación Rockefeller; el fortalecimiento profesional de los cuerpos de funcionarios especializados en salud pública; la creación de unidades administrativas especializadas en Higiene Pública, como fueron los Institutos provinciales de Higiene, con sus Secciones de Epidemiología y Estadística, y los Centros Secundarios de Higiene; el establecimiento de objetivos en política sanitaria, orientados hacia el control de las enfermedades transmisibles, especialmente infecciones intestinales, paludismo, tracoma, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual; mortalidad materna e infantil, etc., problemas todos ellos de elevada prevalencia.

Este proceso de modernización española abierto en el período de entreguerras, 1920 a 1935, época central de la actividad profesional de Marcelino Pascua en España, tuvo un claro impacto sobre la disminución de la mortalidad general, con los más importantes descensos, de este siglo, en la mortalidad de la población en edades jóvenes, concretamente mortalidad infantil y de 1 a 4 años, y por causa infecciosa, especialmente de transmisión hídrica-alimentaria y aérea<sup>3</sup>.

Por ello, esta reflexión debe tratar de establecer, como ya se dijo, su peso en la com-

posición histórica del momento actual. Lamentablemente esta es una cuestión poco estudiada, por lo que sólo cabe un ligero apunte al respecto, si bien es evidente el cambio de escenario entre ambos períodos.

A principios de siglo las interpretaciones del patrón prevalente —el infeccioso— estaban llenas de la cultura de la pobreza, estigmatizando una realidad de pobreza individual y colectiva, manifestada por mal nutrición, incultura, vivienda inadecuada y ambiente urbano degradado, si bien nunca se olvidaba la responsabilización individual, lo que primaba las estrategias medicalizadas frente a aquellas dirigidas a mejorar las condiciones de vida, siempre más complejas.

Actualmente, el patrón epidemiológico se caracteriza por un predominio de las enfermedades no transmisibles, y las manifestaciones de la pobreza lo son en términos de marginación con su patología asociada de drogadicción, tuberculosis, inmunodepresión y patología mental. Ello es así porque la realidad social es, asimismo, diferente. En efecto, la nueva ordenación sanitaria —la Ley General de Sanidad— se plantea como respuesta a los nuevos problemas sanitarios de la sociedad española, tanto mediante la incorporación de objetivos de promoción de la salud como por la extensión de la asistencia médica al garantizar la cobertura universal y una amplia gama de prestaciones médicas sin exclusiones. A ello hemos de añadir la existencia de una política de protección social, especialmente por razones de paro y de jubilación, que reduce los efectos viejos de la pobreza, especialmente al completarse con una política de vivienda y de saneamiento; asimismo, se observan otras formas de socialización, como la educación obligatoria, etc. Estas formas de mejorar la calidad de vida reducen la desigualdad, sin evitar la marginación, y dan apariencias nuevas a la pobreza con daños diferentes.

Estos elementos nuevos de integración progresiva determinan una realidad diferente que aún mantiene estructuras sociales, institucionales y administrativas anteriores, si

bien profundamente modificadas y alteradas en su funcionamiento. La organización sanitaria configurada entre los años 1920 a 1936 se mantuvo, si bien con importantes modificaciones, en los diferentes procesos de adaptación política. Algunos representaron importantes pérdidas como la descentralización que significaban las Mancomunidades Sanitarias y los Centros Secundarios de Higiene, así como el importante nivel de responsabilidad municipal en los temas de salud pública; la ruptura de la unidad de acción con la creación de los Patronatos —Antituberculosis y Psiquiátrico— como organismos autónomos. Y la consolidación de un modelo sanitario dicotómico al crear el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944), de tipo asistencial, independiente del Sistema Sanitario Estatal, que mantuvo la responsabilidad en la Higiene Pública y en la asistencia médica de Beneficencia. Las dependencias administrativas de ambos sistemas —uno de Trabajo y el otro de Gobernación— refleja el sentido de ambos sistemas, uno centralizado, de atención médica y de base individual; el otro, igualmente centralizado pero con gran responsabilidad a nivel municipal, de higiene pública y de base comunitaria. Este esquema dicotómico es el que se mantiene como criterio para la transferencia de las competencias sanitarias, a las Comunidades Autónomas. El Sistema sanitario del Estado fue de transferencia inmediata, por su carácter básicamente municipalista, mientras que la transferencia de la asistencia médica, integrada ahora en el Instituto nacional de la Salud, se hace progresivamente al ser la Seguridad Social competencia exclusiva del Estado.

Así pues, la salud pública vigente en el país es la parte más vigorosa de la configurada en el período de 1920 a 1936. Pero necesita modernizarse, porque ni su estructura ni su estrategia responde a los nuevos retos de la Salud Pública. En nuestro criterio estos no deben limitarse sólo a una mera adecuación técnica para las intervenciones sanitarias sobre el medio ambiente para el control de la contaminación abiótica, los problemas de industrialización de los alimentos, los proble-

mas relacionados con la creación de los espacios urbanos; con la calidad de vida, especialmente referido a las condiciones de trabajo, calidad de la vida cotidiana y con las formas de rechazo social; y con el apoyo al desarrollo de los sistemas asistenciales y de las políticas de salud<sup>4</sup>.

Debe adecuarse, también, a la nueva organización del Estado, definiendo los diferentes niveles de competencias, en el marco del Estado de las Autonomías, y asumiendo la Administración Central del Estado la normativa básica y el proceso de confluencia europea. Al mismo tiempo, los niveles operativos de la salud pública deben asumir una rápida respuesta a los problemas poblacionales, garantizar la participación como un instrumento de intervención comunitaria y profundizar en la descentralización administrativa mediante el desarrollo en las Areas de Salud de unidades de salud pública que incrementen su operatividad. Importancia extrema tiene la carrera profesional en salud pública, muy debilitada en este proceso.

No se trata de otra cosa que desarrollar el proyecto sanitario contenido en la Ley General

de Sanidad de 1986, donde también apreciamos algunas de las características propuestas en el proyecto del período de entreguerras: descentralización, participación y profesionalización. A ellos hemos de añadir la integración en un marco de salud pública de la asistencia, tanto curativa como preventiva, con la promoción y la protección de la salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fernández Noriega, JL: Inauguración Ier. Encuentro Marcelino Pascua. Madrid, Centro nacional de Epidemiología, 1992.
2. Bernabeu, J: Marcelino Pascua desde la perspectiva histórica. Ier. Encuentro Marcelino Pascua. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1992.
3. Centro Nacional de Epidemiología: Mortalidad en España, 1989. Documento mimeografiado.
4. World Health Organization: Policy perspectives for a "New Public health". Training and Research in Public Health Dialogue series n.º 1. Centre for Public Health Research, 1994 (documento mimeografiado).