



SUMARIO

TEMA DEL DÍA

PÁGINA

DERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ENFERMEDADES PREVALENTES. DE LA EPIDEMIOLOGÍA A LA PRÁCTICA DIARIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

-PABLO PÉREZ SOLÍS 1

PENSAMIENTO ACTUAL

NUEVA VITALIDAD PARA EL FUTURO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

- R. ALTISENT, T. FERNÁNDEZ-LETAMENDI, M^ªT DELGADO-MARROQUÍN..... 19

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

UNA VISIÓN VIVENCIAL DEL SISTEMA SANITARIO BRASILEÑO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, A TRAVÉS DE RELATOS NARRATIVOS DE UN MÉDICO DE CABECERA.

- MARCELA DOHMS 34

NOVELA Y CINE: COOPERADORES NECESARIOS

-JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ DURAN 53

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicaran en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ENFERMEDADES PREVALENTES. DE LA EPIDEMIOLOGÍA A LA PRÁCTICA DIARIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

PABLO PÉREZ SOLÍS

Resumen: Los modelos de determinantes sociales de la salud forman parte, desde hace décadas, de las estrategias de Salud Pública. A lo largo de este tiempo, diversos estudios epidemiológicos han mostrado la relación entre los determinantes sociales y las enfermedades prevalentes, lo que nos obliga a reducir la brecha entre este modelo y la práctica clínica de los/las profesionales de la salud. Por consiguiente, es necesario que los modelos de determinantes sociales sean elemento fundamental en la orientación de los sistemas sanitarios. En este artículo intentaremos señalar la importancia de aplicar una visión de determinantes en el abordaje de los problemas de salud desde la organización sanitaria a la consulta individual.

Palabras clave: Salud Pública/ Atención Primaria de Salud/ Medicina Social, Determinantes Sociales de la Salud

Title: SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND PREVALENT DISEASES. FROM EPIDEMIOLOGY TO DAILY PRACTICE IN A PRIMARY CARE CONSULTATION.

Abstract: The models of social determinants of health have been part of Public Health strategies for decades and should be a fundamental element in health systems orientation. Over time, various epidemiological studies have shown the relationship of social determinants with prevalent diseases, so it is necessary to reduce the gap between this approach and the clinical practice of health professionals. In this article we will try to point out the importance of applying a vision of determinants in addressing health problems from the health organization to the individual consultation.

Keywords: Public Health/ Primary Health Care/ Social Medicine/ Social Determinants of Health.

Artículo recibido: 3 setiembre 2019; **aceptado:** 11 noviembre 2019

INTRODUCCIÓN

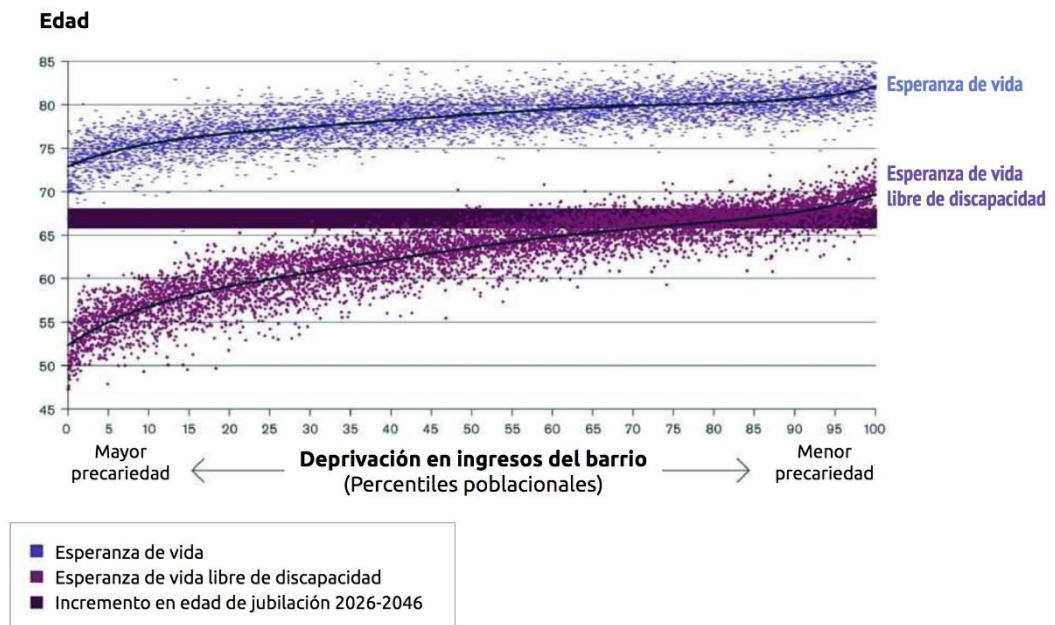
INEQUIDADES EN SALUD SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL VECINDARIO

La relación directa entre la precariedad socioeconómica y una menor esperanza de vida está suficientemente demostrada en las investigaciones de Salud Pública. En diversos estudios ecológicos, por ejemplo, en entornos urbanos, las investigaciones han constatado importantes diferencias de salud

dentro de la misma ciudad determinadas por el territorio. Estudios que se han hecho en el metro Jubilee de Londres, o de algunas ciudades de los Estados Unidos(2).

La esperanza de vida como indicador de salud pública está cada vez más cuestionada, sobre todo para comparar poblaciones o el efecto de los determinantes de salud (incluido el sistema sanitario) en las regiones donde las personas cada vez viven más años. No obstante, la esperanza de vida libre de

Ingresos de la población del barrio, esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad



Fuente: Traducido de UCL Institute of Health Equity (2012) (a)

TheKingsFund

Figura 1.-Ingresos económicos y esperanza de vida

discapacidad, una manera de medir los años de vida saludable, puede darnos claves. Así es, por ejemplo, en la figura 1, donde se observa que la deprivación de ingresos del barrio tiene un mayor efecto en la esperanza de vida libre de discapacidad que en la esperanza de vida total, y que solo en aquellos situados en percentiles altos, aquella está por encima de la jubilación.

Distintos ejes de desigualdad, además del económico, también afectan a otros indicadores de salud, como veremos más adelante con algunos ejemplos.

COMPARANDO PAÍSES DESARROLLADOS ¿LA RENTA PER CÁPITA TIENE UN REFLEJO EN EL NIVEL DE SALUD?

Aunque en comparaciones entre países ricos algunos ponen en duda la valoración de la *renta per cápita* para cotejar y predecir diferencias de salud, lo cierto es que la desigualdad de renta si se puede asociar de facto a algunas diferencias de salud consistentes. Un gran defensor de este postulado es el epidemiólogo británico Richard Wilkinson: a su parecer, lo que realmente influye en la salud, y otros elementos relacionados con el bienestar, es tanto la renta relativa y el lugar en la escala social, como la desigualdad entre las rentas más altas y las más bajas en el entorno en el que uno vive (3). De hecho, para medir la desigualdad económica en un país ya se han planteado indicadores como el coeficiente de Gini, muy extendido, o la ratio S80/S20, como veremos en detalle a continuación.

LOS MODELOS DE DETERMINANTES DE SALUD Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS

La relación de los determinantes sociales con la salud es un hecho conocido e incorporado al desarrollo de la medicina desde el siglo XIX, principalmente como elemento clave de la Salud Pública. La investigación epidemiológica de la segunda mitad del siglo XX y la incorporación de los nuevos conocimientos a la política sanitaria desembocaron en algunos hitos que merece la pena señalar: el informe Lalonde de 1974(4) (Canadá) y “Los Hechos probados”(5) (1998) de Richard Wilkinson y Michael Marmot.

Existen diversas maneras de transmitir modelos de determinantes sociales de salud, desde perspectivas complementarias. Después de unas cuantas ponencias, donde utilizamos este marco, seleccionaríamos cuatro figuras que, además de dar una idea rigurosa y a la vez cercana a colectivos no dedicados a la Epidemiología y a la Salud Pública, aportan, a su vez, 4 puntos de vista:

1. Preponderancia de los factores sociales, económicos y conductuales: el peso otorgado a los determinantes de salud es variable en distintas

descripciones publicadas en la literatura (6). No existe una distribución válida para todos los ámbitos, aunque los factores sociales y económicos, y las conductas saludables, son los determinantes que más influyen en los resultados en salud. Es muy clara la figura de Rafael Cofiño, basada en los datos del modelo del University of Wisconsin Population Health Institute (figura 2). Este modelo excluye factores genéticos (no

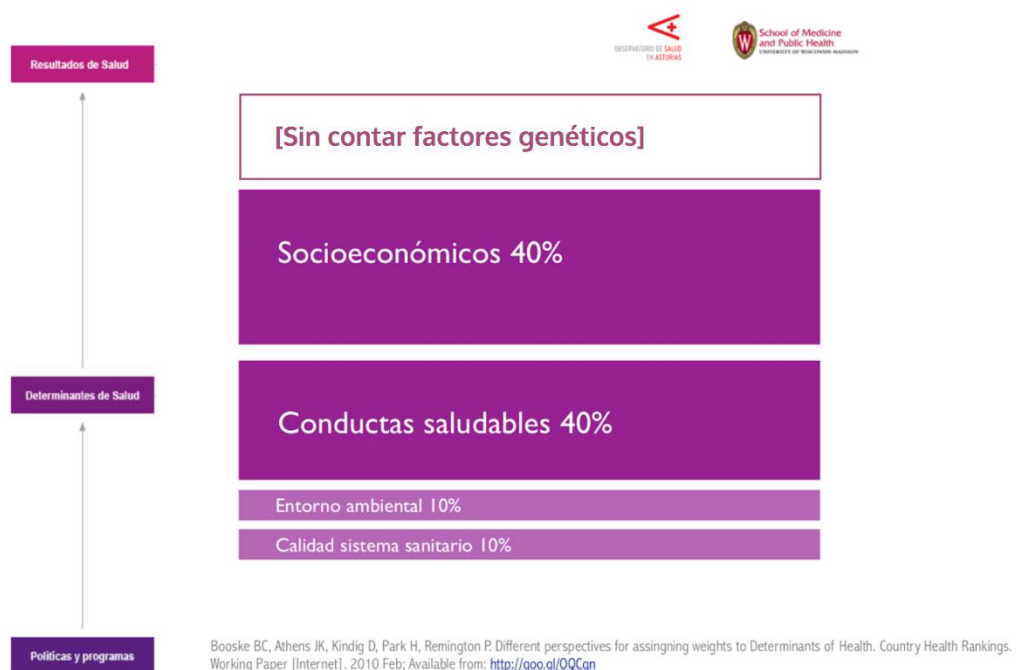


Figura 2.-Pesos relativos en la consecución de una mejor salud de variables significativas: sistema sanitario, entorno socioambiental, conductas saludables.

modificables).

2. Preponderancia de los factores socioeconómicos, culturales y ambientales. Es clásica la figura de Dahlgren y Whitehead, publicada en 1991(7) (figura 3), donde se muestran distintos determinantes distribuidos desde aquellos más distantes a los más cercanos al individuo, sobre los que ejercen gran influencia los primeros (condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales).

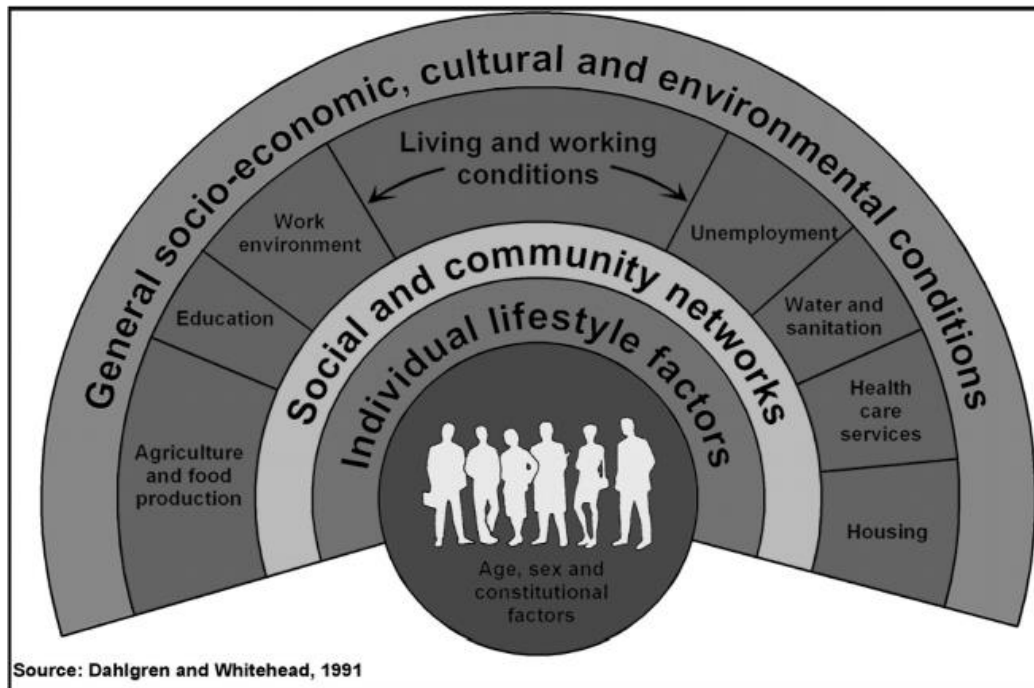


Figura 3.- Determinantes de la salud.

3. Preponderancia de la cadena de acontecimientos e influencias. En su artículo publicado en 2013(8), Rafael Cofiño presenta un diseño que aporta otro punto de vista: la cadena de acontecimientos e influencias que ejercen entre sí los determinantes de la salud, hasta llegar a su papel en la fisiopatología de la enfermedad (figura 4).
4. Preponderancia del aislamiento: del individuo hacia si mismo y del sistema político hacia el individuo. Por último, es especialmente interesante e intuitiva la representación de la figura 5(9): un individuo que avanza empujando el peso de los riesgos para su salud, sobre una cuesta cuya pendiente depende de distintos determinantes sociales. En ella observamos el valor limitado de las intervenciones individuales para cambiar los hábitos y las conductas, frente a la importancia de las políticas generales para modificar las condiciones de vida.

Estas representaciones gráficas, basadas en modelos explicativos que se proponen desde hace décadas, han ido consolidándose con el tiempo.

Gracias también a que la Epidemiología sigue publicando datos y relaciones cada vez más consistentes con esos planteamientos.

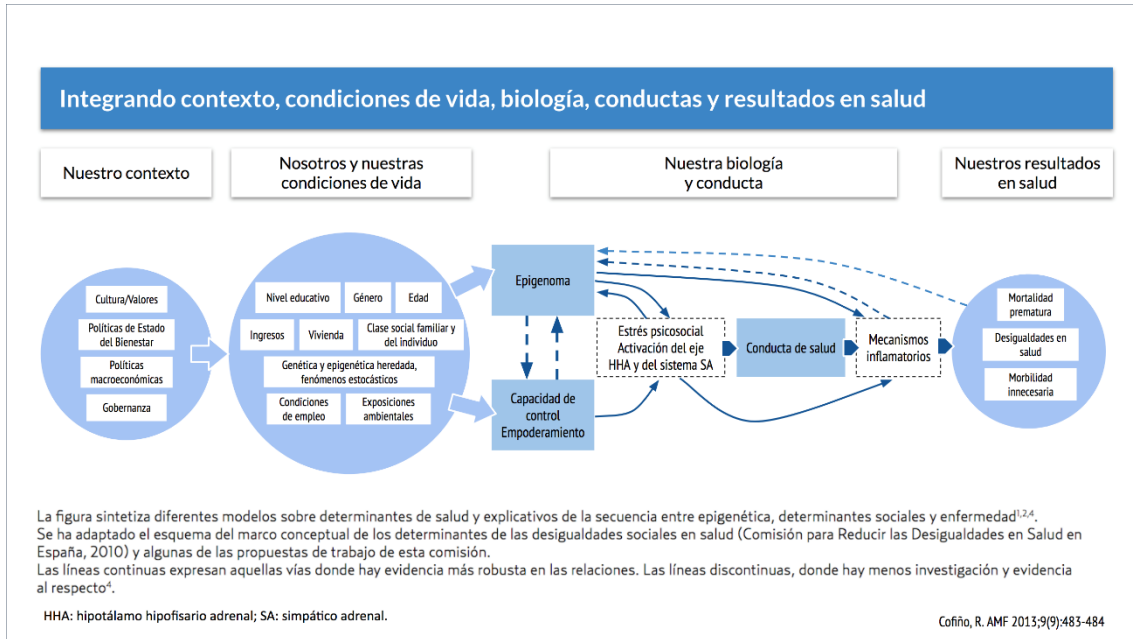


Figura 4.- Condiciones de vida, biología y conductas en los resultados de salud.

DETERMINANTES SOCIALES Y SUS EFECTOS CONCRETOS EN ENFERMEDADES PREVALENTES

El gradiente social



Figura 5.- Gradiente social..

Los determinantes sociales van más allá de una simple asociación estadística. Aunque casi todos los estudios que muestran la relación entre los determinantes so-

ciales y diversos problemas de salud son de tipo observacional, hoy en día es difícil defender que estos hallazgos son una mera asociación estadística. Es

decir: en muchas de esas conexiones, la acumulación de información nos acerca al establecimiento de una relación causal entre ciertos determinantes sociales y algunas enfermedades.

A continuación, presentaremos sin más pretensión de que sirvan como ejemplo, algunos hallazgos que provienen de estudios seleccionados por corresponder a patologías o problemas sociales muy prevalentes o por haber sido realizados en nuestro contexto territorial.

1. Las relaciones sociales influyen en la enfermedad y la mortalidad.

La falta de apoyo social se ha relacionado con una mayor morbilidad y mortalidad. En los últimos años diversos estudios epidemiológicos han mostrado esta asociación. Aunque no existe una única definición del concepto “capital social”, “apoyo social” o “red social adecuada” empleada en los estudios, de hecho puede englobar elementos cuantitativos o cualitativos, o configurarse con distintos indicadores vinculados a las relaciones (familiares o no), la participación, cohesión en el territorio o apoyo percibido (10).

Un metaanálisis de 148 estudios observacionales (11) (308 849 individuos), seguidos una media de 7,5 años, mostraba que aquellos con relaciones sociales adecuadas tienen la mitad de riesgo de mortalidad que aquellos con relaciones sociales insuficientes. La magnitud del efecto es comparable a dejar de fumar, y excede muchos factores de riesgo de mortalidad bien conocidos (por ejemplo, la obesidad y el sedentarismo). En este caso, los investigadores observaron que los estudios que empleaban indicadores más complejos de integración social predecían más la mortalidad que aquellos con criterios más sencillos como el estado civil.

También se ha estudiado el efecto de las relaciones sociales en problemas de salud concretos: como las enfermedades cardiovasculares, de tal modo que las personas en situación de aislamiento social tenían un incremento del riesgo de eventos coronarios (29%) e ictus (32%) (12). El aislamiento social o su percepción parecen configurarse como un factor de riesgo de mortalidad

Los desahucios son otro problema, vinculado a la vivienda, bien conocido en nuestro país. Diversas publicaciones han mostrado en las personas afectadas por un desahucio un peor estado de salud percibida, de forma independiente con su nivel socioeconómico(16), o una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y enfermedad mental que la población general (86% frente a 49,6% y 44,9% frente al 8,7%, respectivamente)(17).

3. La enfermedad cardiovascular y vínculos con la situación socioeconómica.

Diversos indicadores de precariedad socioeconómica [individuales o del territorio (18)] se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. No siempre explicable por la mayor prevalencia de factores de riesgo o estilos de vida poco saludables, o con distinto impacto de estos según el nivel de deprivación (19). Pueden existir diferencias en esta asociación entre distintas enfermedades cardiovasculares, y también distinto impacto según el sexo (20).

Por ejemplo, un estudio británico (21) que utilizaba un índice combinado de deprivación de múltiples barrios, mostró un importante gradiente socioeconómico en la carga de ictus isquémico y hemorragia intracraneal, especialmente en el riesgo de hospitalización y mortalidad e incluso, en la calidad de los cuidados. La diferente calidad o intensidad de atención sanitaria según nivel socioeconómico, señalada ya en 1971 por Tudor Hart (22), es otro asunto de gran interés en el debate sobre la orientación de los sistemas sanitarios, que excede el propósito de este artículo.

También se ha relacionado situaciones de deprivación no económica ni material, como el aislamiento social o unas relaciones sociales deficitarias (medidas por indicadores más o menos complejos). Por ejemplo, en una revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales los/as autores/as concluían que tenían relación con un aumento de riesgo (en torno al 30%) de evento coronario y de ictus.

En nuestro país se ha realizado algún estudio analizando estas diferencias. Por ejemplo: un estudio caso-control (23), a partir del registro hospitalario de pacientes atendidos por un primer infarto agudo de miocardio (IAM), mostró, dentro del grupo de trabajadores no manuales, una clara asociación lineal entre nivel de estudios y el riesgo de IAM, que era independiente de los factores de riesgo cardiovascular.

4. Dos ejemplos más: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la diabetes.

Un menor nivel educativo o de ingresos (24) y de conocimientos en salud (25) se ha asociado a mayor riesgo de hospitalización por exacerbaciones de EPOC (26). Además, dentro de un mismo municipio pueden detectarse diferencias territoriales en mortalidad por EPOC. En España, el proyecto MEDEA (proyectomedea.org) planteó como objetivo describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas y ambientales en mortalidad en áreas geográficas de ciudades de España. Dentro de ese proyecto, se realizó un estudio ecológico transversal con datos del municipio de Oviedo 1996-2007(27) que mostró: una fuerte asociación de la mortalidad por EPOC con un índice compuesto de privación socioeconómica, que se incrementaba en cada quintil de privación y se reprodujo en los dos períodos de estudio (1996-2001 y 2002-2007).

El informe *Health at a Glance: Europe 2018* (28) de la Comisión Europea incluye datos de prevalencia de diabetes mellitus autoreportada, recogido en la base de datos de Eurostat. En España la prevalencia detectada es del 6,8%. Ahora bien, si tenemos en cuenta el nivel educativo, observamos que baja al 2,9% en personas con estudios superiores y llega al 10,1% en personas con estudios primarios. Ese comportamiento, en menor o mayor medida, se reproduce en todos los países de la Unión Europea. para la toma de decisiones, visibiliza el papel de esos elementos y da herramientas para reducir inequidades desde la práctica clínica (30).

¿ES POSIBLE INTERVENIR SOBRE ESA REALIDAD DESDE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA? ALGUNAS IDEAS, PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

Las intervenciones sobre las repercusiones de la pobreza en la salud pueden llevarse a cabo desde las políticas públicas (como todo problema de origen social y con elementos estructurales entre sus causas), pero también desde el sistema sanitario y la comunidad (1). Desde el ámbito sanitario proponemos algunos enfoques que implican desde niveles organizativos o de planificación a los/las profesionales asistenciales en su consulta. Veámoslo:

DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO AL TERRITORIO

En 2005, Iona Heath afirmaba que “a pesar de los enormes avances en la ciencia médica en los últimos 100 años, existe una infravalorada pero inevitable brecha entre el mapa de la ciencia médica y el territorio del sufrimiento de la persona” (29). Como señalaron posteriormente Javier Padilla y Vicky Lopez (1), la tarea del médico/a de Atención Primaria es conectar la brecha entre el mapa (guía clínica) y el territorio (paciente y su contexto). Asimismo, es preciso incluir en las guías clínicas, protocolos y programas información del impacto del contexto social en el riesgo de cada problema de salud. Abordar el contexto social y las desigualdades, en los algoritmos o guías para la toma de decisiones, visibiliza el papel de esos elementos y da herramientas para reducir inequidades desde la práctica clínica (30).

PROPUESTAS PARA LA CONSULTA

A pesar de la clara interrelación de los problemas sociales con la salud, existe una gran variabilidad en la reacción de los/las profesionales ante éstos. Y, en muchas ocasiones, se considera que son ajenos a las responsabilidades propias de la labor asistencial sanitaria. Sin embargo, creemos que es fundamental su identificación, al menos en el/la paciente frágil o de riesgo, y ante problemas de salud crónicos, complejos o en población hiperefrecuentadora. Por tanto, debemos estar preparados/as para reconocer e identificar los problemas

sociales en la propia consulta, detectar riesgos de inequidades generadas por la propia institución o nuestra intervención, así como desarrollar empatía ante situaciones donde no solamente existe una responsabilidad individual, sino también una responsabilidad social o contextos de alto riesgo.

Las dimensiones de la posición socioeconómica (entre las principales podemos enumerar la clase social basada en ocupación, ingresos económicos, nivel de estudios, la etnia y el género, que atraviesa todas las demás) que conocemos de un/a paciente, no solamente nos ayudan a identificar riesgos para la salud, sino a modular nuestro abordaje clínico, adaptado a la realidad del/la paciente y sus circunstancias.

Podemos concretar algunas propuestas factibles para la consulta de Atención Primaria:

1. Aplicar una orientación comunitaria en nuestra consulta, es decir, “pasar consulta mirando a la calle”, sensibles a los determinantes sociales de los problemas que nos consultan, descrito con interés didáctico como Nivel 1 de Orientación Comunitaria (31).
2. Trabajar con códigos Z en la historia clínica: la Clasificación Internacional de Atención Primaria-2 (CIAP-2) incluye los problemas sociales en los códigos Z00-Z29, y es recomendable y útil su utilización para etiquetar episodios en la historia clínica informática. Registrar los factores que influyen en la situación del/la paciente pueden orientar nuestras decisiones y nuestro esfuerzo.
3. Conocer herramientas de evaluación de pobreza y necesidades sociales: la detección de determinantes sociales de la salud por los/as médicos/as asistenciales entraña dificultades que limita la aplicación de estrategias de cribado(32). No obstante, existen herramientas para su aplicación en la Atención Primaria, como el cuestionario para el cribado de necesidades sociales diseñado desde The EveryONE Project, de la American Academy of Family Physicians, o la pregunta “en el último año, ¿tiene o ha tenido usted dificultades para llegar a fin

de mes?”, validada en nuestro contexto para el cribado de la pobreza (33).

4. Trabajar con más intensidad con los que más lo necesitan, frente a la Ley de Cuidados Inversos. La educación de la salud y la asistencia sanitaria que practicamos en la consulta debería realizarse seleccionando el tipo de mensajes e intervenciones y priorizando a qué personas es más necesario y eficaz dirigirlos.
5. Investigar en la consulta ciertos problemas de salud vinculados específicamente con la pobreza y la precariedad. Problemas que no hemos estudiado aún, porque quizás no los hayamos identificado, o simplemente no habían aparecido. Por lo tanto, hemos de estar atentos ante una persona en esas circunstancias porque, además del problema de salud que hayamos identificado, puede presentar otros relacionados con la precariedad o pobreza. Problemas que el conocimiento científico y la epidemiología asocian con determinadas situaciones de precariedad.
6. Intensificar relación y protagonismo de Trabajo Social Sanitario en los equipos, profesionales ya incluidos dentro del Equipo de Atención Primaria, con una cartera de servicios definida y, además, el reconocimiento como profesión sanitaria en 2019 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

PROPUESTAS PARA LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

El enfoque de determinantes sociales de la salud es transversal y debe tener un encuadre intersectorial que atraviese los ámbitos sanitarios y no sanitarios de las políticas públicas. Eso puede concretarse en:

1. Los Planes de Salud y otros documentos estratégicos asuman una apuesta clara por la Atención Primaria y una visión de “salud en todas las políticas” con un planteamiento multisectorial, orientado a la reducción de inequidades.

2. Incluir el enfoque de determinantes en programas y proyectos de salud de sectores y áreas más concretos (nivel táctico y operativo, gobernanza municipal, etc), así como en programas de investigación e innovación.
3. Incorporar herramientas de evaluación de la equidad de las instituciones y sus programas. Existen algunos modelos de fácil aplicación como el del Observatorio de Salud en Asturias (34).
4. Impulsar las recomendaciones de la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, puesta en marcha desde la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2008, y publicadas en 2015 (35).

CONCLUSIÓN

Este artículo no pretende, ni mucho menos, revisar el *estado de la cuestión* en el conocimiento de la relación determinantes sociales y la salud, sino plantear que dicho modelo es aplicable desde el ámbito de la consulta individual, espacio de intervención más habitual de los/las médicos/as de familia y comunidad en Atención Primaria.

Existen muchas barreras y muchas tareas por hacer. Desde proporcionar los recursos adecuados o promover una cultura profesional que vaya más allá de lo biomédico, hasta reorientar al propio sistema sanitario para que encaje su papel dentro de una red de cuidados integrados con un planteamiento multisectorial.

Es un reto diario para los/las profesionales asistenciales trasladar a la práctica diaria esa visión, expresada como las “gafas de determinantes” o “pasar consulta mirando a la calle” (36). Potenciar el enfoque centrado en las condiciones de vida y los entornos de las personas. Ejercer intermediación para reducir las inequidades que puede generar el propio sistema sanitario. En efecto, todo un desafío.

5. Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2008, y publicadas en 2015 (35).

CONCLUSIÓN

Este artículo no pretende, ni mucho menos, revisar el *estado de la cuestión* en el conocimiento de la relación determinantes sociales y la salud, sino plantear que dicho modelo es aplicable desde el ámbito de la consulta individual, espacio de intervención más habitual de los/las médicos/as de familia y comunidad en Atención Primaria.

Existen muchas barreras y muchas tareas por hacer. Desde proporcionar los recursos adecuados o promover una cultura profesional que vaya más allá de lo biomédico, hasta reorientar al propio sistema sanitario para que encaje su papel dentro de una red de cuidados integrados con un planteamiento multisectorial.

Es un reto diario para los/las profesionales asistenciales trasladar a la práctica diaria esa visión, expresada como las “gafas de determinantes” o “pasar consulta mirando a la calle” (36). Potenciar el enfoque centrado en las condiciones de vida y los entornos de las personas. Ejercer intermediación para reducir las inequidades que puede generar el propio sistema sanitario. En efecto, todo un desafío.

Pablo Pérez Solís

Médico de Familia y Comunidad. Centro de Salud Laviada (Gijón). Grupo de trabajo Inequidades en Salud y Salud Internacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

papeso@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Padilla Bernáldez J, López Ruiz MVL. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. febrero de 2016;23(2):50-60.
2. Robert Wood Johnson Foundation. Mapping Life Expectancy [Internet]. Robert Wood Johnson Foundation. 2015 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.rwjf.org/en/library/articles-and-news/2015/09/city-maps.html>
3. Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. London: Allen Lane. London: Allen Lane; 2009. 352 p.

4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document [Internet]. Ottawa, Ontario, Canada: Government of Canada. Health Canada; 1974 [citado 31 de agosto de 2019] p. 77. Disponible en: <http://publications.gc.ca/site/eng/9.692294/publication.html>
5. Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health : the solid facts [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108082>
6. Booske BC, Athens JK, Kindig DA, Park H, Remington PL. Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health. Wisconsin: University of Wisconsin, Population Health Institute; 2010 p. 22.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies; 1991. Report No.: 2007:14.
8. Cofiño R. Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF. 1 de octubre de 2013;9:483-4.
9. Taket AR. Making partners: intersectoral action for health : proceedings and outcome of a joint working group on intersectoral action for health, Utrecht, the Netherlands, 30 November-2 December 1988. Copenhagen]; [The Hague, Netherlands: World Health Organization, Regional Office for Europe ; Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs; 1990.
10. Pevalin DJ, Rose D. Social capital for health: investigating the links between social capital and health using the British Household Panel Survey [Internet]. University of Essex: Health Development Agency (NHS); 2003 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://repository.essex.ac.uk/9143/>
11. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLOS Med. 27 de julio de 2010;7(7):e1000316.
12. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 1 julio de 2016;102(13):1009-16.
13. WHO Housing and Health Guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 31 de agosto de 2019]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535293/>
14. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. Environmental burden of disease associated with inadequate housing: a method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European region. [Internet]. Bonn, Germany: The WHO European Centre for Environment and Health; 2011 p. 238. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf
15. Segura del Pozo J. Impacto de la pobreza energética en la salud [Internet]. Salud Pública y otras dudas. 2015 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/11/21/impacto-de-la-pobreza-energetica-en-la-salud/>

16. Bolívar Muñoz J, Bernal Solano M, Mateo Rodríguez I, Daponte Codina A, Escudero Espinosa C, Sánchez Cantalejo C, et al. La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio. *Gac Sanit.* 1 de enero de 2016;30(1):4-10.
17. Bernal M, Bolívar J, Daponte A, Escudero C, Fernández Santaella M, Mata J, et al. Estado de salud de la población afectada por un proceso de desahucio. Resumen ejecutivo. [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; Stop Desahucios Granada; Universidad de Granada; 2014 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100002
18. Ramsay SE, Morris RW, Whincup PH, Subramanian SV, Papacosta AO, Lennon LT, et al. The influence of neighbourhood-level socioeconomic deprivation on cardiovascular disease mortality in older age: longitudinal multilevel analyses from a cohort of older British men. *J Epidemiol Community Health.* 1 de diciembre de 2015;69(12):1224-31.
19. Foster HME, Celis-Morales CA, Nicholl BI, Petermann-Rocha F, Pell JP, Gill JMR, et al. The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. *Lancet Public Health.* 1 de diciembre de 2018;3(12):e576-85.
20. Pujades-Rodriguez M, Timmis A, Stogiannis D, Rapsomaniki E, Denaxas S, Shah A, et al. Socioeconomic Deprivation and the Incidence of 12 Cardiovascular Diseases in 1.9 Million Women and Men: Implications for Risk Prediction and Prevention. *PLOS ONE.* 21 de agosto de 2014;9(8):e104671.
21. Bray BD, Paley L, Hoffman A, James M, Gompertz P, Wolfe CDA, et al. Socioeconomic disparities in first stroke incidence, quality of care, and survival: a nationwide registry-based cohort study of 44 million adults in England. *Lancet Public Health.* 1 de abril de 2018;3(4):e185-93.
22. Hart JT. The inverse care law. *Lancet Lond Engl.* 27 de febrero de 1971;1(7696):405-12.
23. González-Zobl G, Grau M, Muñoz MA, Martí R, Sanz H, Sala J, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol.* septiembre de 2010;63(9):1045-53.
24. Eisner MD, Blanc PD, Omachi TA, Yelin EH, Sidney S, Katz PP, et al. Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. *J Epidemiol Community Health.* enero de 2011;65(1):26-34.
25. Omachi TA, Sarkar U, Yelin EH, Blanc PD, Katz PP. Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Gen Intern Med.* enero de 2013;28(1):74-81.
26. Halpin DM, Miravittles M, Metzdorf N, Celli B. Impact and prevention of severe exacerbations of COPD: a review of the evidence. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 5 de octubre de 2017;12:2891-908.
27. Rodríguez V. Mortalidad por EPOC y desigualdades socioeconómicas en varones del municipio de Oviedo: resultados del estudio coordinado MEDEA II [Internet]. e-notas. Notas de Evaluación. 2012 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en:

<https://www.enotas.es/?resena-investigacion=mortalidad-por-epoc-y-desigualdades-socioeconomicas-en-varones-del-municipio-de-oviedo-resultados-del-estudio-coordinado-medea-ii>

28. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle [Internet]. París/EU, Brussels: OECD Publishing; 2018 [citado 31 de agosto de 2019]. 212 p. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
29. Heath I, Sweeney K. Medical generalists: connecting the map and the territory. *BMJ*. 15 de diciembre de 2005;331(7530):1462-4.
30. Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *Eur J Public Health*. 1 de octubre de 2005;15(5):441-441.
31. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 1 de octubre de 2018;32:5-12.
32. Davidson KW, McGinn T. Screening for Social Determinants of Health: The Known and Unknown. *JAMA* [Internet]. 29 de agosto de 2019 [citado 31 de agosto de 2019]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2749417>
33. Robles S, Rabanaque G, Gil F. Validación de una herramienta de diagnóstico de pobreza en la Comunitat Valenciana. *Comunidad*. 2018;20(3):5.
34. Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Herramienta de Evaluación Rápida de Equidad. [Internet]. Observatorio de Salud en Asturias. 2016 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario>
35. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 p. 112. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf
36. Cofiño R. Orientación comunitaria de la Atención Primaria. Nivel 1: Pasar consulta mirando la calle (1) [Internet]. salud comunitaria. 2016 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2016/07/04/orientacion-comunitaria-de-la-atencion-primaria-nivel-1-pasar-consulta-mirando-la-calle-1/>

Cómo citar este artículo:

Pérez Solís, P. "Determinantes sociales de la Salud y enfermedades prevalentes. De la epidemiología a la práctica diaria en una consulta de Atención Primaria". *Folia Humanística*, 2019 (13): 1-18. Doi: <http://doi.org/10.30860/0056>.

UNA NUEVA VITALIDAD PARA EL FUTURO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Rogelio Altisent, Teresa Fernández-Letamendi, M^a Teresa Delgado-Marroquín

Resumen: Los comités de ética asistencial se encuentran en una fase determinante para su consolidación. Es necesario no obstante mejorar su conocimiento entre los profesionales y la sociedad, así como la accesibilidad y la sintonía con las auténticas necesidades de su entorno asistencial. Para ello es muy conveniente articular procedimientos que den agilidad de respuesta a quienes solicitan asesoramiento, donde la figura de los consultores puede ser de ayuda. La evaluación de la calidad será un aspecto clave de esta etapa, en la que los comités deben demostrar, con indicadores que permitan establecer comparaciones, su eficiencia. Asimismo los centros sanitarios necesitan gerentes con capacidad de liderazgo y sensibilidad para entender la trascendencia de lo que es un comité de ética asistencial y su potencial contribución a la vida del sistema sanitario, lo cual se debe defender proporcionando los recursos necesarios para garantizar su adecuada actividad.

Palabras clave: *Comités de ética asistencial/ profesionalismo/ mejora de la calidad.*

Title: NEW VITALITY FOR THE FUTURE OF CLINICAL ETHICS COMMITTEES.

Abstract: Clinical ethics committees have reached a decisive stage in their consolidation. It is necessary to improve the knowledge that healthcare professionals and society have of them, and their accessibility and alignment with the needs of the healthcare environment. It is highly desirable that procedures should be managed in such a way as to expedite their response to those requesting advice, where the figure of ethics consultants may be of assistance. Quality assessment with indicators that enable comparisons to be made will be a key aspect at this stage when committees must demonstrate their efficiency. Health centres require managers with leadership skills and the sensitivity to understand the significance of a clinical ethics committee and its potential contribution to the life of the health service, which requires the provision of the necessary resources that guarantee an appropriate level of activity.

Keywords: *Ethics committes/ medical professionalism/ quality improvement.*

Artículo recibido: 24 julio 2019; **aceptado:** 11 noviembre 2019.

En la historia de las instituciones, que perviven en el tiempo, se suelen repetir una serie de etapas. La primera es un arranque carismático protagonizado por personas notables, que dan respuesta a una necesidad real mediante la organización de una estructura funcional que es necesariamente muy dependiente de las cualidades de sus líderes fundadores. A continuación, viene la etapa de consolidación institucional, mediante la creación de normas y reglamentos que dan estabilidad, más allá de los voluntarismos, con el fin de que las funciones y las tareas institucionales trasciendan a las personas, permitiendo el sucesivo relevo de los responsables. Por último, si todo aquello merece la

pena, viene la fase de la continuidad, que generalmente necesita nuevos impulsos para evaluar la actividad y garantizar la sostenibilidad, siendo necesario realizar ajustes y reformas fundamentadas en la experiencia del recorrido previo.

En esta reflexión defenderemos la tesis de que, en España, los comités de ética asistencial en las instituciones sanitarias (CEA) han pasado las dos primeras fases. Nos encontramos ahora en la tercera etapa de continuidad, donde está en juego su futuro, que será de decadencia o de florecimiento, en dependencia de una serie de elementos que discutiremos, a continuación, con el ánimo de contribuir a promover una nueva vitalidad.

APUNTES HISTÓRICOS

Decía Claudio Magris que la vida hay que vivirla mirando hacia delante, pero solo se puede entender mirando hacia atrás. Recordemos que, desde mediados del siglo XX, hemos asistido a un creciente interés por la bioética en todo el mundo. Entre otros motivos, se ha producido una noble reacción contra la deriva de una medicina que, fascinada por la tecnología, amenaza con perder de vista que en el centro de su atención hay seres humanos dotados de dignidad. En la memoria histórica quedan las iniquidades de la investigación que hizo la medicina del nazismo y el uso político de los soviéticos; pero también, y más recientemente, en países supuestamente respetables se cometen abusos en nombre de la medicina y de la ciencia que no se pueden considerar totalmente erradicados.

El escenario sanitario de estos últimos 50 años se ha caracterizado por tres cambios trascendentales, de los que muchos hemos sido testigos de primera mano: los espectaculares avances científicos, la eclosión de la autonomía del paciente y las modernas organizaciones sociales de prestación sanitaria. Este panorama ha generado nuevas cuestiones éticas que nunca antes se habían planteado. Son nuevas preguntas que requieren nuevas respuestas. Hace 100 años no se planteaban problemas éticos ante: la retirada de un respirador en una unidad de cuidados intensivos, ni se discutía sobre si es moralmente aceptable

comprar un órgano para trasplantar, o si los fumadores debían pasar a la cola en la lista de espera de cirugía coronaria; sencillamente porque no había unidades de cuidados intensivos, ni trasplantes de órganos, ni cirugía cardíaca.

Este es el paisaje donde hemos visto nacer y crecer los comités de ética para ayudar en la toma de decisiones éticas difíciles.

La prehistoria de los CEA se suele situar hacia 1960, cuando se puso en marcha la primera unidad de diálisis en Seattle (USA). Se constituyó entonces un comité para ayudar a decidir sobre el acceso de pacientes a las máquinas de diálisis, que en aquellos primeros momentos eran insuficientes para atender al número de enfermos con insuficiencia renal que eran candidatos a su uso. La primicia fue, además, que algunos miembros de este comité no eran médicos, porque se entendió que los criterios meramente técnicos no eran suficientes para decidir quién debía tener prioridad en el acceso a la diálisis. Se sintió la necesidad de tener diferentes perspectivas para acertar en la toma de decisiones, es decir, contar con otras miradas como, por ejemplo, la de los cuidadores que conviven con los pacientes, siendo capaces de conocer sus preferencias y valorar lo que para ellos era auténtica calidad de vida¹.

Los manuales de historia de la bioética también acostumbran a citar cuando, en 1968, se creó un comité de la Facultad de Medicina de Harvard para establecer el criterio de la muerte cerebral y definir cuándo un paciente ha muerto, afinando el momento en que ya se le puede hacer una extracción del órgano de manera que sea útil para el trasplante. Otro hito reiteradamente mencionado aconteció en 1976 en los EE.UU, el caso de Karen Ann Quinlan, una joven en coma profundo por ingesta de alcohol y barbitúricos, cuyos padres solicitaron retirar la ventilación asistida. El Tribunal Supremo de Nueva Jersey dictaminó que autorizaría la demanda si, tras la constitución de un comité de ética en el hospital donde estaba ingresada la paciente, éste confirmaba la irreversibilidad del coma. Casos como éstos son tan solo una muestra de las experiencias más citadas que ayudan a entender la prehistoria de los CEA.

A partir de los años ochenta, del siglo XX, es cuando se produce una espectacular extensión de comités de ética en los EE.UU.: pasando del 1% de los hospitales en 1982 al 60% en 1987. Hacia el año 2000 se estimaba que el 93% de los hospitales tenía algún tipo de comité de ética, y hoy ya se encuentran prácticamente en el 100%.

Los primeros comités de ética asistencial en hospitales públicos españoles datan del año 1993. El impulso de las primeras promociones del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid dirigido por el Profesor Diego Gracia, logrando que en pocos años más de 30 hospitales tuvieran un CEA en funcionamiento. Aunque para hacer justicia histórica también hay que mencionar la experiencia pionera liderada por Francesc Abel en el Hospital de Sant Joan de Deu de Barcelona, que en 1974 marcó un hito en la historia mundial de los CEA.

En 1995, el Ministerio de Sanidad a través del entonces INSALUD (ente responsable de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud español hasta su transferencia a las comunidades autónomas) dictó una normativa en España que regulaba la constitución de los CEA, que se fueron extendiendo por todo el territorio nacional. Estas directivas se dirigían sobre todo a los hospitales, aunque ya contemplaba la posible integración de la atención primaria. En Cataluña y en el País Vasco, donde ya se habían realizado las transferencias sanitarias con anterioridad, se regularon los CEA en 1993 y 1995 respectivamente². A partir del año 2000 las comunidades autónomas –a excepción de Navarra y Extremadura- han ido creando su propia normativa que regulan la constitución y acreditación de los CEA.

En estos momentos se acepta que una institución sanitaria no tiene su organigrama completo si no tiene un CEA de referencia operativo, donde los profesionales, los usuarios y sus familiares puedan acudir a pedir asesoramiento. Sin embargo, sigue existiendo un gran desconocimiento sobre su existencia y funciones, aunque ciertamente se ha avanzado notablemente en los últimos 10

años, en buena medida porque los estudiantes de medicina reciben enseñanza reglada de ética donde se suele hablar con naturalidad de los CEA.

¿QUÉ PUEDEN APORTAN LOS CEA?

El CEA debe ser un espacio para la búsqueda del conocimiento moral, un lugar donde se cultive la reflexión de la dimensión ética y humana de la asistencia sanitaria.

Hemos tomado conciencia de que la evidencia científica es necesaria pero no suficiente para prestar una buena asistencia. Por tanto, no nos basta con ser unos estupendos científicos concededores de las últimas novedades que se han publicado; tampoco es suficiente con ser unos virtuosos de la técnica más avanzada, ya sea para operar un tumor cerebral, ya sea para tratar una ulcera de decúbito. En nuestros centros y en nuestras consultas también necesitamos crear un clima de confianza, de respeto a la autonomía y a la vida; que en nuestros centros se garantice la confidencialidad, la coordinación de los equipos, el compromiso con el paciente, la cultura de servicio, la honestidad, la transparencia, la equidad, la adecuada gestión de los conflictos de interés, etc. En definitiva, se trata de cultivar una serie de valores que parafraseando a Popper 'no se dejan atrapar por el método experimental', y que son precisamente el objeto de estudio de la ética³.

Buscamos el conocimiento moral mediante el razonamiento ético y la deliberación. A diferencia del conocimiento científico que alcanzamos mediante el método experimental, el ensayo y la refutación. Este matiz es importante porque no se puede perder de vista que mientras el conocimiento científico busca la certeza, a través del conocimiento moral intentamos alcanzar el juicio prudencial. Son dos perspectivas diferentes pero sinérgicas, que deben ir de la mano para lograr una auténtica calidad asistencial.

El CEA es un lugar para cultivar la deliberación y la prudencia. Recientemente se ha difundido un reportaje sobre el templo de la Sagrada Familia de Barcelona realizado con un dron (un vehículo aéreo no

tripulado), dotado de ocho rotores. Éste ha permitido ver ángulos y perspectivas que nunca antes se habían captado de la célebre obra de Gaudí, inalcanzables en una visita guiada convencional. Esta pluralidad de miradas, con una perspectiva interdisciplinar, es una de las principales aportaciones de un CEA, al ofrecer una riqueza de visiones que difícilmente podrá alcanzar un profesional de manera individual.

Sin embargo, sería desatinado insinuar que la ética ha llegado a la medicina con la creación de los comités, porque es bien conocido que no hay una profesión más impregnada de valores morales desde su nacimiento. No podemos olvidar que el impulso y el motor del comportamiento está en la ética de cada persona, esto es lo que hace que las cosas funcionen. El principal lugar de deliberación ha de estar en la cabecera del paciente, en la sesión del equipo o en el despacho donde se informa a las familias. No pretendemos decir que los comités sean la fuente de la moralidad, ni la última palabra que se debe acatar. No obstante, acumulamos ya abundante experiencia de cómo los CEA pueden ser un lugar de apoyo y de promoción de la dimensión humana de la asistencia sanitaria. Por ello, un comité ha de ser un grupo que inspire confianza y donde, quienes acuden a consultar, se sientan acogidos y nadie piense que va a ser juzgado o humillado.

También podemos avanzar que el CEA será en algún momento como la conciencia de la institución: una caja de resonancia de las cuestiones éticas que se plantean a la cabecera del paciente o en el centro sanitario de manera general. Un lugar donde se generen iniciativas de formación reposadas y maduras, pero también con agilidad, con reactividad ante los problemas que preocupan. Por ejemplo, sería un buen indicador de vitalidad de un CEA la promoción de un seminario sobre dilemas éticos en la alimentación de pacientes con demencia (una preocupación común de geriatras, neurólogos, internistas, médicos de familia, enfermería, tanto de hospital como de atención primaria).

Podemos aspirar a que el CEA se convierta en: una fuente de motivación que busque contagiar a todos los equipos, servicios y centros de salud, creando

metástasis, mediante una red de contactos, en cada unidad que colaboren con el comité y que, así, sean el germen para impulsar iniciativas sencillas. Por ejemplo, para conseguir que, en las sesiones clínicas, se analicen aspectos éticos del caso en cuestión, sin necesidad de que hayan planteado especiales dilemas, sencillamente evaluando cómo se ha manejado la información o la confidencialidad.

De todo lo anterior es fácil deducir que trascendemos el ámbito exigido por las leyes. Por ello, en algún momento, se pueden suscitar dudas legales y, para resolverlas, cada comité tiene un miembro con experiencia en derecho sanitario, pero con la idea clara de que no estamos para resolver consultas jurídicas. El fin último de la ética es la excelencia, o dicho con lenguaje llano, hacer las cosas bien, lo mejor posible, lo cual supone una aspiración que trasciende la norma legal que se orienta a garantizar derechos básicos.

¿QUÉ TIPO DE CEA NECESITAMOS?

Las características que en estos momentos se necesitan en un CEA para que sea una institución útil y no meramente decorativa son en nuestra opinión:

Sintonía. Se necesita que un CEA sintonice con las necesidades reales de los profesionales y los usuarios. En otras palabras, no puede ser un grupo autista ni un cenáculo de ilustrados que se consideran un peldaño por encima de los demás.

Además de atender las consultas de casos complejos, se deben estudiar los temas de mayor prevalencia y de mayor dificultad en la toma de decisiones. Para ello, conviene conocer la epidemiología ética de lo que está ocurriendo en el entorno asistencial de referencia⁴. Con este fin, necesitaremos realizar una tarea de investigación, para identificar cuales son esas cuestiones. Esta función investigadora se encuentra explícitamente mencionada en el Decreto de regulación de comités de Aragón y de Baleares, y se añade a las tres funciones tradicionales (docencia, consulta de casos, elaboración recomendaciones). Esto tiene algunas consecuencias relevantes a tener en cuenta. Por ejemplo,

necesitamos mejorar la formación en metodología de la investigación, sobre todo cualitativa, porque nos será muy útil para lograr este fin: disponer de un mapa de epidemiología ética.

Este esfuerzo por sintonizar con las necesidades sentidas y reales del escenario asistencial circundante, estimulará el intercambio con áreas asistenciales que desconocen las tareas y funciones del CEA. De este modo se promueven nuevas consultas de casos y actividades de formación en bioética ajustadas a los aspectos que los profesionales consideran de mayor ayuda. Un buen ejemplo de sintonía del CEA con su entorno sería el acercamiento a una residencia de ancianos de la zona para explorar los problemas éticos que se les presentan, con el fin de explicarles la ayuda que el CEA puede aportar.

Accesibilidad. El CEA debe ser accesible a los profesionales, a los usuarios y sus familias cuando sea conveniente realizar una consulta. De un modo amable y sin exceso de formalismos, en un primer momento, aunque las auténticas consultas de casos deban presentarse por escrito, para lo cual a menudo conviene prestar apoyo a través de un “consultor”.

Hemos de facilitar el acceso a distancia al CEA: desde la consulta de un centro de salud o desde la planta de un hospital o desde una residencia de ancianos. Esto requiere disponer de vías telemáticas sencillas y de fácil manejo.

Para los equipos directivos no existe un problema de accesibilidad. Es frecuente y normal que en el ámbito de la gestión se planteen cuestiones tributarias de ser estudiadas por un CEA. La experiencia de estas décadas de CEA en España ofrece un amplio abanico de situaciones. En muchos casos la relación es fluida, para lo cual la actitud de colaboración mutua es decisiva. Cada vez se dan menos casos de desconocimiento, aunque todavía hay algunos directivos que piensan que el CEA les puede dar más problemas de los que ya le genera la propia gestión.

Agilidad. Hay que equilibrar la necesaria calma de la deliberación con cierta reactividad a la hora de responder una consulta. Conviene matizar y

diferenciar el tipo de consultas que se reciben, porque no todas van a necesitar el mismo tratamiento:

a) *Consulta exprés*: sería una duda puntual que se puede resolver directamente sin necesidad de recurrir a un pleno. Hay casos que se pueden enfocar con una conversación donde, en el fondo, se ayuda a deliberar a quien consulta para que alcance una decisión que se considera razonable y prudente. A veces son cuestiones que ya están resueltas por una norma legal o deontológica, y en ocasiones se pueden encauzar con una orientación bibliográfica.

b) *Consulta inmadura o incompleta*. Se trata de la consulta de un caso complejo, pero que no está del todo madura en su planteamiento. En estas situaciones resulta muy útil el apoyo de un consultor que ejerza de “hada madrina” ayudando a su presentación, por escrito, para que pase a su estudio en un pleno del CEA.

c) *Caso adecuadamente presentado*. Elaborado de acuerdo con el protocolo y los requisitos que establece el comité, que deben estar asequibles en la web del CEA. Una vez presentado el caso, el CEA confirmará por escrito la recepción y su aceptación, concretando una estimación del tiempo de su respuesta y comunicando que será analizado en el siguiente pleno. En el caso de una decisión urgente, se convocará la comisión de urgencia, para lo cual es muy conveniente comisionar a un “consultor” que realice las tareas de enlace.

Eficiencia. Es una de las asignaturas pendientes que hemos de aprobar para alcanzar la mayoría de edad de un CEA. Debemos demostrar que los recursos invertidos (horas de profesionales altamente cualificados) se traducen en un cuidado de la dimensión ética que produce una mejora de la calidad asistencial. No podemos admitir, sin más, que un grupo de personas muy cualificadas y llenas de buena intención, que dedican varias horas al mes en su jornada laboral a un CEA, se auto-justifiquen de manera automática. Al igual que cualquier otra comisión o grupo que trabaja en la institución, el CEA supone una inversión de recursos que debe producir resultados para justificar su existencia.

Es natural que se necesite un tiempo de gestación y formación, pero siempre hay que tener en el punto de mira la evaluación y la mejora de la calidad del trabajo desarrollado.

Evaluación. La evaluación es un requisito para demostrar la eficiencia. Un primer paso para esta estrategia es cumplir los criterios exigidos para la acreditación. Se trata de un conjunto de garantías básicas en cuanto a la estructura y el funcionamiento, pero también se debe desplegar un sistema de evaluación continuada de la actividad desarrollada plasmada en la memoria anual⁵.

La Unidad de Acreditación de los CEA debe evaluar la memoria de actividades, con la ayuda de consultores externos, no tanto con una finalidad fiscalizadora como para indicar áreas de mejora. La memoria permitirá al menos realizar una valoración cuantitativa de: reuniones, asistentes, consultas recibidas, informes escritos, documentos de recomendaciones, alertas éticas a la institución, actividades formativas internas y externas con número de asistentes, proyectos de investigación y publicaciones; tiempos de resolución de los procedimientos. Será muy conveniente seleccionar algunos indicadores que servirán además para realizar comparaciones con otros CEA⁶⁻⁸.

Es también muy conveniente completar la evaluación cuantitativa con una valoración cualitativa complementaria, mediante encuestas de satisfacción a los propios miembros del CEA, a los profesionales, pacientes o familiares que consultan, y al equipo de dirección del centro.

CUESTIONES ABIERTAS AL DEBATE

Una reflexión abierta sobre el futuro de los CEA y su vitalidad nos suscita varias cuestiones que son actualmente objeto de debate. Un esbozo:

Escaso conocimiento de los CEA. Tenemos pocos estudios empíricos al respecto, pero todos coinciden en la percepción de que los CEA no se conocen bien. Aunque hemos de reconocer que en los últimos años se está avanzando en este sentido, sigue siendo bajo el conocimiento de su existencia y, aun menor,

el de sus funciones. Se necesita desarrollar estrategias de difusión que informen con pedagogía, de un modo amable, con un estilo cooperativo para que se genere confianza y cercanía, de tal modo que se haga fácil acudir a consultar o a solicitar colaboración para una sesión.

Sabemos que la educación es una inversión que no tiene un rendimiento inmediato. La formación necesita tiempo para sedimentar, pero también hace falta programación y estrategia. Tiene una especial importancia plantearse en el CEA el modo de llegar a los sectores profesionales más refractarios o escépticos. Sin embargo, la promoción de un comité de reciente constitución se debe hacer progresivamente y midiendo las fuerzas, porque si un CEA joven y entusiasta genera muchas expectativas y luego no las atiende adecuadamente se hace el harakiri.

Se reciben pocas consultas. Esto, que a veces genera frustración en los comités, debe ser adecuadamente interpretado. A menudo existe un sub-registro de consultas a miembros del CEA que se hace de manera informal, pero que se resuelven como lo que hemos denominado *consultas exprés*, y que no constan en el acta ni en la memoria. Es importante que el comité articule el modo de atender y registrar este tipo de consultas⁹.

Naturalmente, para facilitar la recepción de consultas, hay que mejorar la accesibilidad. Está resultando de gran ayuda desarrollar la figura de los “consultores”¹⁰ pues neutralizan algunos de los motivos que frenan a algunos profesionales a consultar, como puede ser la sobre-exposición ante un grupo numeroso de colegas o el temor a la pérdida de confidencialidad.

Indudablemente, un factor determinante del bajo número de consultas es el déficit de formación en este campo. A veces a los profesionales les cuesta identificar las cuestiones éticas, o las confunden con las legales. La experiencia nos muestra que con la formación se incrementan las consultas. Sin embargo, conviene aclarar que no todos los problemas éticos son tributarios de una consulta directa al CEA. Hay una escalera ascendente en la complejidad según la cual una buena parte de los problemas éticos se resuelven, en un primer

escalón, con reflexión y deliberación personal a la cabecera del paciente. En un segundo escalón, encontraremos problemas éticos más complejos cuya resolución se puede alcanzar deliberando en el equipo o consultando con un colega. Y ya, en un tercer escalón, se situarán los dilemas más complejos que no se han resuelto en los escalones previos y requieren el asesoramiento de un CEA. Respetar el orden de esta escala de tres peldaños evita que, en el pleno de un CEA, se invierta tiempo ante problemas de “primer escalón” que se podrían resolver con la ayuda de quien ejerza funciones de “consultor”. En cualquier caso, consideramos muy importante que los consultores informen al CEA de los casos atendidos y su resolución fuera del pleno de CEA.

Naturaleza del asesoramiento. Explicamos una y otra vez que el CEA es un órgano de naturaleza consultiva que no suplanta la responsabilidad de los profesionales, porque además así lo establecen la normativa de su constitución. Sin embargo, en el modo de realizar las consultas de casos problemáticos, con cierta frecuencia se pide que el CEA dicte sentencia, esperando una resolución para aplicarla al caso. Esto se contradice con la teoría de que el CEA no debe suplantar la responsabilidad de los facultativos, o de los propios pacientes, que tienen la responsabilidad de tomar decisiones. Es decir, a veces se recurre al comité como si fuera un tribunal cuyo veredicto servirá para descargarse de la responsabilidad en un caso conflictivo, lo cual no debería suceder.

Un modo de paliar el riesgo de este traspaso de responsabilidades, que va en contra de la naturaleza consultiva del CEA, sería advertir con claridad, a quien consulta, de que no puede descargar su responsabilidad en las recomendaciones que reciba del CEA. Este, en sentido estricto, lo que hace es ayudar al consultante a deliberar.

Consideramos esta cuestión sobre la naturaleza de la consulta como sujeta a debate, porque no es sencilla de gestionar, ya que quien recibe el informe puede dar a conocer su contenido. De modo que un informe incluso puede llegar a sede judicial. En cualquier caso, el CAE debería tener muy presente este aspecto para procurar, en la medida de lo posible, no hacer

recomendaciones cerradas, evitando de este modo suplantar la responsabilidad de los profesionales. Es todo un arte elaborar informes con estas características, pero se debe intentar mediante revisiones de redacción exigentes realizadas por varios miembros del CEA.

Dedicación profesional. Este es un aspecto crucial. Hemos de aceptar que los CEA funcionan gracias a altas dosis de motivación y así seguirá siendo. Pero esto también ocurre en muchas otras tareas y funciones de los servicios de un hospital o de los centros de salud. Los espacios de excelencia se logran gracias al motor de la ética de las personas¹¹.

Sin embargo, es necesario un mínimo de estructura, de recursos y de reconocimiento, porque las personas no son de acero y no se pueden exigir voluntarismos extremos durante un tiempo que deja de ser razonable. En un CEA debe haber diferentes niveles de responsabilidad y dedicación. Es necesario un núcleo sólido de dos o tres miembros que deben disponer de unas horas de dedicación, más allá de los tiempos de reunión o de dedicación a la elaboración puntual de un informe. Por otro lado, es imprescindible disponer de recursos de formación, en condiciones equivalentes a cualquier otra comisión o grupo de trabajo.

A un CEA no se le hace ningún favor cuando se le dan recursos de tiempo o de formación. Es decisivo que los centros sanitarios tengan gerentes con capacidad de liderazgo y sensibilidad para entender la trascendencia de lo que es un CEA y su potencialidad para dinamizar la vida de una institución, respetando al mismo tiempo su independencia.

Rogelio Altisent
Teresa Fernández-Letamendi
M^ªTeresa Delgado-Marroquín

Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica. Universidad de Zaragoza. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón.

altisent@unizar.es

BIBLIOGRAFIA

1. Abel F. Comités de Ética Asistencial. *An Sist Sanit Navar*; 2006; 29 (S.3):75-83. Disponible en (verificado abril 2019): <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original7.pdf>
2. Ribas-Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Catalunya: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. *Med Clin (Barc)* 2006; 126(2): 60-66. Disponible en (verificado abril 2019):
http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/Ribas_R_Competencias_CEAs_Medicina%20Clinica.pdf
3. Ogando Diaz B., García Pérez C. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2005; 35:240-245. Disponible en (verificado abril 2019): [doi:10.1157/13072788](https://doi.org/10.1157/13072788)
4. Altisent R., Buil B., Delgado-Marroquín M.T. Are Ethics Committees in Tune with the "Epidemiology of Ethical Issues"? *American Journal of Bioethics* 2012; 12: 27-29. Disponible en (verificado abril 2019): <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2012.719270>
5. Baker R., Pearlman R., Taylor H., Kipnis K. Report and Recommendations of the American Society for Bioethics and Humanities. Advisory Committee on Ethics Standards, 2006. Citado en: Ravitsky V., Fiester A., Caplan A.L. *The Penn Center Guide to Bioethics*. New York: Springer Publishing Company, 2009. Disponible en (verificado abril 2019):
<http://www.asbh.org/membership/protected/pdfs/acesrprt.pdf>
6. Tarzian A J and the ASBH Core Competencies Update Task Force. Health care ethics consultation: An update on core competencies and emerging standards. *American Journal of Bioethics* 2013; 13:3-13. Disponible en (verificado abril 2019):
<http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2015.1021966>
7. Hernando P (coordinador). Comité de Bioética de Cataluña. La calidad en los comités de ética asistencial. Disponible en (verificado abril 2019):
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/calidad_comites_etica_asistencial.pdf
8. Fernández Letamendi T. Modelo de evaluación de la actividad de los comités de ética asistencial en Aragón (Tesis Doctoral, 2016), Disponible en (verificado abril 2019):
<http://zaguan.unizar.es/record/48099/files/TESIS-2016-070.pdf>
9. DuVal G., Clarridge B., Gensler G., Danis M. A National Survey of U.S. Internist. Experiences with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation. *Journal of General Internal Medicine*, 2004; 19: 251-258. Disponible en (verificado abril 2019):
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492156/pdf/jgi_21238.pdf
10. Beca J P. Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. *Bioética&Debat* 2008; 14:1-5. Disponible en (verificado abril 2019):
<http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/consultores.pdf>

11. Altisent R. Ética, Deontología y Derecho: lógicas diferentes en una misma dirección. *Aten Primaria* 2007; 39:225-226. Disponible en (verificado abril 2019):

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13101794>

Cómo citar este artículo:

Altisent, R.; Fernández-Letamendi, T.; Delgado-Marroquín, M^aT. “Una nueva vitalidad para el futuro de los comités de Ética asistencial” *Folia Humanística*, 2019 (13): 19-33. Doi: <http://doi.org/10.30860/0057>

© 2019 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos
narrativos de un médico de cabecera.

Marcela Dohms

<http://doi.org/10.30860/0058>

UNA VISIÓN VIVENCIAL DEL SISTEMA SANITARIO BRASILEÑO: DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, A TRAVÉS DE RELATOS NARRATIVOS DE UN MÉDICO DE CABECERA.

Marcela Dohms

Resumen: Aunque Brasil tiene un sistema sanitario público universal (el SUS), elaborado con base al concepto de salud como derecho del ciudadano, lo cierto es que hay grandes diferencias en el acceso al sistema por la sanidad pública o privada. Este artículo presenta un “retrato fresco” del sistema sanitario brasileño, desde la perspectiva del paciente, a través de relatos narrativos de un médico de cabecera, así como de algunas situaciones clínicas paradigmáticas del día a día de la atención sanitaria en escenarios diferentes. Se presenta las principales características del acceso público y privado, para luego reflexionar sobre la situación general de la sanidad del país (con énfasis en temas de políticas de salud, accesibilidad, minorías) y la calidad asistencial. Concluimos que las políticas actuales de salud pública en Brasil provocan inequidades en el acceso al sistema sanitario, lo que afecta negativamente a la calidad de la atención sanitaria, reduciendo la autonomía y el derecho a la salud.

Palabras clave: *Brasil/ Atención Primaria de Salud/ Sistema Sanitario/ Políticas de Salud.*

Abstract: A VIVENCIAL VISION OF THE BRAZILIAN SANITARY SYSTEM

Although Brazil has a universal public health system (SUS), developed based on the concept of health as a citizen's right, there are great differences in access to the system by public or private health. This article presents a “fresh portrait” of the Brazilian health system, from the patient's perspective, through narrative accounts of a family doctor, of some paradigmatic clinical situations of day-to-day health care in different scenarios. It presents the main characteristics of public and private access, and reflects on the general health situation of the country, with emphasis on issues of health policies, accessibility, minorities, and quality of care. We conclude that current public health policies with inequities in access to the health system negatively affect the quality of care, reducing autonomy and the right to health in Brazil.
Key words.-

Keywords: *Brasil/ Primary Health Care/ Health System/ Health Policies.*

Artículo recibido: 22 agosto 2019; **aceptado:** 11 noviembre 2019

INTRODUCCIÓN

Brasil tiene un sistema sanitario público universal. El SUS (sistema único de Salud) se basó en un concepto de salud amplio que entiende la salud como derecho del ciudadano y deber del gobierno según la Constitución (Brasil, 1988). Pues bien, a pesar de todo ello, hay grandes inequidades en el acceso al Sistema

tanto sea por la sanidad pública o la privada (Noronha, Gragnolati). Para contextualizar bien al sistema de salud brasileño, hay que enfatizar, en primer lugar, que estamos ante un país continental (mayor que Europa, por ejemplo), en el que encontramos escenarios muy diferentes entre norte y sur, entre capital y áreas rurales, entre litoral y área de selva con población indígena. Además de gran variación climática, hay también una gran diferencia cultural entre las regiones. A pesar de haber políticas nacionales para la red pública de salud, el sistema de salud es descentralizado (Brasil, 1988) y no hay una estandarización nacional de organización de la atención primaria y de los flujos entre niveles asistenciales. Cada gestión municipal tiene autonomía para organizar (o desorganizar) la red. A veces, incluso dentro de la misma ciudad, hay grandes diferencias en la organización del servicio entre cada centro de salud u hospital público, y muchas diferencias también en el sistema privado.

En segundo lugar, la desigualdad social es otro aspecto importante pues se trata de uno de los problemas principales del país. Brasil está entre los 10 países con mayor desigualdad en la distribución de la renta del mundo (Piketty, 2018), de acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano elaborado por las Naciones Unidas. El país presenta el índice de Gini (un indicador de desigualdad) aproximadamente el doble de algunos países de la Unión Europea, y con indicativos de empeoramiento de ese índice en los últimos años (UNDP, 2016).

Paralelamente a las dificultades de acceso universal y falta de recursos del sistema público, hay la complementariedad del sector privado de seguros de salud, que es fuerte y está en crecimiento. Actualmente, el sector privado cubre el 25% de la población brasileña, a través del subsector de salud suplementaria que recientemente inicia experiencias de organización de servicios con base a los preceptos de la Atención Primaria (Sampaio in Gusso, 2019). Este sector concentra el 53% de los gastos en salud del país, sin embargo, en 2017, la cobertura por seguros privados disminuyó al 22,8% de la población,

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:
 desde la perspectiva del paciente, a través de relatos
 narrativos de un médico de cabecera.**

Marcela Dohms

<http://doi.org/10.30860/0058>

probablemente relacionado con el aumento del desempleo (Massuda et al, 2018). Así, hay múltiples posibilidades de acceso al sistema de salud brasileño. En la siguiente figura (figura 1) observamos los diferentes caminos por los que un ciudadano accede al Sistema Sanitario:

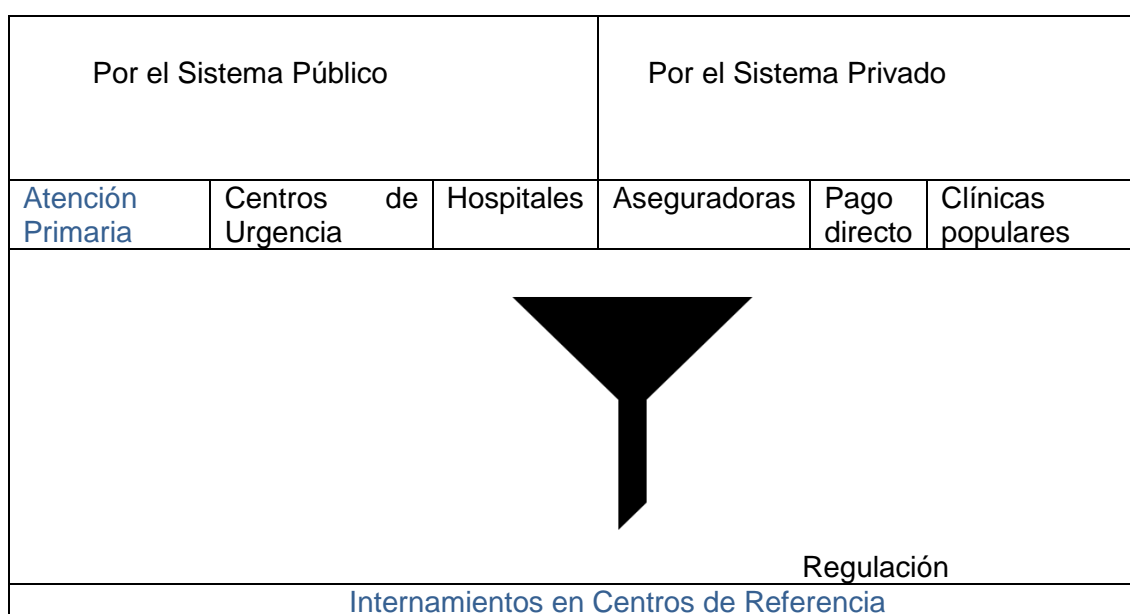


Figura 1.- Posibilidades de acceso al sistema de salud brasileño.

Teniendo en cuenta este contexto y los supuestos del derecho a la salud y la vida en las mejores condiciones posibles, nos preguntamos ahora ¿cómo es, desde la perspectiva del paciente, el acceso y la asistencia en el proceso salud-enfermedad en situaciones clínicas paradigmáticas del sistema de salud brasileño? ¿Cómo pueden las políticas de organización y salud del Sistema impactar la calidad del cuidado humano en Brasil? El conocimiento de la experiencia que tiene la población cuando busca de atención médica, puede contribuir a la reflexión sobre cómo la distribución de los recursos de salud y la organización de los servicios en el país interfieren en la atención y la vulnerabilidad de su población.

OBJETIVO

Explorar las características del sistema sanitario brasileño con el fin de obtener un “retrato fresco” sobre la busca de atención a la salud de su población. Una visión vivencial que permite poner énfasis en la importancia de las políticas de salud, accesibilidad, minorías y calidad de atención, y, asimismo, una mejor comprensión y reflexión sobre cómo la organización del sistema sanitario del país afecta al cuidado humano y al derecho a la vida en las mejores condiciones posibles.

METODOLOGÍA

Investigación del sistema de salud brasileño, desde la perspectiva del paciente, a través de relatos narrativos elaborados por un médico de cabecera. Relatos sobre algunas situaciones clínicas, del día a día, de la atención sanitaria en escenarios diferentes.

Los relatos narrativos permiten nuevas interpretaciones de quien cuenta su historia, con sus visiones del mundo (Grosseman) y permite la integración dialógica entre sujetos, contextos e ideologías (Favoretto).

RESULTADOS

Desde la perspectiva del autor, como médico de cabecera con experiencia en atención pública y privada, se presentan relatos narrativos sobre las posibilidades de acceso y atención en el sistema sanitario brasileño en algunas situaciones importantes y frecuentes:

Situación 1 – “Mi bebé tiene disnea, ¿qué hago?”

“Para una evaluación inicial, lo más fácil es si tiene un seguro de salud que generalmente están formados por aseguradoras, cooperativas médicas, u otros tipos de medicina de grupo y que cuesta caro. Si tiene, puede usted llamar para pedir una cita con el médico de su hijo, que puede ser un médico de

cabecera o un pediatra. Es posible que reciba atención en el mismo día, o en la misma semana, generalmente la secretaria del médico le dará una respuesta, según la flexibilidad de la agenda que establezca cada profesional. Si cree que necesita atención inmediata, y no desea esperar una cita, puede ir directamente a un centro de emergencia o a un hospital privado. Por lo general, tendrá que esperar un tiempo razonable para recibir atención hospitalaria.

¿No tiene un seguro de salud? Puede intentar obtener una consulta en una de las clínicas privadas "populares", en las que los pacientes pagan las consultas ambulatorias a las clínicas directamente desde su bolsillo. El precio es más asequible, pero si el médico solicita exámenes, es también el paciente quien paga.

¿No puede pagar por una consulta y necesita usar el sistema público? En tal caso el acceso al sistema dependerá de la gestión de cada ciudad. Si usted vive en una ciudad que ofrece un acceso fácil, el niño probablemente será evaluado por un equipo de la Estrategia Salud de la Familia (con un médico de cabecera y enfermera) en un centro de salud, y hay una gran probabilidad que sea atendido por un médico en el mismo día. Hay ciudades en que la población puede comunicarse con el equipo de salud a través de aplicaciones telefónicas, pero son casos raros y aislados. Si vive en una ciudad en la que el centro de salud trabaja con el modelo tradicional de citas previas o de atención a las urgencias del día, pero por orden de llegada, tendrá que llegar en torno a las 04h o las 05h de la mañana, aguardar de pie en una fila con el fin de obtener una "ficha" para, tal vez, ser atendida en el día. Si el médico evalúa que es necesario derivar al niño para una evaluación hospitalaria, rellenará un papel de derivación que entregará en la recepción del hospital.

En el caso de que no logre una consulta en la atención primaria, otra opción sería buscar atención directamente en un Centro de Urgencias 24h u Hospital. En estos casos necesitará aguardar algunas horas, junto con los casos más graves, para ser atendida. Generalmente en el sistema privado el niño con

disnea será consultado por un pediatra en un centro de urgencias. Si la causa es sólo viral, pienso que es más probable que su niño salga con un antibiótico, sin necesidad de ello, en el sistema de atención de urgencia privada que en la atención primaria pública.

Por lo demás, siempre es mejor que a su hijo lo atienda un médico que ya conoce y, al tiempo, pueda acompañarlo con revisiones en el futuro. Así mismo hay que tener en cuenta que, por lo que yo veo, en el sistema privado los médicos tienden a ceder más a las presiones de prescripciones y solicitudes de exámenes innecesarios de los pacientes.

Si considera que el caso es grave y urgente, y que encima no tiene como llegar a un hospital y necesita una ambulancia para el transporte, la situación varía en cada municipio. Algunos poseen ambulancia para esas situaciones, en otros hay sólo el SAMU, que puede llamar por teléfono y un equipo hará la atención. Y, dependiendo de la evaluación, le transportará a un hospital público de referencia para exámenes y atención, repitiéndose las mismas cuestiones relatadas anteriormente.

Si su hijo necesita ingresar en un hospital se puede producir varias situaciones: en el caso de que pague mensualmente un seguro de salud, tiene derecho a atención hospitalaria, con restricciones o complementaciones (copago) dependiendo del tipo de convenio contratado y si no está en el tiempo de carencia. En el caso de que no pague un seguro de salud y además no logren acceso por el sistema público de salud, tendrá que pagar íntegramente los costes hospitalarios que, por ejemplo, para una internación por neumonía en un hospital privado puede costar dos salarios mínimos. Si es algo grave que requiera UCI pediátrica privada, los costes son muy elevados y prácticamente imposible para la familia de clase baja. Igualmente, no hay muchas vacantes para ingresar en un hospital público, depende de la ciudad, y a veces necesitará esperar una vacante en algún otro hospital cercano, pues la mayoría de los hospitales están siempre arriba de su capacidad. No hay tampoco muchas

vacantes de UCI pediátrica disponibles. Si tiene éxito (y suerte) en ingresar por el sistema público, la familia no paga nada y todo el tratamiento y medicamento usado durante el ingreso es proporcionado por el SUS. En el supuesto que su hijo necesite una cirugía, dependiendo de la cirugía, hay un largo tiempo de espera. El tiempo de cirugía varía según la organización del sistema público de cada ciudad.

Si vive en áreas rurales, tendrá dificultades para obtener atención porque generalmente hay pocos médicos, ya que se concentran más en los centros urbanos. Si forma parte de grupos minoritarios y vive con su niño en una aldea indígena en el Selva Amazónica, por ejemplo, como la etnia Yawanawá, que yo he conocido bien, tendrá que tomar al menos 7 horas en un pequeño barco por el río para llegar al centro de salud más cercano para una consulta.

Y si su niño necesitas un spray de broncodilatador, como el Salbutamol, por ejemplo, este medicamento forma parte de la lista de medicamentos de las farmacias de los centros de salud y del programa Farmacia Popular, hay pues subsidio del coste de las medicaciones para toda la población, incluyendo pacientes del sistema privado, con medicamentos a precios muy bajos. Sin embargo, no hay garantía de que vayan a conseguir la medicación, pues la gestión y compra de los medicamentos depende de la gestión de cada ciudad. Muchas veces, debido a problemas con la tercerización, hay faltas de medicamentos. Y si es una medicación más cara, de sustancias combinadas, por ejemplo, implica un proceso burocrático por el sistema público que varía según la ciudad. Así que, si no consigue gratuitamente la medicación ni en el Centro de Salud ni por el Programa Farmacia Popular (ya que actualmente hubo una reducción importante en los medicamentos gratuitos por el nuevo gobierno), necesitará pagar y no hay posibilidad de resarcimiento, ni siquiera si tiene un seguro de salud privado.

Por fin, si usted trabaja y no puede ir al trabajo para poder llevar a su hijo al médico o para cuidarlo, necesitará un papel de baja médica. En caso contrario, no

recibirá el salario correspondiente por el trabajo de ese día y, al final del mes, el sueldo será más bajo.”

Situación 2 – “¿Si tengo una enfermedad terminal y necesito visitas domiciliarias y cuidados paliativos?”

“Si vive en una ciudad donde hay equipos de Estrategia Salud de la Familia (ESF) activos, el médico de cabecera del sistema público, que acompaña al paciente ambulatoriamente, también hace consultas domiciliarias junto con el equipo y agentes comunitarios de salud y, en esos casos, tendrá todo el acompañamiento por el sistema público. Pero no hay garantías de que sea tratado/a por el mismo médico siempre. En las ciudades que funciona el Sistema con un médico de familia de la ESF, hay un gran problema de la alternancia de los profesionales, por la falta de incentivos a la fijación del profesional en los equipos y, como secuela, acaban saliendo en búsqueda de mejores condiciones de trabajo. Los médicos están así siempre cambiando de lugar de trabajo, por consiguiente, termina siendo difícil un cuidado longitudinal con los pacientes. Hay también el NASF (Núcleo de Apoyo al equipo Salud de la Familia), con fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos, por ejemplo, que pueden trabajar juntos en el caso.

Si tiene algo urgente en casa, hay el sistema de atenciones móviles de urgencia, el SAMU, que también atiende a las personas que tienen convenios, ya que la mayoría de los convenios no tienen un servicio para atender las urgencias domiciliarias. En el caso de necesitar una internación domiciliar y mayor soporte de recursos, ya es más complejo. Hay una política nacional para eso, y algunas ciudades cuentan incluso con equipos de atención domiciliar, pero en la práctica la implementación depende del municipio. Si por el contrario necesita ingresar en un hospital público, tendrá que pasar por una evaluación,

un tiempo de espera prolongado y, su ingreso, dependerá de si hay una vacante, pues hubo una pérdida de miles de plazas públicas en la última década. Para algunas enfermedades graves, como tratamiento de ciertos tipos de cáncer y trasplante de médula, aunque muchos convenios no lo cubren, sin embargo, el SUS sí. En relación a las instalaciones hospitalarias, por lo general, en las públicas hay varias personas por habitación, la infraestructura es antigua y está mal mantenida. Mientras que en el sistema privado hay posibilidad de contar con una habitación individual para cada paciente, así como una serie de comodidades para el familiar que le acompaña durante las noches de hospitalización. Sin embargo, al final de la hospitalización, al regresar a su hogar, su médico tendrá dificultades para comprender lo que sucedió en el hospital, porque generalmente no existe un sistema organizado de derivación e informe al médico de cabecera sobre el alta hospitalaria.

En el sistema privado hay algunas experiencias aisladas de home-care, pero hay una carencia grande. Además para un adulto que ya tenga alguna enfermedad, o un anciano, entrar en una aseguradora es muy difícil por la evaluación de riesgos, ya que las aseguradoras no quieren pacientes enfermos, prefieren los sanos. El valor de un convenio para un adulto alrededor de 40 años es aproximadamente la mitad de un salario mínimo (dependiendo del tipo y de las condiciones de salud) y para los ancianos, por ejemplo, cuesta más que un salario mínimo (que actualmente es de aproximadamente 220 euros). Otra posibilidad sería pagar por una visita domiciliaria u hospitalización privada, que generalmente es de un valor muy alto e inaccesible para las clases que ganan un salario mínimo. A todo ello, hay que añadir la discusión sobre Cuidados Paliativos entre médicos y familiares, tanto en el sistema público como privado, pues es claro que también necesita avanzar, ya que morir en casa con apoyo del equipo de salud como una opción consciente, todavía no es una realidad frecuente”.

Situación 3 - “¿Si tengo un accidente automovilístico?”

“Si tiene un accidente automovilístico en la calle o en la carretera, existe el SIATE que recibe llamadas de emergencia por trauma, realiza la primera atención en la calle para la población - independientemente si tiene dinero o no- y le lleva a un hospital de referencia para la continuidad de asistencia. La hospitalización dependerá de si es por el sistema público o privado. Si necesita una cirugía o una UCI, y no hay vacantes en el sistema público, cada día en una UCI es extremadamente costoso.”

Situación 4 – “¿Si me entero que tengo diabetes?”

“A través del sistema público, puede hacer un seguimiento con un médico de cabecera y una enfermera a través de la Estrategia de Salud Familiar. No puede elegir al médico del sistema público que lo atenderá, ya que el médico ya está determinado de acuerdo con su dirección. Existe alguna posibilidad de flexibilidad en esta elección, pero no existe una estandarización. Es posible que no tenga un médico en su área, porque hay una escasez de médicos en muchas partes del país en Atención Primaria, especialmente si vive lejos de los centros urbanos. Lo mismo sucede en algunas ciudades grandes, como Río de Janeiro, donde la administración local está recientemente cerrando los centros de atención primaria de salud para abrir centros de urgencia. También hay la posibilidad de recurrir a Las Clínicas populares, son una nueva modalidad que viene creciendo, con las que se conviene un pago mensual bajo para atención primaria con cuotas de analíticas de laboratorio, sin incluir la atención hospitalaria.

Para obtener un seguimiento con especialistas médicos como endocrinólogos y nefrólogos, si es necesario, siempre debe pasar antes por la evaluación de su médico de cabecera. Por el contrario, en el sistema sanitario privado puede acudir directamente al especialista, sin la necesidad de acudir a su médico. En el sistema público, dado que los médicos siempre están

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos
narrativos de un médico de cabecera.**

Marcela Dohms

<http://doi.org/10.30860/0058>

cambiando los lugares de trabajo, la mayoría de las citas son primeras consultas. Las consultas se programan cada 15 a 20 minutos y no existe una normalización nacional en el sistema de agenda. Si necesita pruebas, en el sistema público no tienes que pagar nada, pero el acceso a las pruebas de mayor complejidad tecnológica, como las tomografías computarizadas y las resonancias magnéticas, es difícil.

Si tiene una emergencia y desea un servicio en su centro de salud público, dependerá de su organización local. Algunos centros tienen un equipo de evaluación que realiza una selección, utilizando colores para clasificar la urgencia. No existe una norma sobre cómo acceder a estos casos en el país, cada ciudad tiene autonomía para administrar el acceso de la mejor manera. Y cada cambio de gestión política de la ciudad y del estado, generalmente hay un cambio. Una ciudad en el sur de Brasil, por ejemplo, fue implementada por el Protocolo de Manchester para la evaluación del riesgo, con la capacitación de los equipos a través de esta experiencia canadiense. Pero para los cambios en la gestión local, el protocolo no se mantuvo.

Un aspecto común en Brasil es la búsqueda de prácticas integradoras y complementarias. Si desea, por ejemplo, una consulta con un homeópata o acupuntura, puede encontrarla en el sistema público de algunas ciudades, pero es difícil de acceder y también dependerá de la suerte de estar en un lugar bien organizado. Además, el gobierno actual está retirando el acceso a estas prácticas del sistema público.”

DISCUSIÓN

Se observó en las narrativas que existen realmente grandes desigualdades en el acceso al sistema de salud. Éste depende de la administración local donde vive la persona, como se ha descrito al respecto en la literatura del sistema de salud descentralizado (Noronha; Paim), y que existe una falta de estandarización nacional en la entrada al sistema de salud. En

teoría, como dijimos al principio, todos los brasileños tienen a la salud como derecho fundamental de la humanidad en una atención de calidad y al derecho a la vida en las mejores condiciones posibles (ONU; Brasil, 1988). Sin embargo, en la práctica de la organización actual del sistema de salud brasileño, la salud de los brasileños/as dependerá de donde vivan y si tienen una condición financiera suficiente para acceder a un sistema de salud privado. Por lo tanto, se confirmó la gran diferencia en la facilidad de acceso y la calidad de la atención entre los sistemas público y privado. Especialmente en el acceso a los hospitales para atención urgente, hospitalización o cirugía, que parece ser uno de los principales "cuellos de botella" del sistema y eso puede afectar el riesgo para la vida de la población.

Para que un sistema hospitalario no se sobrecargue, se necesita una Atención Primaria sólida y de calidad, para poder actuar sobre la prevención y los problemas de salud más comunes. Esto se observó en las narrativas expuestas anteriormente, donde la atención primaria fuerte trabaja con, por ejemplo, los equipos de ESF que acompañan a los niños y pueden evaluar a un bebé con disnea que ya estaba siendo acompañado. O los equipos de salud de atención primaria pueden acompañar a pacientes terminales en domicilio, pues hay una atención de mejor calidad, reforzando lo que la literatura ha estado señalando durante algún tiempo, que la inversión financiera para una Atención Primaria, permite mejores coeficientes relacionados con la calidad de vida (Starfield, 1998). Esto se debe principalmente a la importancia de la longitudinalidad del cuidado y la vinculación para un cuidado más humanizado.

Para la organización de la Atención Primaria, se creó la Estrategia Salud de la Familia (ESF), que fue muy comentado en las narrativas. La ESF venía creciendo de forma gradual y sostenible, alcanzando una cobertura superior al 60% de la población brasileña, con el avance de la AP y del retorno de la medicina de familia y comunidad (Gusso, 2012). El objetivo era que la ESF fuera el modelo de acceso al sistema de salud, se buscaba así la integralidad, la

coordinación del cuidado y la articulación intersectorial. La ESF está compuesta por equipos: con profesionales de salud (médico generalista, enfermería y equipos de salud bucal), responsables del cuidado de familias que viven en un determinado conjunto de calles, compuestas también por los llamados “agentes de salud de la comunidad”, que son personas que viven en la propia comunidad y que forman parte de los equipos, algo innovador en el sistema brasileño (Mendonça, Sampaio in Gusso, 2012).

Los estudios mostraron que con el aumento de la ESF (10%) hubo reducción de la mortalidad infantil (4,6%), controlados los demás factores que influyen en la mortalidad infantil, como también la mejora de la equidad en la población de más bajo quintil en renta familiar (Macinko, 2006; Akino). En el Estado de São Paulo, la cobertura por encima del 50% de la ESF mostró un efecto protector en relación a la mortalidad post-neonatal y en los ingresos por neumonía en menores de un año. También se observó una asociación entre la expansión de la ESF y las inequidades raciales en las muertes evitables entre 2000 y 2013, con una reducción del 15,4% en la mortalidad (Hone y cols.). De este modo los resultados muestran que la ESF es una política equitativa (Turci et al. 2015). A pesar de estos indicadores de impactos positivos, el proceso de consolidación del cambio en la AP en Brasil sigue un camino sinuoso (Gusso, 2012).

Otro problema importante observado fue la falta de profesionales, fuera de los grandes centros urbanos. Sobretudo para grupos minoritarios, que tienen cada vez más restringido el acceso a los servicios. En cuanto a la distribución de médicos en el país, como existe una gran aglomeración en grandes centros urbanos o lugares con un mejor índice socioeconómico, con especialistas concentrados en el sector privado, eso también lleva a desigualdades en el acceso a la salud (Oliveira et al. 2017). Las peores desigualdades sociales se producen en los pueblos que tienen menos acceso a la educación y viven en las regiones del noreste del país, donde hay una gran falta de recursos de salud

(Albuquerque et al, 2017). Las regiones del sureste representan la mayor parte de la población cubierta por los seguros de salud. En sus capitales encontramos gran parte de la población con un seguro de salud privado. Algunos estudios han demostrado que la expansión de un sistema público universal está asociada con la reducción de las desigualdades en salud en Brasil, especialmente para las poblaciones más vulnerables (Hone 2013). Sin embargo, en el programa gubernamental actual, no hay referencia a políticas de salud específicas para estas poblaciones.

En los informes narrativos se han descrito distintas situaciones donde las personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas de salud o necesitan esperar mucho para ser atendidas. Como sucede cuando los centros de salud públicos cierran, produciéndose una disminución del número de camas en los hospitales, falta de profesionales de la salud, falta de atención y de medicamentos. Los estudios muestran que la reciente crisis económico-política brasileña afectó al sistema de salud, efecto de la crecida del desempleo, la pobreza, la reducción de inversiones para la red de salud y el aumento de la demanda social, llegando así a los peores resultados de salud en la población (Massuda et al, 2018). Hay estudios que señalan a las políticas de austeridad desarrolladas recientemente en el país, pues éstas pueden afectar el aumento de las desigualdades, especialmente para las poblaciones con mayor vulnerabilidad (Rasela 2018, 2019; Massuda 2018).

Esto refuerza la importancia de mantener efectivo el sistema universal de salud público (SUS), así como su calidad para reducir las inequidades y garantizar el derecho a satisfacer las necesidades básicas de salud de la población, que es también deber del gobierno. Los estudios muestran que el SUS viene proporcionando el acceso a la atención a la salud de la gran mayoría de los brasileños y, como efecto, la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios, aunque aún lejos de su ideario igualitario (Giovannella et al, 2018; Paim et al, 2011). A pesar de las restricciones financieras, el SUS aún es el

principal proveedor de cuidado para la mayoría de los brasileños, incluyendo a los que perdieron un plan privado recientemente (Lenharo; Massuda, 2018). En el actual gobierno, existe el riesgo de perder políticas importantes del sistema de salud brasileño, como la asistencia farmacéutica generosa, con distribución gratuita de medicamentos en los centros de salud, o con precios muy bajos a través de la llamada Farmacia popular. Como vimos en las narrativas, algunos de los grandes desafíos para un SUS efectivo son la insuficiencia de recursos, infraestructura, administración local y fijación de profesionales (Massuda et al, 2018, Macinko, 2017).

Este estudio buscó facilitar al lector la perspectiva de los pacientes y sus familiares, con la intención de transmitir la experiencia de aquellos que buscan con háinco el mantenimiento de la salud. Se trata de una invitación a reflexionar seriamente cómo la desigualdad en la distribución de recursos puede causar vulnerabilidad del ser humano. El método de colocarse desde la perspectiva del paciente y de la familia en el itinerario terapéutico, a través de narrativas, puede facilitar la comprensión de cómo la organización del sistema de salud del país impacta en la calidad de la atención y el derecho a la salud y la vida en las mejores condiciones posibles (Cabral, 2011). Por ejemplo, en la narración que cuenta la posibilidad de que una familia no pueda pagar una consulta de un bebé con disnea, cuya consecuencia puede ser no recibir atención médica, o en el relato de un paciente terminal en que no hay muchas posibilidades de ser apoyado por el equipo de salud para morir en el hogar. Todas estas situaciones narradas buscan resaltar también el riesgo de pérdida de autonomía, de dignidad y de conciencia de la importancia del ser humano, y así fomentar lo que puede desarrollarlo y mejorarlo.

Como limitaciones, este estudio utilizó solo informes narrativos de un médico de cabecera y autor del artículo, que puede ser complementado con narrativas de los propios usuarios del sistema y de otras profesiones de la salud. Se sugieren estudios adicionales que incluyan la perspectiva del paciente y su

proceso vivencial en busca del acceso al sistema y de la calidad de la atención médica.

CONCLUSIÓN

Concluimos de las narrativas que la organización del sistema descentralizado, con las políticas actuales de salud pública con inequidades en el acceso al sistema sanitario, afecta negativamente la calidad de la atención humana, la vulnerabilidad del ser humano, reduciendo la autonomía y el derecho a la salud en las mejores condiciones posibles en Brasil. El proceso reflexivo desde la perspectiva del paciente a través de las narrativas en este estudio, puede ayudar a aumentar la conciencia pública sobre la importancia de los factores del sistema público que influyen en la atención humana integral y humanizada, tales como: la homogeneidad de los flujos de acceso en el país, los vínculos con equipo de salud mediante seguimiento longitudinal y una atención primaria fuerte. Se sugieren estudios adicionales del proceso vivencial del itinerario terapéutico en el sistema sanitario desde la perspectiva del paciente, y análisis narrativo también de los propios usuarios del sistema y de otras profesiones de la salud.

Marcela Dohms

Doctora en Medicina y Especialista en Medicina Familiar y de la Comunidad

marceladohms@gmail.com

REFERENCIAS

Brasil. Presidência da república. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Noronha, JC., Pereira, TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos
narrativos de un médico de cabecera.**

Marcela Dohms

<http://doi.org/10.30860/0058>

Gragnotati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Unico de Saude. World Bank Publications 2013.

United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report. New York, NY 2016. Report can be found online at <http://hdr.undp.org>.

Piketty t, Saez E, Zucman G. World Inequality Report 2018”, 2018, HAL. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/halshs-01885458.html>

Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018 Jul 3;3(4):e000829. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000829.

Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(1):6-14.

Favoreto CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):473-83.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Fiocruz; 2008.

Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University; 1998.

Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Harzheim E, coordenador. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: MS; 2011

Hone, Davide Rasella, Mauricio Barreto, Rifat Atun, Azeem Majeed, and Christopher Millett. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Affairs* 2017; 36(1): 149-158. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2016.0966>

Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *J Urban Health*. 2010;87(6):994-1006.

Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, et al. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2017;22:1165–80

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos
narrativos de un médico de cabecera.**

Marcela Dohms

<http://doi.org/10.30860/0058>

Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Cien Saude Colet* 2017;22:1055-64.

Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C (2017) Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 14(5): e1002306. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>

Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9.

Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93

Giovanella, Ligia et al . Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018;23(6): 1763-1776,

Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21; 377 (9779):1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736 (11)60054-8.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015 Jun 4;372(23):2177-81. doi: 10.1056/NEJMp1501140.

ONU. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>.

Cabral, A; Lobo Vianna L., et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011; 16(11): 4433-4442

Watts J. Brazil's health system woes worsen in economic crisis. *Lancet* 2016;387:1603-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30249-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30249-5)

Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C (2018) Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 15(5): e1002570. doi:10.1371/journal.pmed.1002570

Rasella, Davide et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities *The Lancet*, Volume 382,(9886): 57 - 64

MacinkoJ, HarrisMJ. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal healthsystem. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81.

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos
narrativos de un médico de cabecera.**

Marcela Dohms

<http://doi.org/10.30860/0058>

Santos NR. [The Brazilian Unified Health System (SUS), State Public Policy: its institutionalized and future development and the search for solutions]. *Cien Saude Colet* 2013;18:273–80.

Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *The Lancet* 2016;388:867–8

Bahia L, Scheffer M, Poz MD, et al. Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis. *Cad Saude Publica* 2016 Dec 15;32(12):e00184516. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>.

Soares I; Sulpino F., Doares I; Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018;23(7):2303-2314. Disponible en <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.

Cómo citar este artículo:

Dohms, M., “Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño desde la perspectiva del paciente, a través de relatos narrativos de un médico de cabecera” *Folia Humanística*, 2019 (13): 34-52. Doi: <http://doi.org/10.30860/0058>

© 2019 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

NOVELA Y CINE: COOPERADORES NECESARIOS

José María Álvarez

Resumen: “Me gustó más el libro”. Todos hemos pronunciado esta frase alguna vez, después de ver una película basada en una novela que ya conocíamos. En cambio, muchas veces hemos visto primero la película y leído después el libro que la inspiró, y casi nunca hemos dicho: “Me gustó más la película”, aunque lo hayamos pensado. En el fondo, vemos el cine como un arte menor que se apropia de las grandes obras para traicionarlas o disminuirlas. No obstante, eso no ocurre siempre.

Palabras clave: novela y cine/ arte/ creatividad/ industria cinematográfica y editorial.

Abstract: NOVEL AND CINEMA: NECESSARY COOPERATORS

“I liked the book more”. We have all pronounced this phrase sometime, after watching a movie based on a novel we already knew. On the other hand, many times we have seen the movie first and then read the book that inspired it, and we have almost never said: “I liked the movie more,” although we have thought about it. In the background, we see cinema as a minor art that appropriates great works to betray or diminish them. But it does not always happen that way.

Keywords: novel and cinema/ art/ creativity/ film industry and publishing.

Artículo recibido: 24 julio 2019; **aceptado:** 10 noviembre 2019.

Había dos cabras, en un vertedero de basura, que se estaban comiendo unos rollos de una vieja película basada en una novela famosa. Una de las cabras le decía a la otra: “La verdad, me gustó más cuando nos comimos el libro”

(Chiste de Hollywood, contado por Alfred Hitchcock en el libro “Hitchcock por Truffaut”)

¿ME GUSTÓ MÁS EL LIBRO?

“Me gustó más el libro”. Todos hemos pronunciado esta frase alguna vez, después de ver una película basada en una novela que ya conocíamos. En cambio, muchas veces hemos visto primero la película y leído después el libro que la inspiró, y casi nunca hemos dicho: “Me gustó más la película”, aunque lo hayamos pensado. En el fondo, vemos el cine como un arte menor que se apropia de las grandes obras para traicionarlas o disminuirlas.

Algo de verdad hay en ello: una película tiene unas limitaciones de las que una novela carece. Un guionista no puede parar la acción cuando desee, para

insertar cien páginas de reflexiones sociales y filosóficas como Dostoievski en “Los hermanos Karamazov” o Victor Hugo en “Los Miserables”. Tampoco puede hacer que oigamos los pensamientos de los personajes, como no sea en la fatigosa voz en off, mientras que un novelista permite que los leamos. Por otra parte, si lo desea, el lector de un libro puede detenerse para reflexionar y fijar mejor en su cerebro lo que acaba de leer. Puede volver atrás y releer, si se ha distraído o si algo no lo ha comprendido a la primera. Una película no le da una segunda oportunidad al espectador, salvo si la vuelve a ver. Es indiscutible, también, que leer una novela es más difícil que ver una película. Y, por eso, un lector presumirá de mayor esfuerzo que un espectador y podrá sentirse, incluso, superior.

Pero todo eso puede decirse también de las obras de teatro y nadie llamaría nunca Arte menor a “Macbeth” o “Muerte de un viajante”. Entonces, ¿Por qué menospreciamos el cine? ¿Por ser una industria principalmente comercial? También los libros se compran y se venden. ¿Porque muchas películas son malas? Hay miles de novelas horribles y, encima, se tarda más en leerlas. A los que ya tenemos años, nuestros maestros nos inducían a leer libros, porque eso era cultura. No nos aconsejaban ir al cine, que era una simple distracción.

Bueno. Si uno leía “La Ilíada”, sin duda eso era cultura. Y si luego veía “Maciste contra los vampiros” -que, indudablemente, es una película- difícilmente podría considerarla más que como simple distracción, y eso siendo generosos. Pero ¿y si veía “La diligencia”, que es una película del Oeste, y, luego, leía “Venganza de Pistolero” que es una novela del Oeste.? Siento un gran respeto por su autor, Marcial Lafuente Estefanía que escribió 2.600 novelas, pero no creo que, por el hecho de ser novelas, tengan más peso cultural que las películas de John Ford.

Dejemos de hablar de cultura, que nadie sabe muy bien lo que es, y hablemos solo de obra bien hecha. El autor que nos cuente bien una buena historia, nos gustará. Y no importará si, para ello, ha utilizado trescientas páginas impresas, tres actos de teatro, o noventa minutos de filmación. Y si la historia

no es buena, o no nos la cuenta bien, nos aburrirá o indignará lo mismo si es un libro que si es un film.

Además, el cine no se apropió de la novela: nació de la novela.

TODO ESTABA EN LOS LIBROS

Acertijo: fíjense en estos personajes cinematográficos, inolvidables y reconocibles por todo el mundo:

TARZAN, BAMBI, JAMES BOND, DRACULA, HARRY POTTER, INDIANA JONES, EL ZORRO, EMMANUELLE, EL VIRGINIANO, FRANKENSTEIN, MARY POPPINS, PETER PAN,

y traten de encontrar al que no guarda relación con los demás.

¿Ya lo tienen? Si; es Indiana Jones. ¿Porqué? Porque Indiana Jones es un personaje creado para el cine y todos los demás, en cambio, fueron primero personajes de novela. Como D'Artagnan. Como Scarlett O'Hara. Como Sherlock Holmes.

La inmensa mayoría de las películas, que se han filmado en la historia, se ha basado en alguna novela. Puede que los novelistas y algunos de sus lectores menosprecien el cine, pero los cineastas aman las novelas y por ello las han filmado. Desde que se hizo la primera película con argumento, se han filmado libros llenos de acción y colorido como "Los tres mosqueteros" o "El Señor de los anillos". Libros de acción que parecían escritos esperando a que se inventara el cine, pero éste también ha echado mano de novelas intimistas y experimentales tan lejanas al lenguaje cinematográfico como "El lobo estepario" o "El proceso" de Kafka. Hasta el imposible "Ulises", de James Joyce, tiene su película.

¿Por qué esta preferencia de los cineastas por la literatura? Después de todo, los primeros productores de cine no eran ratas de biblioteca, sino feroces hombres de negocios. Cabe señalar que algunos de los fundadores de las grandes compañías de Hollywood eran inmigrantes y entre ellos existían de casi analfabetos. A la pregunta ¿por qué buscaban novelas por todo el mundo en lugar de escribir siempre guiones originales? El gran director francés Jean Renoir

contestó una vez: “Así nos ahorramos inventar historias”. Irving Thalberg, el prodigioso director de producción de la MGM durante los años 30 y uno de los inventores del cine comercial moderno, confesó que escogía grandes novelas para crear una reputación de cultura a su estudio. Lo cierto es que cuando un cineasta filma una novela, ya sea con el objetivo de ahorrarse la creatividad o por ganar prestigio, siempre obtiene un beneficio inmediato pues: Quien haya leído la novela, irá a ver la película.

DE LA NOVELA AL CINE: VIAJE DE IDA Y VUELTA

“Por fin en la pantalla”. He aquí un slogan que miles de publicistas no se cansan de usar, atrayendo así a los cines a millones de lectores ávidos de ver como ha quedado, una vez pasada por la cámara, la novela que ya conocen.

En 1908, esos lectores iban a ver la primera versión de “El conde de Montecristo” (por cierto, la primera película que se rodó en Hollywood). En 2018 van a ver la nueva versión de “Mary Poppins” -más fiel a la novela que la primera-, o la última adaptación de los superhéroes de Marvel, que también nacieron como literatura, en este caso, gráfica.

Para los realizadores cinematográficos, aprovecharse de la curiosidad del lector es un buen motivo para llevar una novela al cine, pero no es el único. Entre novela y película se crea eso que ahora, en los negocios, se llama círculo virtuoso y que beneficia a todo el mundo.

Tomemos un best seller, una novela de éxito. Lo convertimos en una película. Ya hemos dicho que así nos aseguramos hacer de sus lectores potenciales espectadores. Ahora bien, si la película tiene también éxito (y las películas basadas en best sellers suelen tenerlo), quienes la vean, y no hayan leído la novela, también tendrán deseos de leerla. Por consiguiente, el editor a su vez sacará inmediatamente una nueva edición, en cuya portada figurarán fotogramas de la película para que nadie se confunda. A menudo, quien lee la novela después de ver la película, luego la vuelve a ver.

RESULTADO: NOVELA DE ÉXITO = PELÍCULA DE ÉXITO = NOVELA DE MÁS ÉXITO

El productor feliz porque vende más entradas. El editor feliz porque vende más ejemplares. El escritor feliz porque cobra nuevos royalties (con suerte) y los lectores y espectadores felices, a poco que la película sea satisfactoria.

Pero este círculo virtuoso no solo funciona con best sellers actuales o libros conocidos. Supongamos que llevamos al cine una novela de la que nadie haya oído hablar y que la película gusta. Inmediatamente, un editor buscará la obra en el baúl de los recuerdos literarios y la editará con todos los honores.

RESULTADO: NOVELA DESCONOCIDA = PELÍCULA DE ÉXITO = NOVELA REDESCUBIERTA

Puede ocurrir que los nuevos lectores descubran una joya que ignoraban y se suscite un nuevo best seller, o que la novela defraude y sea devuelta al baúl con la misma rapidez con que se desenterró. Lo primero le ocurrió a “El corazón de las tinieblas” después de “Apocalypse now”. Lo segundo a “Las relaciones peligrosas” después de la película de Milos Forman. Igualmente, el editor habrá vendido los libros y si, como en estos dos casos, los autores llevan siglos muertos, ni siquiera tendrá que pagar derechos.

No olvidemos a otro profesional feliz por todo esto: el diseñador de las portadas. En cuanto un libro ha sido llevado a la pantalla, ya no tiene que esforzarse para idear una ilustración, le basta con reproducir una foto de la película. Han pasado sesenta años del estreno de “Los hermanos Karamazov”; solo los grandes aficionados al cine clásico recuerdan esa película, pero aun aparecen ediciones de la novela en cuyas portadas figura Yul Brynner.

EL LIBRO, QUE NO FALTE

Ha quedado claro que sale a cuenta ligar libros y películas. Pero ¿Qué ocurre cuando la película es un guion original para el cine, como la saga de Indiana Jones, y, por lo tanto, no existe ninguna novela?

Muy fácil: se escribe una.

En 1982 Editorial Planeta (nada menos) editó “En busca del Arca perdida” con el subtítulo: “La novela de la película de mayor éxito”. El autor era un tal

Campbell Armstrong, veterano novelista escocés al que los productores del film pasaron la película y le dijeron: escríbela. Campbell pergeñó una novela muy correcta, pero no debió sentirse orgulloso, ya que prefirió publicarla con el seudónimo de Campbell Black.

Campbell Black-Armstrong fue solo uno entre muchos autores de encargo que, desde los años cincuenta hasta no hace mucho, aceptaron novelizar películas de gran éxito. No eran simples redactores. Aunque es más fácil escribir una película que filmar una novela, requiere el oficio de un escritor inspirado o, al menos, competente. “La conquista del Oeste” fue novelizada por Louis l’Amour, un conocido autor de novelas del tema. El hoy mundialmente famoso Ken Follett escribió “Capricornio uno”. Isaac Asimov firmó la novela de “Viaje Alucinante” y no se ocultó bajo ningún pseudónimo.

Estos escritores, a menudo, empezaban a escribir antes del final del rodaje, sólo con el guion. De este modo algunas de estas novelas conservan escenas que fueron suprimidas en el montaje final del film. Estas interesantes obritas fueron desapareciendo cuando el público, gracias al video, pudo tener la propia película en su biblioteca y ya no necesitó el libro. Pero aun perduran como elemento de merchadising y de promoción de films. De la saga “Star Wars”, por ejemplo, no sólo se han publicado las novelas oficiales de las películas, sino multitud de historias complementarias en las que, a veces, los personajes viven vidas distintas de las que nos han presentado en cine. (Aún se puede encontrar una novela de Alan Dean Foster en la que Leia y Luke no son hermanos y Darth Vader no es su padre; se escribió antes de que George Lucas cambiara el guión de “El imperio contrataca”).

La práctica de novelizar el cine produjo anécdotas más surrealistas: En los años 60, Dino de Laurentiis produjo un espectacular film sobre la rebelión de los cosacos rusos en el siglo XVIII, llamado “Tempestad”. Inmediatamente se publicó la novela correspondiente, escrita por R.V. Cassill, un buen escritor especialista en novelizaciones. Lo que los lectores no sabían y quizá R.V.Cassill tampoco, es que la película “Tempestad” ya era una adaptación bastante fiel del libro “La hija del capitán” escrito por Alexander Pushkin en 1836. Hubiera

bastado reeditar el viejo original ruso y se hubieran ahorrado el trabajo del pobre Cassill.

La palma del disparate se la lleva la novela “Nosferatu” publicada por Paul Monette en 1979. Era la novelización de la interesante película del mismo título dirigida por Werner Herzog. Pero sucede que el “Nosferatu” de Herzog, era un remake de la película muda “Nosferatu” de F.W.Murnau que, a su vez, era una adaptación libre de la novela “Drácula” de Bram Stoker.

De este modo, corrió por las librerías una novela basada en una película, basada en otra película, basada en otra novela. La cabra de Mr. Hitchcock no hubiera sabido que comerse primero.

SE COMPRAN NOVELISTAS A TROZOS O COMPLETOS

La industria cinematográfica no solo compraba novelas, también compraba escritores. Un argumento de película puede caber en un folio y se le puede ocurrir a cualquiera, incluso a un productor de cine (“Boy meets girl”). Pero para convertir “Boy meets girl” en “Romeo y Julieta” hace falta guión, escenas, ritmo y, sobre todo, diálogos. ¿Y quién mejor que un autor de novelas, que se sabe los trucos, para escribir un guion? Pensando eso, los productores de Hollywood contrataron como guionistas a escritores consagrados como William Faulkner, John Steinbeck, Graham Greene...

A veces funcionó: John Steinbeck, por ejemplo, escribió un magnífico guion para la película “Viva Zapata”. Pero en general, productores, directores y grandes escritores no se entendieron bien. Un guionista, incluso un escritor profesional como R.V.Cassill, escribe lo que le mandan. Sin embargo, los escritores famosos, en su mayoría, eran indisciplinados, tenían un ego descomunal y no se tomaban la industria del cine en serio. William Faulkner, al recibir el encargo del guion de “Tierra de Faraones” declaró: “No sé como hablaba un Faraón; le haré hablar como un coronel de Kentucky”. A Scott Fitzgerald le contrataron por su prestigio, a pesar de lo cual, tras dos años le despidieron sin poder aprovechar ni una línea de los guiones que había escrito. No todo se perdió, porque Fitzgerald aprovechó su experiencia de Hollywood

para escribir la novela “El último magnate” (también llevada al cine) y, sin rencores, la Metro además hizo una película sobre su vida, con Gregory Peck interpretando al escritor.

Mención aparte merece el caso de Graham Greene, de quien todos creen que escribió la excelente novela “El tercer hombre”, la cual inspiró aquella gran película interpretada por Orson Welles. No fue así. En realidad, Greene fue contratado como guionista y escribió la película primero. Luego se le ocurrió novelizar su propio guion y ese es el libro que se publicó después, del que muchas ediciones se han anunciado como “La novela en la que se basa la película de Orson Welles”, cuando, como hemos visto, fue exactamente al revés.

Los autores famosos no dieron mucho juego como guionistas, pero algunos guionistas triunfaron luego como autores. Mario Puzo, con “El padrino” o William Peter Blatty con “El exorcista” son ejemplos de guionistas de cine que dieron el salto a la novela y escribieron best sellers que luego inspiraron películas, en cuyo guion colaboraron. Otro ejemplo de círculo virtuoso o de Todo Queda En Casa.

Aunque muchos novelistas desprecien el cine, otros matarían por ser llevados a la pantalla. Boileau y Narcejac, escritores franceses especializados en novelas policíacas, una de las cuales había inspirado la película “Las Diabólicas”, admiraban el cine de Alfred Hitchcock y decidieron escribir una novela típicamente “Hitchcockiana”. Lo consiguieron: su novela “Parmi les morts” se convirtió en la película “Vértigo”. Aunque cuando Hitchcock la escogió, ni siquiera sabía que había sido escrita pensando en él.

LAS SIETE COLUMNAS DE LA ADAPTACIÓN CINEMATOGRÁFICA

De toda esta vorágine de hombres de letras enredados entre rollos de película y de hombres de cine, perdidos entre páginas de libros, ha surgido, como decíamos, el noventa por ciento del cine mundial. No obstante ¿Cómo ha quedado? ¿Qué le pasa a una novela cuando llega a la pantalla? Hay resultados para todos los gustos y disgustos, pero podríamos distribuirlos en siete grandes clases:

PELÍCULAS FIELES AL LIBRO

Son muy escasas, pero, en ellas y hasta donde es posible, el director y el guionista respetan la novela original. Es el caso de “Lo que el viento se llevó” o de “Rebecca”.

PELÍCULAS INFIELES AL LIBRO

Son tantas que mejor no citar ejemplos. Algunas se toman licencias tolerables o necesarias, pero otras cambian la novela a placer aunque procuran no traicionar su esencia.

PELÍCULAS QUE DESTROZAN EL LIBRO

Abundan mucho y algunas parece que lo hagan adrede. Se me ocurren las dos últimas versiones de “Los tres mosqueteros” donde los guionistas han confundido a Athos, Porthos y Aramis con las Tortugas Ninja.

PELÍCULAS QUE MEJORAN EL LIBRO

Si, también existen. Basta recordar “Tiburón”, novela de calidad ínfima que Steven Spielberg convirtió en obra maestra del cine sustituyendo, simplemente, escenas y personajes vulgares por otros mejores.

PELÍCULAS QUE REINVENTAN EL LIBRO

Acuérdense de “Apocalypse Now” adaptación libérrima de “El corazón de las tinieblas”. A pesar de todas las diferencias, quien haya leído la novela reconocerá la atmósfera y el mensaje de Joseph Conrad.

PELÍCULAS QUE MULTIPLICAN O DIVIDEN EL LIBRO

Para la adaptación de “El tormento y el éxtasis”, larguísima biografía de Miguel Ángel escrita por Irving Stone, los realizadores sólo escogieron la parte central, dedicada a la Capilla Sixtina. En cambio, las dos partes de otra novela, “The once and future King” dieron para dos películas absolutamente diferentes: “Camelot” y “Merlín el encantador”

PELÍCULAS QUE IGNORAN EL LIBRO

Estas lo cambian casi todo, como “Los pájaros”, gran película inspirada en un cuento de Daphne du Maurier del que Alfred Hitchcock solo conservó la idea central. Algunos han llevado esta práctica a límites inimaginables: De “El tulipán negro” novela de Alejandro Dumas, la versión cinematográfica solo coincidía en el título.

Después de pensar en todas estas variedades, podemos imaginarnos que la mayoría de escritores tiene motivos para protestar, los vivos personalmente y los muertos a través de sus lectores. La pregunta que entonces surgiría sería la siguiente:

¿PORQUÉ EL CINE MODIFICA LAS NOVELAS?

¿Tan difícil es filmar un libro escena por escena, tal como está escrito? Bueno, pues no es que sea difícil. Es que es imposible.

En los años 60, un competente director ruso llamado Sergei Bondarchuk recibió el encargo, generosamente financiado por el gobierno soviético, de filmar “Guerra y paz” de Leon Tolstoi. Bondarchuk, entusiasta y aplicado, declaró en una entrevista: “El pueblo ruso espera de mí que no cambie nada del libro”. Efectivamente, nuestro patriótico director trató de no cambiar nada, olvidando que “Guerra y paz” tiene más de 2000 páginas. Le salió una película de diez horas que hubo que recortar y dividir en cuatro partes para poder exhibirla y, aun así, faltaban cientos de escenas de la novela. Aunque no dejaba de ser un espectáculo hermoso, denso y fascinante, no era propiamente lo que se entiende por una película. Se parecía mucho más a una serie de TV.

El mismo libro había sido filmado, años antes, por King Vidor siguiendo todas las normas del cine comercial. O sea, cambiando y suprimiendo de la novela todo lo que hiciera falta. El resultado fue una historieta lujosa y fácil de seguir, que no llegaba a las tres horas y que recordaba, agradablemente, el argumento de la novela. En este caso, el cine modificó el libro para hacerlo más accesible.

Cuando John Huston realizó “Moby Dick” lo que tuvo que cambiar fue el físico del personaje principal. Se recordará que el protagonista, el capitán Acab,

es, en la novela, un marino viejo, de aspecto feroz. Cuando los lectores del libro se enteraron que iba a interpretarlo el joven y atractivo Gregory Peck, se llevaron las manos a la cabeza. Huston no quería a Gregory Peck, pero los productores le amenazaron con no financiar el film si no contrataba a un galán taquillero. Con la ayuda de un buen maquillaje, una barba de cuáquero y una apasionada actuación, Gregory salió triunfante y, desde entonces, su capitán Acab ha suplantado al de la novela en el imaginario popular. Aquí, el cine modificó la novela para asegurarse un mínimo de éxito de taquilla.

“El extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde” es la novela más filmada de la historia. Más de 300 películas y no hay casi ninguna que no haya retorcido la historia original con el añadido de personajes femeninos, subtramas y temas más o menos freudianos. Además, como Stevenson no describe el físico de Mr. Hyde -se limita a decir que era bajo y producía rechazo- los cineastas se han sentido libres para ofrecernos una estimulante galería de monstruos: John Barrymore fue una especie de buitre encorvado; Frederic March, un mono alegre y destrozón; Spencer Tracy, un corpulento gangster... De todas estas peripecias han nacido excelentes películas, pero ninguna versión fiel. Sólo Jean Renoir, en su excitante y minimalista “El testamento del Dr. Cordelier” se acercó al argumento de la novela, aunque trasladó la acción a nuestra época y a París. En el caso del Dr. Jekyll, el cine ha hecho tantas alteraciones por considerar que la corta novela de Stevenson no era material suficiente para llenar una película.

Cambios porque el libro era demasiado corto, o demasiado largo, o demasiado monótono... No importa. Tanto si la adaptación es fiel como si no, tanto si la película es buena como si no, habrá muchísimos lectores que dirán la frase fatal “Me gustó más el libro”

Esto es porque es imposible acertar con todas las visiones personales que los lectores se han hecho previamente. ¿Alguien podía imaginar, cuando leyó “Moby Dick” que el capitán Acab tendría el físico de Gregory Peck? ¿Qué Pedro Bezukov, el muchacho gordo y fuerte de “Guerra y Paz” sería interpretado por Henry Fonda, flaco y cincuentón? ¿Alguien pensó que D’Artagnan sería ¡Dios mío! Gene Kelly?

Incluso la adaptación más rigurosa y atinada no podrá vencer los prejuicios emocionales. Hergé, el autor de los cómics de Tintín, conservaba una deliciosa carta de un niño de 10 años: “No me gusta el capitán Haddock en el cine. No tiene la misma voz que en los tebeos”

Quienes llevan una novela al cine, saben que se exponen a todas las críticas de lectores ofendidos. No importa, ya han ido a ver la película y también irán a ver la próxima versión cuando se estrene. Quien ama un libro, lo quiere ver filmado.

¿PERO, SE PUEDE REALMENTE FILMAR UNA NOVELA?

A juzgar por los ejemplos que llevamos citados, la respuesta sería “No”. Es imposible trasladar todo lo que un texto escrito explica e implica a una narración eminentemente visual.

Tomemos el caso de Don Quijote, ya que todos conocemos el libro y hemos visto alguna de las muchas versiones cinematográficas o televisivas que se le han hecho. Recordemos el famoso principio “En un lugar de la Mancha...” ¿Qué clase de película sería si lo filmáramos exactamente como está escrito? Después de los títulos de crédito, veríamos una panorámica de un villorrio, una lanza en sus portalanças, un escudo en la pared, un establo con un caballo, un galgo corriendo, una señora mayor, una chica, un mozo con una podadera en la mano y una silla de montar en la otra, unos platos de comida y una percha con ropas. Para cuando llegáramos a nuestro entrañable hidalgo, ya estaríamos de los nervios.

Está claro que no se puede tomar una página de novela como si fuera el guión de una película. Hay que adaptarla, traducirla a un nuevo lenguaje narrativo. Ni mejor, ni peor. Solo, diferente.

En 1948, Rafael Gil dirigió un Quijote respetuoso y convencional, pero adaptado con eficacia. En la primera escena, la cámara recorre las calles de un pueblecito a la luz de la luna, acercándose al ventanal de una casona señorial destartalada, de la que salen voces. Detrás de la ventana descubrimos a Don Quijote con un libro en una mano y una espada en la otra, leyendo en voz alta y

lanzando estocadas. En una sola corta escena, Rafael Gil nos ha mostrado el lugar de la Mancha, la condición de hidalgo venido a menos del protagonista y su locura provocada por los libros de caballerías. Y, sobre todo, nos ha trasladado el dinamismo y nervio del estilo narrativo de Cervantes.

10 años después, Gregori Kozintsev, director ruso tan entusiasta y respetuoso como el Bondarchuk de “Guerra y paz”, pero más imaginativo, realizó otro “Don Quijote” en el que, por ambiente, interpretación y texto parecía fiel a la obra original. Sin embargo, por medio de supresiones y añadidos, la enriquecía con mensajes modernos que a Cervantes no se le habrían ocurrido. Basta decir que la escena de los molinos de viento la situaba al final de la historia y no al principio, como en el libro, y la convertía en símbolo de lucha por un ideal imposible, que es lo que ahora significa la frase “Luchar contra molinos de viento”. Pero cuando Cervantes envió a su héroe a descalabrarse contra el molino, no estaba pensando en ese significado ni podía imaginar que estaba creando una expresión de uso mundial.

Puede que queramos respetar el libro hasta la exageración, como Rafael Gil. Puede que decidamos trastearlo por motivos personales, como Grigori Kozintsev. En ambos casos, nuestro guion no funcionará si no quitamos lo que sobra y añadimos lo que falta. Hay guionistas que siguen el viejo truco del Libro Condensado del viejo Reader’s Digest: Escriben, o se hacen escribir un resumen de pocas páginas y luego construyen el guion desde ese resumen y no desde la obra original. Algunos, incluso, parece que ni siquiera se han leído un resumen. Tampoco le demos tanta importancia. Al final, en cine, es la maestría cinematográfica lo que importa. Una adaptación fiel no garantiza una buena película y la versión más disparatada de un libro puede dar una obra maestra. El cine mundial está lleno de ejemplos así.

Pero también de grandes películas que han sido lo bastante fieles a sus novelas sin sacrificar las necesidades del cine, técnicas o comerciales. “El Gatopardo” de Luchino Visconti es una brillante muestra, como comprobará quien lea la novela, donde hasta la descripción del protagonista coincide asombrosamente con el físico de Burt Lancaster. En “El halcón maltés” de John

Huston, ninguno de los actores se parece a los personajes del libro pero todo lo demás es tan acertado que uno creería que, como en “El tercer hombre”, novela y guion se escribieron al mismo tiempo. “El proceso” de Orson Welles, probablemente le hubiera gustado al propio Kafka y, aunque “20.000 leguas de viaje submarino” de Richard Fleischer se toma enormes libertades con la obra de Julio Verne, ¿Quién puede imaginar mejor capitán Nemo que James Mason, o mejor Ned Land que Kirk Douglas?

Ahora podemos repetirnos la vieja pregunta ¿Se puede filmar una novela?

¿A qué viene esa pregunta? ¿Le preguntaríamos a un pintor si nos puede pintar una sonata? ¿A un músico, si nos puede componer la Venus de Milo? Artes distintas tienen lenguajes distintos y no se pueden intercambiar, pero se pueden utilizar, cada uno en su estilo, para producir parecida emoción en el espectador.

¿Se puede filmar una novela? Pues, no. Pero se puede contar la misma historia en cine y los guionistas, actores y directores, con mejor o peor fortuna, lo hacen constantemente.

LAS CABRAS DE MR HITCHCOCK AMPLIAN SU MENÚ

Hemos visto que el cine necesita las novelas. Que a los escritores y editores el cine les favorece. Que es imposible filmar un libro tal como fue escrito, pero que cualquier libro se puede adaptar al lenguaje cinematográfico. Que, por bien que quede la película, siempre habrá lectores defraudados. Que hay novelas peores que las películas que han inspirado. Y que una película puede ser magnífica aunque traicione a su novela.

Teniendo todo esto en cuenta, parece inútil discutir sobre si el cine es Arte menor o Arte Mayor. Disfrutemos de la literatura, cuando nos apetezca, y disfrutemos del cine, cuando nos apetezca. Volvamos junto a las simpáticas cabras de Alfred Hitchcock y, cuando una de ellas diga “Me gustó más el libro”, esperemos que la otra le conteste: “Pues a mí también me gusta la película”

José María Álvarez Durán

Publicista y diseñador gráfico

Responsable del ciclo de conferencias HISTORIAS DEL CINE CLÁSICO

y del Club de Cine de la Biblioteca Manuel de Pedrolo

(Sant Pere de Ribes)

josealvarezduran@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Álvarez Duran, J.M^a., “Novela y cine: cooperadores necesarios” *Folia Humanística*, 2019 (13): 53-67. Doi: <http://doi.org/10.30860/0059>.

© 2019 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.