

**SALUD Y SISTEMA SANITARIO
EN LA COMUNITAT VALENCIANA
LOGROS Y RETOS**

Collecció Descobrim, 6

Dirigida por Antonio Ariño

María Eugenia González Sanjuán

Salud y sistema sanitario en la Comunidad Valenciana

Logros y retos

Prólogo de Antonio Ariño



institutió
alfons el magnànim
centre valencià
d'estudis i d'investigació
VALÈNCIA, 2020

Edición compuesta con las letras Brill y Bw Modelica para el interior y Courier para la cubierta. El interior se ha impreso en papel Coral Book Ivory de 90 g/m² y las cubiertas con cartulina Creator Silk de 350 g/m².

© 2020, María Eugenia González Sanjuán

© 2020, del prólogo, Antonio Ariño Villarroya

© 2020, de esta edición:

Institució Alfons el Magnànim
Centre Valencià d'Estudis i d'Investigació

Corona, 36 — 46003 València

Tel.: +34 963 883 169

contacte@alfonselmagnanim.com

www.alfonselmagnanim.net

ISBN: 978-84-7822-856-0

Depósito legal: V-2450-2020

Diseño de la cubierta: Eugenio Simó

Diseño de la colección: Jaume Ortola

Maquetación: Jaume Ortola

Impresión:  IMPREMTA
DIPUTACIÓ DE VALÈNCIA

Índice

Prólogo: La covid-19 como síntoma	9
Introducción	15
Primera parte. La salud	19
1. La salud y sus determinantes	21
¿Qué es la salud?	22
Factores que influyen en la salud: los determinantes sociales	26
Desigualdades sociales en salud: la clase social y el género como causas de inequidad	28
2. Estado de salud y estilos de vida	31
Percepción de la salud personal	32
Hábitos saludables	39
Hábitos nocivos	42
3. Morbilidad	49
Morbilidad hospitalaria	50
Morbilidad sentida y morbilidad diagnosticada	55
Enfermedades y prácticas sometidas a vigilancia epidemiológica	66
4. Longevidad y mortalidad	79
Esperanza de vida	79
Esperanza de vida en buena salud	84
Mortalidad	87
Causas de defunción	93
Segunda parte. El sistema de atención sanitaria	99
5. Organización de los sistemas sanitarios	103
¿Qué es un sistema sanitario?	103
Modelos de sistemas sanitarios	106
6. Sistema nacional de salud	111
Antecedentes históricos	111
Configuración y situación actual	116
7. Estructura y organización del sistema sanitario público valenciano	125
Etapa pretransferencial	125
Normativa básica reguladora	128

Privatización de los servicios sanitarios: el modelo Alzira	133
8. Recursos	145
Recursos económicos	145
Recursos humanos	150
Recursos materiales	155
9. Utilización y valoración de la red sanitaria pública	161
Uso de la atención primaria y de la especializada	161
Opinión ciudadana sobre el funcionamiento del sistema sanitario	165
Conclusiones y reflexiones finales	183
Bibliografía	195
Índice de tablas	205
Índice de gráficos	206

Prólogo: La covid-19 como síntoma

La salud es un bien primario y un derecho básico. El sistema sanitario público debe procurar los medios para garantizarlos. En este libro, María Eugenia González Sanjuán examina ambos –salud y sistema sanitario– en la Comunitat Valenciana, desde una perspectiva comparada con España y con las otras comunidades autónomas, utilizando un amplio abanico de indicadores.

El libro es resultado de un encargo efectuado hace cuatro años y concluido en 2018, que no ha podido ser publicado con anterioridad por razones ajenas a la autora. Esta precisión es importante porque el lector podría reprocharle no haber tratado la evolución más reciente, derivada de la aplicación de la Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat Valenciana y, en especial, el impacto provocado por la covid-19. Por ello, he creído importante redactar este prólogo.

En las conclusiones, la autora señala que «el sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana debe afrontar diversos desafíos que requieren financiación». Esto que era una evidencia notoria en 2018, tras las políticas restrictivas aplicadas en la anterior crisis económica por el Gobierno del Partido Popular y las dificultades financieras de la Generalitat, se ha convertido en una cruda realidad tras la necesidad de atender la intensa y extensa demanda generada por la covid-19. El libro habla de «los retos» que debería afrontar el sistema y era inimaginable cuando fue escrito, y lo ha sido hasta principios de marzo de 2020, que el sistema sanitario se vería sometido a una demanda de tal envergadura y de tan compleja solución.

Veamos algunos datos. En España, el 12 de junio de 2020 se han registrado 243.000 casos confirmados de covid-19 y han fallecido

27.136 personas por dicha causa.¹ En la CV, según la monitorización de la Generalitat Valenciana,² el número total de personas que han dado positivo en pruebas PCR asciende a 17.317. De ellas, 1.456 han fallecido y 13.630 ya se han recuperado.

Estas cifras tienen un carácter provisional, dado que el sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria a partir de los registros civiles (MOMO) muestra la existencia de un exceso muy elevado de muertes entre el 13 de marzo y el 22 de mayo en relación con las defunciones estimadas. El informe emitido el 9 de junio (*Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas*) llega a la conclusión de que podrían *estimarse*, para dicho periodo y por todas las causas, unas 77.600 defunciones. Sin embargo, en los registros civiles se han *observado* 120.845 defunciones. Existe, por tanto, un exceso de algo más de 43.000 defunciones entre los datos estimados y los observados.

En la Comunitat Valenciana dicho exceso se cifra en 1.623 defunciones, lo que en términos relativos indica que éste ha sido muy inferior al correspondiente a España y aún mucho más en relación con comunidades autónomas donde la covid-19 ha tenido un tremendo impacto y causado una gran mortalidad como en Castilla-La Mancha, Madrid, Navarra, Castilla-León, Cataluña o Aragón (véase tabla 1).

Los datos que ofrece tanto el Ministerio como la Conselleria de Sanitat permiten conocer la distribución de dichos fenómenos en función de variables como la edad y el sexo. Los resultados son muy significativos. Los porcentajes más elevados de *positivos* se han dado en las cohortes adultas y maduras (en los hombres especialmente entre los 50 y 69 años y en las mujeres entre los 40 y 59 años). Sin embargo, los porcentajes más elevados de *defunciones* se han producido en la edad avanzada (cohortes de 70 a 89 y más años).

Especialmente afectadas se han visto las personas mayores de los centros residenciales de la Tercera Edad, pues según los datos proporcionados por las Comunidades Autónomas, las personas mayores

1. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_135_covid-19.pdf

2. <http://coronavirus.san.gva.es/es/estadisticas>

que habrían fallecido por covid-19 o síntomas similares en residencias llegarían a 19.493, es decir, un 71,6 % del total notificado por el Ministerio de Sanidad. Las defunciones se han concentrado de forma muy significativa en las residencias de Madrid, Cataluña y las dos Castillas. En la Comunitat Valenciana las personas fallecidas en residencias ascienden a 550 (41 %)³.

En cuanto a la variable sexo, se produce una diferencia significativa entre la infección y la mortalidad. Así, en la Comunitat Valenciana el número de mujeres con resultado positivo supera claramente al de varones (9.701 mujeres y 7.610 varones). Sin embargo, los resultados se invierten cuando observamos las cifras totales de defunciones (806 varones y 605 mujeres).

La información que proporciona el sistema MOMO confirma la importancia de la edad y disminuye la del sexo:

— El exceso de casos registrados frente a estimados tiene una correlación directa con la edad: se concentra de manera particular en las personas mayores de 74 años.

— Los datos absolutos relativos a la variable sexo son muy similares, siendo sólo ligeramente superiores en el caso de los varones.

Tabla O: Exceso de defunciones observadas respecto a estimadas en España (13 de marzo de 2020 al 22 de mayo de 2020) y la Comunitat Valenciana (13 de marzo de 2020 al 4 de junio de 2020).

	España		Comunitat Valenciana	
	Total excesos	Excesos %	Total excesos	Excesos %
Todos	43.484	56,2	1.623	17,7
Hombres	20.928	53,7	784	16,5
Mujeres	20.657	55,8	770	17,9
Menos de 65 años	2.214	20,1	66	4,8
65-74 años	4.982	46,0	234	17,2
75 y más años	35.724	63,7	1.280	19,8

Elaboración propia a partir de MOMO.

3. Datos recopilados por RNE y publicados el 13/06/2020 en <https://www.rtve.es/noticias/20200613/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>

Otro indicador de gran importancia para el conocimiento del impacto de covid-19 se halla en los datos relativos al número de profesionales sanitarios afectados. Los datos no han sido actualizados porque el Ministerio ha dejado de ofrecerlos desde el 11 de mayo. Según el «Informe sobre la situación de covid-19 en personal sanitario en España» (21-5-2020) y el «Análisis de los casos de covid-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España» (29-5-2020), los casos notificados serían casi 41.000, de ellos mujeres 31.325 (76,5 %) y hombres 9.592 (23,4 %). La gran mayoría no han sido hospitalizados; solamente el 10,5 %. Se registran 53 defunciones.

Por su parte, la revista *Redacción Médica*⁴ y Radio Nacional de España⁵ ofrecen el día 12 de junio la cifra de 51.849 profesionales sanitarios contagiados, representando el 21 % del total de población contagiada. En la CV, la proporción entre personal sanitario y no sanitario es de las más elevadas, por detrás de Andalucía y Melilla.

Obviamente, estos datos evolucionarán a medida que puedan ajustarse las distintas fuentes, pero solo cabe que lo hagan al alza, dados los resultados que ofrece el sistema MOMO. No está en la pretensión de este prólogo ofrecer una estadística adecuada, sino señalar la magnitud del fenómeno y sus rasgos más significativos, porque de ello se derivan algunos retos para el sistema sanitario.

El primer reto, sin duda, tiene que ver con el desarrollo de sistemas de prospectiva y logística para situaciones difíciles de prever en un mundo crecientemente interrelacionado, global y complejo. Durante las primeras semanas, la falta de toda clase de material, pero muy en especial de material de protección para el personal sanitario fue «escandalosa» y pudo ser una de las causas de las elevadas cifras de contagios entre dichos profesionales.

Un segundo reto, en la denominada sociedad del *big data* y sociedad digital, se halla en la superación del retraso de España y de la Comunitat

4. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/interactivos/coronavirus-medicos-contagiados-sanitarios-5123>

5. <https://www.rtve.es/noticias/20200612/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml>

Valenciana en la utilización de sistemas de información que puedan proporcionar datos fiables en tiempo real. Las diferencias tan elevadas entre casos estimados y casos observados en las defunciones solamente pueden ser resultado de la ineficacia de los sistemas de captación y transmisión de la información. La ausencia en la Comunitat Valenciana en 2020 de un Observatorio Permanente de Datos sobre Necesidades Sociales (la denominación es irrelevante) resulta clamorosa no sólo para los científicos sociales sino para cualquier persona que considere la necesidad de planificar las políticas sobre información fiable y actualizada.

El tercer reto, relacionado con los dos anteriores, tiene que ver con la capacidad de gestión de la complejidad mediante cooperación multinivel. Durante mucho tiempo se ha venido subrayando las deficiencias de coordinación entre las distintas administraciones y entre las comunidades autónomas y el Estado. Pues bien, un virus que no entiende de fronteras ha puesto de relieve los problemas que resultan de esta inoperancia organizacional.

El cuarto reto tiene que ver con la predominancia de diagnósticos realistas sobre la capacidad de un sistema frente a ideologías y mitos: el mantra de que teníamos el mejor sistema sanitario del mundo, envidiado por todos, ha quedado hecho añicos tanto por el colapso sufrido como por déficits de liderazgo y de organización, cuando no de transparencia. La importancia del elevado número de profesionales sanitarios que han tenido que permanecer inactivos por mostrar síntomas compatibles con covid-19 pero sin que hubiera capacidad para hacerles pruebas de forma inmediata es una de las muestras de ello.

La evidencia de lo sucedido también ha puesto de relieve que el modelo residencial dependiente de los Servicios Sociales y destinado a las personas mayores adolecía de muchas carencias. Requiere un diagnóstico riguroso, sin prejuicios. Las personas mayores que van a las residencias no lo hacen por «decisión voluntaria», pese a que así sea en términos legales, sino por necesidad y cuando no pueden gozar de una autonomía básica en su propio domicilio, aquejadas de pluripatologías que requieren atención sanitaria constante. Nada tiene que ver esta realidad con la de un modelo «ideal» en que personas mayores eligen

vivir con otras personas de similar edad una etapa de su ciclo vital. Con los idealismos y la mirada hacia otro lado no se hace política. Hoy por hoy las residencias en nuestro país deben ser «sanitarias» y mejorar sustancialmente la atención sociocultural.

Las abultadas y crecientes listas de espera constituyen otro reto que no puede ser aplazado o dilatado por más tiempo. Este es un mal endémico de nuestro sistema sanitario que ahora habrá aumentado sus cifras significativamente, sin que se observe por el momento la adopción de las medidas y recursos oportunos.

Se ha instalado una especie de creencia de que la crisis de la covid-19 servirá para tomar nota de que la inversión en salud debe ser prioritaria; de que la transparencia y una gestión más democrática son imprescindibles. Sin embargo, sin una ciudadanía vigilante y crítica, con capacidad de apoyar la movilización de las profesiones sanitarias, se puede retornar fácilmente a que políticas cortoplacistas se impongan en la agenda política. La incertidumbre y el miedo generados por el hecho de que SARS-CoV-2 parece que va a estar entre nosotros durante algún tiempo podrían servir de contrapeso para que se adopten las medidas financieras, logísticas, organizativas, etc. que son precisas; en definitiva, para no bajar la guardia, recuperar prestaciones, derechos y calidad y crear un sistema a la altura de las necesidades.

Antonio Ariño Villarroya
València, 14 de junio de 2020

Introducción

El traspaso de competencias en materia sanitaria del Estado Español a la Generalitat Valenciana se realiza mediante el Real Decreto 1612/1987 de 27 de noviembre. Desde que esta norma entra en vigor el 1 de enero de 1988 y hasta la actualidad, nuestro sistema sanitario y la salud de la población valenciana han registrado numerosos cambios, como se verá a lo largo del análisis que se realiza en este libro. A través de los datos que se exponen y examinan, se pretende responder a preguntas que a toda la ciudadanía interesa y preocupa, puesto que la salud es el bien máspreciado y un derecho irrenunciable del ser humano. Cómo valoramos nuestra salud personal y qué factores inciden, qué estilos de vida adoptamos, qué enfermedades sufrimos, cuántos años de vida saludable tenemos, cuáles son las principales causas de muerte, cuál es el gasto público en salud, qué recursos nos ofrece la red sanitaria pública, con qué frecuencia los utilizamos o cuál es la opinión ciudadana sobre el funcionamiento del sistema sanitario público son algunas de las cuestiones que se tratan a continuación.

El estudio adopta una perspectiva comparada en un doble sentido. De una parte, desde el punto de vista longitudinal o diacrónico con objeto de ver qué ha sucedido en el transcurso de estos años, en qué hemos avanzado y en qué hemos retrocedido. Por otro lado, desde un punto de vista sincrónico con el propósito de comparar la situación actual de la Comunitat Valenciana con el conjunto de comunidades autónomas. Evidentemente, un diagnóstico es incompleto si únicamente se detiene en lo que sucede aquí y ahora, pues impide comparar y efectuar un balance. En consecuencia, ha sido necesario mirar el pasado inmediato para poder valorar cómo era nuestra situación y mirar nuestro entorno para determinar cómo nos posicionamos. No se ha tratado de ofrecer

una foto fija y aislada, sino en movimiento e insertada en la del resto del Estado.

El texto se estructura en dos partes, la primera dedicada a la salud y la segunda al sistema de atención sanitaria. La primera parte se inicia con un breve capítulo que sienta las bases conceptuales y teóricas para el estudio de la salud, dado que la construcción del concepto de salud, y la constatación de los determinantes sociales, representan el marco necesario para los tres capítulos siguientes, en los que se abordan el estado de salud y los hábitos de vida, la morbilidad, y la longevidad y mortalidad. La segunda parte comienza con un capítulo que presenta algunas nociones básicas sobre la organización de los sistemas sanitarios, se detiene a continuación en el sistema sanitario español para contextualizar el sistema de atención sanitaria de la Comunitat Valenciana, del que se presenta su pasado más reciente y su organización y estructura actual. De este modo se encuadran los contenidos de los dos últimos capítulos, que respectivamente se ocupan de los recursos económicos, humanos y materiales del sistema sanitario público, y del uso y la valoración que de la red sanitaria pública realiza la población valenciana. El libro se cierra con la enumeración de las principales conclusiones y unas reflexiones finales.

Para la realización del estudio se ha utilizado una amplia variedad de indicadores, instrumentos sumamente útiles para medir la situación sanitaria de una población en un periodo de tiempo y un lugar determinado, e imprescindibles para objetivar y poder establecer comparaciones. Actualmente existen modelos de indicadores internacionalmente reconocidos, en los que la Organización Mundial de la Salud se basa para elaborar las estadísticas sanitarias o para medir el progreso alcanzado. También se dispone de un sistema de indicadores de salud consensuado en el marco de la Unión Europea, sobre el que se registran datos armonizados referidos a 88 indicadores básicos. Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha diseñado un extenso catálogo, formado por 247 indicadores, a partir del cual recoge periódicamente información para monitorizar el funcionamiento del

Sistema Nacional de Salud y comparar por ámbitos geográficos u otros niveles de desagregación.

En el presente trabajo se han revisado los indicadores considerados esenciales en tanto que aportan mayor riqueza informativa. Obviamente, el gran volumen de datos existentes sobre la salud de los ciudadanos y sobre el funcionamiento del sistema sanitario público, exige una selección que inevitablemente comporta una pérdida de información.

Para documentar los indicadores que se han estimado más significativos, se han consultado numerosas estadísticas y encuestas oficiales. La exhaustividad es extraordinaria en algunos casos al tratarse de registros administrativos o sanitarios, como pueden ser las estadísticas referidas a las causas de defunción o a las enfermedades y prácticas de declaración obligatoria. Otras fuentes secundarias que se han consultado están integradas en el Plan Estadístico Nacional, como el Sistema de Información de Atención Primaria o el Sistema de Información de Atención Especializada. Ambos proporcionan datos sobre centros sanitarios, dotación de personal o de recursos materiales. Sin embargo, estas fuentes no incluyen todos los aspectos relacionados con la salud ni tampoco incorporan importantes variables sociodemográficas u otros determinantes de la salud, lo que obliga a consultar la información que aportan instrumentos diseñados para analizar la salud y la sanidad, como son las encuestas.

Las encuestas de morbilidad hospitalaria, los barómetros sanitarios, las encuestas sobre uso de drogas o las encuestas de salud, entre otras, brindan una abundante información y con alta significación estadística. Particularmente interesantes son las encuestas de salud, herramientas indispensables para conocer la valoración del estado de salud físico y psíquico de los ciudadanos, identificar los principales problemas de salud que padecen, indagar los hábitos, estilos y condiciones de vida que actúan como determinantes de la salud, averiguar el grado de acceso y la utilización de los servicios sanitarios, y descubrir si se producen diferencias por razón de sexo, clase social, edad, lugar de residencia u otras variables.

Las encuestas de salud suministran datos no recogidos por otros sistemas de registro que es necesario analizar para obtener una imagen más real del fenómeno salud y enfermedad. A través de sus cifras es posible verificar si determinados elementos de la estructura social pueden actuar como variables explicativas. Por ello, las encuestas de salud son de enorme utilidad para describir las condiciones de salud de una sociedad, además de resultar imprescindibles para planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

Entre las diferentes encuestas de salud presenta un singular valor la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana de 2016, puesto que permite radiografiar la salud actual de su población y valorar su evolución mediante las cuatro ediciones anteriores, las encuestas de 1991, de 2001, de 2005 y de 2010.

No obstante, a pesar de los avances realizados en la recopilación de estadísticas y en la realización de encuestas, y la consiguiente cantidad de datos sobre la salud y el sistema sanitario, no siempre se dispone de información con la periodicidad deseable. Las series temporales y la actualización de los datos varían entre unos indicadores y otros, lo que explica que el periodo que se analiza en este trabajo no sea homogéneo, sino que ha estado supeditado a las fuentes empleadas.^{6*}

En definitiva, a partir de la evidencia estadística, el libro se propone mostrar la evolución y la situación actual de la salud y la sanidad en la sociedad valenciana para identificar los principales logros y los grandes retos.

6. En todos los casos, las cifras estadísticas u otra información que se aporta, han sido las publicadas hasta el primer cuatrimestre de 2018, dado que el estudio se concluyó en junio de ese año.

Primera parte. La salud

La salud y la enfermedad son formas a través de las cuales se manifiesta la vida. No son estados nítidamente diferenciados y no es posible establecer entre ambos unos límites claros, sino que son partes de un *continuum*, de un equilibrio permanente de diferentes factores naturales y sociales en constante interacción. Tampoco la enfermedad adquiere el mismo significado en las diferentes culturas o etapas históricas. Sin embargo, existe un denominador común en todas las sociedades: su importancia social. La enfermedad, sin excepciones, representa una amenaza para todo ser humano, para la cohesión del grupo y para el funcionamiento de la sociedad.

Esta primera parte del libro examina la salud de la población valenciana a través de diferentes capítulos. El primero no aporta datos empíricos, su contenido es introductorio en tanto que pretende conceptualizar la salud y exponer los factores que se consideran más influyentes en las condiciones de la salud, entre los cuales juegan un papel central las desigualdades de clase social y las de género. El segundo capítulo examina con cierto detalle cómo es el estado de salud personal y explora las cifras que ilustran esas desigualdades en la sociedad valenciana. Esta información se completa con la relativa a nuestros hábitos de salud, bien sean saludables o nocivos, haciendo especial hincapié en estos últimos y particularmente en el tabaquismo y el abuso del alcohol. El tercer capítulo expone los datos que pueden emplearse para describir la situación de la morbilidad, tanto de aquella que las encuestas recogen porque es sentida por los individuos o porque ha sido diagnosticada, como de la morbilidad que origina el ingreso en los centros hospitalarios; asimismo, en este capítulo se ha puesto la lupa sobre dos problemas objeto de vigilancia epidemiológica: VIH/SIDA y las interrupciones

voluntarias del embarazo. En el capítulo cuarto y último de esta primera parte se presentan los datos referentes a la longevidad, a las tasas de mortalidad y a las causas de muerte; para ello se contrasta la esperanza de vida con la esperanza de vida en buena salud y se analizan la tasa bruta de mortalidad, la de mortalidad infantil y la de mortalidad evitable.

1. La salud y sus determinantes

La salud es una condición necesaria para la felicidad. Así lo revela la Encuesta Mundial de Valores, en la que se pone de manifiesto que la salud es la dimensión más importante para alcanzar la máxima felicidad y satisfacción. Y en el mismo sentido apuntan las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas, que muestran que la población española destaca la salud como el principal factor para ser feliz. Evidentemente, la ausencia de salud limita la capacidad de hacer y de disfrutar en todos los órdenes de la vida, como es la afectividad o la facultad de mantenerse a flote en un mercado laboral competitivo, lo que explica la omnipresencia de la salud en la escala de valores.

La salud también es un derecho. Así lo reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 o la Constitución Española en su artículo 43, y una amplia normativa de ámbito internacional o europeo.

La salud es un concepto complejo cuyo significado ha ido variando a lo largo de la historia de la humanidad y es variable entre unas sociedades y otras. La salud es además un fenómeno multidimensional en el que intervienen factores sociales y culturales. Hoy no se discute que la enfermedad puede sobrevenir por tensiones del entorno social, por aislamiento, soledad, marginación o rechazo social, y no sólo por causas orgánicas.

Ciertamente, son múltiples los determinantes de la salud, como se expondrá en el presente capítulo, en el que se presenta el concepto de salud y los determinantes sociales que generan desigualdades en materia de salud y por ello constituyen actualmente una prioridad en las agendas políticas.

¿Qué es la salud?

La salud es un requisito para una existencia social competente y un derecho en las sociedades democráticas, un bien que a todas las personas y a todas las sociedades importa. No obstante, si bien es cierto que la salud y la enfermedad son asuntos que han preocupado desde el comienzo de la historia de la humanidad, la importancia que socialmente se concede a la salud es creciente. Cada día cobran mayor interés las conductas relacionadas con su preservación o deterioro y los comportamientos potenciadores de la salud, aumenta la producción de estadísticas, de noticias sobre salud, de la publicidad de productos sanos o del turismo de salud, dado que la salud se ha convertido en una industria y en un producto en la sociedad de consumo.

Ahora bien, ¿qué es esa cosa llamada salud? Esta pregunta, aparentemente simple, podemos encontrarla en numerosas publicaciones científicas que han tratado de definir este concepto y que revelan la complejidad de esta tarea. De hecho, a pesar de las múltiples definiciones que se han propuesto, todas pueden resultar inexactas e incompletas.

La dificultad de definir la salud obedece a razones de distinta índole. La salud no se siente, ni es posible trazar un límite exacto entre la salud y la enfermedad, ni tampoco siempre coinciden la dimensión objetiva o valorada por los expertos con la dimensión subjetiva o percibida por la persona. Además, la salud es un producto social y, en consecuencia, no es un concepto estático y universal, de tal modo que la definición ha ido evolucionando y procurando adecuarse a los cambios de la sociedad. El desarrollo económico, educativo, político, científico y tecnológico inciden en la concepción de la salud y, de modo muy particular, en la situación de salud y en la prevalencia de las enfermedades existentes en dicha sociedad. Por este motivo, todavía hoy para muchos pueblos de la Tierra la salud sólo puede definirse como la forma de evitar la muerte por inanición o las enfermedades infecciosas que la insalubridad y la desnutrición provocan.

La salud, en definitiva, es una construcción social puesto que su concepción depende de las condiciones de la sociedad que la formula