

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

DEL ACADÉMICO NUMERARIO

EXCMO. SR. DR.

D. Antonio Llombart Bosch

SIRVAN MIS PRIMERAS PALABRAS para felicitar al nuevo académico de número el Prof. José María Martín Moreno, que hoy se incorpora con todos los merecimientos a esta dos veces centenaria Academia para ocupar un sillón denominado como Medicina Preventiva y Salud Pública. Quienes tenemos la fortuna de conocerlo desde hace años refrendamos con toda convicción la medida que en su momento tomaron los miembros de esta Institución así como los académicos que actuaron como padrinos del mismo, los académicos de número Dr. Rafael Carmena Rodríguez, Dra. Carmen Leal Cercós y Dr. Agustín Llapas González al darle soporte unánime a su propuesta.

Por ello deseo que estas primeras consideraciones vayan también dirigidas a felicitar el acierto de toda la Academia, que juzgó adecuado el adoptar esta nueva denominación como la opción más adecuada para sustituir a quien fue su predecesor en el sillón n.º 20 que ahora ocupa. Me refiero al desaparecido Profesor de Farmacología el Dr. Juan Esplugues Requena.

Es norma en los discursos de ingreso como académico de número el dedicar un recuerdo afectivo al miembro de la misma al

que se sustituye. Así lo ha hecho el Dr. Martín Moreno mostrando una gran sensibilidad.

Mi misión en el día de hoy como responsable de responder al discurso de ingreso del nuevo académico se une a la de presidir esta digna Institución por lo que no puedo omitir también un emotivo recuerdo hacia el compañero desaparecido.

La pérdida del profesor Juan Esplugues Requena fue causa de tristeza para quienes éramos sus compañeros de claustro y amigos, con quien compartimos en numerosas ocasiones las alegrías y los pesares de la Universidad. Su actividad en la Academia fue intensa desde 1975, año que ingresó como académico de número pronunciando el discurso *“Tradición farmacológica valenciana”*. Su actividad fue siempre permanente e importante, siendo raro el acto que sin una razón justificada faltara su presencia. En la apertura del curso académico de 1993 pronunció el discurso preceptivo sobre las *“Perspectivas futuras de la farmacología y terapéutica”*. Habían transcurrido 18 años desde su ingreso dándonos en esta nueva ocasión una magnífica lección magistral de lo que se entreveía como futuro de una farmacología uniendo las nuevas tendencias de la farmacodinámica y farmacocinética en una medicina que buscaría nuevas dianas y más personalizadas terapéuticas.

También fue un testigo excepcional de la vida de la Universidad de Valencia hasta su transformación en “Universitat Estudi General”. Su testimonio permanecerá en nuestra memoria tanto como académico, profesor e investigador así como testigo de la vida de la Facultad de Medicina durante la segunda mitad del siglo XX. Hoy rendimos un sentido homenaje a su memoria.

Una visión de la vida del nuevo académico

EL Prof. José María Martín Moreno nació en Almería el 25 de julio de 1959, pero pasó su infancia en Córdoba y Madrid, marchando cuando tenía nueve años a Granada de donde eran sus padres y origen de sus principales raíces familiares.

El fallecimiento repentino de su padre a los 15 años, supuso un duro golpe que marcó su carácter y el rumbo de su vida. Y es durante este periodo de su vida, también por influencia familiar, ya que su padre había sido médico rural, cuando decide elegir la medicina como su profesión. Sin embargo la situación familiar hizo que para salir adelante tuviera que trabajar en diversas y variopintas ocupaciones, a la vez que estudiaba. De hecho, llegó a tener la licencia fiscal de “vendedor de jabón sin vehículo”, dedicándose a vender productos de limpieza por los domicilios y trabajando a tiempo parcial en una empresa de transportes. Todo ello a la par que estudiaba medicina. Eran tiempos duros, pero que al echar la mirada atrás le llena de orgullo. De hecho, aprovechando sus conocimientos musicales (terminó la carrera de piano a la par que la licenciatura de Medicina) también tocaba el piano en pubs y el órgano en las bodas, con el loable fin de ayudar a costearse los estudios y para ayudar económicamente a su familia.

Durante los estudios de licenciatura de medicina siempre tuvo inquietudes y pasión por aprender, y fue sucesivamente alumno interno de anatomía, fisiología, anatomía patológica, ginecología, endocrinología y medicina interna. Y en la dimensión más personal afectiva, fue en la licenciatura de medicina cuando conoció a la que desde entonces ha sido su pareja, Lydia, la

persona que desde entonces le ha acompañado y apoyado a lo largo de la vida. Conjugando todas estas tareas llegó a completar con éxito sus estudios de licenciatura y doctorado médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, recibiendo el Premio Extraordinario de Licenciatura y seguidamente el Premio Nacional Fin de Carrera. Tras obtener el número 9 entre los más de 28.000 candidatos que aspiraban a plaza en la convocatoria del MIR, decidió formarse como médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Clínico Universitario de Granada, completando su formación como Oficial Sanitario en la Escuela Nacional de Sanidad y como Master y Doctor en Salud Pública en la Universidad de Harvard, en Estados Unidos, donde dejó tal huella que recibió el Premio *Harvard University Outstanding Teaching Assistant of the year* y posteriormente fue galardonado con el premio *Alumni Award of Merit de la Universidad de Harvard del 2003*, galardón que distingue a los antiguos alumnos de esta universidad, que han contribuido de manera especial al desarrollo de esta especialidad en el mundo.

Desde 1991 hasta el 2001 tuvo diferentes responsabilidades en el Instituto de Salud Carlos III, incluyendo la Dirección del Centro Nacional de Epidemiología, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y de la Escuela Nacional de Sanidad, todo ello dentro del Instituto de Salud Carlos III. Fue en el año 2002 cuando obtuvo por oposición la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universitat de València, momento que marcó un antes y un después en su trayectoria profesional y su vinculación con la Comunidad Valenciana. Pero inmediatamente después de obtener la cátedra fue requerido para asumir el cargo de Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo hasta mayo del 2004,

donde pudo actuar en diferentes foros internacionales como “*Chief Medical Officer*” de España, habiendo presidido entonces la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, coordinando la respuesta frente a la inicialmente denominada “neumonía asiática” (SARS), el plan inicial de preparación ante el riesgo de pandemia de gripe, las acciones sanitarias ante brotes epidémicos y problemas de salud pública, la unificación del calendario vacunal en España, el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, o el diseño y puesta en marcha de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Tras ese paréntesis, corto pero intenso, en mayo del 2004 se incorporó a su plaza de Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universitat de València, labor que compaginó desde el 2007 con su plaza de Facultativo Médico Coordinador de la Unidad Central de Calidad del Hospital Clínico Universitario y Director del Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria que se ha venido llevando a cabo en colaboración entre la Universitat de València y La Escola Valenciana d’Estudis de la Salut (EVES).

El nuevo académico une sus dotes profesionales a nivel nacional con un amplio currículum de actividades internacionales que le transforma sin lugar a dudas en uno de los profesores más internacionales que hoy enseña e investiga en la Univesitat de Valencia.

Así, es desde 1997 *Senior Associate* de la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos, habiendo recibido nombramientos como profesor honorario o visitante en universidades de diferentes países. También ha sido Presidente de la Asociación

Europea de Escuelas de Salud Pública, y ha participado en diferentes comités científicos del Parlamento Europeo y de investigación biomédica de la Comisión Europea, de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer y de la Organización Mundial de la Salud.

Estas actividades han culminado tras diferentes ofertas de incorporarse a organismos internacionales, en que desde febrero de 2010 hasta septiembre del año pasado, ha asumido el puesto de Director de Gestión de Programas de la OMS para toda la Región Europea, puesto que aceptó para articular la puesta en marcha la estrategia de la OMS de Salud 2020 (*Health 2020*).

Tras este periodo internacional, el pasado curso académico se reincorporó con la mayor ilusión de nuevo a su puesto en la Universitat de València y en la vida de la Comunidad Valenciana, donde me consta que está volcando en la labor de docencia, investigación y asesoría toda su amplia experiencia acumulada en el campo práctico nacional e internacional de la Salud Pública.

Aunque como él mismo dice, no puede presumir de haberse formado en la “Escuela de Valencia”, sí puede hacerlo de haberse integrado con ilusión y lealtad a la misma, siempre aprendiendo de distinguidos compañeros a los que admira y que le sirven de punto de referencia. Además de su labor en la Facultad de Medicina y Hospital Clínico, es miembro del Comité Técnico de la Junta Asociada Provincial de Valencia de la Asociación Española Contra el Cáncer que presido, y del Comité Científico permanente de la Fundación *Gent per Gent*. Así mismo, ha participado en múltiples actividades organizadas por

organismos de la Comunidad Valenciana tales como la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados, el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia, la Universitat Jaume I de Castellón, la Universidad Miguel Hernández de Elche y la Universitat d'Alacant/Universidad de Alicante.

Quiero también adentrarme en su dimensión más personal y familiar haciendo una especial mención de su mujer, Lydia, que siempre le ha ofrecido un apoyo incondicional siendo compañera inseparable en la carrera desde sus estudios de medicina, profesión que ella también ejerce con brillantez y en su envidiable vida familiar como motor y empuje de sus tres hijos (Alejandro, Víctor y Jaime). Podemos asegurar que José M^a. felizmente y toda su familia se ha integrado con plenitud en nuestra Comunitat.

Pero yo quisiera añadir algo más en su largo y excelente currículum. Yo conocí a José María en Granada cuando fui invitado por el Catedrático de Radiología Dr. Vicente Pedraza, con quien en los años 90 compartía responsabilidades en el Comité Científico de la Junta Nacional de la AECC, para formar parte del tribunal de tesis doctoral de una joven doctoranda de la Universidad de Granada, la licenciada Lydia Gorgojo. Su tesis fue recibida con Sobresaliente *cum laude*. Transcurrido el tiempo, hoy ocupa la jefatura del Servicio de Vacunación Internacional de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Valenciana. Jaime (su hijo menor) está cursando actualmente su último año de Bachillerato. Víctor cursa segundo año de formación médica en la Facultad de Medicina de la UV, y Alejandro (su hijo mayor) es médico residente de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, tras completar sus estudios de licenciatura con Premio Extraordinario, lo

que sella para él un elemento más de vínculo familiar con la medicina de la Comunidad Valenciana.

Como en alguna ocasión he tenido ocasión de comentar esta familia configura un núcleo ejemplar dedicado a la ciencia, a la medicina, así como también son un verdadero y envidiable “club” que llenan en buena parte sus horas libres ejercitando y disfrutando del hobby de tocar con gran destreza varios instrumentos musicales.

Algunas de sus publicaciones más destacadas

José M^a. ha publicado más de 300 publicaciones, incluyendo artículos y libros de carácter científico en revistas de alto nivel de impacto y editoriales de prestigio, que hacen de él un referente mundial en temas fundamentalmente aplicados a la medicina y salud pública, con especial énfasis en la epidemiología y la prevención del cáncer y enfermedades cardiovasculares, y en estrategias y gestión de sistemas sanitarios. Ello ha quedado reflejado en el reciente premio que le ha otorgado la Asociación Europea de Salud Pública el 14 noviembre, en Bruselas, el *Andrija Stampar Medal*, uno de los premios más importantes que se pueden dar a un profesional de la salud pública en el mundo, y sin duda el más prestigioso de Europa en esta disciplina.

Destaco algunas de las más sobresalientes bien por el alto índice de impacto de la revista donde se ha publicado o por la repercusión que ha tenido a nivel científico y en los medios sociales de comunicación mundial:

- Spain: a decentralised health system in constant flux. *Br Med J.* 2009; 338: b1170.
- Palliative care in the European Union. *European Parliament Economic and Scientific Policy Department 2008. IP/A/ENVI/ST/2007-22.*
- Cancer causes and prevention: a condensed appraisal in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1390-1403.
- Saturated fat in the diet of Spanish children: relationship with anthropometric, alimentary, nutritional and lipid profiles. *Public Health Nutr.* 2006; 9: 429-35.
- Acute health problems among subjects involved in the cleanup operation following the Prestige oil spill in Asturias and Cantabria (Spain). *Environ Res.* 2005; 99: 413-24.
- Low toenail chromium concentration and increased risk of nonfatal myocardial infarction. *Am J Epidemiol.* 2005; 162: 157-64.
- Curbing tobacco's toll starts with the professionals: World No Tobacco Day. *Lancet.* 2005; 365: 1990-2.
- European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol.* 2003; 14: 973-1005.
- Mercury, fish oils, and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2002; 347: 1747-54.
- The role of olive oil in lowering cancer risk: is this real gold or simply pinchbeck? *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54: 726.

- Tissue stores of individual monounsaturated fatty acids and breast cancer: the EURAMIC study. European Community Multicenter Study on Antioxidants, Myocardial Infarction, and Breast Cancer. *Am J Clin Nutr.* 1998; 68: 134-41.
- DDT (dicophane) and postmenopausal breast cancer in Europe: case-control study. *BMJ.* 1997; 315: 81-5.
- Adipose tissue isometric trans-fatty acids and risk of myocardial infarction in nine countries: the EURAMIC study. *Lancet.* 1995; 345: 273-8.
- Dietary fat, olive oil intake and breast cancer risk. *Int J Cancer.* 1994; 58: 774-80.

Me van a permitir que comente someramente alguna de las publicaciones más destacadas que en buena medida están relacionadas con el tema que hoy nos ocupa y del cual es un reconocido y estimado experto internacional.

En el trabajo “Mercury, fish oils, and the risk of myocardial infarction”, (*N Engl J Med* 2002; 347: 1747-1754), se aportó información novedosa sobre la modificación de efecto/interacción entre los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga contenidos en el pescado y el mercurio que el propio pescado puede acumular. Así, por primera vez se pudieron llevar a cabo estimaciones del riesgo de infarto de miocardio según la concentración de mercurio (medido en uñas) y de ácido docosahexaenoico (medido en tejido adiposo) y –utilizando modelos de regresión no paramétrica–, ajustar por los diversos factores de confusión.

El artículo demuestra una asociación independiente, robusta y gradual entre la concentración de mercurio en uñas y el riesgo de infarto de miocardio, asociación que aparece atenuada por su relación inversa con los niveles de docosahexanoico. Al controlar por éste, las estimaciones del riesgo se hacen más nítidas. De forma complementaria se muestra una asociación inversa entre los niveles de ácido docosahexanoico (papel protector) y el riesgo de infarto de miocardio, protección que aparece aminorada por la relación inversa con la concentración de mercurio en uñas.

J.M. Martín Moreno fue el investigador principal de este proyecto de la Unión Europea (Concerted Action Contract No. BMH4-98-3565) y como tal se ocupó de su diseño, dirigió su ejecución, y contribuyó en la redacción del manuscrito y en la respuesta a las cartas posteriores del *New England Journal of Medicine*.

Como nota adicional, merece comentarse que esta revista posee un factor de impacto superior a 50 y ocupa el primer lugar entre todas las revistas del ámbito de medicina. El trabajo tuvo gran trascendencia, fue editorializado en el *New England Journal of Medicine* y ha sido objeto de atención pública en medios de comunicación como la CNN o el *New York Times* (Study Looks at Mercury - Tainted Fish, By The Associates Press, *The New York Times*. Nov 29, 2002) además de servir de referencia básica en los trabajos de la propia Comisión Europea y organismos reguladores sobre niveles de contaminantes en pescados de consumo humano.

En la publicación: "Tobacco: deadly in any form or disguise", (*Lancet* 2006; 367: 1710-1712), se habla de la epidemia de

enfermedades asociadas al tabaquismo, señalando aquellos grupos poblacionales en los que la tendencia es preocupante. Específicamente se cita el caso de las mujeres jóvenes españolas, un grupo poblacional en el que se augura unas consecuencias en término de cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas cuando el periodo de latencia o inducción empírica haya pasado, aunque se señala que las nuevas medidas legislativas de control del tabaquismo pueden ayudar a corregir esa tendencia preocupante. También se citan las estrategias de la industria tabaquera en países en desarrollo y la necesidad de fortalecer la prevención y control del tabaquismo como estrategia prioritaria de salud pública.

También relacionado con el problema del cáncer es la publicación “Cancer causes and prevention: a condensed appraisal in Europe in 2008”, (*European Journal of Cancer* 2008; 44: 1390-1400), donde se resumen los factores determinantes del cáncer de acuerdo a su importancia relativa en Europa, incluyendo tabaquismo, consumo de alcohol, dieta y actividad física. También se revisa el papel de factores ambientales y ocupacionales, agentes infecciosos y factores genéticos y hormonales.

Además, este artículo expone recomendaciones explícitas para facilitar la modificación de hábitos y conductas individuales y para promover posibles políticas públicas saludables. También detalla ejemplos de políticas europeas y programas vigentes que persiguen reducir el impacto de estos factores de riesgo sobre el cáncer.

El problema de la crisis económica que afecta a España en estos últimos años ha sido motivo de gran preocupación y estudio por cuanto pudiera afectar al mantenimiento del actual

sistema de salud. Recojo tres de sus últimas publicaciones analizando objetivamente estos problemas.

En la publicación: “Spain: a decentralised health system in constant flux”, (*British Medical Journal* 2009; 338: 863-866), se hace una síntesis de la situación actual y evolución del sistema nacional de salud en España, aportando un análisis comparativo europeo. A través de este trabajo, se proponen soluciones para un adecuado marco de suficiencia dinámica de financiación (que adapte y mejore el del marco de la Ley 21/2001, de Medidas Fiscales y Administrativas), y para que las ventajas de la cercanía y capacidad de adaptación a cada contexto que ofrece la descentralización no queden contrarrestadas por las desventajas de potenciales inequidades inducidas por servicios redundantes y heterogéneos según comunidades.

Al mismo tiempo en el trabajo “The effects of the financial crisis on primary prevention of cancer”, (*European Journal of Cancer* 2010; 46: 2525-2533) se revisa el impacto potencial de la presente crisis financiera sobre la prevención primaria del cáncer a través de diferentes dimensiones: estilos de vida de elección personal, exposición a factores ambientales, y decisiones de gestión en el sector público y privado que pueden afectar a los determinantes causales del cáncer. Se hace énfasis en las posibilidades de tomar las mejores decisiones para asegurar apropiadas medidas de prevención primaria, que deben ser priorizadas frente a medidas cortoplacistas que pueden redundar posteriormente en mayor carga de cáncer con el consiguiente detrimento económico y sobre todo de morbilidad y mortalidad. Este trabajo tuvo amplia repercusión en medios de comunicación general y divulgativos, como se puede

comprobar fácilmente a través de un buscador telemático (tal como Google o similar).

También queremos destacar la publicación “Cancer screening and health system resilience: Keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis”, (*Eur J Cancer* 2012; 48: 2212-8), donde se revisa el impacto potencial de la presente crisis financiera, esta vez sobre la prevención secundaria del cáncer, haciendo énfasis en la necesidad de potenciar los programas poblacionales de *screening* basados en la evidencia.

Por último en el trabajo “The social nature of chronic non-communicable diseases and how to tackle them through communication technology, training, and outreach”, (*J Health Commun* 2011; 16 (Suppl 2): 94-106), se formula algo que precisamente se desarrolla ahora con un marco conceptual más detallado del discurso del académico-electo ante la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana: la naturaleza social de las enfermedades crónicas no transmisibles, que carecen todavía de un planteamiento integral incluyendo una adecuada comunicación, para lo cual se fundamenta la necesidad del adiestramiento profesional y de mejores infraestructuras de comunicación.

Comentarios al discurso

A continuación tenemos el grato cometido de analizar y comentar el erudito discurso del nuevo académico. Señalo que nuestra labor va a servir para resaltar algunos de los aspectos más sobresalientes del mismo, sabiendo que siendo experto mundial en el tema, sería presuntuoso por mi parte tratar de aña-

dir mayor doctrina a la ya aportada en el texto escrito que obra a su disposición y que invito a leer con máximo interés y detalle.

Llama la atención al analizar el texto la perfecta sistematización del mismo, distribuida en apartados concretos, con encabezamientos descriptivos claros, esbozando las ideas propuestas para desarrollar, lo que hace que el mismo sea de lectura fácil y amena, en un lenguaje que aun siendo técnico también resulta inteligible para el profano. Pone de manifiesto con ello su experiencia docente como excelente didacta y buen profesor universitario.

La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles: Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI

Con este título plantea el nuevo académico uno de los mayores problemas que tiene la sociedad al enfrentarse ante las disyuntivas presentes y de un próximo futuro sobre el estado de la salud pública en un mundo globalizado.

Para analizarlo con una mayor perspectiva hemos de retrotraernos a la declaración de Alma Ata en 1978 cuando la OMS defendió la necesidad de lograr una sanidad pública universal al alcance de todos los ciudadanos, independiente de su localización geográfica, raza y estatus político o social. Esta declaración ha sido recordada en varias ocasiones tanto por las Naciones Unidas como por la OMS, incluso en su última Asamblea General celebrada el 6 de diciembre del pasado año. La necesidad de conseguir la cobertura universal de la salud

continúa siendo un reto incumplido en el mundo y un problema social de primer orden, ya que aun habiendo logrado grandes avances, se está todavía lejos de alcanzar.

Los especialistas internacionales en salud pública, como lo es el Dr. Martín Moreno, mantienen abierto el debate sobre cómo orientar la salud pública global, organizándola, bien de modo vertical, atendiendo de modo particular programas que se ocupen de determinados procesos como es la lucha contra la malaria, tuberculosis, polio o SIDA e incluso el cáncer o bien adoptando una postura horizontal en donde estos programas se integren entre sí mediante sistemas interconectados con sinergias que abarquen también a las organizaciones socio-económicas y políticas nacionales y locales, ya que plantean problemas comunes que afectan en buena medida a todas ellas. Desde esta perspectiva los recursos disponibles estarían mejor aprovechados y los resultados parecen más fácilmente alcanzables.

Es cierto que estas orientaciones se dirigen sobre todo a las llamadas enfermedades transmisibles o de declaración obligatoria, que siguen siendo aún un grave problema en el tercer mundo. Sin embargo este abordaje horizontal alcanza también al gran grupo de enfermedades no transmisibles o no comunicables que además tienen como peculiaridad su naturaleza crónica y carácter global.

Acabamos de oír en boca del nuevo académico que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) matan a más de 36 millones de personas cada año. Casi el 80% de las defunciones, 29 millones, se producen en los países con ingresos bajos o medios, los que también conocemos como del “tercer mundo”.

Más de 9 millones de las muertes atribuidas se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes “prematuras” también ocurren en países de ingresos bajos o medianos. Es decir que nos enfrentamos a un problema de salud pública que alcanza a todas las edades y también a todos los estratos sociales así tanto al mundo que goza de un alto estándar de vida como a las naciones en desarrollo. Es un verdadero problema de salud con magnitud universal.

Tomando la iniciativa, la OMS publicó recientemente (2012) un estudio recogiendo las conclusiones de la reunión de alto nivel que tuvo lugar en 2011 como plan de acción. Quiero llamar la atención e invitar a los interesados a revisar la publicación comenzando por el dibujo que ocupa la cubierta y que sintetiza su contenido. Son tres grandes círculos: el más interno contiene a su vez cuatro círculos más pequeños de distintos colores y análogo tamaño, entrelazados con los nombres de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, diabetes y cáncer. Por fuera envolviéndolos aparece un segundo círculo en donde se sitúan las causas desencadenantes: consumo de tabaco, dieta inadecuada, inactividad física y uso abusivo del alcohol. Cubren ambos círculos la sombra de numerosas personas con las manos entrelazadas en un abrazo común que simboliza a la humanidad. De este modo se refleja la universalidad del problema que afecta por igual a todos en un mundo globalizado.

El Dr. Martín Moreno ha dividido su discurso en 7 apartados en donde analiza no solo la complejidad del problema motivado por las ECNT sino también aportando posibles soluciones, que describe bajo el epígrafe: “rebatando mitos que representarían paradigmas equivocados”.

No vamos a entrar en los detalles de cada uno de ellos por cuanto caeríamos en redundancias de lo que tan brillantemente ha expuesto. Me refiero a el análisis de las causas y determinantes que causan las ECNT, los factores de riesgo influenciados mediante la promoción de la salud, y en tercer lugar la necesidad de una actuación global basada en las propuestas de la OMS, como objetivos a alcanzar entre los años 2013-2020.

Por lo además creo pertinente insistir en algunas facetas que a mi juicio tienen gran vigencia presente. Me refiero a las iniciativas nacionales y comunitarias existentes en los sistemas sanitarios que tratan de fortalecer y orientar para hacer frente a la prevención y control de enfermedades no transmisibles mejorando la atención, disminuyendo la carga de enfermedad mediante un abordaje integral y continuado que garantice la seguridad y coste-efectividad de los cuidados sanitarios.

A mi juicio uno de los grandes problemas relacionados con las ECNT es el envejecimiento de la población tanto a nivel mundial como nacional y por lo que más directamente nos afecta a nivel comunitario. Este gran logro social presenta como contrapartida el bascular la pirámide poblacional a tasas de esperanza de vida media que alcanzan los 82 años en la mujer y cerca de 79 en el varón. Hemos visto que tres cuartas partes de la ECNT afectan a la población de más de 60 años. El envejecimiento saludable se ha transformado en uno de los considerados más importantes para la salud pública.

¿Cuál es la situación global de lo que podemos considerar como vejez saludable?

Acaba de publicarse el informe “Global age Wacht Index 2013” por la “Help Age Internacional” donde se analiza la situación de la tercera edad en 90 países (considerada globalmente a partir de los 60 años) sobre la base de distintos indicadores entre los que se sitúa en primer rango el grado de acceso a los servicios de salud así como otros determinantes de salud social. Ellos han sido elaborados con datos provistos por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, la UNESCO y el Grupo Gallup World. El resultado para España merece ser revisado en profundidad por sociólogos, epidemiólogos y otros responsables de la salud ya que está situada en el lugar 22, entre naciones como Israel por encima y Uruguay a continuación, ocupando los primeros rangos los países nórdicos de Europa: Suecia, Noruega y Alemania, quienes gozarían de un máximo de calidad y bienestar en la vejez.

Recordemos que en base a datos del Ministerio de Sanidad y del Instituto Nacional de Estadística, en España la proporción de mayores de 60 años será del 31,4% y se producirá un rápido incremento del número de personas mayores de 80 años. Actualmente España ya se encuentra entre los cinco países de la Unión Europea con mayor número de personas de edad avanzada y entre los cinco países del mundo con población más envejecida. Además existe una feminización del envejecimiento pues las mujeres tienen mayor longevidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades que los hombres.

La población valenciana es una población adulta envejecida con un desigual impacto del envejecimiento en el territorio. Existen departamentos de salud con un mayor peso relativo de personas mayores debido, en las comarcas del interior, al éxodo rural de personas en edad laboral y, en la costa mediterránea, al denominado turismo residencial por la llegada de personas jubiladas provenientes de la Unión Europea que fijan su residencia en la Comunitat Valenciana, sobre todo en la provincia de Alicante. Esto ocasiona una clara demanda diferencial de cuidados socio-sanitarios respecto a otras comunidades autónomas. La esperanza de vida al nacimiento se ha incrementado en 3 años en la última década en la Comunitat. Así ha pasado de estar situada en 78,74 años en 2000 a encontrarse en 81,83 años en 2011. (Datos INE, últimos disponibles).

Se ha considerado al tabaco como una de las causas más graves, condicionante de las enfermedades crónicas pulmonares y cardio-circulatorias. Es un factor repetidamente confirmado en todos los ambientes científicos. Además, este mismo año, la OMS ha añadido un nuevo factor tóxico, la contaminación ambiental como causa en el año 2012 de más de 200.000 muertes por patología cardio-pulmonar.

Otro problema que no debe dejarse de lado en este contexto son los procesos neuro-degenerativos como es el Alzheimer, la demencia senil o simplemente la depresiones que son fuente de patología importantísima en la población envejecida.

El último capítulo de su discurso merece una atención más detallada por cuanto se ofrecen nuevas iniciativas para controlar las ECNT, rebatiendo 10 falsos mitos como paradigmas y ofreciendo propuestas propias para la salud en el siglo XXI.

En la ciencia, un *paradigma* es un conjunto de realizaciones científicas “universalmente” reconocidas, que proporcionan modelos de problemas y al mismo tiempo ofrecen soluciones a una comunidad científica. Un cambio de paradigma sería, siguiendo a Thomas Kuhn en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), un cambio en los supuestos básicos, o paradigmas, dentro de la teoría dominante de la ciencia.

Vemos que en buen grado el nuevo académico ha hecho interesantes propuestas capaces de desechar falsos paradigmas en la salud pública y orientar nuevas posibilidades y posiciones que abren un futuro esperanzador en el que la RAMCV también es invitada a participar como sujeto activo.

En efecto coincidimos en que debería ser reconsiderado el término de ECNT por el propuesto de “Enfermedades Multifactoriales Crónicas” en (*“Chronic, Multifactorial Diseases”*), más adecuado a una realidad científica que muestra cómo las causas infecciosas son también motivo de patología vascular crónica, obesidad o cáncer (ejemplos: nuevas teorías sobre las arteriosclerosis o los agentes infecciosos implicados en la obesidad mórbida o los cánceres del tracto digestivo e hígado).

La OMS ha insistido en el carácter global del problema independiente del grado de desarrollo económico de la población. Es preciso conseguir que no solo el proyecto Alma Ata de salud universal para todos sea una realidad sino también que los distintos determinantes de salud alcancen a toda la población, como son la educación y el trabajo, luchando contra el empobrecimiento social y laboral. Solo así se conseguirá que la sociedad disponga de unas armas adecuadas para controlar acti-

vamente la patología del envejecimiento, añadiendo vida a los años y no solo años a la vida.

Insistimos en que la educación para la salud es el gran instrumento que dispone nuestra sociedad para encarrilar adecuadamente estas patologías. Recordemos la defensa de una dieta saludable, la lucha contra la obesidad infantil, las prohibiciones de fumar, todas ellas a modo de ejemplo son ingenios prioritarios a utilizar en las escuelas y universidades. No se puede esperar que la población arraigada en hábitos poco saludables acepte romper con costumbres que son verdaderos falsos mitos de la salud.

Es cierto que no se puede culpar al ciudadano de los males enraizados por conductas equívocas, que la sociedad ha hecho suyas durante años, pero tampoco se puede pedir, apelando a un falso paternalismo que sea el “Estado” quien se haga responsable de los males de la sociedad obligándole a cubrir los enormes costos para la salud que causan estas conductas.

La salud pública deberá procurar por tanto la educación para la salud, promocionando la prevención primaria y la secundaria en aquellos casos de costo efectividad comprobada y también promocionar la emergente medicina predictiva nacida de una nueva biología genómica y epigenómica, también apoyándose en las redes sociales disponibles así como contando con las organizaciones no necesariamente estatales que voluntariamente contribuyen a ello.

Lograr una vejez activa es el nuevo proyecto de la sanidad valenciana presentada hace unos días por el Gobierno de esta Comunidad, que abre una camino esperanzador en el que nos encontramos comprometidos todos los ciudadanos.

Concluyo estas consideraciones que tratan de dar respuesta a los numerosos retos que tan acertadamente ha presentado para análisis el nuevo académico, basados en una larga experiencia que lo confirman como uno de los grandes expertos que dispone España en Salud Pública y Medicina Preventiva. Con su habitual bien hacer y grandeza de espíritu ha sabido transmitirlos a una audiencia académica que pone en él grandes esperanzas para un inmediato futuro.

Mi enhorabuena Dr. José María Martín Moreno; es una gran satisfacción tanto a nivel institucional como personal tener la oportunidad de darle la bienvenida a la Real Academia de Medicina y Ciencias Afines de la Comunidad Valenciana.

