

ANALES

DE LA

# REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

---

AÑO 2004 - TOMO CXXI

CUADERNO PRIMERO

SOLEMNE SESIÓN

SESIONES CIENTÍFICAS



Edita: REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Depósito Legal: M. 5.020.—1958  
I.S.S.N. 0034-0634

---

Fotocomposición e impresión: Taravilla. Mesón de Paños, 6 - 28013 Madrid

II SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 27 DE ENERO DE 2004

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.  
D. AMADOR SCHÜLLER PÉREZ

**EXCLUSIÓN SOCIAL, POBREZA Y SALUD**  
***POVERTY, SOCIAL EXCLUSION, SOCIAL CAPITAL***  
***AND HEALTH***

Por el Excmo. Sr. D. JUAN DEL REY CALERO

Académico de Número

**Presentación del libro:**  
**HISTORIA DE LA HIGIENE BUCO-DENTARIA**

Por el Excmo. Sr. D. MIGUEL LUCAS TOMÁS

Académico de Número

y Dr. D. JULIO GONZÁLEZ IGLESIAS



# EXCLUSIÓN SOCIAL, POBREZA Y SALUD

## *POVERTY, SOCIAL EXCLUSION, SOCIAL CAPITAL AND HEALTH*

Por el Excmo. Sr. D. JUAN DEL REY CALERO

Académico de Número

### Resumen

El *Capital Social* es el conjunto de una estructura social, que facilitan las acciones de los individuos dentro de ella, es productivo, permite logros en su presencia.

En la *Pobreza* no se pueden satisfacer *las necesidades básicas* (alimentación, salud, autonomía), de forma involuntaria y se prolonga en el tiempo.

En la *Exclusión social*, los individuos o grupos no participan en la Sociedad en que viven. Se evalúa en estas dimensiones: la pobreza financiera, la inclusión social, el Empleo, la Salud y la Educación. Para reducirla hay que incrementar la participación social, la integración laboral, el empoderamiento, la autoestima y la realización personal.

El 15% de los europeos están expuestos a la pobreza, en España debajo del umbral de la pobreza el 13,4 %, y en las personas mayores el 21 %. Pobreza extrema 6,2 %, grave 14,2 %, con mayor pobreza por el envejecimiento, la inmigración, clase social y de género en la mujer. Más en Andalucía, Canarias y Extremadura. Se pretende reducir un 10 % para el 2010.

El *índice de Gini* indica la distribución de Rentas, en la U.E. es de 0,29, en España 0,33.

Hay una correlación negativa entre Pobreza y Salud. el gasto sanitario es 7,5 % del PIB. La Esperanza de vida es de la U.E. de 75,5 V y 81,6 M. En España 78 y 83,1 M. La Mortalidad infantil U.E. 4,5 ‰, 4,1 ‰ en España. Hijos por mujer UE 1,47, España 1,3.

### Abstract

*Social capital* is the social structure which facilitates the actions of individuals, stimulates production and allows for success.

*Poverty* maintains basic needs unmet (food, health, autonomy) over time and unvoluntarily.

*Social* exclusion does not allow individuals to participate in society.

The following dimensions are assessed: financial poverty, social inclusion, employment, health and education. Social participation, work integration, empowerment, self-esteem, and personal achievement should be promoted.

In Europe 15 % of people is exposed to poverty; in Spain corresponding figures are 13.4 %, while for the elderly reached 21 %. Extreme poverty affects 6.2 % population and severe poverty 14.2 %. Women and those living in Andalusia, Canary Islands and Extremadura are particularly affected. health inequality are for elderly, immigration, gender, social class, and should be reduced 10 % for 2010.

The Gini index measures the income distribution; in the European Union (EU) it is 0.29 while in Spain is 0.33. Poverty and health are inversely correlated. health care expenditure in Spain is 7.5 % of GDP. Life expectancy in U.E. is 75.5 years for men and 81.6 years for women, while in Spain it is 78 and 83.1 respectively. Infant mortality in EU is 4.5/1000, 4.1 ‰ in Spain. Lastly, the number of children per women in EU is 1.47 and in Spain 1.3.

Podemos definir el *Capital Social*, como el conjunto de entidades de una estructura social, que facilitan las acciones de los individuos dentro de ellas. Este capital social es productivo y permite logros no conseguidos en su ausencia, como trust, canales de Información e Instituciones sociales (James Coleman, 1990).

Para Pierre Bourdier (1986), es la suma de Recursos, actuales o virtuales, que incrementan a individuos o grupos, de establecer relaciones institucionales, así como un mutuo reconocimiento. Para Glen Loury (1992) es la relación entre personas que promueven o adquieren destrezas y rasgos valorados en el mercado. para Robert Putman (1993) son características de una organización social que favorecen la eficiencia de una Sociedad, y facilitan la coordinación de acciones, tales como trust, la reciprocidad percibida, la densidad de Asociaciones cívicas, etc.

Las **Condiciones socio-estructurales** de tipo macro, podemos considerar las de tipo Cultural como las Normas y Valores adquiridos mediante la Educación, la Cohesión Social, la competición y Cooperación, el grado de racismo, sexismo, etc. En los Factores Socio-económicos, las Relaciones en la producción, la Escritura laboral, la equidad, los Conflictos y la Pobreza. En el aspecto político los Partidos, leyes y el grado de participación. En el cambio social la transformación de la Sociedad a Urbana, la depresión económica, etc.

**Las relaciones sociales** determinadas por la Estructura Social como el tamaño, la densidad, la homogeneidad, la proximidad, el rechazo. Las características de contactos, reciprocidad, intimidad, complejidad.

**Los mecanismos psico-sociales** de tipo Micro, se consideran el soporte social (instrumentales, financieros y su valoración), la influencia social (como pueden ser hábitos de salud, autocuidados, presión de pares), el compromiso social en la adhesión, refuerzo de roles, cuidados a niños y ancianos. En el contacto personal el íntimo (sexual, de clases). Los bienes materiales disponibles, como casa, trabajo, renta, etc.

**Repercusiones en la salud**, que se pueden valorar por indicadores, porcentaje de fumadores, consumo de alcohol, drogas, dieta, ejercicio. Conducta, adhesión a los tratamientos. En cuanto al patrón psíquico, la autoestima, el grado de bienestar, la depresión, el estrés. En el patrón físico las tasas en cuanto a enfermedades infecciosas HIV más prevalentes en los países en desarrollo, y las crónicas en los países desarrollados, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer, E. respiratorias...

**El modelo ecológico social e intervención** lo podemos considerar en cuanto al nivel *Intrapersonal*: las motivaciones, la oportunidad de construir destrezas, las intervenciones materiales. En el nivel *Interpersonal*, las intervenciones relativas a establecer normas y relaciones sociales. En cuanto al nivel *Organizativo*, las intervenciones en el cuidado de la salud en el lugar de trabajo, y el medio escolar. El nivel *comunitario-ambiental*, las relaciones con la comunidad, los servicios sociales, la intervención en las estructuras comunitarias, en cuanto al medio ambiente, etc. En el nivel *político*, el municipio, autonomía, estado, U.E., las intervenciones de agencias reguladoras, legislación, normativas, directivas, etc.

Hay una asociación dinámica entre el ambiente, el aprendizaje (activo y su fuerza residual) en la evolución de la personalidad, que lleva a unos sentimientos de dominio y de fuerza acumulada en el tiempo.

Se presentan también **una Cadena de Riesgos** que actúan en la infancia, en el niño y adolescente, en el proceso educativo, juventud y adulto.

Los factores de resistencia y vulnerabilidad en cuanto a las respuestas de la personalidad y el soporte social. Se pueden considerar la respuesta psico-biológica al estrés, desde el punto de vista

Neuroendocrino, la autonómica de los sistemas cardiovascular, respiratorio, renal, metabolismo, etc., el sistema inmune, etc. La erradicación de la pobreza absoluta, supone la eliminación de la malnutrición y del analfabetismo, el descenso de la mortalidad infantil y materna y el incremento de la esperanza de vida.

Unos 1.100 millones de personas tienen ingresos inferiores a un dólar diario en el año 2000; se reducirán a 800 millones en el año 2015. En el Extremo Oriente que tenía, en el año 2000, 280 millones de estos pobres, tendrá 80 millones en el año 2015; en África subirá de 315 a 404 millones, en el Sudeste Asiático pasará de 488 a 264 millones, en Latinoamérica de 57 a 47 millones.

Más de 1.200 millones de personas no tienen acceso al agua potable, hay 840 millones de malnutridos, de ellos 200 millones son niños; 880 millones no tienen acceso a niveles básicos de salud; 2.000 millones con anemia por carencia de fe, y otros tantos que carecen de acceso a medicamentos esenciales. La disparidad entre países pobres y ricos es que estos gastan en Educación y Salud 100 veces más. Estos gastan en Salud próximos al 10 % del PIB, comparados con el 4 % de los países pobres.

Las perspectivas del **Desarrollo humano** (PNUD) sintetiza tres aspectos claves: la renta, la educación y la sanidad. **El IDH** en su mínimo es 0 en su máximo es 1, con lo que podemos establecer una jerarquía por países. El índice de pobreza humana **IPH** son datos que recogen la información de distintos indicadores considerados de una forma global, lo que supone un avance claro en la metodología, como inductores en la interpretación de la realidad. La pobreza es un proceso antitético al desarrollo humano.

Un indicador es el Gross National Income/per capita, ajustado por paridad en dólares, calculado anualmente por el banco Mundial por el método Atlas. Se considera países de renta baja 745 dólares, de media baja 746-2.975 y media alta 2.976-9.205 dólares.

*Influye, pues, el ambiente socioeconómico en la Conducta de Salud*, como desarrollo del Capital de Salud, y su traducción en el grado de salud percibida. Se pretende hacer cumplir la Carta de Derechos fundamentales y el Programa de Acción Comunitaria, que se desarrollará hasta el 2008, así como la reducción de desigualdades con la ampliación de la UE, y la libre circulación de personas. Así el Comité Económico y Social de la U.E. analiza los factores básicos en materia de Salud pública.



*El coste sanitario total, el coste público ajustado per cápita, así como el porcentaje de vacunas financiadas por el Estado, informan sobre las inversiones en Salud.*

*El gasto en «salud/PIB» ha subido del 4 % (1960) al 8 % en la UE. Los efectos demográficos del envejecimiento representan una progresión anual del 0,7 al 1,5 %. A medida que aumentan los niveles de renta, aumenta el gasto en salud, motivados por los comportamientos socio-culturales, y la dinámica de la oferta y la demanda con dificultades para los recortes del gasto en muchos estados. El progreso técnico también plantea dificultades en cuanto al gasto. El impacto de la protección social demanda cada vez más garantías socio-sanitarias que ejercen una presión sobre los Sistemas de Salud.*

**Estado actual de la población española:** La población española ha evolucionado en este último cuarto de siglo, somos 42,7 millones, cambiando el signo de población de emigrantes por receptora de ellos. La esperanza de vida al nacer es de 79 años (78 V, 82,8 M). Es fundamentalmente urbana. Comienza a trabajar a los 18,2 años. Trabajan el 67 % V, 42,3 M. En el sector Primario 5,7 %, Industria el 20 %, Construcción 11,3 %, Servicios 63 %. El 81,2 % son asalariados, uno de cada 9 cobran pensión. La RPC es de 22.500 dólares, como nivel adquisitivo próximo al 90 % de la UE. Con vivienda propia (tipo medio entre 65-110 m<sup>2</sup>) el 85 %, de alquiler 9,5 %. Lo que supone un 55 % del salario familiar, en Madrid un 70 %. Uno de cada seis tiene segunda vivienda. Hay 26 millones de vehículos. El gasto medio es de 5.400 € (en alimentación unos 1.215 €, vivienda 645 €, hostelería 600 €, vestidos 670 €, transporte 685 €).

Hace 25 años los estudios superiores era un privilegio, actualmente estudian 1,5 millones de universitarios. Hoy la tercera parte de los padres, con solo estudios primarios, han podido mandar a sus hijos a las 64 universidades. Hay unos 100.000 profesores universitarios y 620.000 profesores de otras enseñanzas. Los graduados en demanda de empleo tardan una media de un año, en la U.E. es de medio.

**Definición de pobreza,** proceso mediante el cual las necesidades humanas básicas (como la adecuada alimentación, la salud física, la autonomía) de los individuos o los grupos no pueden satisfacerse de forma involuntaria y propaganda en el tiempo. Los rasgos básicos de proceso de empobrecimiento es que tienen una

causalidad estructural, permanecen en el tiempo, es un proceso dinámico, y produce insatisfacción de necesidades básicas. La pobreza **absoluta** es carecer de un mínimo para garantizar la supervivencia. La pobreza **relativa** es no tener lo mismo que otros, estando por debajo de la media del país. Se señalan dos tipos de marginados, *los clásicos* y *los nuevos pobres*. Los primeros se alimentan en comedores públicos, viven en chabolas, y de la caridad. *Los nuevos pobres* proceden de clase baja o media-baja y soportan problemas añadidos como la soledad, las drogas y la violencia doméstica.

*La pobreza extrema* sería la de aquellos que no pueden obtener la alimentación necesaria y de menor capacidad para realizar satisfactoriamente tareas en el mercado de trabajo. Están por debajo de la línea **Z** del umbral de la pobreza.

*La pobreza moderada* no puede satisfacer las necesidades que según el nivel del país, se consideran básicas, si en cuanto a la alimentación, y con participación en las actividades productivas. Están por encima de la línea **Z** para no considerarse pobres.

El *Índice de Pobreza* sirve para determinar si la pobreza es moderada o extrema, mediarla en el tiempo, en la clasificación regional, y en la asignación de recursos. Las necesidades insatisfechas respecto a la vivienda insalubre, con hacinamiento (tres personas o más por cuatro), educación deficiente a los niños y adolescentes. Las características de la pobreza extrema son alta tasa de fecundidad y gran número de hijos, bajos salarios o paro prolongado, dificultad para asumir riesgos, dieta pobre e insuficientes condiciones de precaria salud, bajas posibilidades de educación, que condiciona el futuro, desigualdades intrafamiliares.

El índice de pobreza global  $H = q/N$ , en que  $q$  es el número de individuos bajo la brecha de la pobreza, del total  $N$ . El FGT (Foster, Greer, Thorbeck), los que cumplen los axiomas de **Monotonidad** o **gravedad** y **Transferencia** (*subsidios que pasan de unos a otros*).

**Definición de Exclusión social**, es el proceso mediante el cual los individuos o los grupos son excluidos (total o parcial) de una participación en la Sociedad en que viven (Fundación europea, 1995). En el proceso de Exclusión hay que considerar la Dimensión estructural o económica, la Dimensión contextual o Social (falta de integración familiar o social), y la Dimensión subjetiva (ruptura de comunicación). La sociedad considera: los **incluidos** (productivos), los **excluidos** (no productivos).

Puede suponer **privación económica** por ingresos insuficientes, inseguridad en el empleo, desempleo, no acceso a los recursos.

**Privación social**, ruptura de lazos familiares, sociales, comunitarios, marginación, alteración de comportamientos sociales, falta de participación social o política, deterioro de la salud.

**Privación política**, falta de participación en las decisiones, carencia de poder, ausencia de representatividad.

El subdesarrollo significa una mala política económica. No hay crecimiento sin inversión. Hay, pues, que evitar los impactos negativos, que provocan la inestabilidad y las disfunciones como el intervencionismo y la corrupción. El educar bien, incrementa la calidad de vida y detiene el crecimiento demográfico como indica Condorcet.

## MECANISMOS ESTRUCTURALES DE PRODUCCIÓN DE EXCLUSIÓN

La exclusión social se puede considerar como una característica individual, o como un factor social en cuanto a discriminación social en que viven los ciudadanos. La inserción sería una fase de la integración social.

Se consideran: la persistencia en el desempleo de larga duración, las consecuencias en el mercado laboral, el deterioro de las estructuras familiares, la fragmentación social, la evolución del sistema de valores, la evolución de los fenómenos migratorios, etc.

### Grupos de riesgo

1. Personas con discapacidad física o psíquica y familias de estos enfermos. 2. Personas «sin techo». 3. Los parados o desempleados de larga duración. 4. La tercera edad, los que viven solos. 5. Los inmigrantes. 6. Los «sin papeles».

### Relaciones entre pobreza y salud

La pobreza conduce a mala salud, por necesidades básicas insatisfechas y por menos recursos para la atención.

La mala salud origina pobreza, por la pérdida de ingresos y baja productividad laboral, por las necesidades requeridas para la

atención de los enfermos, porque frecuentemente conlleva deficiencias educacionales con el consiguiente peor empleo en el futuro, y por el deterioro general causado por el empobrecimiento.

Mueren cada año 14,6 millones de personas por enfermedades infecciosas, que en un 70 % de los casos pueden ser prevenibles por vacunaciones, dicha mortalidad afecta casi en mayoría a los países de renta baja, o media. Los tres pobres de cada cuatro personas son los más afectados.

## Estrategias

Para reducir o eliminar la exclusión social hay que incrementar la participación social, la integración laboral, el empobrecimiento, la autoestima y la realización personal.

«Al lado de ingentes bienes divisibles como indica Galbraith, los indivisibles como justicia, cultura, orden público, se desmoronan».

Hay, pues, que *Garantizar a toda la población los Servicios de salud esenciales*:

1. Agua y saneamiento esencial.
2. Alimentación y mejor distribución de los productos agrícolas.
3. Control de las enfermedades endémicas.
4. Unmunizaciones.
5. Educación para la salud.
6. Servicio materno-infantiles.
7. Medicamentos esenciales.
8. Servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

En cuanto a la inmunización la OMS aplicó en 1974 los PAI (Programas Ampliados de Inmunización), que en 1988 consiguió una cobertura del 80 %, baja en 1999 al 74 %. todavía 1 de cada 4 personas no recibe a nivel mundial, las 6 vacunas básicas.

Los *puntos clave en pro del desarrollo saludable* son, según G. H. Brundtland, los indicadores de salud para medir los progresos efectuados.

Una buena salud alivia la pobreza. El reducir la carga de enfermedades infecciosas es un objetivo asequible (TRO, DOTS, vacunaciones LIEI-lucha integrada contra las enfermedades de la infancia), prioridad para vencer la carga de las E. infecciosas.

## Pobreza y exclusión social en la U.E.

En el Consejo europeo de Laeken (12, 2001), se aprobaron 18 indicadores (10 primarios, 8 secundarios), en 4 dimensiones: la Inclusión Social, la pobreza financiera, la salud, la educación. Los indicadores monetarios se calculan sobre los datos del panel comunitario de hogares (PCM), y de la Encuesta de Fuerzas de Trabajo (EFT). En Europa hay unos 165 millones de personas que viven por debajo del dintel de la pobreza, con menos de 4,4 <sup>€</sup> diarios. El 15 % de los europeos están expuestos a la pobreza (2000), varía desde el 9 % en Suecia, al 21 % en Grecia y Portugal.

El *umbral del riesgo* de pobreza lo fija cada país en el 60 % de la renta mediana, equivalente en relación con su prosperidad. Así Portugal la sitúa en el 61 % de la media comunitaria, Luxemburgo en el 173 % de dicho umbral. La diferencia entre la renta mediana equivalente y el umbral del 60 %, considerando que el porcentaje sobre el umbral era del 22 % en la UE. Es decir, la mitad de los individuos expuestos al riesgo de pobreza tenían una renta media equivalente al 78 % del umbral de riesgo. La mayor diferencia estaba en Grecia, Italia y España, la menor en Luxemburgo y Finlandia.

El 9 % de la población de la UE está en riesgo persistente de pobreza, varía desde el 5 % en Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, al 14 % en Portugal.

En España, personas por debajo del umbral de pobreza de todas las edades era del 13,4 % (5.242.604 de un total de 42 millones), en cuanto a las personas mayores el 21 % (1.246.732 de un total de 7 millones). En los mayores que viven solos, los de mayor pobreza en Andalucía. La mayor pobreza también en la mujer, sobre todo en Andalucía, Canarias, Extremadura, Murcia. La pobreza en España: personas que viven por debajo del 50 % de la renta disponible neta (Rdn); extrema 6,2 %, grave 14,2 %, moderada 42 % en 2,2 millones de hogares. Los ingresos disponibles en cuanto a la *precariedad social* (35-50 %) son de 215 a 280 € para una persona, y de 525 a 740 para las familias de 4 personas al mes.

La *pobreza relativa* (25-30 %) de 140 a 215 € para una persona al mes y de 380 a 525 las de cuatro miembros. La *pobreza grave* (15-25 %) entre 85 a 140 € para una persona/mes, y 230-380 las de cuatro miembros. La *pobreza extrema* (< 15 %) con < 85 € y < 230 € los de uno o cuatro miembros al mes.

**Las familias monoparentales** se han incrementado de un 25 % en 1980 a un 40 % en la siguiente década, y cuando el cabeza de familia es la mujer, se habla de *monomarentales*, estas familias representan aproximadamente el 10 % de los hogares con hijos menores de 18 años. Están constituidas por madres separadas en un 52,1 %, viudas 26,6 %, madres solteras 21,3 %. Tienen estudios primarios el 58 %, secundarios el 37,6 % y universitarios el 8,2 %. El índice de autonomía es < 60 %, lo que indica que un 40 % viven con la ayuda de familiares. El 25 % trabaja por horas sin contrato con ingresos irregulares. Si el índice de pobreza es del 14,4 % en España, según la Encuesta de Presupuestos familiares (EPF), para estas familias *monomarentales* es del 33,6 %, es decir, una de cada tres de estas madres es pobre. Las madres universitarias no suelen padecer tantos agobios para acceder a un empleo. Además hay que indicar que las exparejas en un 60 % no pagan la pensión convenida.

Otro dato importante que les afecta es el poco tiempo que disponen para sí estas madres, lo que incide en consecuencias sobre su salud mental (ansiedad, depresiones, alteraciones del sueño, labilidad emocional, etc.), por lo que a la pobreza endémica de recursos económicos, se añade la falta de tiempo y sus consecuencias.

Los estudios realizados en Andalucía, que comprende el 25 % de los pobres con menos del 50 % de la renta mínima, unos 2 millones, un 60 % ha sufrido malos tratos por su familia, un 58,6 % abandono de sus padres, el consumo de drogas es del 77 % en esta población. Otro dato preocupante es la edad media de la población sin recursos inferior a 30 años. La población pobre sólo trabaja el 38,3 % del total. Analfabetos son el 9 %, sólo saben leer y escribir el 18 %. Uno de cada cinco niños en edad escolar no ha completado ningún ciclo educativo.

## **Indicadores socio-económicos en España**

La población es de 42,7 millones, > 18 años 35 millones. El PIB por habitante es de 22.500 \$. El gasto social es del 50 % (2004). Ocupados 18,2 millones, parados 1,7 millones, tasa de paro 11 % de la población activa. Paro registrado PA 11 % (7.6 V - 16,2 M), afiliados a la SS., cerca de 17 millones.

La población activa que trabaja en el año 2004 en el sector primario es del 5,7 % (29 %, 1970). En el sector secundario 20 %, en el terciario 74,3 %.

en la construcción 11,3 % (en el año 1970, 24 y 8 %, respectivamente), en el sector terciario el 63 % (año 1970 el 37 %). Es pues una economía post-industrial.

## **Cambios socio-culturales**

Se están experimentando notables cambios culturales en nuestra sociedad. Los espacios sociales y económicos se globalizan, los espacios psicológicos y políticos se atomizan, frente a los efectos de la lejanía de lo global como contrapunto hay una identificación del hombre con el lugar. Así, pues, la dialéctica de lo global y de lo local, que se ha denominado globalización. La aldea global a países por la crisis económica a adaptarse nuevas tecnologías donde se prescinde y ahorran mano de obra, por otro lado hay una «jungla normativa», con la consiguiente fractura nacional, que requiere una armonía para no perderse en vericuetos difíciles de comprender, y que necesitan de una cohesión territorial. En un mundo abierto, el Estado de bienestar atrae a nuevas gentes que requieren un proceso de integración, respetando la diversidad, con espacios necesarios y amplios de acogida solidaria.

La turbulencia de este cambio cultural lo podríamos enmarcar en un cambio personal y social. La injusticia social hunde sus raíces en un problema personal y en unas estructuras sociales, es decir, en el desarrollo personal de los individuos y grupos de comunicación que plasman sus identidades. Estos cambios los podemos considerar, como insiste Julio L. Martínez, en cuanto: a) la secularización cada vez más evidente de nuestro entorno, b) al pluralismo cultural que requiere un respeto a la diversidad; c) el empirismo que lleva el acelerado proceso tecnológico, que se manifiesta en esa «fiebre tecnológica», acuñado en Davos, y podríamos añadir, nos fiamos a veces más de la técnica que del humanismo incluso en la praxis médica; d) del narcisismo hedonista que enmarca el individualismo; e) con ideas de libertad o de cierto liberalismo.

Se pueden estimar estas características en que se ven afectados los sujetos:

1) *El sujeto se desenvuelve entre las fuerzas uniformadoras y disgregadoras*, lo que se ha denominado «Mc world vs. Jihad», es decir, entre el sujeto considerado como consumidor de ese comercio globalizante y lo tribal o local. La sociedad pierde valores para vivir

o superarse por el reclamo del consumo materialista. Un mecanismo compensatorio es la exaltación de lo local o de lo étnico, en una especie de retribalización.

2) *El sujeto se ve simplificado por el «pensamiento único».* Se busca la utilidad de las cosas, la preocupación del para que sirve, lo que puede dar lugar a lo que denominó P. Velardier como «el reino del nihilismo», incluso matando el «deseo de desear».

3) *El sujeto se encuentra perdido y busca compulsivamente su identidad,* pero no se cultivan «identidades de proyecto», sino más bien se está a la defensiva a en espacios de resistencia ante la avalancha que le sobrepasa.

4) *El sujeto troquelado por la cultura de «virtualidad real».* Es decir, un bombardeo de imágenes configuran sus ideas, sus modas, sus valores, su comportamiento, su conducta.

5) *Estamos en una «Sociedad en red»,* en que interactuamos como si fuéramos autoprogramados, con notables brechas en cuanto a las desigualdades sociales y a los procesos de exclusión.

6) *El sujeto está bombardeado por un exceso de información* que no puede discutir o elaborar. esto le lleva a anesthesiarse ante la injusticia o lo intolerable, produciendo una insensibilidad, lo que Buckner denomina «banalizar el espanto».

7) *El sujeto con ética impulsada por imágenes, como fogonazos que destellan,* se mueve en una moralidad de sentimientos, con normas interiorizadas que plasman o construyen su moralidad.

**El reparto de rentas** es más equitativo en unos países que en otros, si se compara el 20 % de los que tienen las rentas más altas con el 20 % de los que las tienen más bajas, en el año 2000 era de 4,6. Es decir, los ricos tenían aproximadamente cinco veces más que los pobres de media. Si no hubiera transferencias sociales el índice de pobreza en la UE que es de un 15 % sería de un 40 %.

*El índice de Gini* permite conocer la distribución de la renta, mide la desigualdad a lo largo de la distribución de ingreso o de consumo. Si hubiese una igualdad perfecta en la distribución el coeficiente sería 0, si hubiera la máxima desigualdad sería 1. El coeficiente calculado en la UE es de 0,29m que varían entre 0,23 en Dinamarca, 0,33 en España, 0,36 en Portugal. Este indicador en Uruguay es 0,423, Ecuador 0,437, Bolivia 0,447, Perú 0,462, Venezuela 0,495, Brasil 0,567.



El estado de bienestar (W) depende de la Renta (R), del Tamaño de la familia (T), y de la elasticidad según esté 0, no ajusta, 1 si lo está. La fórmula es  $W = R/T^E$ . el índice de Robin Hood (RH) se interpreta como la proporción de agregados de Renta que se redistribuyen desde los ricos a los pobres en orden a obtener una cierta igualdad. Un incremento de un 1 % en el índice de RH incrementando la desigualdad conlleva un incremento en las tasas de Mortalidad de 21,7 por 100.000. Este índice asociado a la Salud percibida (excelente, muy buena, buena, regular, mala), con correlación negativa  $r = -0,66$ .

Los países que han conseguido ajustar y no tener déficit en los presupuestos son Dinamarca, Suecia, España. El PIB por habitante ha subido 3 veces en el R.U., 4 USA y Bélgica, 5 España, 10 Japón.

### **Paro de larga duración (PLD)**

La proporción de parados es de > 12 meses en la población activa en la UE es del 3 %. Esta tasa va desde el 1 % en Austria, Dinamarca, Países Bajos, Luxemburgo, al 6 % en Italia. El de muy larga duración > 2 años en la UE es del 2 %. La proporción de parados PLD/sobre el total de parados es del 40 % (20 % en Dinamarca, 60 % en Italia).

### **Nivel de cualificación**

El 20 % de los jóvenes abandonan los estudios con bajo nivel de cualificación. El 20 % no tenían más que un nivel primario o primer ciclo de la enseñanza secundaria (ESO), con valores entre el 10 % en Austria y 45 % en Portugal.

El incremento del nivel de estudios es casi dos veces superior en la generación de 25 a 34 años sobre la generación de más edad (55 a 64 años).

En España la Tasa de Desempleo entre los trabajadores con experiencia pero sin estudios (año 2000) era del 18,7 %, para los universitarios 5,9, es decir, una diferencia de 13 puntos. En el año 1977 esta diferencia era de 4,3. Por tanto hay menos desempleo en los de mejor formación.

## Salud

La Esperanza de Vida en la UE con una población de 379 millones es de 78 años, 75,5 V, 81,6 M. En España 79 (78 V y 82,8 M), 76 en Irlanda, 80 en Italia y Suecia). La Mortalidad Infantil es de 4,5 ‰ en la UE, en España es de 4,1, en Suecia de 2,8 niños de bajo peso al nacer por 1.000 nacidos en la UE 5, en España 4,9, R.U. y Francia, EE.UU. 7.

Camas de hospitales públicos por 1.000 habitantes en España 5, Francia 9,2, R.U. 6,3, EE.UU. 5,3. Duración de la hospitalización en España 9 días, Francia 12,3, R.U. 14,5, Ee.UU. 9,1.

Los hijos por mujer en la UE es de 1,47 por debajo de la sustitución de la pareja, en España es de 1,3, por lo que la UE necesita del fenómeno inmigratorio.

El gasto *per capita* del Sistema sanitario es de 955 €, siendo el 7,5 % del PIB (en Francia 8,9, R.U. 6,1, EE.UU. 12,7). Los médicos suponen el 4,35 por mil habitantes.

Así pues, hay una correlación entre Salud y Pobreza que hay que superar por que afecta a la dignidad del hombre, a la perspectiva universal de los derechos humanos incluso en el *Ius gentium*, y a la dimensión ética como normativa de las nuevas estructuras socio-económicas. La Declaración de los Derechos humanos en su 55 aniversario, no son creación del Estado, emanan de la misma naturaleza humana, fundados en un orden moral objetivo, discernido por la razón. El humanizar la globalización, como el futuro es obra de todos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, R. *et al.*: «Mortality effects of community socioeconomic status». *Epidemiology* (1997) 8: 42-7.
- BANCO MUNDIAL (2001): «Informe sobre el desarrollo mundial 2001-2001. Lucha contra la pobreza».
- «La voz de los pobres ¿hay alguien que nos escuche?»
- BERKMAN, Lisa F., KAWACHI, I.: *Social Epidemiology*, Oxford Un. Press, 2000, N. York.
- BUNIVIC, Mayra (1997): «Women in poverty, a new global underclass», *Foreign Policy*, vol. 0, 108: 38-53.
- CANTÓ, O., DEL RÍO, C. y GRADÍN, C. (Universidad de Vigo): «La situación de los estudios sobre desigualdad y pobreza en España», *Cuadernos de Gobierno y Administración*, n.º 2, especial monográfico «Pobreza y desigualdad

- en España: Enfoques, fuentes y acción pública», BAGAZA, I., RAMOS, J. A. y TAMAYO, M. (coordinadores). Primer semestre de 2000, pp. 13-94.
- CÁRITAS (2001): «La exclusión social, nuevo rostro de la pobreza», n.º 3, 2001 (suplemento de la revista *Cáritas*, n.º 415).
- CÁRITAS Y FUNDACIÓN FOESSA (1998): «Las condiciones de vida de la población en España. Informe general», Madrid.
- (1999): «Las condiciones de vida de los hogares pobres encabezados por una mujer. Pobreza y género», Madrid.
- CASTRO, M. J. y FACAL, T. (1996): «La pobreza y la protección social» en ALEMÁN, C. y Garcés, J. (1996): *Administración social. Servicios sociales de bienestar social*, Madrid, Siglo XXI: 543.560.
- CHOSSUDOVSKY, M. (1977): *The globalisation of poverty. Impacts of IMF and World Bank reforms*, Penang. TWN.
- DAG HAMMARSKJÖLD FOUNDATION (1975): *El otro desarrollo. Aproximaciones y estrategias*, Uppsala, Sweden.
- DANZINGER, S. J., GOTTSCHALK, P. (1995): *America Unequal*, Russell Sage Foundation-Harvard University Press, capítulo 2.
- DUNCAN, G. J.: «Income dynamics and health 1996». *Int Health Servis* 26: 419-44.
- ENGELS, F.: «The condition of working class in England 1848». *Stanford Un Press* 1958.
- FISHER, M. (1992): «The development and history of the poverty thresholds», *Social Security Bulletin*, 55, 4: 3-14.
- FRANCE, A. y WILES, P. (1997): «Dangerous futures. Social exclusion and youth work in late modernity», *Social policy and administration*, vol. 31, 5: 59-78.
- FUNDACIÓN «LA CAIXA» (2000): *Anuario social de España*, Madrid.
- GOTTSCHALK and SMEEDING, T. (1998): «Empirical Evidence on Income Inequality in Industrialized Countries», *LIS Working Paper*, n.º 154.
- HAVEMAN, R. y BERSHADKER, A. (1988): «Self-reliance and poverty», *Public Policy Brief*, 46.
- INE (1996): *Desigualdad y pobreza en España*, Madrid.
- (2003): *Encuesta de población activa. Tablas anuales año 2002*.
- (2003): *Tablas de mortalidad de la población española 1994-95. Resultados por Comunidades Autónomas*.
- MARTÍNEZ ROMÁN, A. (1999): «Privación de opciones, riesgo de exclusión social y políticas», *Congreso Análisis de 10 años de desarrollo humano*, Bilbao.
- MATEO, M. A. (1997): «Pobreza, causas globales, efectos locales», en TORTOSA, J. M. (1997): *De lo global a lo local. Relaciones y procesos*, Alicante: ECU: 69-90.
- MAX-NEEF, M. (1986): «Human-scale economics, the callenges ahead», en EKINS, P. (1986): *The linving economy. A new economic in the making*, London: Routledge: 44-46.
- MORO, J. (1999): *La Mundialización de la pobreza*, Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- ORNATI, O. (1966): *Poverty. Amid affluence*, New York. The Twentieth Century Fund.
- PENA, J. B. (1977): «Problemas de la medición del Bienestar y Conceptos Afines (Una Aplicación al Caso Español)», Madrid, INE.

- PLAN NACIONAL DE SALUD. Inclusión Social, 30 mayo 2001, documento publicado en <http://www.discapnet.es>.
- PNUD (1998): *Informe sobre desarrollo humano*, México: FCE.
- (2001): *Informe sobre el desarrollo humano*, 2001.
- ROOM, G. Editor (1995): *Beyond the threshold, the measurement and analysis of social exclusion*, Bristol: The policy press.
- SACHS, W. (1992): «Poor not different» en EKINS, P. y MAX-NEFF, M. (1992): *Real-life economics*, London: Routledge: 161-165.
- SOCWATCH (1999): «Las dimensiones de la pobreza», documento publicado en <http://www.socwatch.org.uy/1999/esp/index.html> (Control ciudadano para erradicar la pobreza y lograr la equidad del género).
- STREENTEN, P. (1994): «Human development-Means and ends», *American Economic Review*, LXXXIV, 2: 238-243.
- (1998): «Beyond the six veils, conceptualizing and measuring poverty», *Journal of International Affairs*, 52, n.º 1.
- SCHWARTZ, S. et al (1994): «The fallacy of ecological fallacy: the potential misuse of a concept and its consequences», *Am J. public Health* 84:819-24.
- TEZANOS, J. F. (1999): *Tendencias de exclusión social en las sociedades tecnológicas. El caso español*, Madrid: Sistema.
- TORTOSA, J. M. (1993): *La pobreza capitalista*, Madrid, Tecnos.
- (1997a): «para seguir leyendo a Wallerstein» en WALLERSTEIN, I. (1997): *El futuro de la civilización capitalista*, Barcelona: Icaria: 103-131.
- (1997b): *De lo global a lo local. Relaciones y procesos*, Alicante: ECUUNDP (2001, PNUD): «Choices for de Poor. Lessons from national strategies».
- VV.AA. (1995): «Measuring and evaluating development», *International Social Science Journal*, 143, monográfico: 1-126.
- (1998): «Globalización y diferencias culturales», en AA.VV. (1998): *Globalización, mito y realidad*, Quinto: Tramasocial: 69.
- WALLERSTEIN, I. (1997): *El futuro de la civilización capitalista*, Barcelona: Icaria.
- WORLD BANK (1999): *Consultation with the poor process guide for the 20 country study for the world development report 2000/01*, Washington: WB.
- YEN, Else; MILLER, S. M.; and ABDUS SAMAD, Syed (ed. 1996): *Poverty: A Global Review*. Handbook on International poverty Research, Paris, UNESCO.
- ZARZOSA, F. y ZARZOSA, P. (1994): «Programa de cálculo del “Indicador Sintético de Distancia DP2” para medir el bienestar social». Número de Registro 655. Registro Provincial de la propiedad intelectual de Valladolid.
- ZARZOSA, P. (1996): *Aproximación a la medición del bienestar social*, Valladolid, Universidad de Valladolid.

## INTERVENCIONES

### Prof. Moya Pueyo

Quiero expresar mi felicitación al Profesor del Rey calero por la oportunidad de traer ahora, aquí, el tema y por la claridad al abordarlo en conjunto y en cada uno de sus componentes.

Aunque la lista más usual que manejan los autores de la Patología relacionados con la pobreza es bastante extensa, muchos la circunscriben, por su extensión actual y porque van en aumento en el continente africano y en Asia, a tres enfermedades: VIH/Sida, Malaria y Tuberculosis, que con menor incidencia o en claro retroceso se daban también en Europa y América del Norte.

Ante la situación actual el Parlamento Europeo, a propuesta de la diputada Ulla Jandbaek ha propuesto una serie de medidas a adoptar, en Europa, con la finalidad de que lleguen a los países no desarrollados los medicamentos necesarios.

A estos efectos propone se establezcan incentivos para la industria farmacéutica, se aprueben exenciones fiscales y se establezcan ayudas directas e indirectas a los laboratorios y se inicien las ayudas tecnológicas a los citados países e incluso se introduzcan con precios diferenciados, aprobados por la Organización Mundial del Comercio (O.M.C.) y que en determinados casos se done la medicación, cuestiones éstas improbables en principio.

Ahora bien, cuando se adoptan estas decisiones enseguida aparecen abusos, que se traducen en el retorno de los medicamentos a Europa y Norteamérica para revenderlos, lo que retrae a la industria farmacéutica para proseguir con su línea de acción; ante eso pregunto al Profesor del Rey.

¿Cuál puede ser el conjunto de medidas a aplicar a fin de alcanzar en breve período de tiempo que los tres grupos de enfermedades señaladas, sean tratadas correctamente en África y Asia?

### **Prof. Lucas Tomás**

Es muy de agradecer la información que periódicamente nos trae el profesor del Rey Calero en sus conferencias a esta Real Academia. Siempre aporta una enorme cantidad de cifras y datos que demuestra la actualización permanente de conocimiento y el prolijo trabajo que hace sobre los temas que nos trae a colación.

Naturalmente lo importante no son las cifras y datos sino la adecuación al trabajo que nos presenta y que nos sirve, para poder tener de forma actualizada y rigurosa la situación epidemiológica de tantos temas como nos ha traído desde hace años a esta Academia.

Gracias profesor del Rey Calero por esta conferencia y por las

anteriores de las que yo he de reconocer públicamente, me aprovecho para poder disponer de las últimas estadísticas y los últimos datos que usted nos trae. No creo que esto sea peyorativo y si es así le pido perdón públicamente por aprovecharse de su riguroso trabajo.

Estamos oyendo hablar en los últimos meses de forma insistente sobre la bondad de lo que se ha venido en llamar globalización socio-política. No hay duda de que esta globalización influye de forma sistemática en el desarrollo unitario, político, industrial, etc., y no hacer caso de ella significaría desconocer la realidad del momento e ignorar las tendencias hacia las que corre de forma inevitable la sociedad mundial hacia el nuevo siglo que acabamos de estrenar.

Me gustaría hacerle solamente una pregunta acerca de la importancia que la globalización está teniendo o va a tener con la mejora de la salud de la población mundial. Realmente ¿puede ser en este momento cuantificable la mejora que ha sufrido la salud en el último siglo y a su vez si también es cuantificable en cuanto a lo predecible de la salud para el próximo siglo?

Si es posible predecir esta cuantificación me gustaría también preguntarle en qué aspectos concretos se va a notar más su efecto en las diferentes áreas socio-económicas del mundo. Concretamente me interesa, por tener familia en el área africana, si realmente se prevé que éstos beneficios van a llegar de una vez por todas al tan mal tratado continente africano. Dentro de este aspecto más concreto cual será el campo que más se va a mejorar en todos los continentes y concretamente en África si las epidemias de SIDA, Ébola, diferentes fiebres como la amarilla, etc., pueden considerarse ya en vías de control y más deseable si pudiera ser la erradicación.

Con los indicadores o índices que usted nos ha mostrado posiblemente pueda concretarnos algunas de estas mejoras específicas que tanto esperamos en el tercer mundo, no solamente en África.

Muchas gracias profesor Calero por su excelente y documentada conferencia.

## CONTESTACIÓN DEL PROF. REY CALERO

Muchas gracias por la amabilidad de su atención, en este tema que hemos ido desgranando sobre la Exclusión social, reiterado en las Reuniones de Monterrey, en el reciente Foro Económico de Davos, donde el Secretario de las Naciones Unidas clamaba que lo mismo que había una lucha global contra el Terrorismo, se necesitaba también una lucha general contra el Hambre, o la próxima reunión del Foro Social, y hemos recapitulado sobre las repercusiones en la Salud. Es, por tanto, un tema de *tantas preguntas sin respuesta*, y de *tantas respuestas sin voz*; por ello es importante clamar, con nuestras posibilidades, la resonancia de *la voz de los sin voz*.

Quiero agradecer a los que han intervenido, como el Prof. Moya, con sus referencias al Parlamento Europeo y a la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y Malaria. Decía muy certeramente la importancia que tiene el establecer tratamientos con medicamentos a precios reducidos y el problema de la corrupción. Es cierto, por ejemplo, en África, un tratamiento con estos antirretrovirales, que se pidió fuesen rebajados los precios en Doha, Qatar, en la Reunión OMC, en lo que ha insistido recientemente el Vaticano. El 2005 se podrán beneficiar 3 M, cuando hay allí casi 35 M de infectados y 11 M de huérfanos.

El problema de la corrupción es evidente. Se estima que estos negocios fraudulentos representan el 7 % de la economía mundial. No hay duda que hay que controlar las ayudas a los países a través de ONG y organizaciones fiables, para que lleguen a los verdaderamente necesitados y se eviten esos medicamentos de «ida y vuelta».

El Profesor D. Pedro Sánchez, siempre con su cordial afecto, al que correspondo vivamente. Su pregunta: ¿por qué no se solucionan? Quizá ante estas «situaciones límite», con tantos factores de desestabilización, habría que recordar a Ortega cuando decía se debía «*No a la falta de medios, sino a la mezquindad de la voluntad*». Tenemos, pues, que concienciarnos en dos aspectos fundamentales. En cuanto a la **Sociedad**, para formar estructuras más justas y solidarias, frente a esos gigantes generadores de intereses tantas veces al margen de la dignidad humana. El otro aspecto a considerar es el **individual**, como partícipes de la alegría de compartir. Al fin y al cabo, según Paul Caudel, «*la alegría*

*es la primera y la última palabra del Evangelio»,* de la buena nueva, siempre motivo de esperanza.

El Prof. Lucas Tomás plantea atinadamente sus comentarios sobre la globalización socio-política con respecto a la solidaridad, y la especial referencia a África. es sumamente importante su comentario. En el sentido político de los que llegan al poder prometiendo motivación social que tantas veces olvidan, o peor queriendo o reivindicar aspectos económicos en sus parcelas, olvidando que son los individuos los agentes económicos operativos y no esas estructuras económicas administrativas, agigantadas a veces, para propias compacencias, olvidándose de la cohesión nacional que la propia Constitución invoca en su artículo 2, como factor de integración, con esa mezquindad que aludía Ortega.

Respecto al SIDA en África, ya dimos cifras tremendamente impactantes. Pero siempre se puede hacer algo más. Recuerdo como recientemente un MIR me comentaba que había estado con otros compañeros suyos en Malawi, ejerciendo funciones de médicos en un país de tantas deficiencias sanitarias, y me indicaba que casi el 50 % de la población en el distrito que ejercían estaban infectados y el gran número de huérfanos por la enfermedad. Es importante esta labor de una juventud generosa que de un modo altruista y de un modo individual intentan ayudar, pagándose el viaje, comparten con los demás su tiempo de vacaciones y a veces su salud, pues están expuestos a las infecciones endémicas.



**Presentación del libro:**  
**HISTORIA DE LA HIGIENE BUCO-DENTARIA**

Por el Excmo. Sr. D. MIGUEL LUCAS TOMÁS

Académico de Número

y Dr. D. JULIO GONZÁLEZ IGLESIAS

**Intervención del Prof. Lucas Tomás**

Excelentísimo Sr. Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, Excelentísimos e Ilustrísimos Señores Académicos, Señoras y Señores:

Me es particularmente grato estar hoy ante ustedes para hacer la presentación de un nuevo libro de especial interés para mi especialidad médica así como para la historia general de la Medicina.

El valor de este libro justifica su presentación en esta docta casa para que se pueda discutir sobre él, servir de apoyo para investigaciones futuras y para estar con toda dignidad en nuestra biblioteca acompañando a otros importantes trabajos bibliográficos que en ella existen.

Aparte de la importante aportación iconográfica, existe un contenido muy sólido fundado en los estudios y evolución de la higiene buco-dentaria en diferentes áreas topográficas del mundo, así como diferentes épocas y culturas desde que comienza a tenerse noticia de este tipo de acciones de higiene a través de restos de muy diversa naturaleza están recogidos en este trabajo.

Además de la disposición gráfica que facilita enormemente la lectura del libro, éste está escrito de una manera ágil que permite todavía más detener la atención en detalles que, por otra parte,

podrían ser friós y arduos si se ciñeran exclusivamente a ser expuestos de forma escueta con una enumeración rígida de datos y de los hechos que se cuentan en cada época histórica. He de decir, por tanto, que es un libro que se lee con mucha facilidad y que aporta ejemplos interesantes, por no decir curiosos, que incluso los que pertenecemos a este área de conocimiento nos ha sorprendido encontrar.

Por último, el libro está dividido en varios capítulos para concretar en épocas hechos concretos. Sigue esta estructuración una forma racional y científica para desarrollarlo a lo largo del tiempo y a lo largo del espacio haciendo que la progresión de las técnicas sanitarias puedan ir derivando unas en otras y se pueda hacer un estudio comparado de estas técnicas, hábitos, costumbres que están a lo largo del libro en cuetión.

El desarrollo por temas y capítulos no lo voy a hacer en este momento, sino que se va a encargar el autor del libro, que es el Dr. González Iglesias, Médico estomatólogo, clínico y experto en historia de la Medicina y especialmente en ciencias relacionadas con la higiene en todos sus aspectos.

Pero antes de concederle la palabra, quisiera hacer unos comentarios acerca del autor, con el fin de que puedan sus señorías valorar adecuadamente lo que él nos va a comentar acerca del contenido de su magnífico libro.

Voy a hacer un brevísimo apunte sobre el Dr. Julio González Iglesias, ciñéndome a cuatro apartados específicos para no robarle a él tiempo para su más amplia exposición.

Como persona, el Dr. González Iglesias es serio y riguroso, queriendo con ello decir que cuando todo lo que publica está guiado por una elección de temas siempre importantes, en algunas ocasiones trascendentes y siempre lejos de la liviandad de algunas publicaciones sobre temas de sanidad.

Como consecuencia de haber nacido en la zona castellano-leonesa, concretamente en Salamanca, se manifiesta como una persona formal que no resulta ser veleidoso y siempre toca los temas de los que habla o estudia con un rigor que le hace ser atentamente leído por aquellos que seguimos su trabajo de publicación. Junto con todo ello hay que destacar, su característica de trabajador infatigable así como de observador sensible y atento a todo lo que concierne a su especialidad y al entorno médico. El siempre aporta datos de hechos actuales o de tiempos pasados.

Una de las características más destacable de su persona es ser un universitario a la antigua usanza, es decir, una persona que recuerda los nombres de los profesores que tuvo en su carrera de licenciatura y rememora con respeto y entusiasmo los nombres de quienes considera sus maestros, hecho que, como todos sabemos, no es moneda frecuente en los tiempos en los que nos hallamos. Además, en este aspecto, el Dr. González Iglesias se honra en decir que sus conocimientos, por los que él puede seguir trabajando en el campo de la historia médica, se deben a lo recibido durante su formación universitaria.

El Dr. González Iglesias como universitario. Trabajó en los años 1971-1974 en la Cátedra de Historia de la Medicina que regía en esos tiempos el Profesor D. Luis Sánchez Granjel en Salamanca. Allí fue donde se inició en las técnicas y en las habilidades para manejar los libros antiguos y los libros modernos, pasando posteriormente a Trabajar en la Cátedra del Profesor D. Pedro Laín Entralgo, en la que obtuvo, en los años 1974-1976, beca de personal investigador avanzado, cuyo trabajo desarrolló íntegramente en esta cátedra.

Fruto de todo ello fue la tesis doctoral de Historia de la medicina, realizada en el año 1976 bajo la dirección del Profesor Laín. Desde entonces ha trabajado en la Escuela de Estomatología Complutense,<sup>d</sup> desempeñando diferentes puestos de Profesor Adjunto interino, así como de Profesor asociado, siempre en relación con el área de Historia de la Especialidad. En el momento actual imparte docencia en la Universidad «Alfonso X el Sabio», trabajando exclusivamente en el área de Historia de la Odontología Conservadora.

Como clínico, tenemos que decir que, terminada la Licenciatura de Medicina en la Universidad de Salamanca, hizo un año de asistencia pública domiciliaria en un pequeño pueblo de Cáceres llamado Herguijuela entre los años 1971-1972, para ejercer definitivamente como médico estomatólogo en Madrid desde 1975 a la actualidad. Es, por tanto, una persona fundamentalmente clínica que, además, ha tenido la oportunidad de poder desarrollar la actividad como médico generalista en el área rural, hecho que le honra y que le da un soporte que muchos de nosotros no hemos tenido la oportunidad de realizar. Dentro del área de la Especialidad de Estomatología ha sido homologado en el año 1998 por la European Jury for Implantology and Oral Rehabilitation.

Como investigador dirige la mayoría de sus publicaciones hacia el área de humanidades, tocando los temas de interés de la política universitaria, de la historia específica de las diferentes ramas del saber, tanto de la Estomatología como de la Medicina. Edita trabajos de interés para la prensa oficial médica como para la prensa general en publicaciones escritas o emisoras de radio siempre que se trate de trabajos relacionados con la salud. Como ejemplo de su buen hacer en este aspecto humanístico cabe citar el premio que en el año 1981 recibió de la Sociedad Española de Médicos, Escritores y Artistas.

Por último, un comentario sobre los libros publicados. El primero de ellos es acerca de la enfermedad de San Juan de Ávila, publicado en Salamanca en el año 1974 y realizado dentro del Seminario de Historia de la Medicina. El segundo libro, publicado en 1981, viene a llamarse *Historia de la higiene buco-dentaria*, y está publicado en Madrid, con lo cual vemos que es posiblemente el germen del volumen que tenemos hoy ante nosotros. Así publica varios libros de los que no habré de hablar salvo el número veinte que es éste que se llama *Historia General de la higiene buco-dentaria*, publicado en Madrid este año y que viene a ser el cierre de lo publicado en 1981. Con ello vemos que la trayectoria se mantiene dentro de una línea lógica y razonable-

Con esto termino de hacer una breve semblanza de la persona, autor del libro que hoy nos compete en esta Real Academia. Me gustaría darle, en nombre de la misma, las gracias por haber permitido que se presente el libro en esta casa, y con la esperanza de que cualquier tratado posterior relacionado con la higiene y la sanidad sea también presentado entre nosotros para satisfacción de todos a los que nos gusta el tema de la sanidad tanto en los aspectos generales como los aspectos específicos de mi especialidad.

### **Dr. D. Julio González Iglesias**

Excelentísimo Sr. Presidente, Excelentísimos Señores Académicos, compañeros y amigos.

En primer lugar, deseo manifestar la enorme satisfacción que produce presenar mi libro ante esta Academia, la más alta institución de la Medicina española.

Satisfacción y orgullo porque, como estomatólogo que soy, no puedo menos que evocar las figuras de mi profesión que en el pasado ocuparon plaza de académicos y que para nosotros constituyeron los referentes más eximios de una especialidad no siempre comprendida y valorada.

**D. Florestán** Aguilar y Rodríguez, creador del título de odontólogo en 1901, fue el primero, en tiempos de la Segunda República. Después de la guerra civil ocupó su sillón el Dr. D. Pedro García Gras, el creador de la Licenciatura de Estomatología en 1948; luego el Dr. D. Luis Calatrava Páramo, excelente cirujano maxilo-facial; más tarde, el Dr. D. Juan Pedro Moreno González y, por último, el Dr. D. Miguel Lucas Tomás, figura indiscutible no sólo a nivel nacional, sino internacional, de la Estomatología Médica.

Si estos académicos, con su alto ejemplo, influyeron en mi vida, no menos lo hicieron otros académicos, no estomatólogos, que despertaron en mí lo que considero segunda vocación y tal vez primera pasión de mi existencia, esto es, el estudio e investigación de la historia tanto de la Medicina como de la Odontostomatología.

Tales maestros fueron, en primer lugar, en Salamanca, el Dr. Luis Sánchez Grangel, con quien hice mi licenciatura en Medicina sobre «La enfermedad en el Beato Juan de Ávila» (luego le hicieron santo) y que fue quien me enseñó la metodología y las bases conceptuales para desarrollar con cierto rigor la labor historiográfica.

Luego, en Madrid, el Dr. D. Pedro Laín Entralgo me acogió generosamente en su cátedra de Historia de la Medicina, donde realicé mi tesis doctoral con una beca de Personal Investigador, y luego creo que fuimos amigos y confié su salud bucodentaria a mis humildes conocimientos, igual que hizo su esposa doña Milagros de tan inolvidable recuerdo.

Desde entonces hasta hoy llevo treinta años practicando intensamente mi especialidad y dedicando mi tiempo libre (¿es que hay tiempo libre?) a escribir sobre historia y sobre otros temas relacionados con la literatura, los viajes, las patobiografías, etc..., en total unos 400 artículos y más de 20 libros.

El que hoy consideramos «la Historia general de la Higiene bucodentaria en España» tiene precedentes. Precisamente el primero que escribí, en 1981, se titulaba «Historia de la Higiene Bucodentaria en España».

En 1994 volví sobre el tema con una serie de fascículos editados por Sinthelabo y que pueden considerarse el guión de la obra que hoy presento, confiando más en la benevolencia de quienes la leyeren que en el mérito de la misma.

Bueno, pobrecitos libros, la verdad es que entre sus flaquezas no está la de ser huérfanos y menos la de nacer ante la indiferencia de sus progenitores.

En este sentido, aunque luego casi nadie los lea, son privilegiados, porque cuando ven la luz, es decir, cuando salen de la imprenta y llegan a las manos de los editores y del autor, se les espera ansiosamente y si no salen contrahechos y plagados de erratas se les acaricia y mimas con la misma ternura que si de una criatura humana se tratara.

Precisamente, como no son huérfanos, éste tampoco lo es, de modo que debo recordar y agradecer la generosidad y el interés demostrados hacia él por sus padres putativos, los Laboratorios Inibsa y su entonces Director Comercial, D. Julio Galán, responsable de la parte económica, y hacia la Editorial Pues (Soluciones Yeltes), con D. José María Herranz, director de *Gaceta Dental*, a la cabeza, que fue y fueron los que pusieron el negro sobre el blanco y la cuatricromía para hacer realidad lo que había cocido en la cabeza del autor.

Agradecimiento y recuerdo a los coautores, doña Marisol Ucha Domínguez y Julio José González Pérez, profesores ambos en la Facultad de Odontología de la Universidad Alfonso X el Sabio de Madrid, universidad que tanto apoya las iniciativas investigadoras y publicistas de sus profesores.

Y, ¡cómo no!, al prologuista de la obra, el Dr. Rafael Riobóo García, el moderno patriarca de la Odontología Preventiva española, eminente estomatólogo y amigo entrañable.

Los libros, antes de ser un hojalдре con tapas de celulosa, son una célula atípica incrustada en el cerebro del autor que, cuando le parece, comienza a reproducirse, de tal manera que si no se mueven los dedos encima del teclado o se emborronan unas cuartillas y se les da salida, pueden provocar metástasis físicas y psíquicas de difícil solución.

En mi caso, las células atípicas son casi siempre de estirpe estomatológica, especialidad, repito, que desde hace más de treinta años vengo cultivando como una religión absorbente.

Fruto de esta actividad es el libro que hoy nos ocupa.

Un libro de la Historia de la Ciencia, de la Historia de la Medicina y de la Historia de la Estomatología, por este orden de mayor a menor, que así lo aprendí de mis admirados maestros en la materia: D. Luis Sánchez Grangel y D. Pedro Laín Entralgo.

La Historia General de la Higiene Bucodentaria es un capítulo de la Historia General de la Odontoestomatología.

La Higiene es la madre de la Medicina y de la Estomatología, por supuesto.

Limpiar el cuerpo y los dientes precedió a la pretensión de curarlos.

En nuestro caso es bien cierto, pues se han encontrado huellas del uso del palillo de dientes en especímenes de 700.000 y 350.000 años (en Atapuerca y en otros yacimientos menos antiguos) que dan idea de la preocupación por parte de aquellos toscos antepasados de librarse de la suciedad interdental, porque sentía que esa suciedad les producía molestias, dolor y a la larga enfermedad manifiesta.

Desde entonces limpiarse los dientes, las encías y la lengua ha sido una constante en todas las civilizaciones.

En el libro hago un repaso de las más importantes culturas comenzando con la historia de Adán y Eva en el paraíso y la famosa manzana culpable de nuestras tribulaciones, a pesar de ser fruta excelente para la higiene de la dentadura y siguiendo con la realidad de la cultura mesopotámica, donde nació la teoría vermicular de las caries (el gusano que invoca a Marduk para que le conceda el dominio de la boca y de los dientes) Y donde se limpiaban la boca con diferentes plantas y preparados.

Egipto y la leyenda del cocodrilo y el pajarillo que le limpiaba los dientes, narrada por Herodoto e infinitos escritores y médicos posteriores, que, aunque falsa, es poéticamente sugestiva.

Hebreos, griegos y romanos. Sobre todo estos últimos, que copiaron nuestro dentífrico por excelencia, la orina de los íberos mencionada por Estrabón. ¿Qué decir de los consejos de Ovidio en el *Ars Amandi*, o de Plinio el Viejo, o del gran Scribonius Largus que ideó dentífricos para tres romanas eximias, Octavia, Livia y Mesalina?

Se contemplan también los usos y costumbres sobre higiene bucodentaria de los americanos primitivos, chinos, indios y japoneses.

Después serán protagonistas los árabes cuyos primeros conceptos higiénicos bucodentarios se encuentran en el Corán; Mahoma

mismo usaba el famoso «Siwak», con uno de los cuales en la mano, según dicen, murió.

Y los preceptos de los grandes médicos Rhazes, Avicena, Al-Tabari, sin olvidar el instrumental de nuestro cordobés Abulcasis, copiado por los cirujanos europeos durante quinientos años o más.

Los cristianos medievales fueron algo descuidados en la limpieza corporal y bucodentaria.

En el Renacimiento, con la aparición de los libros dedicados a la odontología, especialmente comenzaron a propagarse fórmulas para enjuagarse la boca (opiatas, elixires, odontinas, aguas..., etc.) e instrumental para la tartrectomía.

Serían los barberos flebotomianos quienes practiquen estas operaciones (igual que las extracciones).

De todos modos, las prácticas de higiene general eran francamente pintorescas, como se refleja en el libro.

En el Barroco (siglo XVII) se descubren los microbios gracias a los microscopios de Antón Van Leeuwenhoek, lo cual poco a poco va cambiando el concepto de higiene, pues aun cuando no se sabe que éstos producen las enfermedades se les considera como animales que deben eliminarse.

Poca era la higiene bucal, pues los reyes y escritores acababan desdentados.

En el siglo XVIII surge la figura de Pierre Frauchard, que trata de forma enciclopédica el Arte Dental y dedica un gran contenido de su obra a la Higiene Bucodentaria. Le seguirían no sólo los dentistas, sino los cirujanos de la talla de Lorenzo Heister, por ejemplo. Es la época de los grandes ajuares de limpieza con todo tipo de instrumentos cortantes, algunos de los cuales, muy bonitos, se incluyen en la iconografía del libro.

Poco a poco el cepillo de dientes se impone a la esponja y se avisa del peligro de las sustancias agresivas (vitriolo, ácido sulfúrico, ladrillo..., etc.) incluidos en los dentífricos.

Durante el siglo XIX la higiene bucodentaria se aprovecha de los avances «higienistas» de Johan Peter Frank, Chadwick o los españoles Monlau, Luzuriaga..., etc.

Ya no sólo se piensa en el individuo, sino en la sanidad en su conjunto y se la ve inmersa en las escuelas; orfanatos, cuarteles, fábricas... etc.

Además de esto, la Higiene bucodentaria salta durante el siglo XIX a la prensa y se hace abrumadora la publicidad de dentífri-



cos, la cual no debe desdeñarse, pues fue creando una cultura popular y el convencimiento de que debía ser atendida la dentadura y no sólo curarla.

Naturalmente, la era microbiana (Koch-Pasteur y, en nuestra especialidad, Miller) cambia el concepto de la higiene en todos los sentidos.

Por ejemplo, los dentífricos empíricos de antaño ahora se harán «científicos», básicos para neutralizar la acidez de la placa y antisépticos para luchar contra los gérmenes.

Surgen a finales del siglo XIX los apóstoles de la Higiene bucodentaria, en este sentido mucho más importantes los europeos que los americanos (los dentistas americanos eran más técnicos).

En Inglaterra destaca Cunningham, en Alemania Rosé y en Alsacia, Jessen, que se preocupan sobre todo de la Higiene Escolar.

Estados Unidos pone en marcha, por iniciativa privada, las grandes instituciones Forsyth, Eastman, Evans y Guguelheim, donde se atiende a los niños.

España contará con las figuras de Tirso Pérez, Vicente Pérez Cano y, en Odontología escolar, con D. José Clavero Yuste y D. Juan Chicote Moreno, que dirigió un dispensario escolar en las Escuelas Aguirre de Madrid.

Factor importante fue la aparición de los higienistas dentales en Norteamérica.

Todo este impulso se concreta después de la Segunda Guerra Mundial en campañas de salud bucal y una especial atención a la infancia por parte de los gobiernos asesorados por las Sociedades de Odontología Preventiva Social; que es como hoy, más o menos, se llaman las sociedades al servicio de esta idea y las cátedras en las Facultades de Odontología.

Se ha pasado, pues, de un concepto de higiene individual a otro de higiene comunitaria y social donde todos los componentes sociales, Administración, Universidad, Colegios Profesionales y Sociedades deben estar representados.

Por último, debo manifestar que estoy sumamente contento del trato que se ha dado a la iconografía de la obra, gran parte de la cual es inédita y fruto de muchos años de coleccionismo.

Y con esto termino, repitiendo mi agradecimiento a la R.A.N. de Medicina y especialmente al Dr. D. Miguel Lucas Tomás, profesor primero en la Escuela de Estomatología de Madrid, maestro luego a través de sus innumerables artículos, conferencias y libros,

y amigo siempre y cómplice en nuestro común amor por la Estomatología, al Dr. Lucas, digo, promotor del acto, a cuantos habéis venido y a aquellos que hicieron posible que la *Historia de la Higiene Bucodentaria* viera la luz.

Muchas gracias.

## INTERVENCIONES

### Prof. Moya Pueyo

Pregunta del Dr. Moya sobre la evolución de la titulación de Odontología y su influencia en el progreso de la misma.

**Respuesta:** En este sentido podría remitirle mi libro *Cincuenta años de estomatología en España, con sus antecedentes históricos* (Madrid, 1998). Brevemente le diré que la dentistería estuvo siempre en el furgón de cola de la Medicina. En el siglo XIX aún la cirugía era menospreciada por la Medicina y sólo se dignificó tras la aparición de la anestesia, la analgesia y la antisepsia.

Pero los dentistas no dieron ese paso y siguieron siendo asimilados por la sociedad a los grotescos charlatanes de plazuela.

Cuando quisieron incorporarse a las Facultades de Medicina, los médicos no permitieron que «semejantes canallas» ensuciaran sus aulas, por lo que se vieron obligados a organizar su profesión fuera de la Universidad. Eso pasó, sobre todo, a mediados del siglo XIX en Estados Unidos.

En Europa sucedió otro tanto y concretamente en España D. Cayetano Triviño logró en 1875 la creación del título de Cirujano Dentista, que consistía en un examen en San Carlos para hacer el cual no se precisaba ni el Bachillerato.

Desde el principio se elevaron voces en contra de esta solución pidiendo que los dentistas fueran médicos.

Así lo manifestó la prensa médica de la época: *El Siglo Médico*, *El Anfiteatro anatómico Español*, *el Jurado Médico Farmacéutico...*, etc., etc., y figuras señeras de la Medicina como el Dr. López de la Vega y el Dr. Bruguera Martí, de Barcelona, que fue el primero en usar en España el término Estomatología hacia 1860. Incluso el dentista más relevante del siglo XIX, D. Antonio Roton-do, defendió la idea, contra el parecer de Triviño, de que los dentistas fueran médicos.

Los cirujanos dentistas, en conjunto, no elevaron la profesión lo suficiente, por lo que un grupo de ellos, liderados por D. Florestán Aguilar, denunciaron la situación y lograron modificarla creando el título de Odontólogo en 1901, ya dentro de la Facultad de Medicina.

Aquel título era distinto al actual. Para obtenerlo había que tener aprobados los tres primeros cursos de Medicina y los cate-dráticos, por ejemplo, pertenecían al claustro de la Facultad de Medicina.

Se hizo de esta manera para que los odontólogos tuvieran facilidad para terminar la carrera de Medicina ya que tenían los tres primeros cursos aprobados.

Así hicieron los más destacados, que hacia 1916 crearon una asociación de «Médicos Odontólogos».

Esta tendencia, liderada por Bernardino Landete, exigió en lo sucesivo el título completo de médico para ingresar en la Escuela de Odontología.

Ambas posturas, la de los «odontologistas» y la de los «estomatologistas», mantuvieron, durante los años veinte y treinta del pasado siglo, una enconada polémica que dividió completamente a la clase odontoestomatológica (por usar un vocablo que comprenda a ambas).

Fueron los «estomatologistas» los que dieron contenido científico a la antigua odontología, como se demuestra en los libros, artículos y comunicaciones en Congresos.

Después de la Guerra Civil, el Dr. García Gras logró el sueño de Landete creando en 1948 el título de Licenciado Médico Estomatólogo.

Los estomatólogos de 1948 han sido los protagonistas del definitivo despegue de la ciencia dental en España a base de tenacidad y estudio desarrollando las diferentes subespecialidades y creando las oportunas especialidades de Periodoncia, Implantología, Ortodoncia, Prótesis, Odontopediatría, Odontología Preventiva, Odontología Geriátrica, y así hasta más de veinte inscritas en el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos.

Los estomatólogos son actualmente los líderes y los maestros en estas sociedades y su preparación está a la altura de cualquier país avanzado.

Desde 1948 se han organizado miles de Congresos, Simposiums, Mesas Redondas, Cursos, Conferencias, ediciones de revistas, libros,

folletos..., etc. También se han mantenido fluidas relaciones con el extranjero celebrándose multitud de Congresos mundiales entre los que destacan los de Madrid y Barcelona de la F.D.I.

Creo que la de médico estomatólogo entre las diferentes titulaciones desarrolladas en España es la que más ha contribuido al desarrollo y prestigio de esta especialidad.

### **Prof. Díaz-Rubio García**

Comenta la importancia de la figura de D. Florestán Aguilar en la historia de la Odontología y recuerda la frase de D. Bernardino Landete reconociendo que había aprendido de él hasta a ponerse el sombrero.

**Contestación:** Dicha frase es verdad, pues se la oí referir de primera mano al Dr. Sáenz de la Calzada, discípulo de D. Bernardino Landete.

### **Prof. Moreno González**

Agradece la mención de su hermano Juan Pedro Moreno González, Decano de la Facultad de Odontología, que siempre creyó en la ventaja de hacer odontólogos independientes de Medicina, pues los cinco años los emplearían en capacitarse manualmente para ejercer la profesión, mejor que si esa manuabilidad la obtenían ya adultos tras estudiar Medicina.

—Pido me aclare si me ha hecho alguna pregunta o sus palabras son una aseveración.

Responde que desearía saber cual es mi opinión al respecto.

Respondo que soy partidario de los estudios médicos previos a la Odontología. Como representante de la Odontoestomatología en Europa conozco el pensamiento de la Comisión Asesora, cuya opinión es que en cinco años a los odontólogos no les da tiempo a formarse en las disciplinas básicas de la Medicina, que pretenden ampliar la carrera a siete años y dos de práctica en el medio rural antes de permitirles, por ejemplo, comenzar una subespecialidad (Cirugía bucal, Ortodoncia, Periodoncia..., etc.). Manifiesto que la manuabilidad no sólo se aprende en la adolescencia (los odontólogos tampoco hacen prácticas los primeros años, sino al

fin de la carrera) y le pongo por ejemplo cuántos años tienen los cirujanos cuando comienzan a «hacer nudos», algunos ya en edad talludita.

La mano por sí sola vale poco, incluso en cirugía. Lo que manda es el cerebro y éste debe de estar en todos los casos bien amueblado.

Por otra parte, la implantología ¿es odontología? El implante no es un diente. Su colocación es una técnica médico-quirúrgica evidente.

En el futuro, cuando se apliquen injertos de células embrionarias en los maxilares para producir nuevos dientes, ¿es eso odontología?

Basar el concepto de odontología en una mayor destreza manual para separarla de la Medicina es un argumento discutible.

### **Prof. Sánchez Granjel**

La obra *Historia general de la higiene bucodental*, del Dr. D. Julio González Iglesias, de la que acaba de sernos ofrecido un certero resumen, considero constituye una importante contribución a un capítulo de la historiografía médica todavía poco explorado. En una ocasión, deslindando el quehacer de los historiadores médicos del que realizan los médicos historiadores, testifiqué sobre la importancia de la aportación de los médicos que saben hurtar tiempo a su cometido profesional para adentrarse en el estudio del pasado de su labor como médicos. La bibliografía histórico-médica ofrece abundantes testimonios de cómo puede ser importante esta colaboración. Lo es, desde luego, la obra del doctor González Iglesias. No quiero dejar sin comentar la presentación que del autor hizo nuestro compañero de Academia el profesor Lucas Tomás; utilizó un esquema expositivo original y dijo lo que era preciso decir.

**Contestación:** Agradezco las palabras de quien, efectivamente, fue quien en Salamanca despertó en mí la vocación por la historia de la Medicina, primero en la asignatura durante la carrera, en la que obtuve Matrícula de Honor, y luego dirigiendo mi Tesina de Licenciatura en el Instituto de Historia de la Medicina Española, en el Palacio de los Nobles Irlandeses. He leído prácticamente todos sus libros y particularmente su *Historia de la Medi-*

*cina Española* me ha servido de guión para muchos de mis trabajos.

Aun sin haber estado a su lado, siempre me he considerado discípulo suyo, y así lo he manifestado en muchísimas ocasiones.

## **PALABRAS FINALES DEL PRESIDENTE**

Muchas gracias a todos los que han intervenido en estas magníficas conferencias de importancia clínica, sanitaria, etc. Gran interés ha tenido la conferencia del Prof. Rey Calero, ponencia que habría que desear, no es intentar corregir lo hecho, que ha estado muy bien, sino tal es interesante que tienen esas cuestiones que yo le agradecería que fraccionada, podría ser tratada con profundidad por esta Academia. Los problemas de la pobreza, de la salud, de la exclusión social, etc., querido amigo Prof. Rey Calero, es todo un curso, todo lo que va comprimido en esa magnífica conferencia, por la que te felicito. Propongo que sea fragmentada y ampliada en cada una de sus partes, denido a la trascendencia social clínica de ello.

Felicitar también al Prof. Lucas Tomás y d. Julio González Iglesias por la presentación del libro «Historia general de la higiene bucodentaria», un resumen tremendo de la higiene bucodentaria, de su evolución en el tiempo y las distintas facetas que hay en la misma, de los ángulos etiológico, fisiopatológico, clínico, quirúrgico, social, etc. Es un tema de gran interés económico, político, etc. Les felicito y nos felicitamos todos por ello.

Se levanta la sesión.