

CARTA A LA DIRECCIÓN

Recibida: 20/6/2023
Aceptada: 4/10/2023
Publicada: 4/12/2023
e202312104
e1-e4

El autor declara
que no existe ningún
conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Javier Segura del Pozo
Calle Violeta, 63.
CP 28760. Tres Cantos, España.
Javier.seguradelpozo@gmail.com

Sobre *One Health*, la telaraña y la araña

AUTOR

Javier Segura del Pozo (1)

FILIACIÓN

(1) Presidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP).
Madrid, España.

Señor Director:

Aunque sé que me coloco a contracorriente, quiero compartir la inquietud que me produce el nuevo enfoque *One Health* apadrinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por una parte, es difícil no adherirse a una invocación hacia un abordaje integral u holístico de la salud que tenga en cuenta conjuntamente la interrelación entre salud humana, animal y medioambiental, que exige el trabajo interdisciplinario de, por ejemplo, ambientalistas, veterinarios y otros salubristas, así como la intersectorialidad en las políticas públicas respectivas o la colaboración de la OMS con otras agencias internacionales. Algo que, por otra parte, siempre ha estado en el origen y desarrollo de la Salud Pública, como ahora veremos.

Pero, por otra parte (y aquí está mi inquietud), creo que falta (o la desconozco) una hipótesis del proceso de interrelación entre estos tres elementos, lo que quiere decir sobre las causas y las vías de determinación de estos problemas de salud humana, animal y ambiental que se quieren combatir. Por ejemplo, intuimos que la pandemia de la COVID-19 o la anterior epidemia de Ébola que llegó a inquietarnos tuvieron que ver con el contacto o consumo de animales salvajes y con la invasión urbanística y destrucción de ecosistemas naturales, pero no tenemos un relato claro de cómo fue el proceso y, por lo tanto, de cómo se puede evitar la siguiente pandemia.

Es decir, aunque me deben perdonar la simplificación, el enfoque *One Health* parecería que nos advierte de que esto es una telaraña, pero no nos dice quién es la araña. Nos sitúa en la encrucijada entre interrelación y determinación, en la diferencia entre señalar simplemente que hay varios elementos relacionados en un problema de salud y definir, de forma más compleja, cómo se relacionan estos elementos y cómo se origina y desarrolla el problema. Para explicarme mejor, utilizaré cuatro ejemplos a lo largo de la historia de la Salud Pública en los que se han planteado dicotomías similares: la diferencia de mortalidad entre barrios bajos y altos en el Madrid de finales del siglo XIX; la multifactorialidad de las enfermedades crónicas; el esquema del *Informe Lalonde*; y la interseccionalidad de los ejes de desigualdad, dentro del modelo de los determinantes sociales en salud.

Hauser era un salubrista eslovaco que elaboró en 1902 un mapa de mortalidad por distritos de Madrid, dentro de su valiosa topografía médica *Madrid, desde el punto de vista médico-social* (1). Muy resumidamente, diremos que vio que había diferencias importantes entre distritos y que existía un patrón espacial. Consideró que las diferencias de mortalidad tenían que ver con las diferencias de clases sociales entre los habitantes de esos barrios, la calidad de sus viviendas y del medioambiente (más vegetación, menor hacinamiento, mejor aireación de viviendas y calles, saneamiento...). Es decir, sostenía que había varios factores relacionados con esa sobremortalidad de los barrios bajos. La cuestión era tener una hipótesis de cómo se relacionaban y cuál era el origen de estas diferencias. Un higienista burgués como Hauser opinaba que había que emprender reformas urbanísticas (vivienda obrera, saneamiento) y advertía al alcalde de la época que eran la mejor medida para frenar el temido avance del socialismo, ideología que consideraba, por el contrario, que esa sobremortalidad tenía que ver con la explotación laboral y las condiciones de vida del proletariado en esa sociedad de la Restauración.

La historia nos ha enseñado que, a pesar de que se acometieron algunas de esas reformas sectoriales, sin cambiar la esencia del injusto sistema social y económico denunciado (fuente de la desigualdad más de 100 años después), aunque la mortalidad ha descendido de forma manifiesta Madrid sigue teniendo importantes diferencias en esperanza de vida entre barrios ricos y pobres (de hasta siete años) y un patrón de segmentación espacial noroeste/sureste similar al que descubrió Hauser (2).

En cuanto llegó la revolución bacteriológica, y el descubrimiento de las bacterias y otros microorganismos, se arrinconó la preocupación por el medioambiente y el urbanismo, así como su relación con la salud, con la esperanza de que la farmacopea y las vacu-

nas resolvieran las principales enfermedades. Además, el paradigma microbiológico estaba científicamente mejor elaborado que el paradigma miasmático sobre el que se basaban los higienistas como Hauser. Cuando surgió la preocupación por las enfermedades crónicas, resistentes al abordaje con vacunas o antimicrobianos, se inventó un nuevo paradigma: el de los factores de riesgo y la multifactorialidad. Paradigma con el que yo me formé y que ha sobrevivido hasta la actualidad.

Algunos epidemiólogos sociales de mediados del siglo XX, herederos de la medicina social del XIX, le bautizaron como el de la Caja Negra o Caja China (3), pues la teoría de la multicausalidad propugnaba que las enfermedades crónicas tenían múltiples factores. Hasta ahí bien. Pero el problema es que se desentendía de explicar la relación de los factores entre sí. Todos eran considerados de la misma jerarquía. Los factores socioeconómicos (pobreza, paro) eran situados al mismo nivel que los hábitos (fumar, sedentarismo) o bien las características fisiológicas (hipertensión arterial) o bioquímicas (hipercolesterolemia). Todos los factores individuales eran medidos y metidos en la caja, donde la relación entre unos y otros no era considerada importante y permanecía desconocida (la caja negra). Lo que salía de la caja era la enfermedad, que era medida y comparada con las medidas de los factores de riesgo individuales.

Por eso, la epidemióloga social Nancy Krieger, en un artículo muy influyente (4), se preguntaba si ante esta telaraña causal, alguien había visto la araña. Al preguntarse por la identidad de la araña responsable, abogaba por un mayor esfuerzo de la epidemiología en la construcción de un marco conceptual eco-social que no se limitara a los factores individuales y biológicos, sino que incorporara la producción social de la enfermedad

El *Informe Lalonde* (5), llamado así por el ministro de Sanidad canadiense, Marc Lalonde, fue un intento de simplificar esta

maraña, señalando que la salud estaba relacionada con cuatro elementos: la biología humana; el medioambiente; los estilos de vida; la asistencia sanitaria. Este esquema fue muy útil para llamar la atención sobre que la sanidad solo es un factor más de la salud, pero no explicaba bien cómo se relacionaban los cuatro elementos en nuestras sociedades. Así, por ejemplo, se pudo demostrar después que los estilos saludables de vida (como la actividad física regular o la alimentación saludable) o la residencia en un medio saludable estaban determinados socialmente. Incluso la propia herencia, tras el auge de la epigenética, dejaba de estar fuera del campo de lo social.

Por ello, en las últimas dos décadas del siglo XX se incrementó el interés por la determinación social de la enfermedad, que acabó concretándose en la creación por la OMS de la Comisión de los determinantes sociales de la salud, que elaboró un ya famoso informe (6). En el mismo, además de recoger la evidencia científica sobre la relación entre desigualdad social y salud, se hacían propuestas de acción para reducir la brecha. Pero para acertar con las líneas de intervención era importante tener un marco conceptual sobre la relación de los diferentes determinantes de la salud, en cuyo origen la Comisión situaba las relaciones desiguales de poder y riqueza. Hace unos doce años se adaptó este marco desde el Ministerio de Sanidad español (7). El esquema fue la base de posteriores investigaciones e intervenciones, fruto de las cuales se fue afinando el propio modelo. Por ejemplo, se añadieron determinantes ambientales, comerciales, etc. y se consideraron las desigualdades de género de forma más transversal. Pero también se llamó la atención sobre que no nos podíamos conformar con listar los diferentes ejes de desigualdad, sino que debíamos considerar la *interseccionalidad* (8); es decir, que en la vida real se interrelacionan y comparan varios ejes que se potencian entre sí (por ejemplo, ser mujer, inmigrante, racializada, con bajo nivel de educación e ingresos).

¿Qué quiero concluir con todo esto? Nuestra experiencia de las últimas décadas es que la OMS funciona por modas en sus lemas, que a la vez reflejan y determinan el interés, las prioridades y el enfoque de las instituciones y las investigaciones de los países miembros, y que son el resultado de un complejo balance de poder internacional. Igual que hubo una época en que casi todos los congresos o eventos institucionales de salud pública se enfocaban a la investigación y abordaje de la determinación social de la salud, ahora lo actual está siendo dedicarlo al enfoque *One Health*.

Entiendo que la veterinaria se haya adherido rápidamente a este enfoque por el protagonismo que le proporciona y la puesta en valor de la sanidad animal en una Salud Pública todavía muy impregnada de dominancia médica (especialmente en nuestro país). Pero, desde el afán de entender más que de infravalorar, debo preguntar qué aporta de nuevo este enfoque a la Salud Pública, teniendo en cuenta que la importancia del medio, de la ecología o de las zoonosis ya formaba parte de la esencia salubrista, así como que la veterinaria ha sido y es una profesión tan salubrista como la medicina, la farmacia, el urbanismo o la sociología, entre otras.

Seguro que va a ser positivo si con ello evitamos abordajes segmentados de problemas tan interrelacionados como el cambio climático, la reducción de la biodiversidad, las temperaturas extremas, las amenazas de los patógenos emergentes, las resistencias antimicrobianas o el impacto de la ganadería intensiva o el consumo no sostenible, por poner algunos ejemplos, habituales en los encuentros de *One Health*. Tal vez aporte una visión menos antropocéntrica a esta necesaria mirada integrada.

Pero me pregunto de nuevo sobre esta nueva prioridad: ¿va a dejar en un segundo plano el abordaje de la determinación social de la salud y lo que hemos aprendido en cuarenta años de investigaciones e intervencio-

nes sobre la brecha social de la salud? ¿Hay un riesgo de ceguera social y vuelta al microscopio al centrar el interés en los factores biológicos, microbiológicos, animales y ecológicos? ¿Va a quedarse en el simplismo de señalar la interrelación del problema sin señalar el origen? ¿Cómo se posicionan los defensores de este abordaje en cuanto al origen y desarrollo del cambio climático y las nuevas amenazas a nuestra salud, en relación con el depredador sistema socioeconómico y político dominante a escala planetaria? En resumen: ¿el enfoque *One Health* identifica suficientemente quién es la araña en esta tela? 

BIBLIOGRAFÍA



1. Hauser P. *Madrid desde el punto de vista médico-social* (1902). Madrid, Edición de Carmen del Moral, Editora Nacional, 1979.
2. León C, González MJ, Garcia M, Segura J. *Desigualdades en esperanza de vida entre barrios de Madrid*. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/11/01/desigualdades-en-esperanza-de-vida-entre-barrios-de-madrid/>; [consultada 30/05/2023].
3. Susser M, Susser E. *Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms*. *Am J Public Health*. 1996 May;86(5):668-673.
4. Krieger N. *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?* *Soc Sci Med*. 1994 Oct;39(7):887-903.
5. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa, Minister of Supply and Services of Canada, 1981.
6. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
7. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, Avanzando hacia la equidad. *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Serie: Informes, Estudios e Investigación, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.
8. Segura J. *Clases sociales en salud: el motor de la desigualdad*. En: López V, Padilla J. *Salubrismo o Barbarie: un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*. Sevilla, Atrapasueños, 2017. p. 136-153.