

# Gaceta Médica de Bilbao

REVISTA TRIMESTRAL • FUNDADA EN 1894  
DECANA DE LAS REVISTAS MÉDICAS DE ESPAÑA

PATROCINADA POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
DEL GOBIERNO VASCO

Volumen 100/Suplemento Especial/Año 2003

La nutrición y la Salud Pública en la Comunidad Autónoma del  
País Vasco (1983-2003)

In memoriam Excmo. Sr. D. Javier Sáenz de Buruaga



Academia de Ciencias Médicas de Bilbao  
Sección de Ciencias de la Alimentación





# GACETA MÉDICA DE BILBAO

REVISTA OFICIAL DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Volumen 100

ISSN 0304-4858

Suplemento Especial 2003

## ÍNDICE / AURKIBIDEA

- 3 **PRESENTACIÓN / AURKEZPENA.**  
*J. Aranceta, J. Ocharan, J.J. Zarranz.*
- 5 **EDITORIAL / EDITORIALA.**  
*J.J. Ibarretxe.*
- 7 **SEMBLANZA / BIOGRAFI AIPAMENA.**  
*I. Azkuna.*
- 9 **PRÓLOGO.**  
*J.A. Ardanza.*
- SALUD PÚBLICA.**
- 11 **Javier Sáenz de Buruaga, la nutrición y la salud pública en la CAPV (1983 - 2002).**  
*G.Mª Inclán.*
- 12 **La nutrición y salud pública en España: Papel de motor y liderazgo del País Vasco.**  
*Li. Serra.*
- 15 **Organización Sanitaria en la CAPV.**  
*R. Cerdán.*
- 16 **Osasuna Zainduz.**  
*J.A. Ortiz, E. Melero, J. Lezertua.*
- 17 **Programa de metabolopatías.**  
*P. Sanjurjo.*
- 19 **La atención farmacéutica en la CAPV.**  
*I. Linaza.*
- 21 **Javier Sáenz de Buruaga y su aportación al nuevo modelo de ordenación farmacéutica.**  
*G. Trincado.*
- 22 **Análisis de riesgos y los laboratorios de salud pública.**  
*I. Eguileor.*
- NUTRICIÓN.**
- 25 **Retos de la Nutrición Comunitaria en el siglo XXI.**  
*J. Mataix.*
- 26 **Papel del laboratorio de salud pública en los estudios nutricionales de la CAPV.**  
*I. Marzana.*
- 27 **Programas de educación nutricional en la CAPV.**  
*C. Pérez-Rodrigo, I. Manzano, M. Urturi.*
- 28 **En torno al II Congreso Mundial Vasco. Symposium de Nutrición de 1987. Donosti.**  
*J.M. Bengoa.*
- 30 **Encuesta de Nutrición de la CAPV.**  
*J. Aranceta.*
- J. SÁENZ DE BURUAGA (1940-2002)**
- 31 **Aita.**  
*S. Sáenz-de-Buruaga.*
- 32 **La farmacia en la poesía.**  
*A. del Valle.*
- 33 **La profesión farmacéutica: comentario desde la promoción de 1964.**  
*J.A. Uriarte.*
- 35 **El txoko de Javier.**  
*M. Ceberio.*
- 36 **La Sanidad Municipal en Bilbao hasta su encrucijada durante los años de la "Transición".**  
*J. Gondra.*
- 40 **Actualización del calendario vacunal de la CAV.**  
*M Dorronsoro, M Errezola, MA García-Calabuig, J Muñiz.*
- 42 **Lehen mailako laguntzan pediatriak 20 urtetan izan dituen aldakuntzak.**  
*T. Txakartegi.*
- 48 **Vigilancia de la seguridad química de los alimentos en la CAPV.**  
*I Urieta, M Jalón, J Gilbert.*
- 50 **La organización de la seguridad alimentaria, 10 años después.**  
*A. López-de-Sa, F Centrich.*
- 51 **Los Colegios Farmacéuticos de Euskadi.**  
*M. Azpilicueta.*
- 53 **Semblanza de un amigo.**  
*F. Astorqui.*
- 54 **Pequeña fe de un gran bilbaíno.**  
*J. Viar.*
- 55 **La nutrición de los ancianos.**  
*F. Miguel-de-la-Villa.*

# GACETA MEDICA DE BILBAO

Gac Med Bilbao

Volume 100

ISSN 0304-4858

Special Supplement 2003

## CONTENS

- 3 **INTRODUCTION.**  
*J. Aranceta, J. Ocharan, J.J. Zarranz.*
- 5 **EDITORIAL FROM THE PRESIDENT OF THE BASQUE GOVERNMENT.**  
*J.J. Ibarretxe.*
- 7 **A SHORT MEMORY OF A FRIEND. TO JAVIER SÁENZ DE BURUAGA.**  
*I. Azkuna.*
- 9 **MEMORY.**  
*J.A. Ardanza.*
- PUBLIC HEALTH.**
- 11 **Javier Sáenz de Buruaga, Nutrition and public health in the Basque Country (1983 - 2002).**  
*G.Mª Inclán.*
- 12 **Nutrition and public health in Spain: The leading role of the Basque Country.**  
*Ll. Serra.*
- 15 **Organization of the Health System in the Basque Country.**  
*R. Cerdán.*
- 16 **Osasuna Zainduz: Javier Sáenz de Buruaga: a Master and a friend.**  
*J.A. Ortiz, E. Melero, J. Lezertua.*
- 17 **Program for the early detection of metabolic diseases.**  
*P. Sanjurjo.*
- 19 **Pharmaceutical care in the Basque Country. The metadone maintenance programme in Pharmacies.**  
*I. Linaza.*
- 21 **Javier Sáenz de Buruaga's contribution to the Pharmaceutical Planning.**  
*G. Trincado.*
- 22 **Risk analysis and public health laboratories.**  
*I. Eguileor.*
- NUTRITION.**
- 25 **Challenges facing community nutrition in the 21st Century.**  
*J. Mataix.*
- 26 **Role of Public Health Laboratory in Nutrition Surveys.**  
*I. Marzana.*
- 27 **Nutrition Education Programmes in the Basque Country.**  
*C. Pérez-Rodrigo, I. Manzano, M. Urturi.*
- 28 **About the 2nd World Basque Conference. The Nutrition Symposium. Donosti, 1987.**  
*J.M. Bengoa.*
- 30 **Nutrition Survey of the Basque Country.**  
*J. Aranceta.*
- J. SÁENZ DE BURUAGA (1940-2002)**
- 31 **Father.**  
*S. Sáenz-de-Buruaga.*
- 32 **Pharmacy in poetry.**  
*A. del Valle.*
- 33 **The pharmaceutical profession: a comment from the 1964 promotion.**  
*J.A. Uriarte.*
- 35 **Javier's place.**  
*M. Ceberio.*
- 36 **Municipal health care up to the transition crossroads.**  
*J. Gondra.*
- 40 **An update of the vaccination scheme in the Basque Country.**  
*M Dorronsoro, M Errezola, MA García-Calabuig, J Muñiz.*
- 42 **Evolution in Primary Health Care in Pediatrics in the last 20 years.**  
*T. Txakartegi.*
- 48 **Surveillance of chemical food safety in the Basque Country.**  
*I Urieta, M Jalón, J Gilbert.*
- 50 **The planning of food safety actions, 10 years later.**  
*A. López-de-Sa, F Centrich.*
- 51 **Pharmaceutical Colleges of the Basque Country: 1983-2003.**  
*M. Azpilicueta.*
- 53 **Portrait of a friend.**  
*F. Astorqui.*
- 54 **A small portrait of a great person of Bilbao.**  
*J. Viar.*
- 55 **Nutrition in the Elderly.**  
*F. Miguel-de-la-Villa.*

### **Presentación / Aurkezpena**

#### *Introduction*

La Sección de Ciencias de la Alimentación de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao ha querido iniciar su andadura promoviendo la organización de un seminario dedicado a la Nutrición y la Salud Pública en Euskadi (1983-2003), recogiendo la voz y los textos de los que han sido y son referentes de la historia sanitaria más cercana de nuestro país.

Ni el tema ni el marco del acto son una casualidad. Una de las últimas iniciativas que tuvieron el apoyo del Excmo. Sr. D. Javier Sáenz de Buruaga fue la solicitud de formalizar la sección de Ciencias de la Alimentación en nuestra Academia.

Desde este ámbito científico, hemos querido rendir un sentido homenaje a la figura humana y a la trayectoria profesional de nuestro Vicepresidente fallecido en Diciembre de 2002, contando con la colaboración del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, institución donde desarrolló una destacadísima labor profesional, Servicio de Salud y Consumo del Excmo. Ayuntamiento de Bilbao, entidad colaboradora del Programa de Nutrición del Gobierno Vasco que él dirigió, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia al que pertenecía como colegiado de honor y Sociedad Vasca de Nutrición.

Arropando al seminario hemos creído de interés elaborar este suplemento de la Gaceta Médica de Bilbao que recoge una síntesis de los contenidos del acto y la colaboración dis-

Bilboko Medikuntza Elikapen Zientzien Sekzioak ibilkerari hasiera eman nahi izan dio Euskadiko (1983-2003) Elikapen eta Osasun Publikoari buruzko mintegi baten organizazioa bultzatuz, gure herrialdean, sanitarearen historian erreferentziak direnen ahotsak eta testuak batuz.

Ezta gaia ezta ingurua ere ez dira kasualitate bat. Javier Sáenz de Buruagaren babesa eduki zuen azken inizatiba bat, gure akademian Elikapen Zientzien Sekzio bat eraikitzeke eskaera formal bat izan zen.

Inguru zientifiko honetatik, 2002ko abenduan hil zen gure Lehendakari ordearen, giza irudiari eta ibilbide profesionalari omenaldi hunkigarria egin nahi diogu. Hauen kolaborazioa dauka; Euskal Jaurlaritzako Osasun Sailarena, instituzio honetan garatu zuen aipagarri den profesional-lana, Bilboko Udaleko Osasun eta Kontsumo Zerbitzuarena, berak zuzendu zuen Elikapen Programaren erakunde laguntzailea, Bizkaiko Farmazilarien Elkargokoa izan zena, ohorezko kolejiatu bezala, eta Elikapeneko Euskal Gizartea.

Mintegia arropatuz egokia iruditu zaigu, Bilboko "Gaceta Medica"-ren gehigarria hau egitea. Bertan ekitaldiko edukien sintesia eta ohorezko pertsonalitate, profesional eta Burua-

tinguida de personalidades, profesionales y amigos que compartieron con Buruaga, trabajo, profesión, afectos y patria.

Tenemos que confesar que la puesta en marcha de esta iniciativa ha sido muy gratificante. Hemos sentido en cada persona, en cada petición, en cada colaboración el máximo interés para que todo estuviera bien, a su tiempo, en su medida, con afecto. Los afectos que nuestro querido amigo Javier dejó en cada uno de nosotros.

Beti izango zaitugu gogoan. Agur, lagun maitea.

**Javier Aranceta Bartrina**

*Presidente*

*Sección Ciencias de la Alimentación*

**Julen Ocharan Corcuera**

*Jefe Redacción*

*Gaceta Médica de Bilbao*

**Juan José Zarranz Imirildazu**

*Presidente*

*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*

garekin konpartitu zuten lagunen lana, lanbidea, afektua eta aberria batzen da.

Aitortu behar dugu, inizatiba hau martxan jarzea oso atsegina izan dela. Pertsona bakoitzean, eskaera bakoitzean, kolaborazio bakoitzean, dena ondo egoteko, garaiz egoteko, neurrian egoteko eta afektuarekin egoteko interes handia sentitu dugu. Gure lagun Javier maiteak utzi zituen afektuak gure pertsona bakoitzean.

Beti izango zaitugu gogoan. Agur, lagun maitea.

**Javier Aranceta Bartrina**

*Elikapen Zientzien Sekzioko*

*Lehendakaria*

**Julen Ocharan Corcuera**

*Bilboko "Gaceta Médica"-ko*

*Erredakzio Burua*

**Juan José Zarranz Imirildazu**

*Bilboko Medikuntza Akademiaren*

*Lehendakaria*

**Saluda del Lehendakari / Lehendakariaren agurra***Editorial from the President of the Basque Government*

Juan José Ibarretxe Markuartu

*Lehendakari Gobierno Vasco / Eusko Jaurlaritzaren Lehendakaria*

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao me pide que escriba unas letras para este número monográfico de su Gaceta en homenaje a Javier Sáenz de Buruaga, un hombre que inició a principios de los años 80 una larga trayectoria en el Gobierno Vasco con el ejercicio de sus responsabilidades como Jefe de Servicio en el Departamento de Sanidad, que siguió como Secretario General de Drogodependencias y culminó como Viceconsejero de Sanidad, en una etapa en la que se fraguó la configuración actual de nuestro sistema sanitario público. Y respondo a esta invitación con gran agrado en la medida en que creo justo reconocer, en nombre de toda la ciudadanía, sus indudables aportaciones a la modernización de la sanidad vasca y al arraigo de convicciones profundas que definen nuestro presente y marcan el camino hacia el futuro. En ese sentido, me parece oportuno recordar las bases de nuestro quehacer en materia sanitaria, que Javier nos ayudó a sentar.

Así, para nosotros, la sanidad es un factor clave para mejorar el bienestar y la calidad de vida, que es a lo que legítimamente aspiran los ciudadanos y ciudadanas y lo que constituye la razón de ser y la misión de cualquier político responsable.

En consonancia con esto, entendemos que la naturaleza del bien salud y su carácter no exclusivamente privado, entre otras muchas razones, obligan a defender un aseguramiento universal y a disponer de un dispositivo público de servicios suficientes, de calidad y no excluyente de otro tipo de ofertas.

Además, estoy convencido de que todos estos principios se aplican con mayor coherencia e intensidad cuando quien decide está más cerca de la ciudadanía. En definitiva, creo que la proximidad de la Administración y el sentido colectivo de pertenencia y de identificación con la sanidad pública han sido capaces de generar más riqueza social que la dirección y gestión centralizadas de la misma.

Ahora bien, la transferencia sólo puede interesar en el plano político si hay confianza en la capacidad de hacerlo mejor que los anteriores rectores y una voluntad clara y firme de esforzarse en ello. A mi juicio, la sanitaria es una verdadera transferencia de poder. Y el afán de ostentar este poder se legitima por el compromiso de utilizarlo para mejorar la salud y bienestar de las personas.

En cualquier caso, debe considerarse que, si no hay margen de maniobra, el poder no es tal y se queda en un asunto nominal, no ejecutable. Tratando de simplificar, el margen de maniobra tiene, entre otras, tres dimensiones: la normativa, la financiera y la organizativa.

En el primer caso, la simple aplicación de las normas promulgadas por otros convierte a uno en mero administrador, y esto no tiene nada que ver con la acción política. Todas las CCAA debemos tener capacidad de

Bilboko Medikuntza Akademiak "Gaceta"-ko zenbaki monográfico honetarako letra batzuk idazteko eskatzen dit Javier Sáenz de Buruagaren omenez, Eusko Jaurlaritzan 80. urteen hasieran hasi zuen ibilbide luzea, Osasun Sailgo Zebitzu buru bezala, Drogodependentzietako Idazkari Orokor bezala jarratu zuena eta azkenik Sanitateko Kontseilari ordea izan zen gizona, gure oraingo Osasun Publikoko Sistemaren konfigurazioa sortu zen aldian.

Eta gonbidapenari atsegín handiz erantzuten diot bidezkoa usten dudala onartzen dudana heinean hiritar guztien izenean, bere dudagabeko ekarpenak euskal sanitateren modernizazioari eta konbentzimendu sakonen finkakerak, oraina definitu eta etorkizunerako bidea markatzen dutenena. Zentzu horretan, egokia iruditu zait gogoratzea gure zereginen oinarriak osasun gaian, Javierrek ezartzen lagundu zigun.

Horrela guretzat, sanitatea ongizate eta bizi kalitatea hobetzeko faktore klabea da, hiritarrek legez irrikatzen dutena eta izateko arrazoiak osatzen duena, eta edozein arduradun politikoren misioa.

Honekin bat dator, osasun onaren izatea, eta bere izaera pribatua bakarrik ez, beste arrazoi askoren artean, derrigortzen dute bermaketa unibertsal bat defendatzea eta dispositibo publikoaren zerbitzu nahikoa, kalitatekoa eta ez bakarrik beste motetako eskaintza edukitzea.

Gainera, konbentziturik nago printzipio guzti hauek koherentzia eta intentsitate gehiagoz ezartzen direla erabakitzen duena hiritarren gertuago badago.

Behin betikotzat, uste dut, Administrazioaren hurbiltasuna eta jabetzen eta osasun publikoarekin identifikazioa zentzu kolektiboan, zuzendaritza eta gestio zentralizatua bera baino aberastasun sozial gehiago sortzeko gai izan direla.

Orain ondo, tranferentziak bakarrik interesatu ahal du, planu politikoan aurreko errektoreek baino hobeto egiteko gaitasuna eta borondate argia eta egonkorra eta bertan ahalegintzeko konfidantza baldin badago. Nire iritziz, sanitatea benetako botere tranferentzi bat da. Eta botere hau agertzeko legezko irrika da, pertsonen osasuna eta ongizatea hobetzeko konpromizuan erabiltzeko.

Edozein kasutan, gogoan hartu behar da, ez badago maniobra margina, ez da boterea, eta eginkizun nominalean geratzen da, ez betegarria. Sinplifikatu nahian, maniobra marginak, beste batzuen artean, hiru dimentsio ditu: Arautegia, finantziaria eta antolatzailea.

Lehenengo kasuan, besteek aldarrikatutako aruen ezarpen erraz batek besteari administratzaile soil baten

incidir efectivamente sobre cuestiones capitales como personal, contratación y catálogo de prestaciones, entre otras. Por ello, la legislación básica en estas materias tiene que ser realmente básica y debe elaborarse teniendo en cuenta (no sólo oyendo) a los demás poderes. Lo contrario es inaceptable, por convertirse en un verdadero estrangulamiento de la legítima voluntad de hacerlo mejor por parte de las CCAA.

Por lo que respecta a la dimensión financiera, es imprescindible contar con un escenario de suficiencia estable. En ese sentido, en el Gobierno Vasco estamos convencidos de que el desarrollo económico carece de sentido si no se traduce en desarrollo social.

Por otra parte, basándome en nuestra experiencia, puedo asegurar que, en la práctica, la dimensión más capaz de generar márgenes de maniobra es la organizativa. Sólo una buena organización permite una buena gestión. Y ambas han venido siendo, en la práctica, el mejor instrumento para liberar recursos de bajo rendimiento y poder reutilizarlos en objetivos más rentables sanitaria y socialmente.

Con todo, es evidente que los ciudadanos y ciudadanas son el eje de todo lo dicho hasta ahora y que, en el fondo, no he hecho sino hablar de su bienestar, de sus derechos y de sus economías. Porque, hablando de reforma o de reorganización, de lo que se trata es de nutrir la cohesión social y de satisfacer en la práctica sus necesidades y expectativas.

En ese sentido, nuestro sistema goza de un elevado nivel de respaldo social y éste, a su vez, es garantía de mantenimiento del conjunto de valores y principios que ilustran el sistema sanitario a los que aludía al principio. Evidentemente, la calidad no depende ni es atribuible en exclusiva a los gestores, sino que aquí entran en juego todos: los profesionales, los sindicatos... y hasta el uso responsable por parte de los usuarios.

Como resumen de todo lo antedicho, estoy convencido de que el acercamiento de la verdadera autoridad sanitaria ha conllevado una mayor percepción de pertenencia y de participación, un incremento de la responsabilidad pública y una creciente legitimación de la actuación de nuestro Gobierno.

La contribución de Javier a lo conseguido hasta ahora ha sido, sin duda, decisiva y, por ello, tiene lugar este homenaje.

Ahora, de lo que se trata es de continuar su labor a través del trabajo diario, buscando fórmulas que otorguen al conjunto del sistema una coherencia y unas perspectivas de desarrollo futuro que se encuadren en el marco de lo posible.

En todo caso, me parece un reto apasionante que espero seamos capaces de afrontar porque, si lo hacemos bien, estoy convencido de que veremos grandes avances en nuestro sistema sanitario en el futuro.

bihurtzen dio, eta honek ez dauka zerikusirik akzio politikoarekin.

KK. AA. guztiak eragintzeko kapazitatea eduki behar dugu, hain zuzen ere, auzi kapitalei buruz gizabanakoa, kontratazio eta prestazioen katalogoak, beste batzuen artean. Horregaitik, oinarrizko Legeria gai honetan benetan oinarrizkoa izan behar du eta beste botere guztiak kontutan hartuz egitaratu behar da (ez bakarrik entzunez). Aurkakoa onartezina da, KK.AA.-ren partez hobeto egiteko, benetako legezko borondatearen iratopenean bihurtzen delako.

Dimentsio finantzeroari dagokionez, behar besteko eszenatoki iraunkorra nahitaezkoa da. Zentzu horretan, Eusko Jaurjaritzan konbentzituta gaude garapen ekonomikoak zentzunik ez daukala, ez baldin bada garapen sozialean bihurtzen.

Beste alde batetik, gure esperientzian oinarrituz, ziurtatu dezaket, praktikan, maniobra margina gehiago sortzeko gai den dimentsioa antolakuntzako dela.

Eta biak praktikan etekin baliabideak askatzeko eta sanitatean eta sozialki berriz erabilgarriak izateko helburua lortzeko instrumentu onena izan da.

Guzti honekin, nabaria da, hiritarrak orain arte esan den guztiaren ardatzak direla eta, sakonean, ongizate, beraien eskubide eta ekonomiari buruz bakarrik hitz egin dut. Zeren eta, erreforma edo berantolaketari buruz hitz eginez, tratau nahi dena, kohezio soziala elikatzea da, eta praktikan egin beharrak eta iguripenak.

Zentzu horretan, gure sistemak laguntza sozial maila altua dauka eta hau, aldi berean, balore taldeen mantentimendua eta hasieran aipatutako osasun sistema ilustratzen duten printzipioen bermea da.

Nabarmenki, kalitatea ez dago gestioen menpean eta ez da ere eratzikorra bakarrik, hemen bi jolasetan sartzen dira: profesionalak, sindikatuak... eta erabilpen arduraduntsua erabiltzaileen aldetik.

Aurretik esan den guztiaren laburpen bezala, konbentziturik nago, benetako osasun aginpidearen hurbiltasunak jabetzen eta partaidetzaren hartukizun handiagoa eta erantzukizun publikoaren gehiketa eta gure Gobernuaren oraintsuko legitimazioa eraman duela.

Orain arte lortu dena, Javierren ekarpena izan da, dudarik gabe, erabakigarria eta, horregaitik, omenandi hau burutzen da.

Orain, egin behar dena, bere lana jarraitzea da, eguneroko lanarekin, sistema taldeari koherentzia eta etorkizunean azalezatu eta inguruan eman behar diren formak aurkituz.

Hala ere, errenka lehiagarria dela iruditzen zait eta espero dut aurrera eramateko gai izango garela, ondo eginez gero, konbentziturik nago, osasun sisteman garapen handiak ikusiko ditugula.

### Pequeña memoria de un amigo. A Javier Sáenz de Buruaga / Lagun baten oroigarri txiki bat. Javier Sáenz de Buruagari

*A short memory of a friend. To Javier Sáenz de Buruaga*

Iñaki Azkuna

*Alcalde de Bilbao / Bilboko Alkatea*

#### RESUMEN

**El autor relata sus primeras experiencias con Javier Sáenz de Buruaga y dibuja una imagen entrañable y cálida de amistad y lealtad como colega en las tareas compartidas en la responsabilidad política durante una serie de años.**

#### LABURPENA

**Egileak bere lehengo esperientziak kontatzen ditu Javier Sáenz de Buruagarekin eta adisketasun bero eta zintzotasun baten bihotz-bihotzeko irudia marrazten du, urte batzuen bitartean lagun bezala elkarbanatutako erantzunkizun politikoak.**

#### ABSTRACT

**The author highlights his early experiences with Javier Saenz de Buruaga and a warm picture of friendship and loyalty as a coworker in the political commitment shared for a number of years.**

En 1983, el Parlamento Vasco aprobó la Ley de Osakidetza. En aquel momento, nadie pensaba realmente en la trascendencia que tendría para la población este magnífico instrumento con que se dotaba al Gobierno de Euskadi. Tuve el honor y la responsabilidad de ser nombrado Director General de Osakidetza. Con muchísima ilusión, unos pocos creamos el núcleo de la nueva Osakidetza. Vino conmigo Javier Vergara, como director de Asistencia Sanitaria y entre los pocos funcionarios que nos acompañaron a Bilbao, se encontraba Javier Sáenz de Buruaga, como jefe del Servicio de Salud Pública del organismo. Ahí nos conocimos, nació una colaboración que duró siempre y una amistad verdadera. Pasamos juntos los primeros y difíciles pasos de Osakidetza, los momentos de amargura de la escisión del Partido Nacionalista Vasco, el nacimiento de Eusko Alkartasuna y la entrada de los socialistas en la cartera de Sanidad. Javier se quedó en Osakidetza y yo me volví a mi hospital de Cruces por poco tiempo. El Lehendakari Ardanza me nombró Consejero Secretario de la Presidencia y allá vino Javier como Secretario de Drogodependencias, donde hizo una labor meritoria. Buruaga, había estudiado Farmacia en la Complutense de Madrid. Después de un stage en Alemania y en Francia trabajó en una industria química-farmacéutica familiar, para ser posteriormente de los primeros funcionarios del Gobierno Vasco. De ese Gobierno que volvía a renacer bajo el manto del Estatuto de Gernika, una vez que en 1937 nos despojaron del legítimamente constituido las tropas franquistas.

1983an, eusko Legebiltzarrak Osakidetzaren Legea onartu zuen. Momentu horretan, inork ez zuen benetan pentsatzen Euskadiko Gobernuak zeukan instrumentu honek populazioarentzat edukiko zuen transzendentzia. Osakidetzako Zuzendari Nagusia izendatua izatearen ohore eta erantzunkizuna eduki nuen. Ilusio handiarekin, gutxi batzuk Osakidetza berriko gunea sortu genuen. Nirekin Javier Vergara etorri zen, Osasun Laguntzako Zuzendari bezala eta Bilbora lagundu zigiten funtzionari gutxien artean Javier Sáenz de Buruaga aurkitzen zen. Osasun Publikoko Zerbitzuaren erakundeko buruzagi bezala. Bertan ezagutu ginen, beti iraun zuen kolaborazio eta benetako laguntasuna sortu zen. Elkarrekin osakidetzako lehenengo eta urrats zailenak gainditu genituen, Eusko Alderdi Jeltzalearen banaketaren egoera atsekabeak, Eusko Alkartasunaren sorrera eta sozialisten sarrera sanitatearen zorroan. Javier Osakidetzan gelditu zen eta ni denbora gutxirako Gurutzetako ospitalera itzuli nintzen.

Ardantza Lehendakariak Presidentziako Idazkari kontseilaria izendatu ninduen eta bertara etorri zen Javier Drogodependentzien Idazkari bezala, non lan merituduna egin zuen.

Buruagak, Farmazilari ikasketak egin zituen Madrilgo konplutensean. Alemanian eta Frantzia stage bat egin ondoren, kimika-farmazilari etxeko lantegi batean lan egin zuen, geroago Euskal Gobernuako lehenetariko funtzionaria izateko. Gernikako estatutuaren mantupean bersortu zen gobernu horretatik, behin 1937an legez eraturakoa. Kendu zigiten tropa frankistak.

Cuando el Lehendakari Ardanza me confió la cartera de Sanidad, le pedí que Javier me acompañara como Viceconsejero, cargo que ocupó hasta que la salud le jugó una mala pasada. Entramos al Departamento en unas condiciones difíciles: en pleno destape de lo que fue el escándalo de Osakidetza, donde bastantes pretendieron entrar con unos exámenes amañados. Un escándalo y un bochorno que tuvo consecuencias. Algunos cargos públicos fueron condenados por la justicia.

Javier fue un Viceconsejero de postín, de categoría. Sus amores eran la Farmacia, y la Salud Pública. A los que teníamos unas tendencias más hospitalarias nos demostró, con González de Galdeano y sus técnicos la importancia de una buena red de detección de la enfermedad, de las vacunaciones, de la veterinaria, y su relación con la asistencia primaria y hospitalaria.

Trabajó denodadamente en la “Ley de Ordenación farmacéutica” y más tarde en todo el proceso de “Osasuna Zainduz”, pero sobre todo tuvo unas relaciones excelentes con el complejo mundo sanitario. Tenía el don de escuchar y el de comprender la situación del de enfrente y el deseo de solucionar los conflictos. Era pacífico y apaciguador. Javier destilaba humanidad y las relaciones sociales eran muy fáciles para él. Con los de arriba y con los de abajo. Sin fatuidad ni las tonterías de quienes se creen algo.

A Javier le golpeó la enfermedad en 1994, de una manera grave. Hubo que operarle de un cáncer de pulmón. Resistió la embestida y a un proceso tan grave, le toreó unos años no sin antes ser intervenido por segunda vez en una operación dramática que nos tuvo a todos acogojados. Hombre vitalista, amante de las grandes y pequeñas cosas de la vida, bilbaino por los cuatro costados y por tanto, vasco de una pieza, Javier se nos fue dejándonos huérfanos de su amistad y de su enorme humanidad. Cuando yo era estudiante de Medicina escuché en el Hospital de Basurto a un enfermo que, refiriéndose a un insigne galeno, decía que había gente que no debería de morir por el bien de la humanidad. La especie humana crece, se reproduce y muere, nos han enseñado. Lo que repetía el paciente es un imposible porque todos sabemos que debemos de morir. Pero no deja de ser un homenaje a los hombres y mujeres buenos, positivos, que por donde han pasado han tratado de hacer el bien, de construir, de ayudar, de dar aliento, en definitiva de ayudar al prójimo. Javier era de estos. De los de una pieza. Una bellísima persona, que se dice en nuestro Bilbao. Agur, lagun maitea.

Ardantza Lehendakariak Sanitateko Zorroa niregan utzi zuenean, Javierrek laguntzeko eskatu nion, kontsalariorde bezala. Lanbide horri ekin zion gaitzak harrapatu zion arte. Sailera egoera zailean sartu ginen: Osakidetza-aren iskanbila izan zen desestaldi osoan, non gehienak maneaturako azterketa batzuen ondorioz sartu nahi izan zuten. Iskanbila eta lotsak ondorioak izan zituen. Kargu publiko batzuk justiziagatik zigortuak izan ziren.

Javier handikeriazko kontseilariordea izan zen, kategoriazkoa. Farmazia eta Osasun Publikoa ziren bere amoreak. Ospitaleko joera nagusia geneukanei erakutsi zigun Gozález de Galdeanorekin eta bere teknikariekin gaixotasuna detektatzeko sare onaren garrantzia, txertaketak, albaitaritzarena, eta bere erlazioa lehen-laguntzarekin eta ospitalekoarekin.

Bipilki lan egin zuen “Farmazilari antolaketa Legean” eta geroago “Osasuna Zainduz”-aren egitura guztian, baina bereziki erlazio oso ona eduki zuen Osasun munduko esparruarekin. Parekoaren egoera entzuteko, ulerzko eta gatatzeko konpontzeko desioaren dohaina zeukan.

Baketsu eta bakegilea zen. Javierrek gizatasuna distilatzeko zuten eta erlazio sozialak berarentzat oso errazak ziren, goiko eta behekoekin. Erokeria gabe ezta zerbait direnak usten dutenen lelokeria gabe.

Javierri gaixotasunak 1994an harrapatu zion, modu astun batean. Biriki minbizirik operatu behar izan zioten. Erasoari eta prosezua astunari aurre egin zion, urte batzuetan, gaixotasuna toreatu zuen baina ez bigarren aldiz operatua izan baino lehen, denei estututa eduki zigun operazio dramatikoak.

Gizon bitalista, bizitzako gauza handi eta txikien maitalea, bilbotar sutsua eta ondorioz euskaldun petoa, Javier joan zitzaigun, denei umezurtz utziz. Ni Medikuntzako ikaslea nintzela, Basurtoko ospitalean gaixo bateri entzun nion, galeno ospetsu bateri aipamen eginez, eta horrela esaten zuen, gizatasunaren hobekuntzategatik hil behar ez zen jendea zegoela. Giza espezia, hasi, ugaldu eta hil egiten dela, erakutsi digute. Gaixoak errepikatzen zuena ezinezkoa da zeren eta, denak hil egin behar baikara. Baina omenaldia gizon –emakume, on, positibo, igaro izan diren lekutik on egitea nahi izan dutenak, eraikitzeko, laguntzeko prest dagoenari zuzenduta dago, arnasa emateko, erabatean lagun hurkoari laguntzeko. Javier hauetarikoa zen. Zati batekoa. Pertsona ederra, gure Bilbon esaten den bezala. Agur, lagun maitea.

### Recuerdo / Gogoeta

#### Memory

José Antonio Ardanza

*Lehendakari Gobierno Vasco, 1985 - 1998 / 1985-1998 Euskal Gobernuko Lehendakaria*

Pocas veces el honor y el placer que uno siente al ser invitado a prologar un monográfico de la revista de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao en homenaje a una persona son tan intensos y tan sinceros como en esta ocasión. Creo que no soy el único que así piensa. La colaboración de instituciones tan prestigiosas como el Departamento de Sanidad, el Ayuntamiento de Bilbao, la Academia de las Ciencias Médicas de Bilbao, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia y la Sociedad Vasca de Nutrición en la preparación del seminario-homenaje que constituye la base de este monográfico da testimonio del respeto profesional y de la simpatía personal que Javier Sáenz de Buruaga supo despertar en todos aquellos que tuvieron la suerte de trabajar con él.

La historia reciente de la sanidad vasca, desde su mismo comienzo en los albores de nuestro autogobierno, está ligada al nombre de Javier. Ya en los tempranos años 80, cuando nuestra Comunidad comenzaba a asumir el ejercicio de las primeras competencias en materia de salud pública, Javier Sáenz de Buruaga aparece vinculado como funcionario al Departamento de Sanidad, dirigido entonces por Javier Agirre Bilbao, y colabora activamente con los doctores Andrés Aya Goñi y Gabi Aranguren en el diseño y puesta en marcha de una organización de la salud pública y de la atención primaria que muy pronto se consideraría modélica para todo el Estado. Eran los tiempos en que el Departamento, a falta todavía de la transferencia del INSALUD, volcó todos sus esfuerzos en las áreas de la prevención, los controles sanitarios de los alimentos y del medio ambiente, la organización farmacéutica, la lucha contra la drogadicción y el por entonces emergente SIDA, así como en el diseño de lo que luego sería el Servicio Vasco de Salud-OSAKIDETZA. En todos estos proyectos y realizaciones la mente y la mano de nuestro amigo Javier dejaron su impronta, de manera a veces anónima, pero siempre decisiva. Muy pronto le tocaría dirigir como responsable político los mismos servicios que como funcionario había colaborado a poner en pie. En calidad de uno y otro, lo hizo siempre con la misma entrega y acierto.

Pero lo que ha reunido en torno a este seminario y a este monográfico de homenaje a tantas instituciones y personas no es sólo la profesionalidad que Javier siempre demostró, sino también, y sobre todo, la personalidad con que vivió. Javier era, por decirlo con las palabras con que el poeta Antonio Machado se definió a sí mismo, "un hombre, en el buen sentido de la palabra, bueno". Su capacidad de relacionarse con los demás, tanto dentro del Departamento como fuera de él, su disposición a la amistad, su actitud comprensiva hacia

Pertsona baten omenez egingo den gai bakarrek sarrera egiteko gonbidatzen zaituztenean batek sentitzen duen ohorea eta plazerra gutxitan izango dira hain trinko eta benetakoak. Uste dut ez naizela horrela pentsatzen duen bakarra. Osasun Saila, Bilboko Udaletxea, Bilboko Medikuntza Akademia, Bizkaiko Farmazilari Elkarte eta Elikapenaren Euskal Elkarte bezalako erakunde ospetsuen kolaborazioak monografiko honen oinarria osatzen duen mintagi-omenaldi honen prestakuntzan, Javier Sáenz de Buruagarekin lan egin zutenen begikotasun pertsonala eta errespetu profesionalaren testigantza ematen du.

Euskal Sanitatearen oraintsuko historia, gure autogobernuaren hasieratik, Javierren izenari loturik dago. Jadanik, 80. hamarkadan, gure Elkargoa osasun publikoko materialen lehenengo kompetentzien ekintzak bereganatzen hasten zenean, Javier Sáenz de Buruaga Osasun Erakundeari loturik agertzen da, Javier Agirre Bilbaok zuzenduta zegoelarik, eta Andrés Aya Goñi eta Gabi Arangurenekin osasun publikoko eta lehen adituenaren Estatu mailan eredu bezala hartuko zena, antolaketaren egituraren eta martxa jartzean aktiboki kolaboratzen du. Garai honetan osasun sailak INSALUD-en transferentziaren zain zeudela, bere indar guztiak prebentzio, elikagai eta ingurunearen osasun kontroleran, farmazilari antolaketan eta drogomenpekotasun eta azaleratzen ari zen IHESaren aurkako borrokan, erabili eta jarri zituen. Baita ere, OSAKIDETZA izeneko Euskal Osasun Zerbitzua guzti honetan, gure lagun Javierren buru eta eskuak aztarna utzi zuten, batzuetan modu izengabearen, baina beti erabilgarria. Laster, funtzionari bezala martxan jarri zuen zerbitzuak, arduradun politiko bezala zuzendu beharko zituen. Bata eta bestearen kalitatean, beti emate eta arrakasta berdinarekin egin zuen.

Baina omenaldi honen inguruan batu diren hainbat instituzio eta pertsona ez dira elkartu bakarrik Javierrek agertu zuen profesionaltasuna dela eta, baita ere, eta bereziki, izan zuen pertsonalitateagatik. Antonio Machadok bere pertsonalitatea definitu zuen bezala, "Gizon bat, hitzaren zentzu onenean, ona" definitu dezakegu Javier. Besteekin erlazionatzeko gaitasuna, erakunde baren zein kanpoan, bere adiskidetasuna,

las ideas de los otros, su entrañable humanidad, su entrega al servicio público, fueron, entre otras, las cualidades que, vividas por él con absoluta naturalidad, le han granjeado hoy el reconocimiento y el respeto de cuantos lo conocieron y trabajaron con él.

No es común que en una misma persona coincidan, de manera tan eminente, profesionalidad y humanidad, eficacia en el trabajo e intensidad en la relación personal, éxito en las realizaciones y aceptación universal. Quizá todo este cúmulo de insólitas coincidencias sólo pueda explicarse gracias a esa otra cualidad que todos los que lo conocimos pudimos siempre detectar y admirar en Javier: su sincera modestia. Fue uno de esos hombres que pasó por este mundo sin parecer darse cuenta de cuánto bien hacía a todos y de qué bien lo hacía todo. Esa especie de pasar de puntillas por la vida, de hacer todo como si nada hiciera, de volcarse en el trabajo dispuesto siempre a compartir los éxitos, esa humildad no fingida, sino como espontánea y connatural, es la característica personal que da razón cabal de que tantos profesionales y amigos hayamos querido sumarnos a este monográfico-homenaje tan absolutamente merecido. Gogoan zaitugu, Javier!

besteen ideiak ulertzeko dohaina, bere gizatasuna zerbitzu publikoari emana, izan ziren, beste batzuen artean, berarekin lan egin eta ezagutu zutenen errespetua, eman dioten kualitateak.

Ez da ohizkoa, pertsona baten, profesionaltasuna eta gizatasuna, lanean eragingarritasuna eta erlazio pertsonalen intentsitatea, eginkizunetan arrakasta eta onarpen unibertsala, kualitate guzti hauek bat egitea. Behar bada kualitate hauek azaltzea ezinezkoa litzateke, Javierren beste kualitate bat aipatu gabe: bere egizko apaltasuna. Esan daiteke, Javier ez zela konturatzzen zenbat on egin zuen gizakiengan eta zeinen ondo egiten zituen gauza guztiak.

Bizitza honetan ixilpean igarotzea, lanean buru-belarri ekitea eta lankideekin bere lorpenak elkarbanatzeko prest egotea, benetako gizatasun hori da, erabat merezitako monografiko-omenaldi honetan hainbeste lagun batu gaituen ezaugarri pertsonala. Gogoan zaitugu, Javier!

ción sur-sureste, de tal forma que el eje de sobrecarga ponderal presenta sus picos máximos en Galicia, Andalucía y Canarias.

El objetivo de una política nutricional bien planificada es modificar los hábitos alimentarios de la población y encaminarlos hacia un patrón alimentario más correcto de manera que repercuta en una mejora en la salud de la población. Consiste en fomentar que la elección del modelo alimentario más saludable sea más fácil y por tanto deben reducirse barreras y obstáculos. A pesar de que los conocimientos de la población sobre dieta saludable son importantes para que adopten dichas pautas, también debemos tener en cuenta aspectos socioeconómicos, culturales y ambientales. En un estudio que pretendía evaluar el concepto de alimentación saludable en los distintos países europeos (18), se observó que aquellos países con el peor concepto de lo que se considera una dieta sana y equilibrada eran los que mostraban una pauta dietética más correcta, una mortalidad por enfermedad coronaria más baja y una esperanza de vida más alta (Grecia). Por tanto, aunque los conocimientos en nutrición sean escasos, si la disponibilidad alimentaria y la cultura gastronómica y las costumbres son saludables, la ingesta dietética de la población también lo es.

La modificación de cualquier hábito es más fácil si hay un público diana predispuesto y receptivo y un medio de distribución de la información que tenga la confianza del receptor. Es de destacar la baja confianza que merece la información canalizada por las administraciones gubernamentales, característica común a toda la Europa Mediterránea (19) y que pone de manifiesto el bajo interés que hasta ahora han puesto en los aspectos de nutrición los gobiernos del área mediterránea, destacando en este sentido la reciente iniciativa francesa y la de algunas comunidades autónomas españolas como el propio País Vasco o Cataluña.

Cuando analizamos las variaciones geográficas en el consumo de grupos de alimentos en España, observamos notables diferencias regionales que a nivel ecológico propiciarían una explicación parcial muy plausible a las desigualdades sanitarias existentes en nuestro país (19,20). Además gran parte de estas diferencias están fundamentalmente influenciadas por el nivel socioeconómico y cultural. Las encuestas de presupuestos familiares ponen de manifiesto este fenómeno en el que cabe destacar el consumo de frutas y hortalizas, vino, carnes, pescados y lácteos, entre otros. De hecho, las diferencias alimentarias en el ámbito regional son más acusadas que las que se desprenden para otros factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo, etc.) de las encuestas Nacionales de Salud; así, parece que las desigualdades en la mortalidad por enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer,...) se puedan explicar mejor por las desigualdades en los indicadores socioeconómicos y alimentario-nutricionales que por otros factores de riesgo conocidos. Por ello, si lo que pretendemos con una estrategia de salud pública a nivel nacional es reducir las desigualdades en materia sanitaria entre las distintas comunidades españolas, la alimentación y nutrición deberán ocupar un lugar prioritario.

Una política de salud pública en España que pretenda reducir las desigualdades sanitarias entre las distintas comunidades autónomas debe invertir en nutrición y situar la misma en un lugar prioritario de la agenda política. Por lo menos en un lugar más prioritario que hasta ahora, y tomar la iniciativa que algunas Comunidades ya tomaron hace más de veinte años. Gracias amigo Javier Sáenz de Buruaga por tu ejemplo.

## Referencias bibliográficas

1. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Eguileor I, Marzana I, González de Galdeano L, Sáenz de Buruaga J. Food consumption patterns in the adult population of the Basque Country (EINUT-1). *Public Health Nutr.* 2001; 4 (1A): 131-139.
2. Aranceta J, Pérez C, Amela C, García Herrera R. Encuesta de nutrición de la Comunidad de Madrid. Dirección General de prevención y

Promoción de la Salud. Documento Técnico de Salud Pública nº18. Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1994.

3. Serra Majem L, Ribas Barba L, García Clossas R, Ramon Torrell JM, Salvador Castell G, Farran Codina A. y cols: Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993). Avaluació dels hàbits alimentaris, el consum d'aliments, energia i nutrients, i de l'estat nutricional mitjançant indicadors bioquímics i antropomètrics. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
4. Mataix Verdú J, Llopis González J, Martínez de Vitoria E, Montellano Delgado MA, López Frías M, Aranda Ramírez P. Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Granada. Dirección General de Salud Pública y Participación de la Junta de Andalucía, Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999 (Pub offset).
5. Serra Majem L, Ribas Barba L, Armas Navarro A, Alvarez Leon E, Sierra A. Ingesta de energía y nutrientes y riesgo de ingestas inadecuadas en Canarias (1997-98). *Arch Latinoam Nutr* 2000; 50 (Supl 1): 7-22.
6. Serra Majem L, Armas Navarro A, Ribas Barba L. Consumo de alimentos y fuentes alimentarias de energía y nutrientes en Canarias (1997-98). *Arch Latinoam Nutr* 2000; 50 (Supl 1): 23-33.
7. Aranceta Bartrina J, Serra Majem L, Pérez Rodrigo C, Llopis González J, Mataix Verdu J, Ribas Barba L y cols. Las vitaminas en la alimentación de los españoles. Estudio eVe. Análisis en población general. En: Aranceta Bartrina J, Serra Majem L, Ortega Anta RM, Entrala Bueno A, Gil Hernández A. (eds). Las vitaminas en la alimentación de los españoles. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. p. 49-93.
8. Ortega RM, Mena MC, Taci M, Santana JF, Serra L. Vitamin status in different groups of the Spanish population: a meta-analysis of national studies performed between 1990-1999. *Public Health Nutr*, 2001; 4: 1325-29.
9. Serra Majem L, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Roman Viñas B, Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Med Clin* 2003;121:126-131.
10. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Ribas L, Serra-Majem L. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. *Eur J Clin Nutr*, 2003; 57 (Suppl 1): S40-S44.
11. Serra Majem L, Aranceta J. Group of Nutrition Guidelines of the Spanish Society of Community Nutrition. Nutrition and dietary guidelines for the Spanish population. Tool for a nutrition policy in Spain. En: Wheelock V (ed). Implementing Dietary Guidelines for Healthy Eating. Londres, Chapman & Hall; 1997. p. 223-244.
12. SENC. Guías Alimentarias para la Población Española: recomendaciones para una dieta saludable. Madrid; IM&C, S.A.; 2001 p. 1-502.
13. Serra-Majem L, Aranceta J in behalf of the SENC Working Group on Nutritional objectives for the Spanish population. Nutritional objectives for the Spanish population. Consensus from the Spanish Society of Community Nutrition. *Public Health Nutr* 2001; 4: 1409-13.
14. Gibney MJ, Serra-Majem L, Kearney JM, Becker W, Löwik MRH, Wiseman M, y cols. Por una política de nutrición en Europa en el siglo XXI: desarrollo de unas guías alimentarias basadas en el consumo de alimentos. *Nutr Clin* 2000; XX: 111-128.
15. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J. (eds). Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid. Vol 2. Barcelona: Masson; 2002. p. 81-108.
16. Aranceta Bartrina J, Serra Majem L, Ribas Barba L, Pérez-Rodrigo C. Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J. (eds) Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid. Vol 2. Barcelona: Masson; 2002. p. 109-127.
17. Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Serra-Majem L, Ribas L, Quiles-Izquierdo J, Vioque J, Foz M and Spanish Collaborative Group for the Study of Obesity. Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study. *Eur J Clin Nutr*, 2001; 55: 430-435.
18. Martínez-González MA, Holgado B, Gibney M, Kearney J, Martínez JA. Definitions of healthy eating in Spain as compared to other European Member States. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 557-564.
19. Serra Majem L, Ferro-Luzzi A, Bellizzi MC, Salleras L. Nutrition policies in Mediterranean Europe. *Nutr Rev* 1997; 55 (Suppl 1): S39-S55.
20. Gutierrez-Fisac JL, Rodríguez-Artalejo F, Gualtar-Castillon P, Banegas Banegas JR, Rey Calero J. Determinants of geographical variations in BMI and obesity in Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 342-347.

## Osasuna Zainduz

### Javier Sáenz de Buruaga: un maestro y un amigo

*Osasuna Zainduz: Javier Sáenz de Buruaga: a Master and a friend*

José Antonio Ortiz<sup>1</sup>, Eusebio Melero<sup>2</sup> y Jon Lezertua<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Director de Régimen Jurídico Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

<sup>2</sup> Diputado Foral Departamento de Obras Públicas y Transportes. Diputación de Bizkaia

<sup>3</sup> Viceconsejero de Sanidad. Departamento de Sanidad – Gobierno Vasco

#### RESUMEN

**Los autores resaltan la contribución de Javier Sáenz de Buruaga al desarrollo de la sanidad pública en Euskadi, y especialmente su participación relevante en la génesis de Osasuna-Zainduz, en la Ley de Ordenación Farmacéutica de la CAPV y en la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, aportando matices personales y de amistad. PALABRAS CLAVE: Salud Pública; asistencia sanitaria.**

#### LABURPENA

**Egileek nabarmentzen dute Javier Sáenz de Buruagaren ekarpena Euskadiko osasun publikoaren garapenean eta bereziki bere partaidetza garrantzitsua Osasuna-Zainduz-eko sorreran, EHA Farmazilari Antolaketako Arauan eta Euskadiko Osasun Antolaketaren Arauan, lits pertsonalak eta adiskidantza ezarriz.**

#### ABSTRACT

**Authors highlight the contribution of Javier Sáenz de Buruaga to the development of Public Health in the Basque Country, and particularly his relevant contribution to the onset of Osasuna-Zainduz, the Law for the Pharmaceutical Organization of the Basque Country and the law for the Organization of the Health System in the Basque Country, contributing with personal remarks as well as signs of friendship. Key words: Public Health; health care.**

Las aportaciones de Javier Sáenz de Buruaga a la Sanidad Vasca fueron y son, a nuestro entender, importantes desde un punto de vista objetivo, puesto que los resultados obtenidos durante el período en que fue Viceconsejero de Sanidad se aprecian en la realidad y están publicitados en los Boletines Oficiales.

No obstante, queremos aportar una visión subjetiva, como no podría ser de otra forma ya que, siendo sus colaboradores, fuimos también sus amigos.

Sin olvidarnos de su trabajo y esfuerzo continuo, atendiendo y resolviendo todos los asuntos que, a diario, surgían en la gestión pública sanitaria, tenemos que referirnos especial-

mente a tres hitos de la sanidad vasca en los que él participó relevantemente.

Estamos pensando en Osasuna-Zainduz, en la Ley de Ordenación Farmacéutica de la CAPV y en la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

En los tres proyectos, le recordamos realizando una ingente labor de coordinación, discusión, negociación y acuerdos, sin la cual, probablemente, no se hubieran dado los mismos resultados de fondo y en los plazos precisos.

Con el Plan Estratégico Osasuna-Zainduz se establecieron las bases de una sanidad vasca más moderna, eficiente y adaptada a la realidad actual, con el fin de encarar el futuro inmediato en condiciones.

Esta fuente de reflexión que supuso aquel Plan Estratégico, mayoritariamente respaldado en el Parlamento Vasco el 23 de junio de 1993, fue la base principal de la Ley 8/1997, de Ordenación Sanitaria de Euskadi; que tiene por objeto la ordenación sanitaria de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a través de la delimitación general de las actuaciones que permiten hacer efectivo en su ámbito territorial el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud y mediante la regulación de las estructuras que configuran el Sistema Sanitario de Euskadi.

Pero su dedicación a la sanidad en general no le restó tiempo para dedicarse, también, a la ordenación farmacéutica en particular, campo que, por su formación, conocía en profundidad. Fruto de su impulso, en 1994 el Parlamento Vasco aprobó la Ley 11/1994 de Ordenación Farmacéutica de la C.A. del País Vasco, que tuvo por objeto la regulación de la atención farmacéutica que debe prestarse a la ciudadanía de este país.

En este ámbito, podríamos destacar que la Ley fue pionera en el Estado e imitada por la mayoría de las Comunidades Autónomas que, con posterioridad, han regulado la ordenación farmacéutica.

En cualquier caso, ni el trabajo diario, ni los intensos períodos de reflexión y debate sobre los grandes proyectos que luego se demostraron estratégicos, ni siquiera su grave enfermedad detectada al final de su etapa de Viceconsejero impidieron que Javier, aunque de genio rápido, perdiera ni un minuto su sentido del compañerismo, su respeto por los demás y, por encima de todo, su alegría de vivir. Con esas virtudes nos dio confianza, ánimo y seguridad. Disfrutamos trabajando con él y más aún, compartiendo ratos de ocio, cuando nunca nos dejaba de sorprender en las largas tertulias sobre los asuntos más insospechados en los que exhibía una notable erudición.

Javier, por todo esto y mucho más, por todas las horas de tu vida que nos dedicaste, por tu talante, por tu trato y por tu humanidad, te recordamos y te llevamos en el corazón.

Un abrazo, siempre.

Correspondencia: Jon Lezertua  
Departamento de Sanidad – Gobierno Vasco  
C/ Donostia – San Sebastián, 1. LAKUA.  
01010 Vitoria- Gasteiz

## Javier Sáenz de Buruaga, la nutrición y la Salud Pública en la CAPV (1983-2002)

*Javier Sáenz de Buruaga, Nutrition and public health in the Basque Country (1983-2002)*

Gabriel M<sup>a</sup> Inclán Iribar

Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco

### RESUMEN

**El autor describe la implicación profesional de Javier Sáenz de Buruaga en las distintas iniciativas llevadas a cabo por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en el periodo 1983-2002. En sus distintos cometidos en la Administración Sanitaria Vasca, se resalta su papel singular en el plan de drogodependencias, en el proyecto de ordenación farmacéutica y sanitaria, en la Encuesta de Nutrición del País Vasco y en otros proyectos vinculados a la salud pública y a la organización sanitaria. PALABRAS CLAVE: Nutrición. Salud Pública. Encuesta de Nutrición.**

### LABURPENA

**Egileak Javier Sáenz de Buruagaren zeregin profesionala deskribitzen du, 1983-2002 epean Eusko Jauriaritzako Osasun Sailak eraman dituen ideietan. Euskal Osasun Administrazioan zeregin ezberdinetan, Drogodependentzia planean, farmazi eta osasun antolamenduko proiektuetan, Euskal Herriko Elikapen inkestetan eta Osasun Publikoari eta Osasun Erakundeari lotutako beste proiektuetan bere bestelako garrantzia nabarmentzen da.**

### ABSTRACT

**The author highlights the professional contribution of Javier Sáenz de Buruaga to different initiatives carried out by the Department of Health of the Basque Government in the period 1983-2002. Particularly, his impulse to the program on Drug abuse, Pharmaceutical and Health organization, Nutrition survey of the Basque country and other projects linked to Public Health and Health organization. KEY WORDS: Nutrition. Public Health. Nutrition Surveys.**

Quiero agradecer a la Sección de Ciencias de la Alimentación de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao su invitación a participar en este seminario en merecido homenaje a Javier Sáenz de Buruaga, un excelente profesional y mejor persona que tuvo el mérito de dejar una impronta indeleble en el mundo sanitario de Euskadi. De hecho, me resulta difícil pensar en alguna iniciativa de importancia estructural para nuestro sistema en la que Javier no participara bien en su génesis, bien en su desarrollo.

Los programas de vacunaciones, las en su día pioneras iniciativas de lucha contra el sida o las drogodependencias, los planes directores de cáncer y enfermedades cardiovasculares, la seguridad alimentaria, la promoción de la lactancia materna, el impulso de la bioética y el consentimiento informado, la sanidad ambiental, los programas de educación para la salud o la ordenación farmacéutica y sanitaria, además de muchas otras actuaciones que me dejo en el tintero, tienen la huella de Javier que, a lo largo de su dilatada trayectoria, ejerció sus responsabilidades con entusiasmo, con espíritu progresista y con una indudable vocación social, acompañado de un talante abierto a las nuevas tendencias y generoso con sus compañeros. Contribuyó a modernizar el rumbo, la estructura y la organización de todo nuestro sistema, convencido de la necesidad de disponer

de una sanidad preferentemente pública, sólida, efectiva, eficiente, ágil y de calidad, como señas de identidad.

Sin duda, en el largo camino recorrido, Javier fue siempre coherente con el compromiso y responsabilidad de dar cumplida respuesta a las necesidades de salud de nuestros conciudadanos, para seguir mejorando permanentemente y para que los vascos y vascas se sientan orgullosos de su sistema sanitario.

Por tanto, resulta imposible resumir su herencia en unas pocas páginas. Valga, para expresarla, la imagen que nos dejó: la del "Viceconsejero de Sanidad" por excelencia, aquél que trabajó casi siempre desde la sombra para hacer grande al Departamento.

Pero no en vano este Seminario de homenaje se ha centrado en la nutrición y la salud pública. Si la impronta de "Buru" se deja notar en todos los ámbitos, ésta era sin duda una de las áreas a las que tenía más apego. Gastrónomo de pro y excelente conocedor de la nutrición, combinó estas características con su formación en salud pública para poner en marcha programas tan novedosos e importantes como el de dieta total para el análisis de los riesgos de los contaminantes en nuestra alimentación ordinaria a través de los laboratorios de salud pública, que tanto apoyó.

Del mismo modo, su impulso fue fundamental para elaborar la Encuesta de Nutrición de la CAPV, que tanto nos ayudó a determinar los riesgos de nuestra alimentación y a establecer programas de mejora de nuestros hábitos alimentarios como factor fundamental de la salud y calidad de vida.

Recuerdo cómo, en el homenaje al Profesor Francisco Grande Covián de 1995, Javier explicaba que nuestra sociedad vasca, acostumbrada a principios de siglo a una dieta tradicional de castañas, habas, cereales y tocino, a la que se añadían el pescado en la costa y la leche en el interior, fue introduciendo progresivamente la patata, el tomate y otras verduras, el aceite y el vino para, finalmente, deslizarse hacia los alimentos preparados y las comidas rápidas.

Fue precisamente la Encuesta de Nutrición de 1990 la que demostró que la dieta media vasca era excesiva en proteínas y grasas y, especialmente, en alcohol.

Así que Javier se afanó en promover la adquisición de hábitos más saludables, a sabiendas de que era necesario fomentar la responsabilidad y el autocuidado, ya que estaba profundamente concienciado en que la prevención está íntimamente ligada a nuestros estilos de vida, a nuestros comportamientos y a nuestro desarrollo cultural. Siempre decía que la educación sanitaria es una parte fundamental de la educación, porque un pueblo educado es un pueblo prevenido.

Pero, del mismo modo, sabía que en la nutrición, donde influyen las costumbres, la tradición, los sentimientos y las sensaciones, era imprescindible no perder de vista que las recomendaciones dietéticas deben tener en cuenta el gusto si quieren tener posibilidades de éxito. Por eso, entre otras cosas, las guías dietéticas y de dietoterapia básica que elaboró el Departamento de Sanidad bajo su supervisión, ya en 1995, ofrecían pautas nutricionales en las que se recomendaba, además de consumir una dieta muy variada, disfrutar de comidas apetitosas y agradables. No podía ser de otra manera siendo, como era Javier, un sibarita además de un gran nutricionista, que gustaba de repetir la frase de Grande Covián de que "es más fácil cambiar de religión que de hábitos dietéticos".

En definitiva, ese era Javier. Un hombre que supo combinar el rigor científico y la seriedad en el ejercicio de su cargo con la amistad y el cariño a sus colaboradores.

Tomó partido a lo largo de su trayectoria por las múltiples iniciativas en las que se embarcaron el Departamento de Sanidad y Osakidetza con el fin de flexibilizar y acercar las estructuras sanitarias a los ciudadanos y ciudadanas y para ofrecer una prestación sanitaria global de calidad y eficiente, impulsando, al fin y a la postre, el modelo de sanidad que los vascos y vascas hemos decidido tener.

Correspondencia:  
Gabriel M<sup>a</sup> Inclán Iribar  
Departamento de Sanidad – Gobierno Vasco  
C/ Donostia – San Sebastián, 1. LAKUA.  
01010 Vitoria-Gasteiz

## La nutrición y la Salud Pública en España: Papel de motor y liderazgo del País Vasco

*Nutrition and public health in Spain: The leading role of the Basque Country*

Lluís Serra Majem<sup>1,2,3,4</sup>

1. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Departamento de Ciencias Clínicas, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública.

2. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Programa d'Alimentació i Nutrició, Asesor.

3. Parc Científic de la Universitat de Barcelona, Centro de Investigación en Nutrición Comunitaria, Director.

4. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, Presidente.

### Excmo. Sr. D. Javier Sáenz de Buruaga "In memoriam"

Al maestro y amigo Javier Saenz de Buruaga,  
con el recuerdo de todo lo que juntos aprendimos y vivimos  
y la nostalgia de lo que nos quedó por aprender y vivir a su lado.

#### RESUMEN

La importante mejora en las condiciones de vida y en el poder adquisitivo de la población española se ha visto reflejada en el progresivo abandono del patrón de consumo alimentario tradicional, más cercano a la Dieta Mediterránea. Tanto las sucesivas Encuestas de Presupuestos Familiares, como las Encuestas Nutricionales realizadas en diferentes Comunidades Autónomas, como el País Vasco y Cataluña, así lo reflejan.

Los datos más recientes en población infantil y juvenil procedentes del estudio enKid evidencian de manera aún más acusada estos cambios y sobretodo, su repercusión en la prevalencia de obesidad. Según este estudio, la prevalencia de obesidad en los varones españoles entre 2 y 24 años es del 15,6% y en las mujeres del 12%. El estudio SEEDO '2000 ha permitido estimar la prevalencia de obesidad en la población adulta, con tasas más elevadas en Galicia, Andalucía y Canarias.

Parece que las desigualdades en la mortalidad por enfermedades crónicas se puedan explicar mejor por las desigualdades en los indicadores socioeconómicos y alimentario-nutricionales que por otros factores de riesgo conocidos. La alimentación y nutrición deben ocupar un lugar prioritario en las estrategias de salud pública encaminadas a reducir las desigualdades en salud.

**PALABRAS CLAVE:** Nutrición. Salud Pública. Obesidad. indicadores socioeconómicos. Desigualdades en salud.

#### LABURPENA

Bizitzako egoeraren hobekuntza garrantzi handia eta espainia populaketaren botere eskuraketa isladatua izan da, jatorrizko elikagai ohituren uztearekin, Dieta Mediterraneora hurbilduz. Honenbeste aurrekontu familiarren inkesta jarraipenak, nahiz Komunitate Elkargo ezberdinetako, Euskal Herriko eta Kataluniako elikapen Inkestek horrela adierazten duten bezala.

Haurren eta gaztetxoaren populaketaren, enKid ikerlanetik jasotako oraintsuko datuek modu nabarmentsu batean aldatuta honek erakusten digute, eta honez gain, bere eragina pertsona gizenetan. Ikerlan honen arabera, gizenen nagusitasuna gizon espainoletan 2 eta 24 bitartekoa da, hau da, %15.6 eta emakumezkoetan % ko 12 a SEEDO '2000 ikerlanak populaketa nagusien gizenen arteko nagusitzea estimatzen utzi du, Galizian, Andalutziaren eta Canariasen dauka tasarik handienak edukiz.

Hilkortasunaren desberdintasuna gaixotasun kronikoen bitartez hobeto azaldu ahal da, sozioekonomi eta elikagai-elipanen adierazleengaitik, ezartzen diren beste arrisku faktoreengaitik baino. Elikadura eta elikapenak osasun publikoaren estrategien lehen postuak eduki behar dituzte, osasunean desberdintasunak gutxieraziz.

#### ABSTRACT

Improvement in living conditions and socioeconomic level in Spain has been reflected in shifts from traditional food patterns, which used to be close to Mediterranean Diets, shown by both Household Budget Surveys and individual level nutritional surveys in different regions such as the Basque Country or Cataluña.

Recent data from the enKid study suggests that this changes are even deeper among Spanish children and young people, and mainly their contribution to an increase in the prevalence of obesity. According to this survey, prevalence of obesity in Spanish males aged 2-24 years is 15,5% and among females 12%. The SEEDO '2000 study provides estimates for the prevalence of obesity in adults, showing higher rates in Galicia, Andalucía and the Canary Islands.

It seems that inequalities in death rates from chronic diseases can be better explained by unequal distribution of socioeconomic and food and nutrition indicators rather than by any other known risk factors.

**KEY WORDS:** Nutrition. Public Health. Obesity. Socioeconomic indicators. Health inequities.

Los hábitos alimentarios de una población son un reflejo muy aproximado de su estado económico. Los países occidentales no suelen presentar problemas de enfermedades carenciales sino patologías asociadas a dietas cada vez más desestructuradas y a un sedentarismo en aumento.

La aparición del concepto de dieta mediterránea y su efecto sobre la salud parece que, paradójicamente, se acompaña de un abandono de su práctica en España. Si observamos la evolución de los hábitos alimentarios en nuestro país, es evidente que el patrón de consumo se aleja de dicha dieta tan saludable y se acerca a un patrón de consumo más occidental.

El análisis de las encuestas de presupuestos familiares y las encuestas individuales realizadas en ciertas comunidades autónomas (País Vasco (1), Madrid (2), Cataluña (3) y más recientemente Andalucía (4) y Comunidad Canaria (5,6)) muestra que la tendencia es que en la dieta los lípidos y los hidratos de carbono colaboran de manera similar en el aporte calórico total y que el aporte proteico es muy elevado, con diferencias regionales. Los últimos datos disponibles sobre ingesta alimentaria en España ponen de manifiesto este fenómeno en la población general (estudio eVe) (7,8) y en la población infantil y juvenil (estudio enKid) (9,10).

Correspondencia: Lluís Serra Majem  
Unidad de Investigación en Nutrición Comunitaria  
Parque Científico Universidad de Barcelona  
Baldiri i Reixac, 4-6. Edificio Las Cúpulas  
08028 BARCELONA

La modificación de los hábitos de consumo requiere de un proceso que facilite la adaptación de aquellos patrones alimentarios más saludables. Para ello es necesaria una política nutricional basada en acciones sobre la demanda, la disponibilidad y la calidad de los alimentos y una población receptiva a la misma. Viendo la evolución de los hábitos alimentarios en España, la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (11-13) ha fijado en sus sucesivas reuniones nacionales, y muy especialmente en la que tuvo lugar en Bilbao en el año 2000, lo que considera han de ser los objetivos nutricionales de la población española y su traducción en unas guías alimentarias basadas en el consumo de alimentos (14). De la manera en que se hagan llegar estos objetivos y guías a la población general y de que ésta los haga suyos y los ponga en práctica depende en gran medida el futuro de la Salud Pública en España.

Los datos más recientes que se disponen sobre los hábitos alimentarios en la población infantil y adolescente son el estudio EnKid (9,10), realizado entre los años 1998 y 2000 con el objetivo de conocer los hábitos alimentarios y el estado nutricional de este grupo de población. Conocer cómo come la población infantil y juvenil nos da una visión del futuro de la alimentación en España. Actualmente, según este estudio, la prevalencia de obesidad es de un 15,6% en niños y de un 12% en niñas de 2 a 24 años de edad (15), siendo la prevalencia superior en Andalucía, Canarias y Levante. Estos datos coinciden con los obtenidos en las encuestas en población adulta. Si bien la prevalencia de obesidad infantil en España no es tan alarmante como en otros países europeos y Norteamérica, la tendencia en varones es que aumente (no en mujeres), poniendo de relieve la necesidad de desarrollar políticas de salud pública adecuadas que frenen esta evolución. La obesidad en la infancia está asociada al nivel socioeconómico y de instrucción de los padres, al seguimiento de dietas y a la calidad del desayuno (tabla 1) (16).

El colectivo infantil y juvenil en España es según el estudio enKid el grupo poblacional con un mayor riesgo de ingestas inadecuadas y con una mayor ingesta de ácidos grasos saturados.

El riesgo nutricional en estas edades se asocia fuertemente a la edad y al género y también al nivel socioeconómico, al nivel de instrucción de la madre, al número de hermanos (mayor número, mayor riesgo) y a la calidad del desayuno (tabla 2). En algunas Comunidades Autónomas como el País Vasco o Cataluña el riesgo nutricional y de obesidad es más bajo, hecho que se podría relacionar con la precocidad y efectividad de los programas de intervención en nutrición comunitaria en las mismas, entre otros factores.

El estudio SEEDO'2000 ha dado una estimación actualizada de la tipificación ponderal de la población adulta española. Los datos actuales permiten estimar que el 14,5% de la población entre 25 y 60 años es obesa. La prevalencia de obesidad en el colectivo femenino es del 15,7% y en los hombres el 13,3%. El 2% están tipificados como individuos con obesidad mórbida, 3% en mujeres. El 39% de la población tienen sobrepeso (IMC ≥ 25). En este grupo se encuadran el 45 % de los hombres y el 32 % de las mujeres entre 25 y 60 años.

El análisis de la influencia de los factores ambientales sobre la distribución ponderal en el estudio SEEDO'97 puso de manifiesto que la prevalencia de obesidad aumentaba con la edad, tanto en hombres como en mujeres, con una odds ratio (OR) por cada 10 años de 1,40 (IC 95%: 1,39-1,42) en los hombres y 1,86 (IC 95%: 1,85-1,87) en las mujeres (17). El modelo de regresión logística, ajustado para la edad evidenció tasas de obesidad más elevadas en los grupos con menor nivel cultural, OR = 1,80 (IC 95%: 1,78-1,81) en los hombres y OR = 2,36 (IC 95%: 2,29-2,42) en las mujeres. En el colectivo de varones, la prevalencia de obesidad en el medio rural fue mayor, OR = 1,87 (IC 95%: 1,86-1,89), en comparación con las zonas urbanas. El análisis de la distribución geográfica puso de manifiesto una mayor prevalencia de obesidad cuando nos movemos en direc-

TABLA 1  
**Odds Ratio para la prevalencia de obesidad según factores sociodemográficos y estilos de vida. Estudio enKid**

	HOMBRES	MUJERES
	ODDS RATIO (IC 95%)	ODDS RATIO (IC 95%)
<b>Edad</b>		
2 - 5 años	1,0	1,0
6 - 9 años	1,37 (1,36 - 1,38)	1,01 (0,96 - 1,04)
10 - 13 años	1,58 (1,56 - 1,59)	0,80 (0,79 - 0,81)
14 - 17 años	1,18 (1,17 - 1,19)	0,82 (0,80 - 0,84)
18 - 24 años	1,01 (0,98 - 1,04)	1,06 (1,03 - 1,10)
<b>Nivel de estudios de la madre*</b>		
Bajo	1,15 (0,80-1,66)	1,83 (1,33 - 2,52)
Medio	0,82 (0,58 - 1,16)	0,82 (0,60 - 1,13)
Alto	1,0	1,0
<b>Nivel socioeconómico*</b>		
Bajo	1,32 (0,94-1,83)	1,69 (1,24-2,30)
Medio	0,90 (0,62-1,32)	0,83 (0,57-1,20)
Alto	1,0	1,0
<b>Habitat*</b>		
<10.000	1,0	1,0
10.000-50000	1,09 (0,74-1,62)	1,19 (0,85-1,66)
50000-350000	1,09 (0,74-1,59)	1,03 (0,73-1,46)
>350000	0,86 (0,55-1,32)	0,65 (0,43-1,0)
<b>Región*</b>		
Centro	1,0	1,0
Nordeste	0,67 (0,41 - 1,11)	0,86 (0,57 - 1,29)
Norte	0,97 (0,60 - 1,56)	1,01 (0,66 - 1,54)
Sur	1,06 (0,61 - 1,85)	1,18 (0,73 - 1,91)
Levante	0,97 (0,53 - 1,78)	0,76 (0,41 - 1,41)
Canarias	1,21 (0,59 - 2,50)	2,01 (1,21 - 3,32)

IC 95%: Intervalo de confianza 95% para la Odds Ratio de Prevalencia en el modelo de Regresión Logística condicional  
\*Ajustado para la edad  
Fuente: Aranceta et al, 2002.

TABLA 2  
**Variables asociadas a alto riesgo nutricional en la población española de 2 a 24 años. Estudio enKid**

VARIABLES	RIESGO NUTRICIONAL		Intervalo de Confianza 95%		
	ALTO n	BAJO n	OR	Inferior Superior	P
Sexo					
Varones	156	334	1,00		
Mujeres	746	199	2,83	(2,51-3,20)	0,00
Grupo de edad (años)					
2-5	5	217	1,00		
6-9	5	220	0,03	(0,01-0,06)	0,00
10-13	126	20	7,90	(4,97-12,56)	0,00
14-17	273	46	7,44	(5,12-10,82)	0,00
18-24	493	30	20,61	(13,77-30,85)	0,00
p tendencia					0,00
Clase Social*					
Baja	443	206	1,00		
Media	269	181	1,10	(0,77-1,58)	0,60
Alta	143	118	0,63	(0,42-0,95)	0,03
p tendencia					0,05
Nivel educacional de la madre**					
Bajo	284	61	1,00		
Medio	358	242	1,17	(0,81-1,67)	0,40
Alto	154	180	0,55	(0,36-0,86)	0,01
p tendencia					0,03
Numero de hermanos**					
0	75	133	1,00		
1	358	258	1,09	(0,75-1,58)	0,65
2 ó más	401	101	1,57	(1,06-2,32)	0,02
p tendencia					0,07
Score del desayuno**					
0	137	30	1,00		
1	401	196	1,10	(0,76-1,58)	0,62
2-3	364	307	0,58	(0,41-0,82)	0,00
p tendencia					0,01

Muestra sin infradeclaradores (n=2.855)

\*Ajustado para edad y sexo.

\*\*Ajustado para edad, sexo y clase social.

Estudio EnKid 1998-2000

Fuente: Serra-Majem et al, 2002.

## Organización sanitaria en la CAPV

### Organization of the Health System in the Basque Country

Rafael Cerdán Arandia

Viceconsejero de Sanidad Gobierno Vasco

#### RESUMEN

**Se describe los fundamentos del plan Osasuna Zainduz como marco del modelo sanitario de Euskadi, que con el desarrollo de la Ley de Ordenación Sanitaria en junio de 1997, constituye un compromiso de los poderes públicos vascos para el desarrollo y aplicación del Sistema Sanitario de Euskadi. También se aborda los contenidos del nuevo Plan de Salud 2002-2010, orientado a seguir avanzando en la mejora del nivel de salud de la población de la CAPV.**

**PALABRAS CLAVE:** Modelo sanitario. Plan de salud.

#### LABURPENA

**Osasuna Zainduz planari buruzko oinarriak deskribitzen dira Euskal Herriko osasun ereduiko inguru bezala, 1997ko ekainean Osasun Erakundearen arauaren garapenarekin, Euskal botere publikoen konpromizua sortzen da, Euskal Osasunaren Sistemaren garapen eta aplikaziorako. Baita ere barneratzen da 2002-2010 Plan Berriko edukinak, osasun mailan EHAE-ko populaketa hobetzen jarraitzeko zuzendutakoa.**

#### ABSTRACT

**In this paper, the author describes the background and main features of Osasuna Zainduz as a framework for a Basque Health model, which upon development of the Law June 1997 for Health Organization, is a commitment of the Basque public powers for the development and implementation of the Basque Health System. Contents of the new Health Plan 2002-2010 for improving the health standards of the population of the Basque country are envisaged as well.**

**KEY WORDS:** Health system model. Health Plan.

Los pasados años noventa se inician dentro de un panorama convulso para la sanidad vasca, inmersa en un gran número de incertidumbres, por otra parte comunes a otros muchos países de nuestro entorno.

La década anterior nos había enseñado, a través del SIDA, que seguimos estando sometidos a cambios epidemiológicos imprevisibles, capaces de exigir respuestas contundentes. Siendo ya una realidad, se preveía un crecimiento acelerado del envejecimiento poblacional y se anunciaban las consecuencias socioeconómicas y de toda índole de los cambios demográficos. Para la economía se avecinaban tiempos difíciles que hacían presagiar dificultades para sostener un gasto sanitario cada vez más sometido a las imposiciones de los avances tecnológicos. Además las expectativas que generaban las transferencias sanitarias, completadas para nuestra Comunidad a finales de los ochenta, seguían creciendo en una ciudadanía que exigía buenos resultados a los gestores sanitarios.

Ante este panorama, el Departamento de Sanidad supo reaccionar con acierto, abriendo un periodo de reflexión que culminaría con la publicación del Plan estratégico Osasuna Zainduz, mayoritariamente respaldado en el Parlamento Vasco el 23 de junio de 1993.

A través de este proceso de reflexión, se entraba de lleno en el debate generalizado que afrontaban prácticamente la totalidad de los países de nuestro entorno económico y social respecto a los modelos de política sanitaria.

El Plan Osasuna Zainduz se formuló sobre la convicción de que los cambios en el modelo organizativo y de gestión iban a permitir el reforzamiento de los fundamentos ideológicos de nuestro modelo sanitario. Esta opción fue una apuesta clara por una reforma de la organización sanitaria con el fin de lograr una mayor eficiencia en el empleo de los recursos públicos.

Correspondencia: Rafael Cerdán Arandia  
Departamento de Sanidad – Gobierno Vasco  
C/ Donostia – San Sebastián, 1. LAKUA.  
01010 Vitoria-Gasteiz

Marcadas las estrategias, era necesario el instrumento que las desarrollara y éste fue la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, aprobada por el Parlamento vasco el 26 de junio de 1997.

La Ley constituye, ante todo, un compromiso de los poderes públicos vascos con la ciudadanía respecto al desarrollo y aplicación de un derecho tan relevante como la salud.

A partir de ella, se desarrolla la organización pública de servicios sanitarios bajo la denominación de Sistema Sanitario de Euskadi, que debe someterse a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana.

La Ley sitúa a los ciudadanos y ciudadanas en el punto central del Sistema, haciendo especial hincapié en la garantía de derechos tales como el respeto al intimidad y dignidad de la persona, la práctica del consentimiento informado o el reconocimiento de una amplia capacidad de elección de servicios sanitarios.

El paso hacia ese nuevo protagonismo de la ciudadanía tiene su instrumento central en la fijación de objetivos a través del Plan de salud. De éste se derivan las directrices principales en la prevención y la promoción y se orientan los recursos hacia las necesidades reales de los ciudadanos, previamente identificadas. Así se ha pretendido en el actual Plan de salud para el periodo 2002-2010.

El nuevo planteamiento incide fundamentalmente sobre factores considerados relevantes a la hora de propiciar mejoras en la eficiencia y para ello se propugna una separación más clara y operativa entre las tareas de planificación y programación del sistema respecto a la de gestión de servicios sanitarios.

Desde el punto de vista de la planificación, y siendo su instrumento central el citado Plan de salud de Euskadi, la ley configura una nueva faceta de gestión pública, separada de la estricta gestión de los servicios sanitarios, bajo las expresiones de aseguramiento y contratación. Se pretende así buscar un mecanismo de enlace entre las necesidades prioritizadas de salud de la población vasca y el modo mejor de satisfacerlas por los servicios asistenciales, con los que se establecen mecanismos de relación que se denominan contrato-programa, para los centros de titularidad pública, o conciertos, para los centros privados.

En relación a la gestión de los servicios sanitarios también se hace un nuevo planteamiento conceptual, acuñándose el término provisión con una finalidad clara de reforzar la función gestora y dotarla del nivel de autonomía necesaria para dar cumplimiento eficiente y de calidad a los requerimientos de los contratadores.

La Ley dedica un importante bloque a Osakidetza-Servicio vasco de salud, como ente público de derecho privado, en un planteamiento novedoso que persigue crear un marco de actuación flexible sin dejar de estar sometido a los mecanismos de control públicos adecuados. Se pretenden, en esa línea, innovaciones en la estructura y organización del personal estatutario, intentando reforzar el reconocimiento profesional y el acercamiento de las culturas clínicas y de gestión.

Por fin, la Ley dedica un título a la Docencia y la Investigación, obligando a la colaboración entre las estructuras docentes de nuestra Comunidad autónoma y las estructuras asistenciales del sistema sanitario y exigiendo también, el fomento de las actividades de investigación sanitaria, como elemento fundamental para su progreso, en relación con las necesidades de salud de la población.

He tratado de resumir, brevemente, las grandes líneas que configuran la Ordenación Sanitaria de Euskadi, a través de una Ley que, me consta, fue promovida y concebida con una gran ilusión de cambio.

Cabe preguntarse ahora, transcurridos más de cinco años desde su promulgación, si ha sido efectiva y ha servido realmente para una nueva ordenación sanitaria. Debo responder que sí, apoyado en hechos objetivos; el plan de salud es un sólido instrumento de planificación, la separación de las funciones de financiación y contratación de las de provisión de servicios delimitan con eficacia las tareas de cada uno, la calidad y la eficiencia del sistema ha mejorado de manera evidente, Osakidetza configurada como ente público dispone de instrumentos que le han hecho ganar en agilidad de gestión y autonomía, ...

Sin embargo, queda mucho por hacer para conseguir que la sanidad, además de ser un sector presupuestariamente importante, siga siendo un instrumento básico de solidaridad y redistribución y suponga un sector económico que produce valor y riqueza, tanto por la actividad que genera como por la fuerza laboral que emplea.

## Programa de metabolopatías

*Program for the early detection of metabolic diseases*

Pablo Sanjurjo Crespo

Laboratorio de Metabolismo. Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces  
Catedrático de Pediatría UPV

### RESUMEN

**En este trabajo se resumen los objetivos y organización del programa de metabolopatías de la CAPV, modelo de referencia para otros programas similares establecidos posteriormente. El programa se inició con una experiencia piloto en el Hospital de Cruces en 1981 contando con el apoyo decidido de Javier Sáenz de Buruaga.**

**PALABRAS CLAVE:** Metabolopatías. Programa de detección precoz.

### LABURPENA

**Lan honetan helburuak eta EHAE-ko autonomi elkargoko metabolopatía programaren antolaketa laburtzen da, geroago egín diren antzeko lanentzako eredu bezala erabilia izan dena. Programa esperientzia piloto bezala Gurutzetako ospitalean hasi zen 1981. Urtean Javier Sáenz de Buruagaren babesarekin.**

### ABSTRACT

**In this paper the main objectives and functioning of the Program for the early detection of metabolic diseases of the Basque Country is presented. This program has been a reference model for a number of other such initiatives set up in later years. The program started in 1981 with the definite support of Javier Saenz de Buruaga.**

**KEY WORDS:** Metabolic diseases. Programme for early detection.

Fue un honor para mí que a lo largo de los años 1980-1 el entonces responsable del programa Javier Sáenz de Buruaga y su Director del Departamento de Salud, Gabriel Aranguren contaran con el Dr Justino Rodríguez-Alarcón y conmigo para estructurar y desarrollar este programa que se inició con un plan piloto en el Hospital de Cruces en 1981 y se expandió a toda la Comunidad Autónoma en 1982. Este programa logró una cobertura poblacional cercana al 100% desde sus inicios y su estructura y función fue imitándose paulatinamente en el resto del Estado.

La detección poblacional o screening neonatal de los errores innatos del metabolismo supone un arma diagnóstica de primer orden para aquellas enfermedades que cumplen unos requisitos reportados por la OMS desde 1968 (1). Los aspectos críticos de estos programas sanitarios preventivos se basan en:

- Elegir de manera adecuada de las enfermedades a detectar y la tecnología a utilizar, y mantener control de calidad de dichas determinaciones (2).

Correspondencia: Pablo Sanjurjo Crespo  
Servicio de Pediatría (Laboratorio)  
Hospital de Cruces  
Plaza de Cruces, s/n  
48903 Cruces-Barakaldo. Bizkaia.

- Conseguir una cobertura poblacional cercana al 100% de los recién nacidos
- Obtener una sólida estructura para mantenerse de forma ininterrumpida y ser suficientemente dúctiles y dinámicos como para poder implementar la detección de nuevas enfermedades que cumplan total o parcialmente los requisitos preestablecidos
- Tener en cuenta los aspectos éticos recomendados por los expertos (3).
- Estar engranados con Unidades de Seguimiento Clínicas de suficiente garantía como para intervenir adecuadamente en el diagnóstico diferencial, tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

Desafortunadamente pocas enfermedades cumplen holgadamente los requisitos recomendados por los expertos epidemiológicos para ser incluidas en los programas de despistaje neonatal. En la mayor parte de los países industrializados (4) sólo se efectúa de forma sistemática el screening del hipotiroidismo (HT) y la fenilcetonuria (PKU).

Dentro de los diversos criterios generales recomendados para que una determinada enfermedad se incorpore a los programas de detección neonatal destacan:

- la existencia de un marcador bioquímico adecuado: barato, sensible y específico, que no origine “falsos negativos” y la menor proporción de “falsos positivos” posibles
- que existan actualmente posibilidades de tratamiento eficaz para la enfermedad que se desea detectar, de forma que se pueda evitar su desarrollo clínico o sus complicaciones.

Este último criterio implica también el que exista suficiente intervalo libre entre el nacimiento y el momento de aparición de los síntomas clínicos. Existen determinados EIM como algunas acidemias orgánicas o la forma neonatal aguda de la enfermedad de jarabe de arce en los que el comienzo de los síntomas puede estar tan cercano al nacimiento que resulte necesario efectuar un diagnóstico metabólico urgente individual, concepto éste alejado de la definición y los objetivos del screening neonatal. Otros criterios son también importantes desde el punto de vista sociosanitario pero en cuanto a aspectos más economicistas, como son que la enfermedad represente un problema de cierta entidad (para evitar las enfermedades muy poco frecuentes) o que exista una aceptable relación coste-beneficio. Finalmente, existen criterios para la incorporación de ciertas enfermedades derivados de razones específicas como son:

- que exista una elevada frecuencia étnica de padecimiento de un problema generalmente infrecuente (caso de la tirosinemia aguda en la zona de Quebec o la enfermedad de Tay-Sachs en los judíos ashkenazis)
- razones metodológicas, como la incorporación al screening de metodología puntera tipo espectrometría de masas (tandem mass Spectrometry) que automatiza la detección conjunta de un grupo de enfermedades metabólicas.

La probable y deseable incorporación de esta metodología en la detección neonatal de enfermedades metabólicas en el conjunto del Estado no está exenta de ciertos riesgos. Independientemente de su eficacia demostrada (5), adecuada relación coste/beneficio (6) y organización supracomunitaria de Centros Bioquímicos en los que se centralice esta metodo-

logía (la necesidad de racionalizar el número de Centros se calcula en aproximadamente en 1x100.000 nacimientos, lo que representaría un total de 4 en todo el Estado (7)), mi preocupación de tipo personal se centra en la necesaria existencia de un perfecto engranaje de las Unidades de Screening Bioquímico con las Unidades de Seguimiento Clínico que deberán encargarse tanto del diagnóstico diferencial como del adecuado tratamiento de los casos detectados. ¿Es ello actualmente posible en todas las Comunidades? ¿Existen expertos clínicos de garantía para hacerse cargo de la gran diversidad de patología metabólica detectable mediante esta nueva metodología?

Existe un número elevado de enfermedades que cumplen parte de los requisitos importantes para ser introducidas en un programa de screening neonatal (8). Muchos centros norteamericanos y europeos que efectúan detección neonatal sistemática incorporan algunas de ellas, además de la fenilcetonuria (9) y el hipotiroidismo congénito (10). Las más destacables son: galactosemia, enfermedad de "jarabe de arce", homocistinuria, déficit en biotinidasa, hiperplasia adrenal congénita, fibrosis quística del páncreas, anemia de células falciformes y tirosinemia (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). Otras entidades como el déficit de adenosina-desaminasa o la distrofia muscular de Duchenne (20), también son contemplados por algunos programas de screening neonatal mediante las determinaciones de ADA (adenosinadesaminasa) y CK (creatinasa) respectivamente. Por fin, entidades no metabólicas como la toxoplasmosis (21) (Test: ELISA –IGM específico), el neuroblastoma (22) (mediante la determinación de ácido vanilmandélico), e incluso SIDA neonatal forman parte de programas o estudios piloto de detección neonatal.

El "alta muy precoz" que se efectúa actualmente en las maternidades (en algunos casos inferior a las 24 horas desde el nacimiento) ha complicado los programas de detección neonatal. Este hecho ha obligado a los expertos (23) a tomar medidas, en aras a evitar problemas de "falsos negativos" derivados de la precocidad en la toma de la muestra, con la posibilidad subsiguiente de importantes reclamaciones legales. La medida más importante es efectuar la recogida de la muestra pasadas las primeras 24 horas de vida; si la muestra recolectada es anterior a este intervalo, se requiere una segunda muestra del recién nacido para garantizar el resultado (24).

Podríamos finalizar concluyendo:

- (a) que la detección neonatal de las enfermedades endocrino-metabólicas es un arma importante en el diagnóstico y tratamiento de las mismas así como uno de los logros científicos más brillantes de los últimos tiempos respecto a estas enfermedades
- (b) que determinadas enfermedades como la fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito, que cumplen perfectamente todos los requisitos de un programa de screening neonatal deben permanecer en los países en los que ya se están llevando a cabo e iniciarse en los que aún no han comenzado
- (c) que otras enfermedades que cumplen casi todos los requisitos, como jarabe de arce, galactosemia, homocistinuria, tirosinemia, biotinidasa, mucoviscidosis podrían entrar en un programa de screening neonatal dependiendo de las prioridades sociosanitarias
- (d) que la detección neonatal debe constituir un programa sanitario preventivo con características dinámicas, abierto a nuevas posibilidades metodológicas (espectrometría de masas, resonancia magnético-nuclear) y terapéuticas

(transplante de órganos, terapia génica) aplicable a enfermedades endocrino-metabólicas, genéticas o de otra índole.

### Referencias bibliográficas

1. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. Public Health Papers 34. 1968. Geneva: World Health Organization.
2. Loeber G, Webster D, Aznarez A. Quality evaluation of newborn screening programs. Acta Pædiatr 1999; 88 Suppl 432:3-6.
3. Hemerén G. Neonatal screening: ethical aspects. Acta Pædiatr 1999; 88 Suppl 432:99-103.
4. Committee on Genetics. Newborn screening sheet facts. Pediatrics 1996; 98:473-501.
5. Naylor EW, Chace DH. Automated tandem mass spectrometry for mass newborn screening for disorders in fatty acid, organic acid, and amino acid metabolism. J Child Neurol 1999;14 (suppl 1):S4-S8.
6. Schoen EJ, Baker JC, Colby CJ and TT To. Cost-Benefit analysis of universal tandem mass spectrometry for newborn screening. Pediatrics 2002;110:781-6.
7. M Vento Torres. La espectrometría de masas tándem (MS/MS): un avance en el cribado de metabolopatías en el periodo neonatal. An Esp Pediatr 2002;56:585-6
8. Sanjurjo Crespo P. Screening neonatal: ¿Debe ampliarse el número de enfermedades a detectar? An Esp Pediatr 1999; 50:539-541.
9. Guthrie R, Susi A. A simple phenylalanine method for detecting phenylketonuria in large populations of newborn infants. Pediatrics 1963; 32:338-43.
10. Dussault JH, Laberge C. Thyroxine (T4) determination by radioimmunochemical method in dried blood eluate: new diagnostic method of neonatal hypothyroidism? Union Med Can 1973;102:2062-4.
11. Beutler E. "Galactosemia: screening and diagnosis" Clin Biochem 1991;24: 293-300.
12. Diepenbrock F, Heckler R, Schickling H, Engelhard T, Bock D, Sander J. "Colorimetric determination on galactose and galactose-1-phosphate from dried blood". Clin Biochem 1992; 25:37-39.
13. Snyderman SE, Sansaricq C. "Newborn screening for maple syrup urine disease". J Pediatr 1985; 107: 259-261.
14. Pass KA, Amador PS, "Homocystinuria screening in newborns". In: Therrell BL, ed. Laboratory methods for Neonatal screening. Washington, DC: American Public Health Association; 1993: 125-131.
15. Wolf B. "Worldwide survey of neonatal screening for biotinidase deficiency". J Inher Metab Dis 1991, 14: 923-927.
16. Cacciari E, Balsamo A, Cassio A, et al. "Neonatal screening for congenital adrenal hyperplasia". Arch Dis Child 1983; 58: 803-806.
17. Crossley JR, Elliott RB, Smith PA. "Dried-blood spot Screening for cystic fibrosis in the newborn". Lancet 1979;1: 472-474.
18. Vichinsky E, Hurst D, Earles A, Kleman K, Lubin B. "Newborn screening for sickle cell disease": effect on mortality. Pediatrics 1988; 81: 749-755.
19. Holme E, Linblad B, Lindstedt S. "Possibilities for treatment and for early prenatal diagnosis of hereditary tyrosinemia". Lancet 1985; 1: 527-529.
20. Naylor EW, Hoffman EP, Paulus-Thomas J, et al. "Neonatal screening for Duchenne/Becker muscular dystrophy: reconsiderations based on molecular diagnosis and potential therapy". Screening 1992;1: 99-113.
21. Weiblen BJ, Grady GF, Hoff R. "Screening for toxoplasmosis in newborn". In Therrell BL, ed. Laboratory methods for neonatal screening. Washington, DC: American Public Health Association ; 1993: 191-202.
22. Seminar on screening for neuroblastoma. Am J Hematol Oncol 1992; 14: 312-341.
23. Joint Astphld and Corn Committee: "Neonatal Screening standardization and recommendations". Second Draft. Twelfth National Neonatal Screening Symposium. Boston October 1996.
24. Espada M, Marzana I, Rodríguez-Alarcón J, Arena J Phenylketonuria Screening: Effect of early newborn discharge. Book of Abstracts. 4th Meeting of the International Society for Neonatal Screening. Stockholm. Sweden 13-16 June 1999: p.63.

## La atención farmacéutica en la CAPV Programa de Mantenimiento con Metadona en Farmacias

*Pharmaceutical care in the Basque Country. The methadone maintenance programme in Pharmacies*

Iñaki Linaza Peña

*Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.*

### RESUMEN

**La Atención Farmacéutica tiene como objetivo contribuir a la obtención de resultados terapéuticos que mejoren la calidad de vida de los pacientes, que en los pacientes dependientes a opiáceos por vía parenteral, debe incluir, además de la mejora del cumplimiento terapéutico y de la disminución de los problemas relacionados con la medicación, una modificación de los hábitos de riesgo asociados a dicha patología.**

**En este trabajo se exponen de manera sucinta el funcionamiento y los resultados del Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) en la CAPV a lo largo de los últimos 7 años.**

**PALABRAS CLAVE:** Metadona. Adictos drogas vía parenteral.

### LABURPENA

**Farmazilari-laguntzak helburu bezala dauka, gaixoen bizi kalitate hobetzea lortzen duten erantzun terapeutikoetan laguntza ematea, bide parenteraletik opiazioei dependienteak diren gaixoetan, barneratu behar da, konplimentu terapeutikoaren hobekuntza eta medikazioarekin erlazionaturiko arazoek urripenaz gain, patologia honekin elkartutako ohitura arriskuen eraldaketa bat.**

**Lan honetan aurkezten dira modu labur batean azken 7 urte hauetan EHAE Metadonarekin (PMM) Mantenimendu Programan lortutako erantzunak eta funtzionamendua.**

### ABSTRACT

**The main objective of Pharmaceutical care is to contribute to gain of the therapeutical results which improve the quality of life of patients. Regarding intravenous drug abusers, this should include apart from a better treatment compliance and reduced side effects related to medications, the modification of risk behaviours associated to the problem. In this paper the organization and results of the Program of Maintenance with Methadone in the Basque Country over the last 7 years are summarized.**

**KEY WORDS:** Methadone. Intravenous drug abuse.

El objetivo de la Atención Farmacéutica es contribuir a la obtención de resultados terapéuticos que mejoren la calidad de vida de los pacientes. En el caso de un paciente dependiente a opiáceos por vía parenteral, dicha actividad debe incluir, además de la mejora del cumplimiento terapéutico y

de la disminución de los problemas relacionados con la medicación directamente ligada a la acción farmacológica de la metadona, una modificación de los hábitos de riesgo asociados a dicha patología.

Al igual que en cualquier proceso crónico, resulta de gran trascendencia, tanto para su tratamiento como para su posterior evolución, asociar el cumplimiento de la terapia prescrita a la modificación de los hábitos ligados a la utilización de la vía parenteral.

Desde un punto de vista de salud pública, es esencial que los programas de Atención Farmacéutica respondan a las necesidades sociales de la población. En este sentido me permito mencionarles algunos programas, en los cuales, los farmacéuticos que desarrollamos nuestra actividad en el ámbito de la Atención Primaria en farmacias del País Vasco, fuimos pioneros en su inicio en la década de los noventa. Dichos programas, tales como el Programa de Intercambio de Jeringuillas - PIJ. - o el Programa de Mantenimiento con Metadona - PMM. - en farmacias, entre otros quedan enmarcados por su contenido como Programas de Reducción de Daños, en el ámbito de la Salud Pública. Estas actividades, así como su desarrollo, han sido estimuladas tanto por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco como por los tres Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

En esta ponencia presento una experiencia, el PMM, en la que más de la tercera parte de las farmacias de Bizkaia y Gipuzkoa, desarrollan un programa que consigue mejorar la calidad de vida de un colectivo de más 1500 pacientes drogo-dependientes y contribuye a disminuir riesgos sanitarios e incluso problemas sociales que afectan al conjunto de la población.

En este programa se elabora y dispensa un medicamento –metadona clorhidrato– de forma individualizada y que requiere un seguimiento directo de su administración. Los usuarios de este medicamento padecen una de las enfermedades que la OMS califica de crónica y han constituido durante mucho tiempo un colectivo marginado. Las difíciles circunstancias que rodean al uso de este medicamento no han impedido que los farmacéuticos participemos en estos programas, asumiendo nuestro papel como expertos en la utilización racional de los fármacos.

Se trata de un programa orientado a la reducción de daños ocasionados por la dependencia a opiáceos por vía parenteral en pacientes a los que durante tiempo se ha mantenido alejados de los recursos sanitarios. La proximidad y accesibilidad de las farmacias es uno de sus principales activos frente a otros centros sanitarios y en el caso particular de la atención a toxicomanías, facilita el acceso de los pacientes a los programas, permitiendo la descentralización de los mismos con la consiguiente disminución de la conflictividad social.

El objetivo de esta ponencia es exponer brevemente el funcionamiento del programa de mantenimiento con metadona y los resultados obtenidos con el mismo a lo largo de los últimos 7 años.

Actualmente participan en Bizkaia 132 farmacias que atienden a casi 900 pacientes, lo que supone más del 50% de los

Correspondencia:  
Iñaki Linaza Peña  
Consejo General de Colegios de Farmacéuticos  
Avda. Lehendakari Aguirre, 159  
48015 Bilbao

incluidos en el programa en este territorio. Aunque inicialmente se preveía un máximo de 5 pacientes por farmacia actualmente existe una media de 5,7 (DE 3,3) pacientes por farmacia y la mayoría de ellas (65,8%), incluso estarían dispuestas a aceptar más pacientes.

Cada uno de estos pacientes es remitido a la farmacia desde el centro de salud mental teniendo en cuenta su situación y los recursos con los que cuenta el sistema de salud. El farmacéutico se responsabiliza del tratamiento con este medicamento, trabajando en coordinación con el psiquiatra y otros profesionales de salud mental, con los que se establece una comunicación fluida.

Con el fin de evaluar los resultados obtenidos, a lo largo de siete años, hemos realizado tres evaluaciones del mismo, dos en la provincia de Bizkaia y una que abarca a toda la Comunidad Autónoma. En estas evaluaciones se ha encuestado por escrito a los farmacéuticos y en dos de ellas se han realizado entrevistas personales a los usuarios por parte de investigadores ajenos al programa. Para no comprometer la validez de los resultados, estas entrevistas no se han realizado en la farmacia.

El perfil del usuario es muy similar al de otras comunidades autónomas: varón soltero de entre 30 y 35 años que convive con su familia de origen con escasa actividad laboral y se inició hacia los 18 años en el mundo de las drogas presentando al inicio del programa una situación orgánica y penal muy comprometida.

Las farmacias implicadas no poseen ninguna característica relevante en cuanto a medios humanos o materiales que las diferencie del resto del colectivo. La incorporación de farmacias al programa se va realizando de forma progresiva y no se ha producido por el momento estancamiento alguno.

A lo largo de su permanencia en el programa los usuarios, han experimentado importantes cambios en los siguientes aspectos:

- Se reduce el consumo de opiáceos (sólo el 0,8% los sigue consumiendo diariamente y el 63,5% no consume nunca) y otras sustancias como cocaína, anfetaminas, alcohol, etc.
- Se reduce la delictividad y el número de detenciones. Así, antes de entrar en el programa el promedio de delitos por sujeto se aproximaba a dos y actualmente se acerca a cero.
- Se reducen las conductas de riesgo que antes de iniciar el programa afectaban prácticamente al 100% de los usuarios llegando al 37%. Este aspecto es especialmente importante desde el punto de vista de la salud pública. Entre ellas es de destacar la drástica reducción de jeringuillas compartidas o reutilizadas (de un 47% a un 84% de pacientes que no las reutilizan).
- Mejoran notablemente las relaciones familiares (sólo el 2,3% refiere empeoramiento y el 22,0% no haber experimentado cambios) y en menor medida las sociolaborales (12,2% consiguen un trabajo)
- Se incrementa la asistencia a recursos sociosanitarios (sólo el 14,2% no utiliza más recursos que los del propio programa).
- El 91,0% de los sujetos percibe que ha mejorado su calidad de vida (cuestionario SF 36) y está muy satisfecho (39,3%) o bastante satisfecho (46,1%) con su relación con el equipo del PMM.

A lo largo de estos años se ha producido un aumento progresivo y considerable de pacientes incorporados al programa en las oficinas de farmacia, siendo excepcionales los abandonos

del mismo. También ha habido un progresivo aumento de farmacias acreditadas, que procuramos se vaya adaptando a la demanda.

- La mayoría de los farmacéuticos (70,9%) considera que su relación con el resto de los profesionales implicados es buena o muy buena.
- El 11,9% de las farmacias están llevando a cabo otros tratamientos supervisados con estos pacientes, por lo que podemos considerar al PMM como la base para el desarrollo de otras experiencias de este tipo en las que podríamos participar los farmacéuticos.
- Es destacable, comprobar que el paciente evoluciona positivamente, hasta el punto en el que deja de ser necesaria la supervisión diaria del tratamiento, realizándose una dispensación semanal, quincenal...

Podemos concluir que el programa esta perfectamente implantado, produciéndose un paulatino incremento del porcentaje de pacientes derivados a las farmacias. Los pacientes han experimentado una mejora en su calidad de vida e integración social que consecuentemente ha supuesto una reducción de los riesgos sanitarios y de la conflictividad social. Los farmacéuticos están razonablemente satisfechos con el funcionamiento del programa así como, con los resultados obtenidos y consideran que es un buen precedente para su participación en otros programas sociosanitarios.

Estos datos corroboran que las farmacias son los centros sanitarios adecuados para la dispensación y seguimiento de la terapia prescrita, a este grupo de pacientes crónicos.

En la consecución de un logro, están las personas que lo han hecho posible y en este caso Javier Sáenz de Buruaga, –con el que tuve el placer de compartir horas de trabajo y experiencias, él como Viceconsejero de Sanidad y el que esto escribe como Presidente del Colegio Farmacéutico de Bizkaia– con su talento y actitud ante un problema de salud pública de tal dimensión, contribuyó de manera determinante, a tal fin, en su implantación y desarrollo en nuestra comunidad. De Javier, todos los que le hemos conocido podemos referir multitud de anécdotas agradables y entrañables, poseía entre otros el don de la inteligencia, el don de la humildad, este último lo llevaba parejo al de su bilbaína forma de ser y el don de la bondad, el que en palabras del poeta Antonio Machado versaba ... “y más que un hombre al uso que sabe su doctrina, soy, en el buen sentido de la palabra, bueno.”

#### Referencias bibliográficas

- Poo M, Markez I, Etxegoyen R, Ruiz J, Presser E, Ordieres E, y otros, Programa de Mantenimiento con Metadona en farmacias. Valoración tras un año de funcionamiento en Bizkaia. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia; 1997.
- Markez I, Iraurgi Y, Poo M, Ordieres E, Arco del J, Presser E, y otros. Los Programas de Mantenimiento con Metadona en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Valoración a los tres años de funcionamiento. Bilbao: Consejo de Colegios Farmacéuticos de Euskadi; 2000.
- Casado E. Programa de Mantenimiento con Metadona en farmacias. III Congreso Nacional de Atención Farmacéutica; 2003 Set 18-21; Granada. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada; 2003.

## Javier Sáenz de Buruaga y su aportación al nuevo modelo de ordenación farmacéutica

*Javier Sáenz de Buruaga's contribution to the Pharmaceutical Planning*

Gonzalo Trincado

Director de Farmacia. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco

### RESUMEN

En este trabajo se condensan las aportaciones e innovaciones incorporadas a la Ordenación farmacéutica en el País Vasco con la Ley 11/1994 de 17 de Junio de Ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, a cuyo desarrollo contribuyó de manera sustancial Javier Sáenz de Buruaga. La mencionada Ley pretende garantizar a todos los ciudadanos una adecuada y homogénea atención farmacéutica, promover la utilización racional de los medicamentos, para lo cual son necesarias una prescripción apropiada, una disposición oportuna, un precio asequible, una dispensación correcta y una aplicación en la dosis, los intervalos y los tiempos indicados. Califica la atención farmacéutica como un servicio de interés público. **PALABRAS CLAVE:** ordenación farmacéutica, medicamentos, atención farmacéutica.

### LABURPENA

Lan honetan laburtzen dira Euskal Herriko farmazilari Antolaketari bareraturtako ekarpen eta berriztapenak Ekainak 17ko 11/1994 Legearekin Euskal Herri Autonomia Elkargoko Farmazilari Antolaketari, Javier Sáenz de Buruagak funtsezko modu batean bere garapenean lagundu zuen. Aipaturako Legeak hiritar gutzietzi zurtatu nahi dio farmazilari-laguntza egoki eta homogéneo bat, medikazioen arrazonamenduzko erabilera bultzatu nahi du, horretarako beharrezkoak dira errezeta egoki bat, antolatze eroso bat, prezio on bat, lekopen egoki bat eta dosiaren aplikazioa, adierazitako aldi eta denboretan. Farmazilari-laguntza korritu publiko bezala kalifikatzen du.

### ABSTRACT

In this paper main innovations in Pharmaceutical Planning by Law 11/1994 of June 17 regarding Pharmaceutical Planning in the Basque Country are highlighted. Javier Saenz de Buruaga contributed to a great extent to this development. The aim of the above mentioned Law is to guarantee an adequate and homogeneous pharmaceutical assistance to every citizen, to promote a reasonable use of drugs. For that purpose appropriate prescription, suitable provision, accessible price, correct supply and adequate administration regarding dosage, intervals and timing according to prescription are pre-requisites. Claims pharmaceutical assistance to be a service of public interest. **KEY WORDS:** Pharmaceutical planning, medication, Pharmaceutical care.

El concepto de Ordenación farmacéutica, con ser a priori un concepto sencillo y de fácil comprensión, no deja por ello de representar una complejidad normativa y organizativa que se escapa para gran parte, no ya de la población, sino de los profesionales sanitarios. La oficina de farmacia como establecimiento sanitario de primera línea reúne una serie de características que la alejan de la planificación sanitaria general de los recursos públicos, pues no en vano, desde tiempos pretéritos, el legislador ha querido resaltar la imposibilidad jurídica de la titularidad y propiedad pública de las mismas.

Si bien en el tiempo preautonómico la Ordenación farmacéutica se regía por preceptos tan obsoletos y alejados de la realizada más próxima, como bien pudiera ser la Ley de Bases de Sanidad de 1944, no cabe duda que las autoridades sanitarias de las distintas épocas realizaron no pocos esfuerzos por dotarla de un desarrollo legislativo y un cuerpo doctrinal más acorde con los nuevos tiempos que iban llegando con aires renovadores.

Correspondencia: Gonzalo Trincado  
Dirección de Farmacia  
Departamento de Sanidad – Gobierno Vasco  
C/ Donostia – San Sebastián, 1. LAKUA.  
01010 Vitoria- Gasteiz

Una revisión de los diferentes textos reguladores de la Ordenación farmacéutica nos pone de manifiesto el interés de los profesionales y de las autoridades sanitarias por garantizar que el acceso al medicamento fuese ágil y rápido y que los establecimientos farmacéuticos estuviesen razonablemente distribuidos, motivo por el cual se eligió el municipio como unidad de planificación, acotada por referencias al número de habitantes atendidos y a las distancias entre los establecimientos, de modo que se garantizasen las premisas de accesibilidad y distribución.

Llegada la época Constitucional con la promulgación y el desarrollo del Estatuto de Autonomía se inicia una nueva era en la Ordenación farmacéutica de Euskadi, pues no en vano el Artículo 10 en su punto 15 atribuye a la Comunidad Autónoma del País Vasco, "competencia exclusiva en ordenación farmacéutica", teniendo en cuenta que el Estado se reserva la competencia exclusiva sobre las bases y la coordinación general de la Sanidad.

Sin embargo tienen que transcurrir quince años para que la propia Comunidad Autónoma se dote de un instrumento legislativo que le posibilite ejercer la competencia otorgada conciliando las premisas de accesibilidad y distribución con las de promover que el medicamento se dispense con las debidas garantías de control y de información al usuario y que los establecimientos y servicios de atención farmacéutica estén dotados de los medios humanos y materiales necesarios para conseguir tales fines.

Son la persona y la personalidad de Javier Sáenz de Buruaga las que hacen posible, tras catorce años anteriores de titubeos e indecisiones, que confluyan los intereses públicos y privados, sanitarios y profesionales, administrativos y corporativos en una norma con rango de Ley que tras un brillante y enriquecedor debate parlamentario fue publicada, refrendada por el Lehendakari, como Ley 11/1994 de 17 de Junio de Ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

La Ley, dentro del ámbito competencial, pretende garantizar a todos los ciudadanos una adecuada y homogénea atención farmacéutica, así como promover la utilización racional de los medicamentos, lo que requiere una prescripción apropiada, una disposición oportuna, un precio asequible, una dispensación correcta y una aplicación en la dosis, los intervalos y los tiempos indicados. De este modo optó por calificar la atención farmacéutica como un servicio de interés público, lo que permite conjugar el ejercicio libre de las profesiones sanitarias con una razonable intervención de los poderes públicos, necesaria en esta materia tan vinculada con la salud de los ciudadanos.

Tras definir en el Capítulo I la atención farmacéutica y en el Capítulo II enumerar los establecimientos y Servicios sanitario-farmacéuticos, la Ley dedica los Capítulos del III al IV a la regulación de cada uno de ellos.

El Capítulo III dedicado a las oficinas de farmacia abandona el ámbito municipal como unidad de planificación para adoptar el denominado "zona farmacéutica" que surge de interrelacionar la zona de salud y el municipio consiguiendo una prevalencia de los criterios técnico-sanitarios, que inspiran la planificación de la atención sanitaria, frente a los criterios político-administrativos en que se fundamenta la división municipal.

Otra de las novedades de la Ley consiste en establecer un mínimo de concentración poblacional para estimar adecuada la cobertura de atención farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, optando por considerar a los botiquines como el establecimiento sanitario óptimo cuando el número de habitantes a atender no supere los 800. Bien entendido que el botiquín que se pretende impulsar debe prestar un alto nivel de atención farmacéutica que garantice las necesidades de la población atendida.

Son muchos más los aspectos novedosos que la Ley introduce, aspectos técnicos que no reseñaré para no aburrir al lector.

No quiero finalizar esta breve descripción de la Ley de Ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco sin resaltar el hecho de que fue la pionera, junto con la catalana, de las normas reguladoras de esta actividad sanitaria en el reciente estado autonómico.

Varias son las leyes que se han desarrollado con posterioridad y todavía recuerdo la benévola sonrisa de Javier al descubrir en ellas términos y conceptos por él ideados y acuñados y transmitidos para su desarrollo al grupo de trabajo del que me honro en haber formado parte.

## Análisis de riesgos y los laboratorios de salud pública

*Risk analysis and public health laboratories*

Iñaki Eguileor Gurtubai

Ex Director General de Salud Pública, Gobierno Vasco

### RESUMEN

Los Laboratorios de Salud Pública (LSP) han tenido tradicionalmente un papel de apoyo a la gestión de los riesgos para la salud. Actualmente la concepción moderna del análisis de riesgos trata de evitar la compartimentación de las fases del proceso estimulando la multidisciplinariedad. Es necesario incorporar activamente a los laboratorios en todas las fases, desde la evaluación a la comunicación de riesgos garantizando así la adecuación de los métodos de análisis al fin perseguido. De esta forma, las características asociadas a la calidad del resultado analítico serán tratadas e incorporadas al proceso para ofrecer una mejor protección a los ciudadanos.

**PALABRAS CLAVE:** Riesgos, Laboratorios, Salud pública.

### LABURPENA

Osasun publikoko laborategiek (OPL) ohituraz osasun arriskuen kudeaketentzako garrantzi handia eduki dute. Gaur egun analisi arriskuen ikuskera modernoak prozesuko atalen erdizkatzea saihestu nahi dute multidiziplinazioa bultzatuz.

Beharrezkoa da atal guztietan laborategiei biziki barneratzea, ebaluaketatik arriskuen komunikazioraino horrela analisi metodoen egokitasuna ziurtatuz, jarraitzen den helburuararentzat.

Modu honetan, erantzun analitikoaren kalitateari elkartutako ezaugarriak prozesuan erabiliak eta barneratuak izango dira hiritarrei babes hobea eskaintzeko.

### ABSTRACT

Traditionally Public Health laboratories PHL have played a role in assistance to health risks management. At present, modern risk analysis concepts try to avoid that process phases get into compartments and stimulates cross-disciplinary among them. It is necessary to incorporate laboratories actively to all phases, from risk assessment to risk communication, in order to guarantee fitness for purpose of analytical methods. In this way, quality characteristics associated to analytical result will be treated and incorporated to the process in order to offer a better protection to citizens.

**KEY WORDS:** risks, laboratories, Public Health.

### Introducción

El riesgo como concepto estructurado, social y objetivamente, que trata con la incertidumbre y el peligro, ha sufrido una importante evolución tras la euforia tecnológica de los años 50 y 60. Así, los accidentes de plantas químicas y/o centrales nucleares y, principalmente, la catástrofe de Chernobyl en 1986 provocaron un cambio sustancial en la forma en que se trataban los riesgos ambientales y alimentarios. La sistemática del análisis de riesgos, desarrollada inicialmente en el ámbito ambiental, está ya incorporada a todos los organismos internacionales en

el ámbito alimentario. Desde los años 90 se vive una revitalización de la innovación tecnológica en general y, asociado a ella, un momento de gran debate sobre las implicaciones del riesgo, el papel de la ciencia y los científicos, los políticos, los medios de comunicación, etc. En este contexto se han producido las crisis alimentarias que, en los últimos años, han afectado gravemente a la credibilidad en el control oficial de la UE.

Una sociedad que valora el riesgo no es intrínsecamente más peligrosa o dañina que las formas anteriores de relaciones sociales. El procesado de la incertidumbre, de la ambigüedad y la imposibilidad son las características de las decisiones orientadas hacia el futuro. El análisis del riesgo constituye un proceso de debate en el cual deben acomodarse los intereses en conflicto. Una de las características fundamentales de las diferentes crisis que han afectado a los ámbitos de la sociedad, es que ha emergido una línea de conflicto que separa a los que toman las decisiones de aquellos afectados por las mismas. Muy probablemente la conciencia de este problema ha hecho que todas las agencias ambientales y alimentarias, que se han implantado en los últimos años en la UE, toman ahora como pilar fundamental la transparencia y el acercamiento al ciudadano.

### Riesgos y crisis

Cuando queremos estudiar aquellos riesgos que afectan a la salud de las personas debemos establecer en primer lugar de qué efectos contra la salud queremos protegernos. Pensando en la salud orgánica o física podemos desear evitar el riesgo de morir o de enfermar relacionado con la exposición a las diferentes vías (aire, agua, alimentos). Pero no se deben infravalorar los efectos sobre la salud mental derivados de la pérdida de la confianza sobre los alimentos o el agua de abastecimiento público como productos básicos de nuestra subsistencia. No hay más que ver los riesgos asociados al consumo de lo considerado como natural, genuino, artesano, etc., en relación con los efectos beneficiosos que la atribución de estas características presenta para el equilibrio psicológico de muchos colectivos preocupados por la ortorexia.

Otro aspecto a determinar serían los peligros que deseamos evaluar ya que podríamos plantearnos todos los posibles peligros: físicos, químicos, biológicos, genéticos, etc. Es también importante definir la población a proteger, si queremos proteger a todas las personas o sólo a aquellas consideradas "normales" o representativas. Otra pregunta es hasta dónde deseamos proteger pues cuando hablamos de riesgo y probabilidad se plantea el debate habitual sobre el concepto de riesgo cero o seguridad absoluta. El concepto de absoluto está reñido con la actividad científica y solo es posible cuando no existe exposición. Garantizar esta ausencia de exposición nos llevaría por ejemplo a evaluar todos los alimentos, incluso las nuevas formas y presentaciones y es aquí donde el concepto de Umbral de Preocupación Toxicológica establecido por Kroes marca un hito en la caracterización de peligros.

Aun así los planteamientos de exposición pueden ser equivocados, como en el caso de la reciente crisis generada por el hallazgo de acrilamida en alimentos en niveles muy superiores a los legislados en el agua de bebida o como residuo de los materiales en contacto con los alimentos. Este descubrimiento ha modificado la valoración tradicional de que este compuesto era un elemento exógeno, aportando unas nuevas vías de exposición a acrilamida, nunca antes consideradas, y que, por tanto, obligan a replantarse todas las actividades de análisis de riesgos realizadas hasta la fecha.

Correspondencia:  
Iñaki Eguileor Gurtubai  
C/ Aureliano Valle, nº 1; 8º D  
48010 Bilbao

### El papel de la ciencia en la legislación

El conocimiento científico tuvo una función clave en la lucha entre el dogma y la superstición hasta comienzos del siglo XIX. Actualmente la ciencia y los científicos han sido idealizados como racionales, objetivos y libres. Todas las instituciones actúan para defender, promover y reforzar la supremacía del conocimiento científico sobre otras formas de conocimiento. Por ello la sociedad contemporánea tiende a aceptar de manera incuestionable el valor de la verdad de los argumentos basados en la ciencia.

Esta verdad toma forma de la evidencia acumulada a través del método científico de observación, generación de hipótesis, prueba y aceptación o rechazo, con una gran base de información obtenida en el ámbito de laboratorio. La certeza y la incertidumbre se conceptualizan en una manera probabilística y se comunican como números y estadística, que son metáforas de hechos y certezas.

Un aspecto peculiar es la influencia de la ciencia en las diferentes legislaciones. Las limitaciones por la falta de precisión introducen en la función reguladora decisiones con un alto nivel de incertidumbre. Sin embargo, en la aplicación de dichas leyes observamos la paradoja que podemos denominar del “nivel o número mágico”. Entramos en el nuevo siglo centrandolo todos los esfuerzos en determinar y evaluar la incertidumbre de todos los resultados analíticos para contrastarlos con ese “valor legislado que carece de incertidumbre”. Por suerte la falta de coherencia entre la decisión legislativa y el conocimiento empieza a ser solventada en los nuevos reglamentos y en los proyectos de Directivas. Así las decisiones que afectan a la seguridad en aspectos relacionados con la salud pública serán objeto de procesos más coherentes en los que la gestión de los efectos de la implantación de las diversas normativas tendrá un mayor peso específico rompiendo por fin el eterno debate entre “saber para decidir” y “decidir para saber”.

### El papel del laboratorio de salud pública en el análisis de riesgos

Tradicionalmente el Laboratorio de Salud Pública ha presentado un papel de apoyo a la gestión de los riesgos cuando, teóricamente tras un proceso de evaluación del riesgo, se han establecido los límites legales o las recomendaciones necesarias para minimizar el riesgo para la población de aquel peligro que se pretende controlar.

En un pequeño repaso histórico del papel desarrollado en nuestra Comunidad vemos que hasta el año 1981 el sistema de control establecido en Salud Pública estaba enmarcado por las diversas Reglamentaciones Técnico Sanitarias (RTS) y el soporte analítico se orientaba a un control de perfil muy estrecho condicionado por las limitaciones de equipamiento existentes. En el campo del medio ambiente las actividades de control estaban dirigidas hacia los indicadores (principalmente parámetros microbiológicos) de potabilidad de aguas de abastecimiento público y el control de inmisiones en aire por los indicadores clásicos de contaminación (partículas, humos, SO<sub>2</sub>, NO<sub>x</sub>,...). Los parámetros del control alimentario trataban principalmente de evitar fraudes por lo que, además de los principios inmediatos, se incluía algún dato de composición mientras que la seguridad residía fundamentalmente en la determinación de parámetros microbiológicos.

El efecto de la tragedia del fraude del aceite de colza sobre los LSP fue capital ya que se intentó recuperar la confianza en el sistema de control alimentario exhibiendo una gran actividad de renovación normativa con desarrollo de RTS y, sobre todo, realizando los múltiples análisis que su cumplimiento requería.

Así, se incrementó el número de laboratorios, principalmente en municipios de poblaciones de tamaño medio pero, sobre todo, se efectuó la transformación de los ya existentes. El supuesto efecto protector de la mera toma de muestras y ejecución de análisis ofrecía la paradoja de que, algunos produc-

tos diana (como los aceites) fueran más analizados por los laboratorios públicos que por las propias empresas fabricantes en cumplimiento de sus actividades de control de calidad.

El año 1982 se produce el cambio en la concepción de los laboratorios de salud pública en la CAPV y coincide con el momento de mayor desarrollo de la instrumentación analítica de las últimas décadas. Es en el comienzo de los 80 cuando se puede apreciar el gran avance de las técnicas instrumentales que, gracias a la microelectrónica y los sistemas automatizados de tratamiento de datos, se convierten en las potentes herramientas analíticas que, con las lógicas innovaciones, conocemos actualmente. Este cambio fue especialmente significativo en las técnicas cromatográficas, espectroscópicas e inmunológicas.

Sin embargo esta exhibición tecnológica y de potencial de capacidad analítica no modificó, de manera acorde, la sistemática de gestión de los riesgos. El aumento impresionante de RTS no supuso ninguna mejora en la filosofía de elaboración que hasta entonces habían tenido. Todavía hoy, en temas en que no existe regulación comunitaria, se siguen conociendo los efectos perversos de la facilidad con que en aquella época se fijaban los niveles legales, sin información suficiente sobre los niveles reales existentes o su verdadero impacto en la gestión del riesgo, incluso en parámetros que pudieran considerarse “neutros” en relación con la seguridad alimentaria.

Así, los laboratorios se convirtieron en productores de datos analíticos para uso exclusivo de comprobación del cumplimiento de RTS. La gran mayoría de la ingente cantidad de datos inconexos obtenidos en aquellos años presentaban una escasa relevancia por su reducida representatividad sobre la verdadera calidad o seguridad del sistema alimentario, debido a la baja o nula planificación con que se obtenían.

La entrada en la Unión Europea resaltó este problema principalmente por las dificultades para influir en las diversas legislaciones relacionadas con el medio ambiente (aguas, aire) y fundamentalmente en el control de alimentos. Cualquier incorporación de un parámetro o cambio sobre un límite legal establecido requiere aportar datos objetivos y racionales que lo justifiquen y la carencia de esta información limita de manera significativa la capacidad de actuación sobre el marco normativo.

Otro hito importante en la evolución de los LSP coincide con la transferencia del Insalud a Osakidetza en el año 1988. Las actividades de carácter asistencial que hasta entonces se desarrollaban en los LSP (para consultas de planificación familiar, ETS, beneficencia, prisiones,...) debieron transferirse a Osakidetza como gestor único de todas las actividades asistenciales de la Comunidad. En esta transferencia de actividades surgió la necesidad de preservar, dentro del LSP, el conocimiento y la competencia en la gestión y análisis de muestras humanas, en un entorno de demanda orientado principalmente a las muestras ambientales y alimentarias. La existencia de actividades clínicas propias de salud pública, como el programa de metabolopatías, permitió la existencia de un Laboratorio orientado a la salud pública, evitando que el laboratorio, aún conservando la denominación de LSP, se convirtiera de hecho en una mera suma de laboratorios dedicados al análisis de muestras medioambientales y productos agroalimentarios.

Este debate sobre la modificación del servicio analítico demandado se unió con la necesidad de reorganizar los laboratorios para adaptarlos a los nuevos retos (patógenos emergentes, microcontaminantes, etc.) derivados de las nuevas legislaciones de la UE. La reducción de la dimensión o el número laboratorios era obviamente una de las soluciones que podrían permitir, en una Comunidad pequeña y bien comunicada, afrontar de manera eficiente estos retos. Sin embargo las resistencias de los entonces responsables a privarse de un laboratorio o limitar su desarrollo, hicieron que se optara por un sistema organizativo fundamentado en la coordinación única en el ámbito de la CAPV, tanto en la asignación de la demanda como en la dotación de recursos.

Teniendo en cuenta la organización de la Salud Pública en la CAPV, donde en diversas ocasiones las líneas funcional y jerár-

quica han estado distantes, y por tanto con claras disfunciones entre el cliente/usuario de las actividades analíticas y el titular y proveedor de los recursos, el mantenimiento de la eficacia de esta labor de coordinación de los laboratorios ha quedado supeditada al mantenimiento del liderazgo efectivo desde el Departamento de Sanidad.

Tras este pequeño repaso histórico al devenir de los LSP es necesario resaltar el papel que Javier Sáenz de Buruaga, desde el año 1982 como Jefe de Salud Pública y posteriormente como Viceconsejero de Sanidad, tuvo en la modernización y organización de los laboratorios. Los pilares de su desarrollo fueron:

*Personal multidisciplinaria y competente.* En los laboratorios de la CAPV se produjo una quiebra en la tradicional relación entre título académico y coto cerrado de actividad profesional. Esta apuesta por los perfiles y requisitos específicos de los puestos permitió completar equipos profesionales competentes, de reconocimiento y prestigio internacional, y evitar el empobrecimiento científico y técnico que la polivalencia uniformizadora y sin cualificación ha causado en otros ámbitos de la función pública.

*Colaboración con el ámbito asistencial.* Además del apoyo a las actividades de autoridad sanitaria, siempre se mantuvo e impulsó la vinculación con el ámbito clínico asistencial. Esto se reflejó, desde sus inicios, con la implantación del programa de detección de enfermedades metabólicas, los análisis de drogas de abuso, la serología de hepatitis, VIH, etc. hasta la encuesta de nutrición y otros estudios poblacionales.

*Desarrollo tecnológico acorde con la demanda a satisfacer.* En la dotación de medios materiales se mantuvo una apuesta por la racionalidad y siempre con marcado carácter finalista. Javier Sáenz de Buruaga apreció como nadie la nula importancia que tenía la dotación de equipos sofisticados cuando se hacía sin personal técnico suficiente y de formación adecuada. Evitó el efecto imagen que ha hecho tan frecuente las dotaciones e inauguraciones de equipos que pasan a ser obsoletos sin haber producido resultados.

Un excelente ejemplo de su capacidad gestora fue cuando, en la evaluación de la exposición a contaminantes químicos mediante el estudio de Dieta Total, surgió la necesidad de realizar análisis de Dioxinas o caracterizar las especies químicas de arsénico. En lugar de apostar por dotar de equipos para su ejecución, lo que hubiera dado una excelente imagen de innovación tecnológica, se contrató esta actividad con laboratorios de reconocido prestigio internacional. Así, se esperaba a los resultados obtenidos para poder identificar la importancia de esta actividad y valorar la pertinencia de la incorporación de esta actividad a la cartera de servicios del LSP. Esta decisión no se quedó en una mera labor administrativa de subcontratación sino que potenció convenios de colaboración asociados logrando, sin necesidad de realizar grandes inversiones, lo que fue una constante en su gestión:

*Potenciar la formación y la colaboración con laboratorios y organismos de prestigio internacional.* Desde los inicios fue un valor de la participación y organización de ejercicios de intercomparación (de control externo de la calidad se llamaban entonces), de la asistencia a congresos, organización de cursos, etc.

Todo esto que, bajo la perspectiva del siglo XXI, parece normal resultaba una aventura hace poco más de veinte años cuando Javier Sáenz de Buruaga afrontó el reto de reorganizar unos laboratorios que disponían de escaso o nulo equipamiento y donde el reducido personal existente, en gran parte atendía al laboratorio como una actividad marginal en su jornada laboral.

Por último se hace necesaria una reflexión sobre el papel de los LSP en el control oficial. Existe un debate activo, que se extiende a toda la UE, entre la titularidad pública y privada de los laboratorios oficiales y los efectos en la eficiencia de los mismos. Sin duda, la actual configuración de la función pública ha dado numerosos ejemplos de ineficacia permitiendo que valores como la antigüedad, en ausencia de experiencia o cuali-

ficación, o el corporativismo neutralicen organizaciones tan sensibles a la incompetencia como son los laboratorios. Sin embargo existen en los últimos años numerosos ejemplos en los que la búsqueda de la eficiencia en la gestión ha provocado graves crisis a las Autoridades competentes. En su mayoría los problemas han sido por falta de celo en proteger a los laboratorios del conflicto de interés entre la atención a los clientes tradicionales (responsables del control oficial) y otros clientes como organizaciones o industrias a las que los responsables del control oficial deben supervisar.

Asimismo, la implantación efectiva del mercado único ha hecho aflorar las diferentes interpretaciones de la legislación. Resulta preocupante observar las diferentes decisiones que se toman en los países de la UE (e incluso dentro de un mismo país) ante un mismo resultado analítico cuya conformidad se debe enfrentar a un mismo valor legislado. El desconocimiento y las divergencias entre los responsables de hacer cumplir la legislación alcanzan a la interpretación de las cifras significativas de los valores legislados. Son tan diversas las decisiones que se toman y tanta la repercusión para el control efectivo que, por parte de la Comisión, se ha hecho necesario establecer procedimientos de interpretación que tratan de asegurar la correcta relación entre los laboratorios y los responsables de utilizar los resultados para garantizar una mejor protección al ciudadano.

La exigencia de la acreditación de los laboratorios dedicados al control oficial, que se inició en el ámbito alimentario y se va extendiendo a otros, ha aportado múltiples ventajas al sistema, pero hechos como los citados anteriormente evidencian la necesidad de extender la acreditación al ámbito de la inspección.

Por todo esto, la concepción actual del análisis de riesgos trata de evitar la compartimentación de sus diferentes fases y, por tanto, estimular la multidisciplinariedad incorporando activamente a los laboratorios en todas las fases del análisis de riesgos, desde la evaluación a la comunicación, garantizando así la adecuación de los métodos de análisis desarrollados al fin perseguido.

## Referencias bibliográficas

- Bate, R. What Risk? Science, politics and public health. Ed. Butterworth Heinemann. 1997
- Christensen, J. M. et al. Rules for stating when a limiting value is exceeded. *Accred Qual Assur* (2002) 7:28-35
- Colijn, M. Managing on effects, an (im)possible challenge. 11th FLEP meeting Innsbruck Nov. 2002
- De Marco, T. Slack. Busy work and the myth of total efficiency. The Doubleday Broadway Publishing Group. 2001
- Draft Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on Official Food and Feed Control. SANCO/1420/2002 Rev 2 May 2003
- Garvin, T. Analytical Paradigms: The Epistemological Distances between Scientists, Policy Makers, and the Public. *Risk Analysis* (2001) 21, No. 3,
- Hibbert, B. Compliance of analytical results with regulatory or specification limits: a probabilistic approach *Accred Qual Assur* (2001) 6:346-351
- Kroes, R. et al Threshold of Toxicological Concern. *Food and Chemical Toxicology* 38 (2000) 255-312
- Laboratorios oficiales de control alimentario. Documento FLEP 1998
- Paustenbach, J. The practice of exposure assessment: A state-of-the-art review *Dennis Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, (2000) 3:179-291,
- Report to the standing committee on the food chain and animal health on the relationship between Analytical results, the measurement uncertainty, recovery factors and the provisions in EU food and feed legislation SANCO/0064/2003 – rev. 2 July 2003
- Ruimschotel, D. et al. The table of eleven: A conceptual framework and an instrument for law enforcement issues. Not published version 21-5-99
- Smith, P. y Merrit, P. Proactive risk management.. Productivity Press 2002
- Schotland, M. y Bero, L. Evaluating Public Commentary and Scientific Evidence Submitted in the Development of a Risk Assessment. *Risk Analysis* (2002) Vol. 22, No. 1.

## Retos de la Nutrición Comunitaria en el siglo XXI

*Challenges facing community nutrition in the 21st Century*

J. Mataix

Director Instituto de Nutrición, Universidad de Granada

### RESUMEN

Los conocimientos científicos y la evidencia epidemiológica han situado la nutrición comunitaria entre las estrategias de promoción de salud de primera línea. La combinación de los cambios en los hábitos alimentarios y el estilo de vida sedentario ha contribuido a un importante aumento en la prevalencia de obesidad en los últimos años. Los esfuerzos en el campo de la nutrición comunitaria deben centrarse en la educación nutricional, la seguridad alimentaria y el refuerzo de las habilidades culinarias. La adecuación de la oferta alimentaria en los establecimientos de restauración colectiva también ocupa un lugar destacado. Los cambios sociales junto con los nuevos avances científicos incorporarán nuevas demandas en la nutrición comunitaria y darán un papel más importante al consejo individualizado. Para poder hacer frente a estos nuevos retos los profesionales de la nutrición comunitaria necesitarán un alto nivel de capacitación profesional. **PALABRAS CLAVE:** nutrición comunitaria; educación nutricional; seguridad alimentaria; restauración colectiva.

### LABURPENA

Ezagupen zientifikoak eta ebidentzia epidemiologikoak komunitate elikapena osasan estrategia promozio lehenengoan artean jarri dute. Azken urte hauetan elikapen ohiturak aldaketak eta bizi modu sedentarioa elkarrekin gizenen populaketa nagusitzean garrantzi handia izan du. Elikapen komunitateko arloko kemenak elikapen hezkuntzan, elikapen segurantz eta trebetasun kulinarioen gogortzean zentratu behar dira. Elikapen eskaintzaren egokitzean jantoki taldekoek ere garrantzi handia dauka. Aldaketa sozialak zientifiko aurrerapen berri batera komunitate elikapenean eskeintza berriak barneratuko dituzte eta indibidualizatutako aholkuei garrantzia handiagoa emango diete. Erronka berri hauei aurre egiteko komunitate elikapeneko profesionalak profesional gaitzuntza maila altua behar izango dute.

### ABSTRACT

Scientific evidence has placed community nutrition among the front line strategies in health promotion. Traditional food habits have progressively changed in the last decades. The combination of changes in food patterns and sedentary lifestyles have contributed to an important increase in the prevalence of overweight and obesity. Efforts in community nutrition should now focus on three key aspects: nutrition education in schools and in the community; food safety and enhance culinary skills in all age groups. School meals and other catering services provided at work or community sites should be consistent with the educational message. Social changes along new scientific developments will introduce new demands into community nutrition and request a more important role for individually tailored advice. In order to face these challenges community nutrition professionals need to be highly qualified and skilled. **KEY WORDS:** Community nutrition; Nutrition education; food safety; mass catering.

Desde la Antigüedad se ha reconocido que la dieta influye sobre la fortaleza física y el desarrollo de algunas enfermedades. En la era científica, la evidencia epidemiológica y los nuevos avances avalan el papel de la dieta en la aparición de muchas enfermedades crónicas.

La combinación de los cambios en los hábitos alimentarios y el estilo de vida sedentario ha contribuido a un importante aumento en la prevalencia de obesidad en los últimos años.

El siglo XXI está abierto a la nutrigenómica y a la posibilidad de diseñar estrategias óptimas de alimentación y nutrición que permitan satisfacer las necesidades individuales en base a los determinantes genéticos. La evidencia científica ha situado la nutrición comunitaria entre las estrategias de promoción de la salud de primera línea y es un área obligada en todos los planes de salud.

Hay los esfuerzos en el campo de la nutrición comunitaria se deben centrar en tres aspectos clave:

a) La educación nutricional: Es necesario desarrollar estrategias que permitan poner en marcha este tipo de iniciativas dirigidas a todos los grupos de edad, pero especialmente en la etapa escolar.

La inmigración supone un nuevo reto a afrontar en nuestro medio y es necesario estimular la integración confortable, al mismo tiempo que se respeta la identidad cultural y las tradiciones.

La adecuación de la oferta alimentaria en los establecimientos de restauración colectiva también ocupa un lugar destacado.

b) Higiene y seguridad alimentaria: Incorporando el doble concepto de garantizar un abastecimiento de alimentos en cantidades suficientes para toda la población y además con la calidad nutricional e higiénica adecuada. La trazabilidad y el seguimiento de los productos son fundamentales.

c) Habilidades culinarias: En las sociedades modernas, donde el tiempo disponible siempre es limitado, cada vez se dedica menos tiempo a la preparación y al consumo de alimentos. Las habilidades culinarias progresivamente van disminuyendo en todos los grupos de edad.

Las tendencias actuales sugieren que en los próximos años el envejecimiento de la población se acentuará y será necesario contribuir a mejorar la calidad de vida también de las personas que viven más años. También cambiarán los esquemas de trabajo, ocio y organización de la vida familiar. Todo ello repercutirá en nuevas demandas hacia la nutrición comunitaria. Los cambios sociales junto con los nuevos avances científicos incorporarán nuevas demandas en la nutrición comunitaria y darán un papel más importante al consejo individualizado. Para poder hacer frente a estos nuevos retos los profesionales de la nutrición comunitaria necesitarán un alto nivel de capacitación profesional.

El concepto de nutrición óptima resultará muy familiar en los próximos años, los mismo que los nuevos alimentos vinculados a él: nuevos alimentos, alimentos funcionales, etc. Serán elementos muy valiosos de suplementación sobre la base de un patrón global que favorezca la salud y resulte agradable.

### Referencias bibliográficas

- ADA. Key trends affecting the dietetics profession and the American Dietetic Association. J. Am. Diet. Assoc. 2002; 102:S1821-S1839
- Aranceta Bartrina J. Community Nutrition. Eur J Clin Nutr 2003, 57 (Suppl 1): S79-S81
- FAO-WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical report series 916. Geneva: WHO, 2003

Correspondencia:  
J. Mataix Verdú  
Avda. Andaluces, 2; 4º C  
18014 Granada

## Papel del laboratorio de Salud Pública en los estudios nutricionales

### Role of Public Health Laboratory in Nutrition Surveys

Itziar Marzana Sanz

Jefa Laboratorio Análisis Clínicos Hospital San Eloy

#### RESUMEN

El laboratorio de Salud Pública de la CAPV tiene como objetivo fundamental proporcionar el soporte analítico a las acciones de protección y promoción de la salud. Ha tenido un papel múltiple a lo largo de los últimos 25 años en el ámbito del control de los alimentos, medioambiental y clínico, proporcionando la cobertura analítica a los Programas de seguridad química alimentaria a través del estudio de "Dieta Total" y también en los Programas de seguridad microbiológica alimentaria y en el control medioambiental, al efectuar los análisis de contaminantes del agua, suelo y aire. En el ámbito clínico, el laboratorio obtiene los valores de los indicadores bioquímicos y hematológicos de estado nutricional incluidos en la Encuesta Nutricional o en otros estudios relacionados.

**PALABRAS CLAVE:** Salud Pública. Estudio nutricional. Seguridad alimentaria. Contaminantes. Indicadores bioquímicos.

#### LABURPENA

Osasun Publikoko EHAeko laboretegiak funtsezko helburu bezala dauka osasun promozioaren eta babes ekintzen euskarri analitikoak bultzatzea.

Garrantzi handia izan du azken 25 urte hauetan elikagaien kontrolean, ingurugiro eta klinikoan, estaldura analitikoak bultzatuz elikadura segurantz kimikako Programentzat "Dieta Total" ikerlanaren bitartez, baita ere elikadura mikrobiologiko segurantz Programetan eta ingurugiroko kontrolean, uraren, luraren eta haizearen kutxadura azterketak egiteko orduan.

#### ABSTRACT

The main function of the Laboratory of Public Health of the Basque Country is to provide analytical support to health promotion and protection actions. This laboratory has played a multifaceted role in the last 25 years in the field of food control, environmental issues and clinical assays. The lab contributed to biochemical and other analytical procedures in chemical food safety program by means of the Total Diet program as well as to other aspects of microbiological food safety and environmental control, by assessing contaminants in water, soil and air pollutants. In the clinical field, the lab assesses biochemical and haematological indicators of nutritional status included in the Nutrition Survey as well as in related studies.

**KEY WORDS:** Public Health. Nutrition survey. Food safety. Contaminants. Biochemical indicators.

El laboratorio de Salud Pública de la CAPV tiene como objetivo fundamental "proporcionar el soporte analítico a las acciones de protección y promoción de la salud". Presta atención por tanto a los diferentes Programas de Salud Pública de vigilancia y promoción de la salud que se desarrollen en el ámbito comunitario, así como a situaciones de alerta o alarma sanitaria. El logro de este objetivo le confiere unas características particulares como son la gran variedad de procesos que tienen lugar así como la amplia aplicabilidad de los resultados obtenidos, si tenemos en cuenta que su implicación en el análisis de riesgos y estudios epidemiológicos exige trabajar en ámbitos diversos -medioambiental, alimentario, clínico- que bajo el punto de vista analítico tienen un abordaje muy diferente.

En este marco de intervención múltiple y evaluación común se desarrollan también los estudios nutricionales comunitarios. Por una parte el modelo de consumo alimentario contribuye de manera fundamental en la mejora de los hábitos de vida de la población y por tanto es un eje sobre el que se fundamenta la promoción de la salud, y por otra parte se precisa de una vigilancia que garantice la seguridad química y microbiológica de los alimentos y que evite también situaciones de desequilibrio nutricional.

Correspondencia:  
Itziar Marzana Sanz  
Jefe Servicio de Análisis Clínicos  
Hospital San Eloy  
Avda. Miranda, 5  
48902 Barakaldo. Bizkaia.

Desde la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad se han abordado distintas estrategias y actividades en relación a la nutrición comunitaria, teniendo como punto de partida en el año 1988 la "I Encuesta de Nutrición del País Vasco (EINUT - I), que sentó las bases a su vez para los programas nutricionales de intervención comunitaria desarrollados en los últimos años.

Los estudios nutricionales comunitarios requieren de diversas estrategias que cubran todos los aspectos.

La base de los mismos es obtener información de lo que realmente ingerimos, y por tanto es necesario en principio contar con datos de ingestas obtenidos a partir de una encuesta y relacionarlos con las tablas de composición de alimentos, pero también debe de tenerse en cuenta que el nutriente contenido en el alimento experimenta cambios constantes desde su producción, distribución, almacenamiento y preparación culinaria, hasta su digestión y posterior metabolismo, por lo que también habrá que obtener datos que nos aproximen a su valor nutritivo real y al posible aporte de contaminantes potencialmente peligrosos en las sucesivas etapas.

El papel que ha tenido el Laboratorio de Salud Pública es también múltiple, aportando la información necesaria derivada de los análisis efectuados en el ámbito del control de los alimentos, medioambiental y clínico.

Así, se da cobertura analítica a los Programas de seguridad química alimentaria, que a través del estudio de "Dieta Total" y mediante el análisis químico de grupos de alimentos de la dieta tipo preparados para el consumo, se obtienen valores de contaminantes como metales, plaguicidas, residuos veterinarios y otros, así como de aditivos y micronutrientes presentes, con el fin de calcular su ingesta.

En los Programas de seguridad microbiológica alimentaria se interviene en el control de las toxoinfecciones mediante los pertinentes análisis microbiológicos.

Por otra parte, en el control medioambiental, se efectúan análisis de contaminantes del agua, suelo y aire pudiendo guardar relación con el alimento en función del lugar de producción.

En el ámbito clínico, el laboratorio obtiene los valores de los indicadores bioquímicos y hematológicos de estado nutricional incluidos en la Encuesta Nutricional o en otros estudios relacionados.

Es a este último grupo al que a continuación voy a referirme más en concreto por ser el área concreta de mi actividad profesional, los análisis clínicos.

La evaluación bioquímica/hematológica permite en este tipo de estudios epidemiológicos obtener datos objetivos que resultan en muchos casos de difícil constatación a través de la encuesta alimentaria.

La información del contenido en la dieta y en el organismo de un determinado compuesto o nutriente puede tener diversos objetivos:

- **La valoración del estado nutricional**, como comprobación de los datos de las ingestas, y detectando también posibles discrepancias como consecuencia de problemas de absorción, biodisponibilidad, de interferencias entre distintos nutrientes o medicamentosas, etc., así como la detección de grupos de riesgo con probabilidad de ingesta o estado nutricional inadecuados o deficitarios.
- **La identificación de biomarcadores**, a partir de la obtención de los niveles de indicadores, que constatan estados nutricionales patológicos o faciliten su prevención, sirviendo su monitorización como medida de la eficacia de intervenciones que puedan llevarse a cabo o de las tendencias de hábitos que se observen en la población.
- **La identificación de factores de riesgo** asociados a la génesis de las enfermedades crónicas más prevalentes como las cardiovasculares, la obesidad, e incluso el cáncer.
- **La obtención de valores medios poblacionales** en sujetos "sanos" y su distribución según grupos de edad y sexo, que permite compararlos con grupos patológicos concretos.

En otras ocasiones, los estudios bioquímicos y hematológicos se concretan en grupos que merecen atención aparte por ser especialmente vulnerables a los cambios nutricionales, como sucede con los niños, ancianos, mujeres embarazadas, o bien se determinan específicamente algunos análisis con el fin de detectar posibles deficiencias subclínicas de determinados nutrientes.

Aprovechando la infraestructura disponible en el Laboratorio de Salud Pública de la CAPV en el área de los análisis clínicos, se ha colaborado sucesivamente en los diferentes estudios epidemiológicos nutricionales desarrollados en la Comunidad Autónoma, entre los que cabe destacar como más representativos:

- Encuesta Nutricional de la CAPV (EINUT-I) 1.988-1989
- Prevención y control de los trastornos causados por déficit de yodo en la CAPV, que ha venido desarrollándose desde el año 1990 hasta la fecha actual en distintas etapas.
- Evaluación bioquímica del estatus nutricional de la población mayor de 60 años de la Villa de Bilbao.1991
- Estudio epidemiológico longitudinal sobre factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes del País Vasco.1992-1995
- Estudio nutricional evolutivo y progresión de infección por virus de inmunodeficiencia humana VIH.1993
- Estudio de prevalencia de factores de riesgo y factores protectores de la cardiopatía isquémica en el País Vasco.1994
- Evaluación del estatus nutricional vitamínico en la población mayor de 60 años de la Villa de Bilbao.1994

## Programas de educación nutricional en la Comunidad Autónoma del País Vasco

*Nutrition Education Programmes in the Basque Country*

Carmen Pérez Rodrigo<sup>1</sup>, Itxaso Manzano<sup>2</sup>, Mauri Urturi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Nutrición Comunitaria. Ayuntamiento de Bilbao

<sup>2</sup> Educación para la Salud (Bizkaia). Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco

### RESUMEN

La promoción de hábitos alimentarios y otros estilos de vida saludables es un elemento de gran importancia en los programas de promoción de la salud en las distintas etapas de la vida y en los programas dirigidos a la prevención de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o una mejor calidad de vida en la edad avanzada. En este trabajo se expone una visión retrospectiva de algunas iniciativas en el ámbito de la educación nutricional llevadas a cabo en la CAPV en las últimas décadas. **PALABRAS CLAVE:** Educación nutricional; promoción de la salud.

### LABURPENA

Elikagai ohituren areagotzea eta bizitzako beste era osasuntsuak elementu garrantzitsuak dira aurrezaindutako gaixotasun kardiobaskularrak, minbiziak edo adin nagusian bizitza kalitate hobea sustapen programetan. Lan honetan atzerabegirako ikuspuntu bat aurkezten da, azken hamar urte hauetan EHAE-n elikapen hezkuntza arloan eramandako ideia batzuei buruzkoa.

### ABSTRACT

Promotion of healthy eating habits and other life styles is of great importance in health promotion programmes during life span as well as programmes aimed to prevent cardiovascular diseases, cancer or a better quality of life in old age. In this paper a retrospective view of several initiatives in the field of nutrition education carried out in the Basque Country in the last decades is presented.

**Key words:** Nutrition education. Health promotion.

Los cambios políticos y la progresiva asunción de competencias por el Gobierno Vasco, favorecieron una transformación en la organización del mundo sanitario y en la orientación de sus actuaciones.

En la década de 1980, los programas y actividades en Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) experimentaron un fuerte impulso. La reorientación de la Salud Pública en la CAPV, con el desarrollo del Programa de Salud Escolar tanto en el ámbito autonómico como en el municipio de Bilbao, sin duda, tuvieron papel decisivo en este hecho.

Comienzan en esta época programas que tan buena acogida y excelentes resultados han obtenido como los dedicados a la salud bucodental, prevención de accidentes infantiles o un poco más adelante, prevención del SIDA.

Dentro de las experiencias en educación nutricional, hemos de destacar la campaña de promoción del desayuno (1) que se llevó a cabo en los centros docentes de la CAPV en la segunda mitad de la década de los 80. Estudios nutricionales previos realizados en escolares de Bilbao ponían en evidencia que el 20% acudía al colegio sin desayunar y entre aquellos que consumían algo, en un porcentaje elevado de casos configuraban un desayuno insuficiente (2). La evaluación posterior a su implementación y especialmente el seguimiento en estudios posteriores en los colegios públicos de Bilbao mostraba que el porcentaje de niños y niñas que no desayunan nada se ha reducido considerablemente y los datos más recientes lo sitúan globalmente en un 3%, cifra algo más elevada entre las jóvenes adolescentes (3,4). También dirigida a la población escolar, desde el Gobierno Vasco se diseñó una rueda de los alimentos con el eslogan "Come de todo", invitando a los niños/as a consumir una dieta variada.

Correspondencia:  
Carmen Pérez Rodrigo  
Unidad de Nutrición Comunitaria  
Subárea Municipal de Salud Pública  
Luis Briñas, 18; 4ª planta  
48013 Bilbao

La Unidad de Nutrición Comunitaria en colaboración con la Sección de Salud Escolar del Ayuntamiento de Bilbao, ha venido realizando un seguimiento de la oferta nutricional en los comedores escolares, que sin duda ha ido acompañada de una labor de información - formación dirigida a las personas responsables de esta tarea en cada centro docente. En el año 1996 salía a la luz la publicación "Consumo de alimentos y del estado nutricional de la población escolar de Bilbao. Guías alimentarias para la población escolar", a partir de los resultados de este programa (5).

En estos años se ha llevado a cabo algunas iniciativas de divulgación de información y sensibilización de la población general enfocadas hacia la promoción de una dieta saludable. Recordemos, por ejemplo, el calendario de la rueda de los alimentos que incluía recomendaciones formuladas como frecuencia de consumo por raciones publicado en 1989.

En esta misma línea, años más tarde, concluida la Encuesta de Nutrición, se cuidaría con esmero el diseño de un cartel con la rueda de los alimentos (6), organizada sectorialmente por grupos bromatológicos y funcionales, que se identificaban con distintos códigos cromáticos. Se acompañaba de unos recuadros explicativos en los que se describía los grupos de alimentos que deberían aumentar o disminuir en la ración media habitual. Estas recomendaciones se traducían en raciones orientativas / per capita / día de distintos grupos de alimentos, que combinados armónicamente, podrían configurar un perfil alimentario saludable.

El Departamento de Sanidad y Osakidetza publicaron la serie de folletos informativos Guías a la Salud dentro del programa Salud a la vida, dirigidos a la población en general y otras para las personas mayores, en los que se abordaban distintos aspectos, entre ellos la alimentación equilibrada (7). En este mismo sentido, se recogió en una publicación posterior una serie de pautas dietéticas y dietoterapia para colectivos de ancianos, acompañados de recomendaciones para una alimentación saludable en las personas mayores (8).

Desde el Departamento de Sanidad se impulsó la difusión de información sanitaria a través de los medios de comunicación en programas específicos, difundidos principalmente a través de Euskal Telebista (A su salud) y Radio Euskadi. También en este caso se abordaron temas relacionados con la alimentación y nutrición en diferentes etapas de la vida.

Queda aún mucho camino por hacer en este campo. La contribución y el apoyo decidido de personas con responsabilidad en la Administración Sanitaria como Javier Sáenz de Buruaga a este tipo de iniciativas es decisivo para que puedan llevarse a cabo, desde el convencimiento de que la promoción de hábitos alimentarios y otros estilos de vida saludables desde los primeros años de la vida, contribuye de manera eficaz a la prevención de enfermedades crónicas de alta prevalencia en nuestro entorno y a conseguir una mejor calidad de vida para todos.

### Referencias bibliográficas

1. Programa de Salud Escolar. "Con un desayuno completo no se quedarán a medias". Folleto. Osakidetza
2. Aranceta J, Santolaya J, Gondra J, Delgado A. Evaluación de consumo y de hábitos alimentarios en los comedores escolares de colegios públicos de la Villa de Bilbao. Arch Pediat 1986; 37: 523-534.
3. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Santolaya Jiménez J, Gondra Rezola J. Evolución de la ingesta dietética aportada con la ración del desayuno en los escolares de Bilbao (1984-1994). Nutrición Clínica 1997; XVI: 171-177
4. Aranceta Bartrina J, Serra Majem LI, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C. El desayuno en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enKíd. Barcelona: Masson, 2000: 45-74
5. Aranceta J, Pérez Rodrigo C. Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar de Bilbao. Guías alimentarias para la población escolar. Bilbao: Área de Salud y Consumo Ayuntamiento de Bilbao, 1996
6. Programa de Nutrición. Come para tu salud. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad Gobierno Vasco- Osakidetza, 1992.
7. Arriola Manchola E, González Larreina R. Alimentación equilibrada. Guías a la salud. Tercera Edad, 1. Osakidetza: Salud a la vida.
8. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Marín M. Pautas dietéticas y dietoterapia para colectivos de ancianos. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1994

## En torno al II Congreso Mundial Vasco. Symposium de Nutrición de 1987. Donosti

*About the 2nd World Basque Conference. The Nutrition Symposium. Donosti, 1987*

J.M. Bengoa

Ex - Director del Dpto. de Nutrición de la OMS

### RESUMEN

**El autor relata experiencias y anécdotas de su relación con Javier Sáenz de Buruaga, e incluso durante la contienda civil, con su padre. Narra su colaboración con el Departamento de Sanidad siendo Garaikoetxea el Lehendakari, la organización del Curso de Nutrición y Salud Pública en 1983 junto a Javier Sáenz de Buruaga, y unos años más tarde, el simposium de nutrición en el marco del II Congreso Mundial Vasco.**

**PALABRAS CLAVE:** Nutrición y Salud Pública.

### LABURPENEA

**Egileak esperientzia eta anekdota batzuk kontatzen ditu Javier Sáenz de Buruagarekin erlazioaturikoak eta baita ere gatazka zibilekoak, bere aitarekin. Bere partaidetza narratzen du Osasun Departamentuarekin Garaikoetxea Lehendakaria zela, Osasun Publiko eta Elikapen Kurtsoaren antolaketa 1983an Javier Sáenz de Buruagarekin, eta urte batzuk geroago, Elikapen simposiumna II. Euskal Kongresu Mundial inguruan.**

### ABSTRACT

**The author reports experiences and anecdotes of his relationship with Javier Sáenz de Buruaga, even during the civil war with his father. He reports his collaboration with the Department of Health when Mr. Garaikoetxea was the President of the Basque Government, the organization of the Nutrition and Public Health Course with Javier Sáenz de Buruaga in 1983 and a few years later the Nutrition Symposium in the frame of the II World Basque Congress.**

**KEY WORDS:** Public Health Nutrition.

El último día de marzo de 1937 asistimos algunos amigos a festejar la boda de Sáenz de Buruaga, padre de Javier, en Bakio. Creo que fue su despedida de soltero. Al regresar de noche a Bilbao nos enteramos que Durango había sido brutalmente bombardeado, causando gran cantidad de muertos y heridos. El novio y asistentes al acto de Bakio pasamos esa noche en el hotel Carlton movilizándolo ambulancias y haciendo sitio en los hospitales. El aita de Javier, tuvo a su cargo la sección de Farmacia del Departamento de Sanidad Militar del Gobierno Vasco. (1936-37).

Javier fue, pues, hijo de la guerra o acaso hijo de los difíciles años de la post-guerra.

Durante el Gobierno de Garaikoetxea (1979-84) me llamó el Lehendakari a Venezuela para pedirme colaborar con el primer gobierno vasco de la nueva época, y allí en Gasteiz, en el

Departamento de Sanidad me encontré uno de esos años con Javier, hijo de mi amigo de la Guerra Civil.

Casi todas las tardes pasaba yo a conversar unos minutos con Javier, encargado de los asuntos de Farmacia, en cuyo despacho estaba también el encargado de veterinaria. Pronto aprecié que a Javier le interesaban los temas de nutrición en salud pública, cosa que aprecié también en otros farmacéuticos del estado español. Esto fue para mí una sorpresa ya que en mis andanzas por el mundo no había observado gran interés en los farmacéuticos por los temas de nutrición. Debo recordar sin embargo que uno de los Directores de Nutrición de la FAO fue un farmacéutico; Marcel Autret.

He pensado que éste interés de los farmacéuticos por la nutrición puede explicarse por a) en la calidad de la enseñanza de la alimentación, nutrición y ciencias afines en las Facultades de Farmacia y b) en que en la preparación de las mezclas para la alimentación parenteral, juega el farmacéutico un papel relevante.

Permitirme unas breves acotaciones sobre estos dos puntos. Nuestro gran amigo F. Grande Covián insistió mucho en la necesidad de que los médicos y los nutricionistas conocieran mejor los alimentos y no solamente las complicadas fórmulas químicas de los nutrientes y sus efectos en la salud. Resulta por eso apasionante leer, por ejemplo, el estudio de Grande Covián sobre la patata. (1)

En este estudio Grande Covián nos recuerda, que las proteínas de las patatas tienen un valor biológico comparable al de las proteínas del huevo.. O, también que las patatas erradicaron el escorbuto en Europa, y de cómo en 1913, un investigador holandés (Hindhede) demostró que era posible vivir normalmente durante 300 días con una dieta compuesta por 2 a 4 Kg. diarios de patatas y un pequeña cantidad de margarina. No tengo experiencia de la enseñanza universitaria en España, pero, según me informan, en tercer año de Farmacia se estudian las asignaturas de Alimentación humana y de la Nutrición y Bromatología, siendo optativa la de Nutrición Clínica. Como contraste, es sorprendente que el Profesor Augusto Corominas, de la Universidad de Barcelona diga recientemente que "salvo los endocrinólogos, los médicos no saben nutrición" (2)

El segundo aspecto es el referente a la responsabilidad que han adquirido los farmacéuticos en la nutrición enteral y parenteral en los últimos años y que explica también tal vez el interés de esta profesión por la nutrición.

Siempre recuerdo la historia que nos contó en Venezuela hace años el Profesor C.E. Butterwortz, Jr. Jefe del Departamento de Nutrición de la Universidad de Alabama de EE.UU. (3)

El Dr. Butterwortz, uno de los pioneros de las técnicas de nutrición parenteral, nos contó que en 1948, en sus comienzos de la especialidad, recién graduado, tuvo que atender a pacientes moribundos a los que llamaban: los "esqueletos en el armario del hospital". En cierta ocasión a un anciano que había sufrido un accidente cerebro-vascular, que no podía hablar ni tragar, le puso una sonda nasogástrica, por la cual le pasaban mezclas misteriosas de nutrientes. El enfermo fue empeorando. Entonces una dietista le preguntó: ¿ha visto al paciente hoy? Él está mejor. Cuando el joven médico y la die-

Correspondencia:  
José María Bengoa  
Plaza Usategi, 1; 3º izda  
48990 Getxo. Bizkaia.

tista experimentada se acercaron a la cama del paciente, éste tenía los ojos brillantes y una apariencia de bienestar evidentes. ¿Qué pasó? le pregunto Butterwortz a la dietista. “Nada especial doctor, simplemente ayer me enteré que el paciente era un trabajador sureño y que si pudiera pedirlo le gustaría comer hojas de nabo, carne de cerdo, pan de maíz y licor casero. Ayer tomé licor casero, desmenucé algo de pan de maíz dentro y se lo pasé por la sonda estomacal; creo que le gustó”.

Este ejemplo es un bello episodio de la importancia de los alimentos, que además de los principios nutritivos contienen valores adicionales que es necesario tener en cuenta.

Creo que estos comentarios explican, al menos en parte, el interés de los farmacéuticos y su excelente formación en los temas de nutrición, y de ahí mi afinidad con Javier, en mis tertulias con él en Vitoria.

Por eso no es de extrañar que del 10 al 15 de Octubre de 1983, organizáramos conjuntamente, Javier y yo, un Curso de Nutrición en Salud Pública en Bilbao, con numerosa asistencia y con la participación de los Profesores: Francisco Grande Covián, Gregorio Varela, Manuel Hernández, Consuelo López Nomdedeu, Luis González Galdeano, Pablo Sanjurjo, y nosotros mismos. Se inscribieron 40 alumnos. Varios de ellos se inscribieron poco después en los estudios de nutrición de la Universidad de Nancy.

Javier Sáenz de Buruaga tuvo también un papel destacado en la organización, con motivo del II Congreso Mundial Vasco, en 1987, del Symposium de Nutrición. Problemas de la Nutrición en las Sociedades Desarrolladas. (4) Javier tenía una gran habilidad en la organización y logística de reuniones, en este caso de carácter internacional. Asistimos 60 profesionales de Europa y América, además de numerosos profesionales locales.

El symposio de Nutrición fue en esencia una actualización magistral del problema de nutrición en los países desarrollados. Se analizaron los temas de los macronutrientes y micronutrientes, bajo la tutela del Prof. F. Grande Covián y la vigilancia de los detalles de Javier Sáenz de Buruaga. Pudimos oír a los profesores amigos Varela, Hernández, Gandarias, Cavasés, Goiriena J.J., Mattaix y otros participantes.

Como hecho no frecuente pero siempre deseable en este tipo de reuniones, la ponencia presentada por los economistas S. Larrea y L.A. Lerena, ambos del Servicio de Estudios del Banco Bilbao de entonces. Los autores llamaron la atención acerca de la gran cantidad de cultivos que se han perdido o disminuido en gran proporción en la Comunidad Autónoma Vasca. Los cultivos que mayor cantidad de tierras y explotaciones han perdido han sido los de leguminosas, cereales, frutales, patatas y las praderas. Han desaparecido o su cosecha es tan pequeña que han sido eliminados de las estadísticas de producción agraria, la uva de mesa, las nueces y las castañas. ¡Qué gran tristeza!

También deben mencionarse, por su dimensión social, las comunicaciones presentadas sobre la importancia del desayuno en el rendimiento de los escolares. Los tres trabajos presentados por el grupo del Ayuntamiento de Bilbao (Aranceta, Pérez, Viladrich, Gondra y Delgado), confirmaron la tesis de que en el rendimiento escolar “en el desayuno esta la diferencia”. Sin duda este es uno de los pilares más firmes de los estudios de nutrición en el País Vasco.

En dicho Congreso Vasco, se redactaron los objetivos nutricionales para la Comunidad Vasca. El acento estuvo, por razo-

nes obvias, en reducir el porcentaje calórico provisto por las grasas en la dieta vasca, que sigue siendo alta (cerca del 40%). (5) Sería recomendable reconducir de nuevo el tema a fin de reducir la prevalencia de la obesidad, la diabetes tipo II, ciertos tipos de cáncer, la hipertensión, y otros procesos cardiovasculares. Los estudios sobre las transiciones alimentarias son hoy en día muy frecuentes en todo el mundo. En el País Vasco la dieta ha cambiado mucho en los últimos 60 años. (6) Habría que realizar un esfuerzo conjunto entre varias entidades, y conducidas por la Sección de Nutrición del Municipio de Bilbao a fin de determinar las tendencias del último medio siglo y proyecciones futuras. Podría ser un excelente mecanismo de Vigilancia Nutricional en el País Vasco.

A nivel mundial las cosas están cambiando. Las prioridades hoy son distintas a las de hace 50 ó 100 años. Según un informe reciente de la OMS los problemas sanitarios prioritarios a comienzos del siglo XXI son los siguientes: malaria, tuberculosis, sida, salud materna, higiene de los alimentos, cáncer, cardiovasculares, diabetes, tabaquismo y sistemas de salud.

Las proyecciones para los próximos 20 años son, según el mismo informe, las siguientes:

- Reducción en un 46% de las enfermedades diarreicas.
- Aumento de las depresiones en un 60%.
- Aumento en un 88% de los accidentes de tráfico.
- Aumento en un 44% de la isquemia cardiaca.
- Aumento de la violencia en un 103%. (7)

En el conjunto del estado español, en estos últimos 25 años, la labor realizada en los estudios de Nutrición en Salud Pública ha sido extraordinaria. Se puede decir que en ninguna otra época se dieron tantos cursos, investigaciones, publicaciones, congresos, etc. como en esta época reciente. De haber sido el estado español el último de los países europeos en oficializar los estudios de la Carrera de Nutricionista y Dietistas, ha pasado a tener más escuelas de la especialidad que cualquier otro país de la región europea. Este esfuerzo tiene sus nombres y apellidos, bien conocidos, que pasarán a la historia.

Termino con un recuerdo de nuestro amigo Javier. Fue un buen profesional, supo apoyar al débil, y trabajar en equipo, y siempre fue un buen amigo. Javier ha dejado la huella imborrable como funcionario y como ciudadano ejemplar, que Sonia y su familia, y todos nosotros le recordaremos siempre.

## Referencias bibliográficas

1. Grande Covián F. La historia de la patata. Nutrición Clínica. Vol. VIII, Nº 5. 1988.
2. Corominas A. Diario Médico. 20 Junio 2003
3. Butterwortz C.E. Desnutrición hospitalaria. Otro día. En “Recientes avances en Nutrición Clínica. Fundación Cavendes. Caracas. 1986.
4. Symposium de Nutrición. Problemas de la Nutrición en las Sociedades Desarrolladas. II Congreso Mundial Vasco. San Sebastian. 1987.
5. Aranceta J. Encuesta de Nutrición de la Comunidad Autónoma Vasca. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 1994.
6. Bengoa J.M. Las transiciones alimentarias en la Historia. IV Congreso de la Sociedad de Nutrición Comunitaria. Bilbao, 2000.
7. Global Review of Primary Health Care. Global Report. Bengoa R. ; Adams O. ; Kawar R. WHO. Geneva. 2003.

## La encuesta de nutrición de la CAPV

*Nutrition Survey of the Basque Country*

Javier Aranceta

Unidad de Nutrición Comunitaria Ayuntamiento de Bilbao  
Programa de Nutrición. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco  
(1988-2000)

### RESUMEN

En este trabajo se esboza una visión retrospectiva de los primeros pasos en el diseño y planificación de la Encuesta de Nutrición de la CAPV en los años 1987-1988. Se resaltan la repercusión y las principales aportaciones de este trabajo, que ha servido de modelo y es aún referencia para encuestas de nutrición que en años posteriores se han venido realizando en diferentes Comunidades Autónomas del Estado. También se destaca la contribución del estudio nutricional enKid, realizado en una muestra aleatoria de la población entre 2 y 24 años en todo el Estado, con representación de la CAPV.

**PALABRAS CLAVE:** Encuesta de nutrición; estudio transversal; nutrición vigilancia nutricional.

### LABURPENA

Lan honetan laburbiltzen dira 1987-1988 urteetan EHAeko Elikapen inkesten egitura eta planifikazioen lehen pausuen atzerabegirako ikuspuntu bat. Lan honen eragin eta ekarpen printzipalak nabarmentzen dira, eredulez balio izan du eta oraindik ere erreferentzi bat izan da ondorengo urteetan Estatuko Autonomi Elkargo ezberdinetan egiten joan diren elikapen inkestantzako.

Baita ere nabarmentzen da enKid elikapen ikerlaneko ekarpena, EHAe ordezkapenarekin, Estatu guztian 2 eta 24 urteko populaketa bitartean zorizko laginean egin izan da.

### ABSTRACT

In this paper a retrospective view of the first steps in the design and planning stages of the Nutrition Survey of the Basque Country in 1987-1988 is presented. The impact and main contributions of this study are highlighted. This has been and still is a reference model for similar studies carried out in later years in different Autonomous Regions. The relevance of the enKid study is reflected as well. This study was carried out on a random sample of the State population aged 2-24 years, with a representation for the Basque Country.

**KEY WORDS:** Nutrition survey; cross sectional study; nutritional surveillance.

La Encuesta de Nutrición (EN) del País Vasco fue una iniciativa que se gestó una vez finalizado el Symposium de Nutrición del III Congreso Mundial Vasco en Donostia.

En su despacho ubicado en el número 81 de la Gran Vía bilbaína, Javier Sáenz de Buruaga, ocupando en aquel momento el cargo de Jefe de Salud Pública, me planteó en una reunión de trabajo la posibilidad de realizar una encuesta de nutrición en Euskadi empleando métodos de entrevista individuales. El reto era muy importante, se trataba de plantear y realizar por primera vez en nuestro medio una investigación sobre los aspectos cualitativos y cuantitativos de la dieta media de nuestra población.

“Prepara para dentro de quince días un plan metodológico y un borrador de los cuestionarios y variables de estudio para que los vayamos trabajando juntos”, me comentaría Javier aquella tarde.

Fue un encargo muy gratificante. En los siguientes meses trabajamos codo con codo para plantear lo mejor posible hasta el más mínimo detalle. Javier se encargó más específicamente de todos los aspectos logísticos, económicos y de contratación. Nunca un trabajo tan bien hecho le podrá resultar tan económico a la Administración.

Javier dedicó muchas horas a concretar (con un lápiz de punta fina) cada una de las partidas, listados, cronogramas y planes de trabajo de campo para que todo estuviera a punto.

El apoyo de los profesionales y centros de salud de Osakidetza fue una pieza clave en el éxito de participación, que en el caso del Territorio Histórico de Alava,

Correspondencia:

Javier Aranceta  
Unidad de Nutrición Comunitaria  
Subarea Municipal de Salud Pública  
Luis Briñas, 18; 4ª planta  
48013 Bilbao

Seguirás en nuestro recuerdo  
compartiendo nuestros proyectos,  
los inviernos en Bilbao y los veranos en Lekeitio.-  
**Javier Sáenz de Buruaga, In memoriam**

superó el 97% de la muestra teórica. Javier fue también el artífice de las gestiones pertinentes. El trabajo de campo se prolongó entre 1988 y últimos meses del año 1989.

En aquellos años se comenzó a perfilar el equipo “clásico” de los temas de nutrición en la CAPV encabezados por Javier Sáenz de Buruaga, Iñaki Eguileor, Itziar Marzana, Carmen Pérez Rodrigo, Luis González de Galdeano y Javier Aranceta entre otros.

Es importante resaltar el papel del Laboratorio de Bizkaia en las determinaciones bioquímicas de la EN, que fue uno de los apartados más complicados y laboriosos de la iniciativa. Iñaki Eguileor e Itziar Marzana fueron los responsables directos de este cometido, auxiliados también en el capítulo de extracciones y logística por los laboratorios de Alava y Donosti.

Las extracciones se realizaron en las distintas Direcciones o Centros de Salud a donde acudían los encuestados en ayunas y con su envase de orina. En todos los centros de extracción se había concertado con una degustación o cafetería cercana donde todos los participantes pudieron degustar un buen desayuno, gentileza de la casa (entregaban un vale-desayuno).

La presentación científica de la encuesta tuvo lugar en el Palacio de Miramar de San Sebastián (Abril,1990) en el marco de las Jornadas de Salud Pública de Euskadi. Los Profs. Francisco Grande Covián, Flaminio Fidanza, Gregorio Varela y José Mataix participaron en la mesa de discusión. También estuvo presente el Dr. David Buss que junto con John Gilbert asesorarían posteriormente al equipo de Inés Urieta y Mercedes Jalón en el importante proyecto de Dieta Total.

La Encuesta de Nutrición nos permitió conocer objetivamente una parte importante de nuestro perfil nutricional, descubrir que una parte de nuestras virtudes alimentarias se fundamentan en un buen seguimiento de la dieta tradicional con buenos consumos de pescado, alimentos de origen vegetal y vino. También nos permitió conocer la necesidad de aumentar nuestro consumo de verduras, frutas y cereales integrales y disminuir en algunos pequeños grupos de población, el elevado consumo de bebidas alcohólicas.

Nos permitió conocer asimismo la prevalencia de obesidad, hipertensión e hipercolesterolemia en nuestro medio.

Fue sin duda alguna una iniciativa muy positiva para el diseño de planes de salud y para poder tener en el futuro un panorama de evaluación continuada.

En los años posteriores muchas Comunidades Autónomas siguieron el ejemplo y con metodologías similares, plantearon encuestas de nutrición en su ámbito geográfico.

Casi todos los grupos de trabajo han contado con nuestro asesoramiento y colaboración, lo que ha permitido entre el año 2000 y 2003 plantear algún estudio colaborativo que incluye una base de datos con todas las EN realizadas en el estado español entre 1990 y el 2000.

Más recientemente (1998-2000), se ha realizado también el estudio estatal EnKid sobre una muestra representativa de la población entre 2 y 24 años, con presencia significativa de población infantil y juvenil de la CAPV, lo que nos permitirá conocer mejor los hábitos y riesgos alimentarios de este importante sector de población.

Confío en que en los próximos años, podamos seguir avanzando por el camino del estudio y la investigación en nutrición y salud pública, seguir con el testigo de un magnífico trabajo iniciado por Javier Sáenz de Buruaga, con el mismo amor por su país, sus amigos y su gente.

### Referencias bibliográficas

1. Aranceta J, Pérez C, Marzana I, Eguileor I, González de Galdeano L, Sáenz de Buruaga J. Encuesta nutricional. Documentos técnicos de salud pública serie A, número 9. Vitoria: Gobierno Vasco, 1990
2. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Eguileor I, Marzana I, Gonzalez de Galdeano L, Saenz de Buruaga J. Food consumption patterns in the adult population of the basque Country (EINUT-I). *Publ Health Nutr* 1998; 1: 185-192
3. Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Serra Majem LI, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, Tur Marí J, Mataix Verdú J, Llopis González J, Tojo R, Foz Sala M y el Grupo Colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 608-612
4. Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J, Rodríguez-Santos F. Crecimiento y desarrollo. Estudio enKid. Barcelona: Masson, 2003

En este periodo, nuestra Comunidad ensancha la regulación farmacéutica, en algunos aspectos innovadora, y se logran acuerdos para extender la Atención Farmacéutica en un sentido amplio y profundo, más allá de lo legislado, a través de múltiples iniciativas y proyectos conjuntos.

Los temas más destacados en los que nos tocó a los Colegios Farmacéuticos tratar con Javier y que corroboran lo dicho, fueron:

### **Reestructuración del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales**

Planteada en 1983 por el Departamento de Sanidad basándose en la necesidad de una dedicación más amplia de estos, en tareas de Salud Pública y en la incompatibilidad del ejercicio de I.F.M. y titular de Oficina de Farmacia. Tuvo la oposición de los Colegios Farmacéuticos.

### **Receta amarilla**

Acuerdo conjunto de los Colegios Médico y Farmacéutico de Gipuzkoa, Dirección Provincial del Insalud y el Departamento de Sanidad, en el año 1.983, para poner en marcha la Receta Especial de Psicótopos.

El acuerdo no tenía carácter de norma legal sino de acuerdo voluntario, sin embargo tuvo un alto grado de cumplimiento por parte de los profesionales sanitarios. Durante los años que estuvo en vigor 1983 a 1996 se comprobó su utilidad al disminuir drásticamente el uso no terapéutico de estos medicamentos.

Javier apoyó y defendió el acuerdo y su extensión a toda la Comunidad, sin que esto pudiera realizarse.

### **Prestación Farmacéutica**

Por la Ley 10/83 se crea el S.V.S.-Osakidetza y en 1987 (D. 391/87) se producen las transferencias del Insalud a la Comunidad Autónoma Vasca, al siguiente año se promulga el Decreto de Universalización de la Asistencia Sanitaria en toda la Comunidad, desapareciendo el sistema de beneficencia municipal, unificándose los servicios sanitarios públicos en el S.V.S.-Osakidetza y la extensión de la asistencia sanitaria que presta a toda la población como derecho individual y en condiciones de igualdad. En 1988 Osakidetza firmó, con el Consejo General, el Concierto de Prestación Farmacéutica del País Vasco, calcado del Insalud, e inaugura la Comisión Mixta de Farmacia del País Vasco.

El primer Concierto autonómico, de igual a igual y con textos y normas propias, se firma, por los representantes de los tres Colegios vascos y Osakidetza, en 1994 e incorpora la contribución de las Oficinas de Farmacia a la contención del gasto público en medicamentos, mediante un descuento del 2% sobre el importe líquido de la factura para los años 1994, 1995 y para 1996 el retorno en función del incremento en facturación, 12% de lo que sobrepasara un incremento del 7% de la facturación líquida.

Para Absorbentes de incontinencia, en Gipuzkoa se establece para 1994 un descuento del 30% de los destinados a centros sociosanitarios y un 8% de los destinados a dispensación individual. En 1996 desaparece el descuento del 8% y se amplía a Arava y Bizkaia el descuento del 30%.

En 1997, al incluirse Osakidetza dentro del Organigrama del Departamento de Sanidad, se modifica el Concierto y en el 2001 se firma uno nuevo, que introduce algunas novedades en relación a otros Conciertos de Prestación Farmacéutica de otras Autonomías, como por ejemplo la fijación de un precio máximo de financiación de productos dietoterápicos y de nutrición enteral e incrementa las aportaciones económicas en la dispensación y suministro de absorbentes de incontinencia.

### **Ordenación Farmacéutica**

Con anterioridad a la promulgación de la Ley de Ordenación, se aunaron los criterios sobre la aplicación de la legislación y tramitación de expedientes, en 1986 apareció la Orden que delegaba en los Colegios Farmacéuticos el ejercicio de la competencia de autorización de Oficinas de Farmacia.

En 1994 se promulga la Ley 11/94 de Ordenación Farmacéutica del País Vasco, de gran trascendencia para la farmacia vasca, de elaboración laboriosa y minuciosa, con participación y consulta de todos los sectores afectados, consiguiéndose un alto grado de consenso en la redacción de casi todos los temas.

No ocurrió lo mismo en su desarrollo, pues hubo importantes discrepancias, a la hora de interpretar los textos de la Ley, en temas tan importantes como las transmisiones y las cotitularidades, causados quizás, por la ausencia de los personajes políticos que los consensuaron, entre ellos Javier.

El tratamiento dado a diversos aspectos de la Ordenación fue totalmente novedoso en el panorama Estatal, así aparece por primera vez la zona farmacéutica, además la Ley fue desarrollada casi en su práctica totalidad en los años posteriores, mediante Decreto y Ordenes que irían apareciendo sucesivamente, completándose la Ordenación Farmacéutica Vasca y que de forma resumida abarca los temas de creación, cierre, traslado, obras, requisitos técnicos y materiales, transmisiones, horarios, vacaciones, urgencias, medios humanos y secciones de Oficinas de Farmacia, zonas farmacéuticas, botiquines, servicios de farmacia de hospitales, servicios de farmacia de atención primaria. En este apartado el Decreto de Medios Humanos es el primer Decreto en todo el Estado que obliga a contratar farmacéuticos adjuntos a las Oficinas de Farmacia, en función del volumen de sus actuaciones, e indudablemente ha tenido su efecto en elevar la calidad del servicio farmacéutico vasco a la ciudadanía, así como en la disminución del paro farmacéutico.

Otra norma de importancia fue la creación de las Comisiones de Farmacia de Comarca Sanitaria y los servicios de farmacia de atención primaria, gracias a ello se está logrando mejorar la relación profesional entre los médicos y los farmacéuticos de atención primaria.

En esta época se regularon otros aspectos relacionados con la profesión como la receta de estupefacientes, las comisiones de farmacia de comarca sanitaria, la distribución y dispensación de productos zoonosanitarios, la publicidad sanitaria, los centros, servicios y establecimientos sanitarios etc.

### **Programas sanitarios**

Han sido muchas iniciativas puestas en marcha y sería demasiado extenso referirse a todas ellas, por citar algunas:

–*Prevención y Control del SIDA*. En 1989 se firmó el Convenio de Colaboración entre el Departamento de Sanidad y los Colegios de la C.A.V., dirigido fundamentalmente al consumidor de drogas por vía parenteral, teniendo en cuenta que el farmacéutico es el profesional sanitario al que el toxicómano accede con mayor facilidad y que los heroinómanos, en nuestro medio, son uno de los principales enfermos y portadores de SIDA. Este programa de prevención se denominó "KIT ANTI-SIDA". En 1992 se amplió con el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) y en 1995 con el de Preservativos (Airbag de bolsillo).

–*Programa de tratamiento supervisado con Metadona*. Se firmó el Convenio en 1995. Dirigido a personas con dependencia de drogas, incluidas en Programas de Objetivos Intermedios, fue pionero en todo el Estado Español. En la actualidad son más de 1.300 enfermos los atendidos en las farmacias de nuestra Comunidad. En 1998 se amplió con el Convenio de tratamiento supervisado de tuberculostáticos.

Sería muy conveniente, para los intereses sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma, mantener los niveles de auténtico respeto y profunda colaboración que los Colegios de Farmacéuticos alcanzaron con Javier.

### La profesión farmacéutica: comentario desde la promoción de 1964

*The pharmaceutical profession: a comment from the 1964 promotion*

Juan Antonio Uriarte\*

Doctor en Farmacia

\* En nombre de todos los compañeros de la promoción del 64 (Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid)

#### RESUMEN

**En este trabajo se presenta una serie de recuerdos entrañables y anécdotas vividas en la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, relatadas desde el punto de vista de los compañeros de la Promoción de 1964. Se plasman las ilusiones de los primeros años y retos de andadura profesional.**

**PALABRAS CLAVE:** Farmacia; profesión farmacéutica.

#### LABURPENA

**Lan honetan gogoeta zoragarriak eta Madrileko Complutense Unibertsitateko Farmazia Fakultatean bizitako anekdotak kontatzen dira 1964 promozioiko ikaskideen ikuspuntutik. Lehen urtetako ilusio eta karrera profesionaleko erronkak kontatzen dira.**

#### ABSTRACT

**In this paper a series of warm memories, anecdotes and stories experienced at the Faculty of Pharmacy of the Complutense University of Madrid are presented from the perspective of colleagues from the Course 1964.**

**Thoughts and illusions from the early stages of a professional career are reflected as well.**

**KEY WORDS:** Pharmacy; Pharmaceutical profession.

Yo conozco a José Francisco Javier Sáenz de Buruaga, Javi, desde 1948, pues los dos coincidimos en el colegio, en ingreso de bachiller, bachiller, la carrera y al final en sanidad. No siempre fuimos amigos, pero siempre lo seremos.

Nuestra vocación procede de ser hijos de farmacéuticos y puesto que en ambas casas se decía que "se comía y se desayunaba farmacia", acabamos irremediablemente como los herederos de la vieja estirpe familiar. No había mas remedio. Por así decirlo, en casa el agua se bebía en un matraz Erlenmeyer. Pero en algo ya coincidíamos Javi y yo al decidir hacernos farmacéuticos, y era en nuestra "raza farmacéutica".

Coincidimos en el bachiller ambos, pues en el colegio de Jesuitas dividían las clases por orden alfabético en grupos A, B; y C. La S de Saenz de Buruaga y la U de Uriarte coincidían en la clase C y luego, también coincidirían en la división hecha en la universidad.

Fue en el bachiller un alumno muy destacado. En aquel tiempo se premiaban a los alumnos con las "dignidades", los mejores. Javi fue siempre "dignidad".

Pero eso no le quitaba ser muy querido por todos sus compañeros, a pesar de que en muchas ocasiones, las "dignidades" eran envidiadas y algo marginadas. Pero eso no le paso a Javi. Nosotros inauguramos las reválidas de cuarto y sexto de bachiller en el preuniversitario. Cuando llegamos al "preu", elegiríamos entre las letras y ciencias. Obviamente, nosotros estábamos predestinados a estudiar ciencias.

Correspondencia:

Juan Antonio Uriarte  
Plaza de Campuzano, 4; 5<sup>º</sup>  
48011 Bilbao

Nos trasladamos a Madrid para empezar una vida y transformarnos de niños a estudiantes, a adultos.

La llegada a Madrid fue un gran cambio en nuestras vidas, pues pasábamos de estar en el colegio, saliendo con los amigos de toda la vida incluso en las vacaciones, a "La Gran Capital del Muy Cristiano Reino" rodeados de extraños; era un mundo totalmente diferente. Para empezar, las clases eran mixtas. Eso era una revolución. Nosotros que estábamos acostumbrados a tener un chico compartiendo pupitre, pasábamos a tener una chica al lado... era algo extraordinario. Nosotros al conocernos ya de antes, teníamos una especial complicidad y nos dedicábamos a imaginarnos futuras parejas entre nuestros compañeros. Lo curioso es que muchas de esas elucubraciones, mas tarde se hicieron realidad.

El fue al colegio mayor, Santo Tomás de Aquino, conocido como "Aquinas" y yo fui a otro de la universidad, el "Ximénez de Cisneros", pero estaban relativamente cerca uno del otro. Empezamos la carrera, que era de 6 años (la más larga junto a Medicina).

Ya no estábamos bajo la tutela familiar, sino a nuestro libre albedrío y responsabilidad. Nuestro primer año de carrera era totalmente diferente a lo que han vivido nuestros hijos, ya que si no aprobabas todas las asignaturas, no pasabas de curso. Esto era "el selectivo". Era un curso indiferenciado de otras carreras como la de química... Compartíamos las mismas asignaturas tanto un futuro químico, como un futuro farmacéutico. Tras el primer año en la Facultad de Ciencias, pasamos a la Facultad de Farmacia. Nos encontramos entonces con lo que será nuestro futuro mundo. Ya estábamos encaminados. En ese momento a pesar de estar solo en segundo, ya nos considerábamos farmacéuticos. Eramos diferentes. Se respiraba farmacia por los pasillos. Nuestras ilusiones se redoblaban. A Javi le veías todas las mañanas con una especial sonrisa en la cara. Era la motivación. Los catedráticos que teníamos eran muchos de ellos un auténtico prestigio. Estos se empeñaron en hacernos pensar en el mundo futuro y a reflexionar. Los catedráticos influían mucho. Si tenías un catedrático pedagogo, que explicaba con cierta pasión, adquirirías no solo sus conocimientos, sino que también su pasión, aunque la asignatura fuera poco interesante a priori. Recuerdo a Montequi, catedrático de Química Inorgánica, famoso por un reactivo de su propia creación. En bioquímica, el doctor Santos Ruiz y uno de sus auxiliares era el doctor Federico Mayor Zaragoza (más tarde el catedrático más joven de Bioquímica y Biología Molecular y ex presidente de la UNESCO), el doctor Rivas (una saga familiar en la que abuelo, padre y nieto... eran catedráticos), el doctor Casares en Análisis Clínicos y Bromatología...etc.

Con la Botánica tuvimos nuestro primer contacto con la farmacología. Teníamos que aprender de cada planta, su género, su especie... y de vez en cuando, alguna aplicación, la Farmacognosia.

Muchas asignaturas eran de pura memoria y Javi tenía mucha; tanta, que se sabía las alineaciones del Athletic de cualquier año que dijeras. Nos gustaba retarle con eso. Recuerdo que había en nuestro curso un gran aficionado del Real Madrid y un día Javi y él se jugaron una cena. La apuesta era que alguien decía un año al azar y tenían que "cantar" la alineación sin error alguno. El madridista no cometió ningún error y apesadumbrados miramos a Javi esperanzados en al menos conseguir el empate. Javi cantó la alineación perfecta-

**Los pediatras de AP y la Asociación Profesional**

Los pediatras de AP como ocurría con la medicina general han contribuido de manera limitada al avance científico y a las discusiones sobre los problemas pediátricos en las reuniones científicas y otros tipo de actividades. Parece que estas iniciativas se organizaban desde el hospital y en la mayor parte de los casos los ponentes eran pediatras de hospital. En Vizcaya hace años, concretamente en 1982, empezó a reunirse inicialmente en Amorebieta un grupo de pediatras para discutir y renovar el sistema de trabajo y actualizar los conocimientos. Este grupo de pediatras y sus reuniones fueron la semilla para los cursos de formación continuada y actualización que empezaron a celebrarse en Vizcaya en 1986. Entre los meses de octubre y mayo se celebran 7-8 conferencias (una vez al mes) con gran éxito y aceptación, a las que acuden más de 100 personas como media.

Los pediatras de Álava, Guipúzcoa y Navarra organizan de otra forma sus reuniones. Se reúnen durante un día entero en Pamplona y San Sebastián y dos mañanas en Vitoria. Tienen tanta aceptación como en Vizcaya. Los ponentes que acuden desde fuera del País Vasco se quedan impresionados por la participación de los pediatras y por su colaboración.

Los organizadores de estas actividades o reuniones crearon no hace muchos años el Comité Vasco de Pediatras de Atención Primaria, para intentar solucionar tanto los problemas profesionales como los conflictos con la Administración.

**Los pediatras de AP y la Administración**

En muy pocas ocasiones las oportunidades para la formación continuada en pediatría han sido promovidas por la Administración. La mayor parte de los casos han surgido de la iniciativa y del esfuerzo del colectivo y la administración a menudo ha planteado dificultades para poder llevarlas a cabo, pidiendo detalles exhaustivos y poniendo unos requisitos casi imposibles de satisfacer. También hoy la posibilidad de acudir a este tipo de eventos está en manos de la administración y depende de la designación y de las limitaciones del presupuesto anual destinado a esta actividad (las bajas, las vacaciones...).

La situación laboral de los pediatras no ha mejorado mucho. Aunque hace 2 años se pasó de las 40 horas a las 35 horas semanales, en los Centros de Salud han pasado a ser consultas de todo el día (por decisión de la administración).

**Otros problemas**

Los pediatras de AP también tienen otros problemas, que muchas veces no son pequeños y están muy quemados. Sería muy interesante medir y comparar el burn-out de hace 20 años y el de hoy.

**Conclusiones**

En general, la Pediatría de AP esta mejor que hace 20 años. Su actividad esta regulada y el pediatra ha aprendido a tratar nuevas patologías. El pediatra ha tenido que promover y buscar vías para su formación continuada. Los pediatras de AP tienen hoy mejor relación con los compañeros de su centro de salud, con los profesionales del medio hospitalario y también con la Administración. Las Asociaciones Profesionales que se han formado estos 20 años gozan de muy buena salud. Como en los Centros de Salud los pediatras son minoría, la atención pediátrica se adapta difícilmente a los cambios y en general su trabajo se lleva a cabo peor que la Medicina Familiar.

**Referencias bibliográficas / Bibliografía**

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de Salud. Colección: Atención Primaria de Salud. 1984;6.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del escolar y adolescente en Atención Primaria de Salud. Colección: Atención Primaria de Salud. 1984;7.
3. Abad I, Cabezas I. Protocolo de asistencia sanitaria para niños con síndrome de Down. Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 2001.
4. Aranzábal M. Adopciones internacionales: seguimiento pediátrico. Libro de las Jornadas de Atención Primaria en Pediatría de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría-Sección Álava. 2000.
5. Lawrence RA. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Third Edition. Saint Louis: The C. V. Mosby Company. 1986.
6. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Human milk in the modern world: psychological, nutritional and economic significance. New England journal M. 1977;17:912.
7. Casado de Frías E. Problemática de la lactancia materna en España: MTA Pediatría. 1982;3,10:430-445.
8. Kocürk TO, Zetterström R. Lactancia natural entre madres turcas que habitan en los suburbios de Estambul y Estocolmo; una comparación. Acta Pediátrica Escandinava. 1986;3,2:235-241. Edición en Castellano
9. Ceña R, Banco A. Síndrome de la muerte súbita del lactante; I: sistema para identificar niños con alto riesgo. Anales Españoles de Pediatría. 1993;39,2:105-110.

**LMLko pediatrak eta Elkarte Profesionalak**

LMLko pediatriak, medikuntza orokorrarekin gertatzen zen moduan oso pisu eskasa izan ohi du aurrerapen zientifikoei zein bere laneko arazo pediatrikoei dagozkien Bilerak edo Jardunaldietan. Hauek ospitaleatik antolatu ohi ziren eta, ia beti, ospitaleko pediatrak ziren hizlariak. Bizkaian, direla urte batzuk (1982ean hain zuzen ere), biltzen hasi ziren hango pediatra batzuk bere lanari eta ezagunenduen berritzeari bidea emateko. Bilerak hauek Zornotzan gauzatzen ziren. Pediatra-talde hau eta bere bilerak izan ziren 1986 geroztik urtero Bizkaian burutzen diren kurtsoen hazia: Urrian hasita Maiatzara arte 7-8 hitzaldi (hilean behin) ospatzen dira; arrakastatsua dira, bakoitzean biltzen direlarik batzate beste 100 pertsonatik gora.

Araba, Gipuzkoa eta Nafarroako pediatrek beste era batera antolatzen dituzte bere bilerak: egun oso bat Iruinean eta Donostian eta goiz oso bi Gasteizen. Bilkakoak bezala, oso arrakastatsua dira. Euskal Herri kanpotik datozen hizlariak harriduta geratzen dira bertoko pediatren partehartzearekin.

Jardunaldi edo hitzaldi hauen antolatzaileak bat egin zuten orain dela urte gutxi Lehen Mailako Laguntzako Euskal Pediatría Elkarte sortu zutenean, arazo profesionaleri irtenbidea ematen zein Administrazioarekin tirabirak konpontzen saiatzen delarik.

**LMLko pediatrak eta Administrazioa**

Pediatrek, bere eguneroko prestakuntzan, eman dituzten urratsak kasu gutxitan baino ez dira Administrazioaren aldetik sustatuak izan. Esfortzua ia beti izan da bere aldetikoa eta Administrazioak, erraztatu beharrean, sarritan oztopatu egin izan ditu ekintza hoiak, kurtsoetarako edo hitzaldietarako zehaztasun handiak eskatuz eta baldintza ia betezinak ipiniz. Gaur egun ere, lekuko administrazioaren esku dago egun batean ekintza hoietara joateko, eta aipatutakoa urteroko diruaren (bajak, oporrak ....) araberaren menpean dago.

Pediatraren lan-baldintzari dagokion egoera ez da askoz ere hobea. Direla 2 urte, 40 orduetik 35era pasatu bazen ere, egun guztirako kontsultetara pasatu da OZetan (Administrazioaren erabakiz), hau da goiz eta arratsaldetako kontsultetara; pediatrak, gutxiengoa osatzen dutenez gero, oso txarto moldatu ahal izan dira, lehenago erdutegi zabalagoarekin baino okerrago geratuz leku batzutan, kontraerana badiirudi ere.

**Beste arazo batzuk**

LMLko pediatrek ere badituzte bere arazoak, ez txikiak askotan, eta asko nekaztuta daude. Interesgarria izango litzateke neurtzea eta parekatzea direla 20 urteko burn-outa eta gaurkoa.

**Ondorioak**

- 1- LMLko Pediatra, oro har, hobeto dago direla 20 urte baino.
- 2- Bere ekintza arautuagoa dago eta gaixotasun mota berriak tratatzen ikasi du.
- 3- Bere prestakuntza ez da etorri administrazioetik, baizik eta pediatra berak sustatu eta bideratu du.
- 4- LMLko pediatrak harreman hobekak ditu bere O.Z.ko kideekin, Ospitalekoekin eta baita Administrazioarekin ere, eta, gainera, 20 urte hauetan sortu diren Elkarte Profesionalek osasun ona daukate.
- 5- Gutxiengoa denez gero O.Z.etan, pediatría-lankidegoa nekez moldatzen da han gertatzen diren aldakuntzetara eta, oro har, bere iharduera Familia Medikoa baino lan-baldintza eskasagoetan betetzen da.

**Las vacunas**

En esta área de la prevención también se han producido cambios muy importantes en los últimos años. Hace dos décadas se seguía el calendario vacunal con la pauta clásica, sin modificar en muchos años, que incluía la vacunación frente a la poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina. También estaba disponible la vacuna contra el sarampión y desde comienzos de la década de los 80 la Triple Vírica (TV), pero no estaban incluidas oficialmente en el calendario vacunal (12).

Desde entonces hasta ahora estos cambios se han plasmado en el calendario: se recomienda la BCG en la Comunidad Autónoma Vasca (en algunas zonas de Vizcaya y Álava ya se vacunaba desde antes); la TV se incorpora en el quinceavo mes (unos años más tarde se pasa a los 12 meses) y a partir de 1992, se añade una dosis de recuerdo a los 11 años, que en la edición del año 2000 pasa a los 4 años. Con relación al calendario clásico las vacunas del 3º, 5º y 7º mes se adelantan un mes en el nuevo calendario vacunal y la vacuna de recuerdo de la tos ferina se recomienda los 18 meses. En la edición del año 2000 se incorpora una nueva dosis a los 6 años (de tipo acelular).

La vacuna de la Hepatitis B es la siguiente en introducirse en el calendario, en el año 1993. En otras Comunidades Autónomas se decidió administrar esta vacuna en los recién nacidos; sin embargo en la CAPV se pone en 7º curso de primaria (con 12-13 años) y más tarde en la edición de 2000, se incorpora con la pauta 2, 4 y 6 meses.

La introducción de las vacunas conjugadas ha permitido elaborar vacunas contra otras enfermedades importantes, como Haemophilus Influenzae, causante de la meningitis bacteriana sobretodo en menores de 5 años (13-15). La vacunación frente a este agente se pone en marcha a comienzos de 1997, incorporándola con la pauta de 2, 4, 6 y 18 meses. Se puede decir que en nuestro entorno se ha extinguido la meningitis y la epiglotitis ocasionada por esta bacteria.

La meningitis producida por el meningococo del grupo C aumentó antes de la década de los 90, a la vez que disminuía la ocasionada por el grupo B que era endémica (16). Ambos tipos eran muy peligrosos, pero para el grupo B no se disponía de vacuna, mientras que sí la había para el grupo C. Estaba formada por polisacáridos y no era muy eficaz, pero como consecuencia de la epidemia ocurrida en la primavera de 1997 se promovió la vacunación general, a pesar de que no se cumpliesen los criterios establecidos ese mismo año en Atlanta. Se llevó a cabo en Septiembre de ese mismo año. Tres años más tarde se incluyó en el calendario la vacuna conjugada (mas eficaz), incorporándola también a la pauta de 2, 4, y 6 meses.

Desde entonces se ha discutido mucho sobre la introducción o no de nuevas vacunas en el calendario. Las Asociaciones de Pediatras, sobre todo la Asociación Española de Pediatría (AEP), pedían la inmediata introducción de algunas vacunas. El principal punto de discusión se refiere a la vacuna conjugada heptavalente frente al neumococo. Mientras que la Comisión de Vacunas de la AEP sostiene que la generalización de esta vacuna evitará los riesgos serotípicos (17,18), el Departamento de Sanidad de la Comunidad Autónoma opina que evitará muy pocos casos y que además incrementará la incidencia de otras enfermedades serotípicas (19).

Además de la vacunación contra el neumococo también se está estudiando la conveniencia de incorporar la vacuna contra la varicela. Es una enfermedad muy rápida que puede tener consecuencias graves en un pequeño porcentaje, y por ser universal, el número total de afectados no es despreciable (20).

Otros cambios a la vista se refieren a la forma de administración de la vacuna de la polio, que se pretende cambiar a la vía intramuscular (como se hace en otros países) y que las primeras 4 dosis de la tos ferina se realicen con componentes acelulares para evitar los efectos indeseables de la toxina (21, 22, 23).

**La consulta hace 20 años y en la actualidad**

En general los médicos pediatras, los que han conseguido su especialidad en Pediatría por la vía MIR, están muy bien capacitados para hacer su trabajo. Así lo demuestran los datos sobre la Atención Primaria en nuestro medio, porque son los mejores de todo el mundo. En todo caso, los datos estadísticos miden la capacidad para atender las enfermedades físicas. Los pediatras se han dedicado principalmente a la atención sanitaria en ese tipo de patologías, sobre todo aquellas con un tratamiento específico. En los últimos 20 años el pediatra se ha visto obligado a estudiar otro tipo de enfermedades y en esta tarea ha tenido que ser autodidacta (23).

Los pediatras de AP no se han quedado atrás afrontando estos problemas. En 1997 un grupo de Bizkaia hizo posible la validación del "Eyberg Child Behavior Inventory" en nuestro medio (24). Con este cuestionario es mucho más fácil para los pediatras detectar las alteraciones de la conducta.

Muchas veces no se trata de enfermedades como tales, sino de síntomas. Por ejemplo, las alteraciones del sueño del niño no son enfermedades, pero son problemas de salud y requieren un examen profundo para ver lo que es normal, y lo que no entra dentro de la normalidad. Hace 20 años se aconsejaba administrar fármacos, mientras que hoy en día se facilitan consejos a los padres para que los niños aprendan a dormir (25).

Sucede lo mismo con la alimentación. Afortunadamente se ha conseguido que sea raro que los padres no consulten al médico porque el niño no come.

**Txertoak**

Hona hemen beste arlo bat (prebentzio barmekoa bestalde) zeinean aldaketak oso handiak izan dira (eta aurrerantzean ez dirudi gutxituko direnik). Direla bi hamarkada Txerto Egutegia klasikoa zen (betikoa, hainbat urtetan ukigabea), eta poliomielitis, tetano, difteria eta kukutzeztularen aurkako txertaketak betetzen ziren. Gainera elgorriaren aurkako txertoa zegoen eta 80. hamarkada hasieratik Hirukoitz Birikoa (HB), baina hauek ez zeuden txerto-egutegian ofizialki sartuta (12).

Ordutik hona, aldaketa hauek gauzatu dira egutegian: BCG gomendatzen da Euskal Autonomia Elkartearen (Bizkaian eta Arabako eremu batzutan txertatzen zen aurretik). HBA sartzen da 15 hilebetetzean (urte gutxi geroago 12 hilebeta pasatzen da), eta 1992. urtetik aurrera oroitzen dugu bat gehitzen da 11 urte inguruan, 2000. urtean 4 urtera pasatzen dena. Egutegi klasikoko 3, 5 eta 7 hilebeteko txertaketak hilebeta aurreratzen dira eta kukutzeztularen aurkako oroitzen-txertoa gomendatzen da 18 hilebetekin, eta 2000. urtean beste bat (azelularra hau) 6 urtekin.

Hepatitis Bren aurkako txertoa da egutegian barneratuko den hurrengoa, 1993. urtean hain zuzen ere; beste elkarte autonomiko batzuk txerto hau jaioberriarotan egitea erabaki dute edo egingo dute; E.A.E.an, aldiz OH0ko 7. mailan (12-13 urtekin) ezartzen da txerto hau, 2000. urtetik aurrera egutegi normalarekin (2, 4 eta 6 hilebetekin) jarraitzeko.

Txerto konjugatuen etorrerak beste gaixotasun garrantzitsu batzuei aurka egiteko aukera ematen du. Haemophilus Influenzae, esaterako, meningitis bakterianoaren eragilea da besteak beste, batez ere 5 urte baino gazteagoengan (13, 14, 15). Bere aurkako txertoa 1997ko hasieran jartzen da abian 2, 4, 6 eta 18 hilebeteko txertoez baliatuz. Esan daiteke bakterio honek sortutako meningitisa eta epiglotitisa desagertuta daudela gure inguruan.

C taldeko Meningokokokoak sortutako meningitisek gorantz egin zuten 90. hamarkada hasi baino lehenagotik, lurraldean endemikoa zen B taldekoak eraginkoek beherantza egiten zuten bitartean (16). Biak ziren oso larriak baina B taldekoaren aurka txertorik ez zegoenean, C taldekoaren aurka, aldiz, bai bazeago; polisakaridoz osatua zen eta ez omen zen oso eraginkorra, baina 1997. urteko udaberriko epidemiak bultzatu egin zuen txertaketa orokorra (urte horretan ospatutako Atlantako irizpideak betetzen ez baziren ere) urte horretako iraillean burutu zena. Hiru urte geroago, txerto konjugatua (eraginkorragoa) sartzen da egutegian 2, 4 eta 6 hilebeteko txertaketaz baliatuz.

Ordutik eztabaida handiak sortu dira beste txerto berri batzuk egutegian sartu ala ez. Honela, Elkarte Profesionalek (Espainiako Pediatría Elkarte (EPE) elkarte bat) txerto batzuren berehalako sarrera eskatzen duten bitartean, Autonomia Elkarte Osasun Sailetik ez dagoela arazoririk argudiatzen dute. Eztabaida gogorrena Neumokokokoaren aurkako txerto konjugatu heptabalentari dagokio, eta EPEko Txerto Batzordeak bere ezarpen unibertsalak seromota arrisksue-nak saihestuko litzekela argudiatzen duen bitartean (17, 18), Autonomia Elkarte Osasun Sailetan saihestutakoak oso kasu gutxi izango direla uste dute eta, gainera, beste seromotengatiko gaixotasunaren intzidentzia gehitu egingo dela argudiatzen dute (19).

Neumokokokoaren aurkako txertoaz gain, astonafarreriaren aurkako dago auzian. Gaixotasun hori oso arina da baina portzentai oso txiki batean ondorio oso kaltegarriak sor ditzake, eta unibertsala denez gero, kopurua ez da hain txikia (20). Beste aldaketa bat ezarpen motari dagokio, nahi baita (beste Estatu batzuetan egiten den moduan) Poliobirusaren aurkako txertoa intramuscularra izan dadila eta kukutzeztularen aurkako lehenengo 4 dosiak osagai azelularraek izan daitezela toxinarekin nahigabe eraginak ekiditeko (21, 22, 23).

**Kontsultazioa direla 20 urte eta gaur egun**

Medikoak, oro har, MIRaren bidez pediatría espezialitatea lortu dutenek ondo prestatuta daude bere ihardunerako. Horrela adierazten dute hemengo LML pediatrikoari buruzko numeroek, munduko onenetarikoak baitira. Dana dala, estadistika hoiek gaixotasun fisikoak zaintzeko gaitasuna neurtzen dituzte eta hoiek zaintzera bideratu dira pediatrak; etiologia, diagnostikoa, laguntza osagarria eta tratamendu zehatzak dituzten gaixotasunak zaintzera alegia. Azken 20 urtetan beste patologia mota bat ikastera derrigoruta egon da pediatra eta bere ezagumenduan autodidaktak izan da (23).

LMLko pediatrak ez dira arazo hauen konponketatik urritu ibili; izan ere, 1997ean Bizkaiko talde batek "Eyberg Child Behavior Inventory"-ren bertorako balidapena burutu zuen (24). Galdesorta honekin jarreraren desbideraketan antzematea askoz ere errazagoa izan da pediatrentzat.

Askotan ez dira gaixotasunak patologia mota honek barnean hartzen dituenak, sintoma edo nortasun bereziak baino. Adibidez, urearen lo-aldiaren arazoak ez dira gaixotasunak, baina bai badira osasun arazoak, eta azterketa sakona eskatzen dute jabetzeko zer dan normala, normalitate barnean sar daitekeen desbideraketa norainokoa den, eta normalitate horretan sartzen ez dena. Eta, orain 20 urte farmakoak hartzera gomendatzen zen bitartean, gaur egun meek lo egiten ikasteko aholkuak hartzen dituzte gurasoek (25).

Gauza bera gertatzen da elikaduran. Zorionez, lortu da arraroa izatea meak jaten ez duelako kontsultatzea, eta hau heziketa iraukor bati esker gertatu da. Arazoa, beste muturretik dator benetan: meak, gero eta lodiagoak dira ikerlan guztietan ikusten den moduan (26, 27). Gure lana gaur egun, beraz, joera hori

## TAULA I

## Aldaketak lehen mailako laguntza pediatrikoan 20 urtetan (1983-2003)

	1983	2003
Prebentzioa	Ez	Arautua
Txertoak	Egutegi klasikoa Eztabaidarik ez	Egutegi hedatua eta hobetua Ezbaiak ugari
Kontsulta-motak	Gaixotasun organikoak Prestaketa eskasa gaixotasun ez organikoen aurrean	G. ez organknoengatik kontsultaren gehikuntza. Erantzuna eman beharrean, ikasi
Gaixotasunetarako kontsulta arautuak	Ez	Bai gutxi batzutan (txurrina ...)
Erizain-Kontsulta	Ez	Ezinbestekoa puerikultura eta gaixotasun ez organiko batzuren jarraipenean
Tresnak	Ea denak faltan	Tira. Askoz ere hobeto
Ospitaleekin hartu-emana	Eskasa	Zertxobait hobea
Elkarte Profesionalak	Hazia ereiten	Osasun ona
Prestakuntza	Norberak egindakoa	Administrazioak eskusartze eskasa
Lan-baldintzak	40 ordu	35 ordu baina Pediatrak okerrago
Irabazkinak	Hondamendia	Hobeto, baina....
Burn-Out	¿????. Seguru bazegoela	Dirudienez frekuentea

rada a algún componente de la leche, principalmente a las proteínas de la leche. Además, en aquella época no había una leche específica para reemplazar el producto que ocasionaba el problema y a menudo la única solución para que estos niños sobreviviesen era suministrarles leche de otra madre. Que una madre diese el pecho a otro niño era un consejo que los médicos daban con buen criterio en los pueblos. En hospitales como Basurto se formaron bancos de leche con el mismo objetivo. Allí iban algunas madres de Bilbao a dar la leche que sus hijos no necesitaban para poder mantener la vida de otros.

Este problema era más grave en las ciudades del Tercer Mundo. Por eso en la década de los 70, la Organización Mundial de la Salud impulsó el programa a favor de la LN. En nuestro entorno comenzaron a ejecutarse este tipo de programas a principios de los años 80. Pero hay que decir que los pediatras de Atención Primaria comenzaron a difundir los consejos de la Asociación Escandinava de Pediatría y para entonces, en muchos casos, la LN era el principal tipo de lactancia en su ámbito de trabajo. Hoy en día, no se puede decir que el objetivo se haya conseguido en su totalidad, porque hay muchos factores condicionantes que lo dificultan (sobre todo condiciones laborales), pero se puede decir que la mayoría de las madres comienzan a dar el pecho y que continúan hasta los 3 meses (5-8)

Otro cambio importante se refiere a la posición del niño lactante durante el sueño, con la cara hacia arriba, porque se ha demostrado epidemiológicamente que es menor el número de muertes súbitas en esta posición que entre los niños que dormían con la cara hacia abajo (9,10)

Para los nuevos pediatras de esos años tampoco fue una sorpresa comprobar que los inhaladores eran perjudiciales. Entonces se recomendaba su uso con frecuencia en el tratamiento de la bronquitis y el asma, pero se demostró que el calor y la humedad a la larga empeoraban la alergenicidad de los ácaros del polvo, porque favorecían su reproducción (11). Se cambió la recomendación.

ama baten esnea zen irtenbide bakarra ume hauek bizirik ateratzeko; ama batek ditia ematea beste ume bati herrietan mediku batzuk kriterio onez emandako aholkua da; Ospitaletan, Basurtun esaterako, esne-bankuak sortu ziren helburu berarekin, eta hara joaten ziren Bilboko ama batzuk bere umeek behar ez zuten gainerako esnea ematen beste batzuren bizia gordetzeko.

Arazo hau larriagoa zen Hirugarren Munduko hirietan eta EAa unibertsalizatuz gero areagotzeko arriskua oso handia zen. Beraz, Munduko Osasunerako Erakundeak ENaren aldeko sustapen egitaraua burutu zuen 70. hamarkadan bere aldeko gizarte taldeen eta Eskandinabiako pediatrien esperientzian oinarrituz. Gure inguruan 80. hamarkadaren amaieran hasi ziren Ospitaletan egitarau hoiak betetzen. Baina esan beharra dago 10 urte lehenagotik LMLko pediatrik hasiak zirela Eskandinabiako Pediatrien Elkarteak aholkatzen zuena betetzen eta ordu-rako, kasu askotan, ENa nagusi zela bere lan-esparruan. Gaur egun, ezin da esan helburua guztiz lortu danik baldintza asko dagoelako tartean (lanekoak batik bat), baina esan daiteke gehiengo handia dala bularra ematen hasten dana eta 3 hilebete baino gehiago ematen jarraitzen duen ama (5, 6, 7, 8).

Beste aldaketa garrantzitsu bat umearen lo-aldiaren jarrerari dagokio, aurpegia gorantz ipintzea alegia, frogatu izan zelako epidemiologikoki ume gehiagok galtzen zuela bizia "Bularretakoaren Bat Bateko Heriotza" zela eta aurpegiz behera lo egiten zutenen artean (9, 10).

Urte hoietako Pediatra berrientzat ez zan izan ezuzteko makala ere liringailuak kaltegarriak zirela jabetu zirenean. Orduan asko gomendatzen ziren bronkiolitis eta txurrunaren tratametan, baina frogatu zen beroak eta hezetasunak batera hautseko akaroenganako alergizitatea sortu edo areagotzea eragiten zutela epe luzera, haien ugalketa laguntzen zutelako (11). Beraz, gomendatu ohi zena egun batetik bestera desgomendatzera igaro zen.

## TABLA I

## Cambios en la atención primaria pediátrica en los últimos 20 años (1983-2003)

	1983	2003
Prevención	No	Reglamentado
Las vacunas	El calendario clásico No discusiones	Calendario ampliado y mejorado Muchas discusiones
Tipo de consulta	Enfermedades orgánicas Falta de formación ante las enfermedades inorgánicas	Aumento de las consultas por Enfermedades no orgánicas. Aprender en vez de dar la solución
Consultas reglamentadas para enfermedades	No	Si en algunas (asma...)
Consulta de enfermería	No	Inevitable en el seguimiento en puericultura y algunas enfermedades no orgánicas
Materiales	Faltaba casi todo	Ha mejorado mucho
Relación con los hospitales	Mala	Algo mejor
Asociaciones Profesionales	Sembrando la semilla	Buena salud
La formación	Iniciativa individual	Poco apoyo de la Administración
Condiciones de trabajo	40 horas	35 horas pero los Pediatras peor
Los intereses	Ruina	Mejor, pero ....
Burn-Out	¿????. Seguro que habría	Al parecer frecuente

## Aita

Father

Sonia Sáenz de Buruaga

Farmacéutica

### RESUMEN

**La autora, farmacéutica, Vocal del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, hija del homenajeado, describe la figura singular de Javier Sáenz de Buruaga en su faceta de padre, farmacéutico y como modelo de persona comprometida.**

**PALABRAS CLAVE:** Atención farmacéutica.

### LABURPENA

**Egilea, farmazilaria, Bizkaiko Farmazilari Eskola Elkargoaren batzordekidea, omendutakoaren alaba, Javier Sáenz de Buruagaren irudia aita bezala, laneko irudi berezia, farmazilari eta eredu konprometitu bezala deskribitzen du.**

### ABSTRACT

**The author, pharmacist, Committee member of the Official College of Pharmacists of Bizkaia, daughter of Javier Sáenz de Buruaga, the person to whom the homage is devoted to, describes his character as a father, as a pharmacist and as reference model obliged to.**

**KEY WORDS:** Pharmaceutical care.

Aún recuerdo el brillo en los ojos y la sonrisa medio disimulada de Aita cuando le dije que iba a estudiar farmacia; imagino que se trataba de orgullo paterno al ver que tu hija sigue la tradición familiar y va a formar parte de la profesión a la que has dedicado toda tu vida.

Me educó con una gran libertad, con responsabilidades para que aprendiese a valerme por mi misma. Nunca imponía su criterio pero se hacía escuchar. Nunca me impuso que tenía o que no tenía que hacer, pero sus consejos me hacían reflexionar, lo suficiente como para al final, acabar haciendo lo que más me convenía.

Siempre estaba dispuesto a hablar, dialogar y aconsejar sin dogmatizar ni imponer su criterio, a pesar del carácter tan fuerte que tenía. Para él, toda persona se merece una

Correspondencia:  
Sonia Saenz de Buruaga  
Farmacia  
Henao, 14  
48009 Bilbao

segunda oportunidad y valoraba la iniciativa y el trabajo personal.

Era una maravilla hablar con él: de farmacia, de política, de las noticias, de vinos, del último libro que había leído, de recetas que preparaba en el txoko para deleitar a los amigos, ... se podía hablar de cualquier cosa y siempre aprendías algo.

Es mi modelo, pero no como padre sino como persona: dialogante hasta con el más terco, honrado, muy amigo de sus amigos, exigente empezando por él mismo, sabio, increíblemente asequible... Imagino, bueno no, estoy segura que como a mí, a mucha gente le ha servido y seguirá sirviendo de modelo a seguir.

Me alegro de que me llevase con él al día de puertas abiertas de un centro de drogodependencias cuando tenía 13 años. Recuerdo el programa de "Gozari bapoa bai eta goiz osoa guai" en el que participé con mis compañeros de la ikastola y de lo que disfruté con él en los actos organizados por la asociación de Retinosis Pigmentaria. Pude compartir con él parte del tiempo que dedicaba a su trabajo, cosa que no suele ocurrir habitualmente. Así, después, con los años, le he podido ayudar un poquito a redactar ese currículum que tenía que mandar como ponente en unas jornadas sanitarias, hacer de oyente crítico al discurso que tenía que dar o ayudarle a traducir a euskera esa ponencia que daba al día siguiente.

Se dice que trabajar con la familia es complicado, porque te llevas el trabajo a casa y el exceso de confianza hace que cada uno no se mantenga en su puesto. Por lo que yo he vivido, Aita conseguía que eso fuese fácil, que cuando había que desconectar se desconectara de verdad, los problemas profesionales se quedaban fuera de casa y el día a día, se hacía siempre cuesta abajo, todo parecía más fácil.

Aita trabajaba por lo que creía y con completa convicción. Me transmitió que la profesión farmacéutica es una profesión de dedicación completa, de estudio constante y de muchas facetas que desarrollar. Me inculcó el amor por el trabajo bien hecho y que uno mismo tiene que ser el mayor crítico de su propio trabajo.

Mi padre siempre me decía y repetía que el haber elegido ser farmacéutica comunitaria, trabajar en una oficina de farmacia, es ser el primer eslabón de la cadena sanitaria. Pero no solo eso, además de la parte asistencial, como farmacéutica también decía que había que investigar, estar al día, e involucrarse.

Le voy a echar de menos. Mucho. Todos los días hay algo o alguien que me recuerda a él. De lo que más me alegro es de que en vida viese como su trabajo había valido la pena con todos los reconocimientos que recibí y disfruté.

## La farmacia en la poesía

*Pharmacy in poetry*

Ángel del Valle Nieto

Doctor en Farmacia

### RESUMEN

El autor entrelaza recuerdos de experiencias personales con Javier Sáenz de Buruaga y citas poéticas relacionadas con la Farmacia y sus Ciencias Afines extraídas de su tesis doctoral "La Farmacia en la poesía", principalmente en los poetas de la Generación del 98 y del 27, además de en León Felipe y Federico Muelas, los dos poetas farmacéuticos por excelencia. Palabras clave: Farmacia; profesión farmacéutica.

### LABURPENEA

Egileak Javier Sáenz de Buruagarekin bere oroipen pertsonalak eta farmaziarekin erlazionaturiko alpamen poetikoak eta bere tesis doktoraletik "La farmacia en la poesía" hartutako Zientzia afinak bereziki 98ko eta 27ko Generaziokoak, honez gain batez ere León Felipe eta Federico Muelas, bi farmazilari poetak elkar lotzen ditu.

### ABSTRACT

The autor reports personal experiences lived with Javier Sáenz de Buruaga embeded with poetry cites related to Pharmacy and close Sciences from his Doctoral Thesis "Pharmacy in poetry", mainly extracted from poets belonging to the 1927 and 1898 Generation, apart from León Felipe and Federico Muelas, both of them well known poets and pharmacists. Key words: Pharmacy; Pharmaceutical profession.

A través de ese hilo conductor de entrañable amistad e inextinguible compañerismo que es Francisco García Palomo, me llega, Javier, por parte del Dr. Aranceta, la solicitud de mi colaboración en el Monográfico Gaceta Médica de Bilbao dedicado a tu memoria.

La memoria..., ese mosaico formado por los azulejos de los recuerdos. Alguno conservo tuyo, sobre todo de nuestros iniciales años de carrera: la más estrecha convivencia en las prácticas de las asignaturas, las excursiones botánicas, los intercambios de apuntes, alguna tarde en tu Colegio Mayor, "el Aquinas", preparando un próximo examen, etc., etc. Lo normal, sí, pero impregnado de una buena dosis de afecto mutuo.

Pasaron los años sin más relación hasta que volvimos a vernos en Bilbao en una excursión de compañeros organizada e inducida por Antón Uriarte y en la que todos vosotros hacíais de anfitriones nuestros. Yo ya preparaba mi Tesis Doctoral titulada La Farmacia en la Poesía, en la que destaco la presencia de la Farmacia y sus Ciencias Afines en los poetas de la Generación del 98 y del 27, además de en León Felipe y Federico Muelas, los dos poetas farmacéuticos por excelencia.

En fin, Javier, desde la memoria de aquellos años compartidos y de una amistad físicamente alejada pero siempre cierta, te ofrezco estas citas que selecciono de mi tesis y en las que verás bellamente engarzadas palabras y conceptos farmacéuticos, aquí no tan áridos como nos parecían en nuestra época de estudiantes.

Vasco el hierro, vasco don Miguel de Unamuno, cortesía obliga a empezar por él:

*Es vizcaíno mi hierro,  
hierro de palabras cortas.  
Hierro dulce, que a primores  
del arte dulce se dobla;  
hierro de temple que al aire  
un cabello en cuatro corta.*

Correspondencia:  
Ángel del Valle Nieto  
C/ Comuneros de Castilla, 22  
45600 Talavera de la Reina (Toledo)

De la Bioquímica y sus moléculas fundamentales nos dirá Jorge Guillén:

*Nos dicen sumos sabios: "vida es química,  
Proteínas, albúminas, etcétera,  
Que deciden la acción más trascendente".  
La vida grita: ¡química, mi química!*

¿La Botánica? He aquí algunas deslumbrantes metáforas:

*«Hiedras recubren muros, / crecen líquenes, vello de dragones.»  
(Jorge Guillén).*

*«Juncos elásticos al viento, / espadachines de novela»  
(Gerardo Diego).*

*«La corteza del aliso, / cronista de amor agraz, / historiador de parajes.»  
(Pedro Salinas).*

García Lorca dice de la granada: *«Cielo cristalizado / (cada grano es una estrella / cada velo es un ocaso.»*

Para Emilio Prados, en fin, la lengua es *«un rojo pistilo»* y el libro, *«un herbario de pensamientos»:*

*Dormido sobre una mesa  
que de ella misma se olvida  
-herbario de pensamientos-  
un libro su alma medita.*

No puedo terminar sin citar a León Felipe y su angustiada llamada al boticario que nunca dejó de ser:

*-¡Eh...! ¡Boticario, buen boticario,  
véndame una onza de almizcle  
para perfumar mi imaginación!*

O en su condena de los poetas fríos y puristas:

*Y éste es el poeta luciferino,  
el que inventó el poema  
esterilizado y antiséptico  
y guardó en autoclaves la canción,  
puritano, orgulloso y fariseo.*

Ni, por supuesto, a Federico Muelas y su «Villancico que llaman del mortero»:

*Boticario, sólo quiero  
tu mortero.  
Pascual dejó la pradera  
para venir el primero.  
Blas trajo la tapadera  
del puchero.  
Vino Mengo con rabel  
y Carrillo con pandero...  
Para cantar a Emmanuel,  
boticario sólo quiero  
tu mortero.*

Ni a su conocida décima sobre la dualidad del farmacéutico y del poeta:

*¿Meto mis pobres laureles,  
boticario, en tu puchero?  
¿Inquiero si en tu mortero  
mezclas acibar con mieles?  
¿Escurto los aranceles  
por ver si a ellos te concretas?  
¡Deja a los pobres poetas  
con sus elucubraciones!  
No me toques los renglones  
y márchate a hacer recetas.*

En tu memoria, Javier, estos fragmentos. Tú que estás en el Reino de la Poesía Absoluta, al que has llegado, entre otros dones, de la mano de tu querida profesión farmacéutica, acéptalos desde la amistad y el recuerdo de un compañero de la Promoción de 1964, la tuya.

mente y no solo eso, sino que incluso dio la de los suplentes y el puesto en el que jugaban. ¡Qué bien cenamos!

Llegamos a tercero, el ecuador. Empezabas a entrar en profundidad. Las asignaturas que estudiabas eran más prácticas. Todos empezábamos a pensar ya un poquito en qué haríamos al acabar los estudios. Un cincuenta por ciento de los estudiantes eran hijos de farmacéuticos que iba a heredar la farmacia. Otros iban ilusionados con las muchas perspectivas que tenía entonces la carrera de Farmacia, como eran los laboratorios, la investigación, la oficina de farmacia en sí, inspecciones del gobierno, seguridad social, oposiciones en hacienda a puestos de farmacéutico de hospital... Cada uno se ilusionaba con diferentes perspectivas, muchas veces relacionado con lo que tenías más cerca o lo que mejor conocías. En el caso de Javi, que tenía a su padre en la fábrica de pinturas, era la Química Orgánica, la Geología, la Galénica. Pero todavía no tenía muy claro su futuro. Pensaba que el alemán era un idioma muy importante para un farmacéutico (Alemania era vista como el corazón de la farmacia en Europa) y decidió estudiar alemán. A ambos nos gustaba mucho la música clásica y la ópera por entonces. Mas tarde juntos nos haríamos socios de la Orquesta Sinfónica de Euskadi. Debido a esta afición mutua y a su afición por el alemán yo le llamaba "Wagneriano" mientras que él me llamaba "Puchinista". Los avatares políticos brotaban por las facultades. Empezábamos a tener un poco de sentido político. Nuestras cabezas eran blanco de mil y un tormentas de ideas que nos hacían pensar en muchas más cosas y muchas veces nos dejaban totalmente confundidos.

Estudiábamos lo que mejor podíamos dentro de ese mundo de libertad. No solíamos tener exámenes parciales, por lo que te lo jugabas todo a cara o cruz en Junio.

Las excursiones de Botánica que hacíamos a Aranjuez, Cece-dilla y a otros pueblos de los alrededores era muy divertidas e interesantes. Íbamos toda la clase con el catedrático y sus ayudantes para clasificar y recoger plantas para nuestro herbario. Llevábamos el ABC para guardar las plantas seleccionadas y a clasificar durante todo un día. Nos gustaban mucho esas prácticas.

Recuerdo muy bien un día de prácticas de Microbiología. Consistía en ver si en unas extensiones y por medio del microscopio, había Bacilo de Koch (el de la Tuberculosis). Para ello nos repartían unas cacerolas llenas de esputos. A las compañeras les daba un asco horrible porque podía haber cualquier cosa ahí. Javi y yo casi estallábamos de risa viendo las caras de las compañeras. Eran un poema. En Fisiología Animal abríamos una cobaya... Nos lo pasábamos muy bien.

Poco a poco, práctica a práctica, se acababa la carrera.

En los dos últimos años Javi hizo las milicias universitarias y en vez de hacerlas en Madrid, las hizo en Montelarreina. Decía que estuvo más tiempo en el calabozo que en cualquier otra parte. La tienda en la que estaba la llamaba "La Internacional" y no solo porque tenía compañeros de diferentes facultades, uno de los cuales era el futuro presidente del gobierno, Felipe González.

El final de carrera nos trajo de nuevo a Bilbao pero poco después, Javi se fue a Alemania a perfeccionar su alemán. Pasó allí casi dos años. Mas tarde y dado que el alemán nunca me fue muy agradable a mi oído, el me ayudaría siempre que yo tenía que hablar con los alemanes.

Poco después montó su farmacia. Todos empezábamos en la farmacia de nuestros padres. Javi se movía de un lado a otro, de Bilbao a Vitoria (donde tenía la fábrica de pintura). Empezaba así nuestra actividad profesional. Yo entré antes en Inspección de Sanidad y él hizo el Diplomado de Sanidad. Vendió su farmacia y se fue a Vitoria a trabajar.

Mas tarde volvimos a coincidir en Sanidad y tras la incorporación de Gonzalo Trincado, formamos un equipo extraordinario. Javi realizó unas magníficas campañas sanitarias y una gran labor en el campo de las drogodependencias, era así lógico que confiaran en él para el puesto de Viceconsejero de Sanidad, donde coincidió con nuestro actual Alcalde, Iñaki Azkuna. Fueron unos años en los que le veía terriblemente atareado, pero no menos ilusionado. El gran gestor que llevaba dentro siempre guardaba un huequito para sus amigos.

Especialmente emotivo fue el viaje que realizamos a Santiago en el año 92 para reunirnos con nuestros compañeros de estudios. Al volver de ese viaje recuerdo que ambos decidimos dejar de fumar.

Nuestros compañeros de Facultad eran muy variados y todos ellos han ejercido su profesión en muy distintos ámbitos, no solo en la Oficina de Farmacia. Tenemos compañeros catedráticos de Botánica, como Miguel Ladero y Jesús Izco en Salamanca y Santiago, respectivamente, y a Fernando Laborda, catedrático de Microbiología en Alcalá de Henares. Otros fueron a la industria, como Juan Abelló o Santiago Nestares. Carlos Arrieta, farmacéutico en Bilbao es una eminencia de la Historia de la Farmacia. El gran Miguel Azpilicueta, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa y director del Centro Farmacéutico Guipuzcoano. José Antonio Rodero está en la junta de almacenes farmacéuticos y Josefina López Varona en la distribución farmacéutica, al igual que Fernando Mogollón. Domingo Espina tiene su oficina de farmacia y laboratorio, como también Manuel Pereda en Talavera de la Reina. Begoña Gómez Valcárcel al igual que José Guardiola están en laboratorios de análisis clínicos en la Residencia Sanitaria en Madrid. María Antonia Hurtado es inspectora de sanidad, al igual que Sara Junquera y José Antonio Rubio. Carmina García Vallejo está en el CSIC y ha avalado muchos doctorados y Lamas de León (Ú) en bioquímica en el Instituto de Investigaciones Científicas. El Doctor Cabero está en la oficina de farmacia y es importante cazador. Angel del Valle, farmacéutico con oficina y poeta renombrado. Paco Fidalgo está más dedicado a la educación física. María Landa es farmacéutica, al igual que Lourdes Lecue, Teófilo Pérez y Teosido Requejo entre otros.

La gran labor que hizo Javi en la Sanidad Estatal le hizo acreedor de numerosas condecoraciones, como la Gran Cruz de Sanidad, la Medalla de Oro del Consejo General de Farmacéuticos, la Medalla de Oro del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia y otras.

Su espíritu dentro de la sanidad se expresa fundamentalmente con el recuerdo de sus propias palabras: *"Para el buen funcionamiento de un país son muy importantes los productos farmacéuticos, medicinales o medicamentos. De hecho, el logro de la salud para todos, no será posible mientras esos productos farmacéuticos no estén al alcance de cuantos los necesiten y respondan a unas cualidades previstas. Otro problema al que se enfrenta el personal sanitario es el constante aumento de nuevos fármacos producidos por la industria farmacéutica, por lo que es preciso informar a los profesionales de todas las categorías periódicamente en contacto con la comunidad para el uso adecuado de los medicamentos, tanto más cuanto el uso de estos productos ocasiona tanto riesgos como beneficios. A parte de estas premisas y fundamentalmente de la calidad y de la posibilidad de suministro, la información adecuada del medicamento -dado el creciente aumento de costos que sufren los productos farmacéuticos- ha de tenerse en cuenta que pueden dar lugar a un desequilibrio en las necesidades sanitarias de un país".* Esto es un pensamiento de Javi que no he querido dejar en el olvido.

## **La nutrición en los ancianos**

*Nutrition in the Elderly*

F. Miguel de la Villa

*Hospital de Basurto. Universidad del País Vasco. Bilbao*

### RESUMEN

**El progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados tiene importantes repercusiones en el sistema sanitario. El estado nutricional influye de manera decisiva sobre el estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores. La detección del anciano "frágil" es de gran interés.**

**PALABRAS CLAVE:** Nutrición ancianos. Anciano frágil.

### LABURPENA

**Populazioaren zaharketak herri garatuetan ondorio garrantzitsuak dauzka osasun sisteman. Elikapen egoerak eragin handia dauka nagusien osasunean eta bizi kalitatean. Osasun ahula duten nagusiak aurreikustea oso garrantzitsua da.**

### ABSTRACT

**The progressive ageing of the population in developed countries has important impact on health systems. Nutritional status has a major influence on health and wellbeing of elderly people. The early detection of the frail elder is of major interest.**

**KEY WORDS:** Nutrition elderly. Frail elder

El progresivo envejecimiento de la población tiene, entre otras consecuencias, una decisiva repercusión en los sistemas sanitarios mundiales, con una gran demanda de atención médica tanto a nivel de medicina primaria como de hospitalización. Las personas mayores de 80 años con gran frecuencia tienen, asociado a la edad, alguno de los llamados "factores de

riesgo" que aumenta su "fragilidad" haciéndoles más susceptibles tanto a presentar algún síndrome geriátrico, como a agravar la evolución de las enfermedades más frecuentes en estas edades. El concepto de "fragilidad", no sólo incluye la posible coexistencia junto al envejecimiento de comorbilidad por enfermedades tan comunes como el ictus, insuficiencia cardiaca, patología osteoarticular, trastornos sensoriales... etc, sino también de otros tipos de incapacidad funcional y problemas de soporte social.

La atención a estas personas, para que sea eficiente, tiene que basarse en una valoración integral de todos sus problemas realizada con un enfoque multidisciplinar por un equipo de profesionales que trabaje de forma coordinada con unos objetivos consensuados, con el fin de mejorar su calidad de vida.

En la raíz de muchos de los problemas del "anciano frágil", puede encontrarse una situación nutricional precaria o incluso una malnutrición. Es bien conocido como la malnutrición aumenta la morbimortalidad y disminuye la calidad de vida de este tipo de ancianos. Su alta prevalencia en este colectivo hace que deba ser considerada como un problema de salud pública; la malnutrición es más probable en aquellos ancianos con menor autonomía y también está relacionada con el lugar en que vive. El diagnóstico se debe realizar mediante una buena historia clínica que incluya una valoración integral de todos los factores médicos, farmacológicos, psíquicos, funcionales y socioeconómicos, y pruebas diagnósticas sencillas que incluyan datos antropométricos, dietéticos y bioquímicos.

El mejor conocimiento de los trastornos nutricionales en los ancianos es el primer paso para, desde diferentes niveles, poner en práctica medidas terapéuticas y preventivas eficaces en las que, además de las estrictamente médicas, se incluyan las de tipo de salud pública con sus correspondientes programas educativos y de investigación. En este sentido hay que destacar las decisivas aportaciones de Javier Sáenz de Buruaga por su decidido apoyo y sensibilización al tema de las alteraciones nutricionales en diferentes colectivos, incluidos los ancianos. Gracias a él, hoy estamos en mejores condiciones de ofrecer a nuestros mayores una mejor atención nutricional e integral.

Correspondencia:  
F. Miguel de la Villa  
Departamento de Medicina  
Universidad del País Vasco  
Unidad Docente Basurto  
Avda. de Montevideo, 18  
48013 Bilbao

## El txoko de Javier

*Javier's place*

Mikel Ceberio

Director Revista Viandar

### RESUMEN

**El autor describe experiencias de interés relacionadas con la figura de Javier Sáenz de Buruaga, centradas sobretudo en la gastronomía y la nutrición y el recuerdo entrañable de El Bordatxo, sitio de encuentro con científicos de la talla del Profesor Grande Covián, el Profesor Varela o el Profesor Serra, entre otros. Palabras clave: Nutrición; Gastronomía.**

### LABURPENA

**Egileak, Javier Sáenz de Buruagarekin erlazionaturik ekintzak deskribitzen ditu, bereziki gastronomía eta elikadura eta El Bordatxoren gogoeta maite bat, zientzilarientzako topaketa leku bat, Grande Covián Irakaslea Varela Irakaslea edo Serra Irakasleen mailakoentzako, beste batzuen artean.**

### ABSTRACT

**The author, highlights interesting experiences related to the role of Javier Sáenz de Buruaga in gastronomy and nutrition and the deep memory of El Bordatxo, a meeting place for scientists such as Professor Grande Covián, Professor Varela or Professor Serra among others. KEY WORDS: Nutrition; gastronomy.**

Hablando de algo tan importante como lo de dedicarse a la pacífica y encomiable actividad de contentar por el paladar a sus semejantes, cumpliendo con aquella frase bíblica: No sólo de pan vive el hombre y, además, en un tono festivo y saliéndose de estrictos libros científicos, cumpliendo con aquello que decía Julio Camba de que quizás seamos la última generación que pueda presumir de haber comido de forma sana y honesta, me acuerdo de Javier.

Todo ello dentro del txoko Bordatxo, institución junto a otras sin parangón en el mundo y con un denominador común: el

culto a la cocina en su noble faceta creativa y gustativa, uniendo el placer de degustar a la satisfacción de prepararlo como cocineros aficionados que en su vida profesional son otra cosa (Javier era farmacéutico), con distintas formas de pensar, pero dentro, todos iguales y felices.

Después de hacer la compra, de comprar un capricho, convirtiendo en fiesta todo lo que rodea a la cocina, cumpliendo aquello de que para divertirse en la cocina es fundamental que a uno le guste comer, obligando a los demás, a los que dicen no tengo tiempo, a atreverse y a perder el miedo a manejar los ingredientes gastronómicos: las bases, los fondos, las salsas, limpiar el pescado... en el fondo, a defender los valores culinarios y culturales identificados con Bizkaia, exaltando sus productos y la excelencia de lo sencillo, recuperando productos caídos en el olvido, compartiendo el comer bien, una de las maneras más sencillas de disfrutar, y pensando en repetir eso tres veces al día, por los menos.

Algo muy importante para Javier, donde aunaba su parte científica y de formación, e incluso su faceta profesional sobre todo en esa su etapa ligada al mundo de la salud desde su cargo en la Consejería de Sanidad. Pero todo ello siempre de su prisma de analizar todo seriamente, como buen pedagogo que era, con una sencillez que hacía todo entendible sin caer nunca en la tentación de decorar caprichosamente sus respuestas, algo tan común en estos días que corren, poniéndose siempre a la altura del interlocutor.

Recuerdo un almuerzo con él en el Bordatxo como una imagen fotográfica, con ocasión de una de las visitas de Grande Covián, aquello de los incisivos, caninos y molares para qué son: todo ello sin perder la cordura y el equilibrio, hablando de la cocina verde, amando esa cocina vizcaína con colorido, variedad, elegancia que practicaba con sus amigos de siempre en el Bordatxo, una realidad atractiva, y lo más fundamental, cotidiana y, lo más importante, que fascina y gusta por algo que hoy se busca, y que es la sencillez.

¿Se puede pedir más que cocinar para otros y comer con otros? Dejando para otras ocasiones la liturgia de comer sano y convirtiendo el hecho en una aventura fascinante, acercándonos a la cocina con humildad, con recetas de estación, de mercado, de tradición, pensando también en el relevo generacional, valorando también la tertulia y transmitiendo la pasión de lo sencillo, del comer diario, siendo apasionados por la cocina, haciendo caldos, cocidos, potajes, sopas..., pensando en que la alimentación revela lo que acaso no descubren otras indagaciones de carácter oficialmente científico.

Correspondencia:  
Mikel Ceberio  
Director VIANDAR  
Alameda de Rekalde, 1  
48009 Bilbao

## La sanidad municipal en Bilbao hasta su encrucijada durante los años de la “Transición”

*Municipal health care up to the transition crossroads*

Juan Gondra Rezola

Jefe Subárea de Salud Pública. Excmo. Ayuntamiento de Bilbao

### RESUMEN

**Se presenta una síntesis de la evolución de la sanidad bilbaína desde el punto de vista de los servicios municipales, resaltando la pérdida de la autonomía municipal a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y la situación de incertidumbre que ello supuso.**

**PALABRAS CLAVE:** Salud Pública; Sanidad Municipal.

### LABURPENA

**Udal zerbitzuetatik ikusita Bilboko Osasunaren eboluzioari buruzko sintesi bat aurkezten da, XX. mendeko bigarren erdialdian zehar galdutako udal autonomia eta horrek eragin zuen ziurgabetasun egoera nabarmenduz.**

### ABSTRACT

**In this paper the evolution of the Local Health organization in the municipality of Bilbao is summarized, with an emphasis in a decreased municipal autonomy over the second half of the 20th century and the uncertainty associated to it.**

**KEY WORDS:** Public Health; Municipal health care.

Aunque acudimos durante algunos cursos al mismo colegio de enseñanza, separados por la diferencia en edad, no tuve ocasión de hablar con Javier Sáenz de Buruaga hasta muchos años después, allá por el año 1987, y el motivo de nuestra conversación vino a coincidir con el final elegido para esta intervención: la encrucijada en que se encontraba la sanidad municipal, tanto en Bilbao como en todo el Estado Español, durante los años de la “Transición”. En efecto, en aquellos años, ante los desajustes derivados de una organización sanitaria que no había evolucionado durante varios decenios para dar respuesta a una sociedad que sí lo había hecho y cuyas necesidades de atención sanitaria habían cambiado notablemente, era común el sentimiento de que los municipios debían reformar sus caducos servicios; pero como se esperaba un cambio total en la legislación en materia de salud, no existía una senda clara para el discurrir de esta reforma y se mantenía una actitud expectante.

Debo decir que en un ambiente reactivo a la propia existencia de los servicios municipales de salud, Javier mostró su comprensión y su apoyo a alguna de las iniciativas que en aquellos años estábamos tratando de poner en marcha; curiosamente fue una de ellas, la “Unidad de Nutrición Comunitaria”, la que dio pie a una fructífera colaboración entre la Viceconsejería que él dirigía y la sanidad municipal bilbaína.

Se tratará aquí de resumir la historia de los servicios de sanidad bilbaínos hasta aquellos años..

### Antecedentes

Cuando en las primeras centurias del segundo milenio la sociedad europea iniciaba el proceso de creación de ciuda-

des, si se nos permite llamar ciudades a aquellos pequeños burgos, no existía un hábito de intervención de los poderes públicos en materia de sanidad, pues se solía considerar que la salud era un asunto que competía al individuo o, a lo más, a las instituciones religiosas de caridad; pero esta situación comenzó a cambiar cuando los municipios comenzaron a adoptar las primeras medidas de salud pública en la Europa Medieval

Suele aceptarse que la principal razón para este cambio fue el impacto causado por la terrible epidemia de peste que causó la muerte de la cuarta parte de la población europea en la década de 1430 (1). En cualquier caso, fueron las autoridades municipales las que a partir de entonces asumieron las competencias sanitarias y así lo continuaron haciendo hasta finales del siglo XIX en los países más avanzados o hasta bien entrado el siglo XX en el nuestro, cuando las instituciones supramunicipales desplazaron a los ayuntamientos para organizar la sanidad pública desde un nivel superior. Al referirnos a Bilbao tenemos presente que podemos considerar lo ocurrido aquí como algo no muy diferente a lo acontecido en otras ciudades europeas.

### Evolución de la organización sanitaria en Bilbao

Las primeras referencias escritas que tenemos sobre una intervención de los regidores bilbaínos en materia de sanidad se refieren a la limpieza y saneamiento de los espacios públicos (2); años después aparecieron otras actuaciones referen-

(1) Una de las consecuencias positivas del miedo a la peste fue que la ciencia de la época recomendase que para luchar contra la peste había que luchar primero contra la suciedad. Tenemos un claro ejemplo en Pamplona, donde el miedo a la epidemia en el invierno 1596/97, reconociendo que las calles de Pamplona “... Estaban llenas de inmundicias” el Regimiento se decidió a limpiar las calles, plazas, puertas y andrecera, para lo cual utilizó durante una semana de 9 a 21 barrenderos, ayudados por 6 peones, y de 7 a 12 cabalgaduras para sacar de la ciudad la ingente cantidad de basura que a través de los años se había acumulado en ella. (Archivo Municipal de Pamplona, Libranzas, libro de 1596 -1605, fol 15. Citado en José Joaquín Arazuri, “La peste en Pamplona en tiempos de Felipe II”, Boletín de la institución Príncipe de Viana, año 35, núms 134-35, 1974, pág 183)

(2) Entre varias ordenanzas referentes al saneamiento y limpieza destacaremos las siguientes:

Ordenanza de 23 de julio de 1480: dice corre a cuenta de la Villa la instalación de redes de hierro en aquellos lugares de los caños de las melenas en los que hiciere falta. Ordena que las paredes contiguas sean de cal y canto, impermeables al agua, y prohíben bajo multa cualquier intervención que permita la salida del agua. (AHMB, signatura antigua, cajón 8, Reg 2, núm 2, folio 33)

El 28 de agosto de 1487 se establece una ordenanza que prohíbe arrojar aguas de mal olor de día y de noche; solo se podrán arrojar a partir de las diez de la noche, y no por la ventana sino por el portal (Id, folio 21)

El 29 de abril de 1496 se ordena que no se arrojen basuras a las cárcavas de la cerca, porque obstruyen el fluir del agua que arrastra las inmundicias de la Villa que por allí se vierten, quedando estas estancadas. (folio 76)

El 8 de enero de 1501 una ordenanza que prohíbe arrojar por los cantones basuras y aguas. Luego matiza “basura alguna, salvo las necesarias”.

También prohíbe “... poner criaturas algunas a faser suciedad” (folio 107)

Otra ordenanza similar de 9 de julio de 1520 “... ninguno nin algunas personas, vesinos nin moradores desta dicha villa, de oy día en adelante, non sean osadas de echar de día nin de noche ninguna agua podrida nin de otra calidad que sea nin ninguna viscosidad nin basuras a las calles nin cantones desta dicha villa por ninguna parte, so pena dosientos maravedis a cada uno por cada vez...” (Folio 169-170)

Correspondencia:

Juan Gondra Rezola  
Subárea Municipal de Salud Pública  
Luis Briñas, 18; 4ª planta  
48013 Bilbao

tes al quehacer médico que tuvieron su origen en la epidemia de peste del año 1507 (3):

*...Bien sabedes como por parte del conçejo, justicia, regidores, caballeros e escuderos e homes hijosdalgo de la villa de Viluao me fue fecha relacion quel anno pasado de mill e quinientos e siete annos avia abido grand pestilencia en la dicha villa e en sus comarcas, la qual avia durado mucho tiempo, e que por ello los vecinos de la dicha villa acordaron de la dexar e se yr fuera della e que la dicha villa avia quedado muy desanparada; e que como sea muy popilosa e poblada e de poco suelo, para la guarda de las haciendas que en ella quedan ..... abian puesto muchas guardas en ella e puesto medicos e çurujanos e boticarios salariados que curasen los enfermos e diesen medezinas a los probes; e que abian asimismo puesto personas que enterrasen a los que muriesen; e porque dicha pestilencia se avia començado en un ospital questa junto con la dicha villa, en que avia mas de nobenta pobres*

Pocos años después, en 1515, se aprobaron las primeras ordenanzas para regular el trabajo de los médicos (4); desde entonces hasta casi nuestros días, el Ayuntamiento bilbaíno gobernó en exclusiva el trabajo de médicos y cirujanos en la Villa, tanto el de los asalariados por el municipio como el de los médicos “suelos”, en ejercicio libre. También regía el hospital de los Santos Juanes, en Achuri, que quedó como único hospital de la Villa y en el año 1661 cesó en sus funciones de asilo de pobres y peregrinos para quedar dedicado exclusivamente a “hospital para la curación de enfermos” (5).

En lo que se refiere a la salud pública, sólo en tiempos de epidemia (peste de 1599) veremos intervenciones decididas. Esto y la normativa referente a saneamiento y limpieza, junto a algunas tímidas incursiones en la regulación de las actividades peligrosas serán todo el bagaje hasta que, a finales del siglo XVIII, se estableció por primera vez un reglamento para el gobierno del Hospital de los Santos Juanes, no sin una fuerte resistencia de los médicos titulares (6), y, ya en el siglo XIX, se fue desarrollando todo un complejo de ordenanzas municipales que iban a regir los distintos aspectos de la asistencia sanitaria y de la higiene urbana.

Estas normas enmarcaron toda una nueva reglamentación de la salud pública, cuya cronología podemos seguir utilizando como referencia la creación de las plazas de médicos convocadas para hacerse cargo de las nuevas funciones:

(3) AHMB, Sección Antigua, signatura 305/01/02, folios 32 vº - 33vº, reproducido en ENRIQUEZ FERNÁNDEZ, Javier y otros, *Colección Documental del Archivo Histórico de Bilbao (1501-1514)*, Donostia: Eusko Ikaskuntza, 2000; 1.009.

(4) En esta Ordenanza se regulaban las obligaciones de los médicos y el salario que debían de recibir de los particulares por su trabajo; pero no se asigna ningún estipendio proveniente de las arcas municipales. (ENRIQUEZ FERNÁNDEZ, Javier y otros. *Ordenanzas Municipales de Bilbao [1477-1520]*, Fuentes documentales medievales del País Vasco nº 70, Donostia: Eusko Ikaskuntza, 1996; 211-213).

(5) En el AHMB se conservan varios documentos donde se detalla esta transformación, que se vio coronada con la construcción de un nuevo hospital en el año 1685: Sección Antigua, signatura 0312/001/004, documento 17, ff 107 y sig; Id. signatura 206/002/004 Cuaderno que lleva por título *Fundación del Hospital de los Santos Juanes*; Id. Signatura 0206/002/007.

(6) En el expediente guardado en el AHMB, Sección Antigua, con signatura 0324/001/03, aparecen las quejas expuestas por los médicos titulares de Bilbao, quienes veían el nuevo reglamento como una intromisión en su libertad de ejercicio.

–Médico encargado de la higiene mortuoria, año 1854 (7);  
–Médico encargado de la atención y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, “Médico de Higiene Especial”, (1873) que vino motivada por el incremento del número de afectados de sífilis que caracteriza al siglo XIX en Europa (8).

–Médico Inspector de Escuelas (1888), dedicado a la Medicina Preventiva en el medio escolar (9).

–Médico Inspector de Higiene y Demografía (1897) (10).

Además se procedió a la separación de las funciones de los médicos titulares, quienes hasta entonces venían atendiendo indistintamente a los enfermos del hospital y de la beneficencia (11); a partir del año 1877 los médicos de sala del hospital quedaron desligados de sus funciones extrahospitalarias y los restantes titulares se encargaron de la atención a los enfermos pobres. Esto permitió que el Ayuntamiento fuera añadiendo a sus labores asistenciales otras funciones como la inspección de locales, viviendas, escolares, nodrizas, etc.. Las casas de socorro municipales del Ensanche (1893) y del Distrito del Centro (1908) completaron el cuadro asistencial sostenido por el municipio.

### Inspección de los alimentos

En ese mismo siglo XIX, tan rico en innovaciones, se incorporan dos nuevas profesiones al quehacer diario de la sanidad municipal: la Farmacia y la recién nacida Veterinaria.

El municipio no llegó a contratar a un farmacéutico titular, pero ya desde el año 1817 encontramos con frecuencia que, cuando existen denuncias de los inspectores del peso o de particulares, se acude a uno o a varios de los boticarios con oficina abierta en la Villa para que efectúen los análisis necesarios para comprobar la idoneidad de muestras de vino, leche u otros alimentos (12).

(7) En el Archivo Histórico Municipal de Bilbao se conservan varios documentos que hacen referencia a la creación de esta plaza. La primera propuesta fue realizada por el médico bilbaíno Agustín de Obieta, a la sazón teniente de alcalde de la Villa, pero no fue atendida hasta que su insistencia al volver a presentarla el 16 de febrero de 1853 (AHMB, Sección Primera, signatura 0234/012) consiguió que su idea fuera estudiada y alcanzar la aprobación por el pleno municipal un plan de actuación que incluía la creación de esta plaza y la construcción de un depósito de cadáveres en el cementerio de Mallona, pues hasta entonces se guardaban en la capilla del cementerio o en sitios peores. En el año 1854 se hizo pública la plaza de Médico Inspector de Cadáveres con un salario anual de 2.300 reales; fue nombrado Tiburcio Larrinaga quien siguió desempeñándola hasta el año 1871. (Id., Signatura 0084/073)

(8) AHMB, Sección Primera, signatura, 0033/021

(9) AHMB, signatura antigua, Cajón 4, reg. 252, núm. 3. Como no existían recursos económicos para dotar esta plaza se acumularon sus funciones a las del Inspector de Cadáveres.

(10) Esta última plaza se creó para cumplimentar la Real Orden que obligaba a los grandes municipios a presentar mensualmente sus estadísticas demográficas y sanitarias; recibió también el encargo de atender a la Sala Cuna, el examen de las nodrizas y las funciones de Inspección Médica Escolar que venía atendiendo el Médico Inspector de cadáveres. El primero en ocupar esta plaza fue José María de Gorostiza y Onzoño. Ver GOROSTIZA ONZOÑO, José María de. *Contestación a los deseos manifestados por el Ilmo. Sr. Director General de Sanidad*, Bilbao, 1901 (AHMB, signatura antigua, Sección 5, legajo 141, nº 2).

(11) Acuerdo tomado en sesión pública del Ayuntamiento celebrada el día 8 de marzo de 1877.

(12) En 1817 se envían varias muestras de vino para su análisis a D. Juan de Arenaza y D. José Benigno de Zubeldia (AHMB, signatura antigua, cajón 2, registro 533, número 26) y en 1819 son 36 las barricas de vino enviadas al mismo Arenaza y a Ignacio López de la Calle (AHMB, signatura antigua, cajón 2, Reg. 536, Núm. 110). A lo largo del siglo siguen siendo muy frecuentes los expedientes sobre alimentos presumiblemente adulterados en los que intervienen los distintos farmacéuticos bilbaínos.

La Veterinaria entró en la organización municipal de la mano de la inspección de las carnes destinadas al consumo. Bilbao no había creado la plaza de “veedor de carnes”, tan común en otras localidades, pues confiaba en el buen criterio del encargado del matadero. Sin embargo, una denuncia del Subdelegado de Veterinaria del partido de Bilbao y Durango, en la que se daba cuenta de que en diversas visitas al matadero bilbaíno había encontrado deficiencias en la carne que iba a ser destinada al consumo, deficiencias que atribuía a la falta de preparación científica de los encargados del control de la calidad de la carne, dio lugar a la creación de una plaza de veterinario municipal, dedicado por completo al control de la calidad higiénica de los alimentos en general y de las carnes en particular (13).

A partir de entonces existirá un veterinario municipal, quien continuará con las funciones de inspección de carnes (examen de las reses antes de su sacrificio, de la propia higiene del matadero y de la calidad de las carnes destinadas al consumo); pero asumirá también nuevas competencias, como el examen de pescados y huevos, así como la inspección diaria de los alimentos ofertados en el mercado (14). En el año 1880 se incrementa a dos el número de profesionales y, a partir de la aprobación del Reglamento de Veterinaria en el año 1887, se crea el Cuerpo de Veterinarios Municipales.

### El Laboratorio Municipal

Pero faltaba un laboratorio acreditado que diera mayor objetividad al control de la calidad higiénica de los alimentos y constituyera un soporte no sólo para su control sanitario, sino también de cara a la persecución del fraude, tan frecuente en las ciudades europeas industriales de los años finales del siglo XIX. Hubo que esperar hasta el año 1883 para que la Comisión Municipal de Policía presentara una propuesta para su creación (15). Pocos años antes había iniciado su andadura el Laboratorio Municipal de Madrid, fundado gracias al tesón del farmacéutico vascongado Fausto de Garañaza, decano de la Facultad de Farmacia madrileña y director de este laboratorio.

En el año 1886 inició su andadura este laboratorio que dedicó sus esfuerzos principalmente al control de las aguas de consumo y de los alimentos; pero también realizó otras actividades como las de laboratorio forense, la elaboración

de la vacuna antivariólica y de los sueros para el tratamiento antirrábico, etc.

### La sanidad municipal alcanza su desarrollo más complejo

A lo largo del primer tercio del siglo XX, el consistorio bilbaíno trató de dar respuesta a las penosas condiciones sanitarias en que había llegado a vivir la población de la Villa como consecuencia de los cambios originados por el desarrollo industrial y minero; condiciones propiciadas por una alimentación deficitaria y la falta de los mínimos higiénicos en materia de abastecimiento de agua y saneamiento, además de un hacinamiento de la población que propiciaba la transmisión de enfermedades infecciosas. Y esta respuesta fue vertebrando una actividad sanitaria compleja que alcanzó su cima allá por los años de la Segunda República, cuando el Cuerpo Veterinario Municipal continuaba con el control de la higiene de las carnes en el matadero y con la inspección alimentaria en los mercados públicos y en las tiendas, pero había desarrollado nuevas actividades como las del servicio canino antirrábico; también el Laboratorio Municipal, instalado en el edificio de la calle San Vicente, inaugurado en el año 1901, había completado una buena dotación de personal e instrumental para servir como laboratorio de salud pública. Bilbao realizó un esfuerzo importante para adecuar la higiene urbana al nivel de los países desarrollados para lo que hubo de realizar importantes inversiones en materia de saneamiento, abastecimiento de agua y de alimentos (mercado de la Ribera y matadero de Matico), etc.

En el primer tercio del siglo XX, el Cuerpo Médico Municipal alcanzó un mayor desarrollo y complejidad, pues a los servicios asistenciales constituidos por los cuadros médicos del Hospital de Basurto, de las casas y cuartos de socorro y de la beneficencia municipal se fueron añadiendo otros con un carácter más preventivo:

–El servicio de “Higiene Especial”, dedicado a la prevención y tratamiento de las enfermedades venéreas, llegó a contar en su plantilla con cuatro médicos, un médico analista y dos practicantes, además de una comunidad religiosa que atendía a las mujeres ingresadas en el pequeño hospital de la plaza de la Cantera.

–El Instituto Municipal de Vacunación fue incorporando las nuevas vacunas que se fueron descubriendo a lo largo del siglo XX y alcanzó una mayor dimensión, llegando a contar con dos médicos y un practicante.

–Para combatir la terrible mortalidad infantil se fueron siguiendo los pasos de otras ciudades europeas con problemática similar a la de Bilbao y se crearon distintos servicios como el de Tocología (1928) para atender los partos en el propio domicilio, atendido por dos tocólogos y dos matronas; la “Gota de Leche” (1906) destinada a proporcionar cuidados de puericultura y lactancia artificial a las familias necesitadas, y la Inspección Médica Escolar, que incidió en el mundo de la enseñanza primaria propiciando la práctica de la gimnasia, las cantinas y duchas escolares, las colonias de verano, etc., llegando a contar con una plantilla compuesta por un médico jefe, siete médicos de zona y otros siete especialistas.

(13) La primera intención de crear la plaza de inspector o veedor de carnes data del año 1831, cuando así lo solicitó Bernardo Ibáñez, maestro herrador y albéitar (AHMB, Sección Segunda, signatura 0523/011); pero no fue hasta diciembre del año 1854 que se procedió al nombramiento del primer titular, curiosamente el mismo José María Galo que como Subdelegado de Veterinaria había denunciado la carencia de inspección. (AHMB, Sección Segunda, signatura 0440/099)

(14) AHMB, Sección Primera, signatura 0237/018

(15) Es curioso que esta propuesta tuviera su origen en una iniciativa privada de un farmacéutico y un químico establecidos en Bilbao (los señores Dotesio y Celada), quienes propusieron al Ayuntamiento hacerse cargo de las funciones del laboratorio a cambio de un pago anual. La Comisión de Policía estimó que era más correcto crear un verdadero laboratorio municipal, tomó como modelo los de Madrid, Barcelona y París, laboratorios a los que se dirigió pidiendo datos que sirvieran para la planificación no sólo del nuevo laboratorio, sino de toda la inspección alimentaria. (AHMB, Sección Segunda, 0071/004)

### Intervenciones de los poderes supramunicipales

Pero a la vez que se alcanzaba una cima, se iniciaba el declive de la sanidad municipal; declive propiciado por una intervención cada vez mayor de los poderes supramunicipales: a partir de los tímidos intentos del siglo XIX y de la Dirección General de Sanidad en los primeros años del siglo XX, los años de la dictadura del general Primo de Ribera, primero, y Franco después, fueron viendo como aparecía un conjunto de leyes que iban a despojar a los municipios de sus competencias sanitarias para transferirlas al gobierno central (16). Estas leyes aceptaban la existencia de un pequeño número de “Ayuntamientos exceptuados”, entre ellos Bilbao, autorizados a mantener sus propios cuerpos médicos, veterinarios y farmacéuticos.

### La sanidad municipal bilbaína en los años de la “Transición”

Cuando en el año 1981 comenzaron a circular los primeros borradores de una futura Ley General de Sanidad, que no sería aprobada hasta el año 1986, Bilbao contaba todavía con unos nutridos cuerpos sanitarios que integraban una plantilla de doce veterinarios, cincuenta y tres médicos además de treinta A.T.S./D.U.E. y un farmacéutico. Se habían abandonado algunas de las actividades desarrolladas en el pasado y, aunque en varias ocasiones se había intentado reformar los vetustos servicios, no se habían iniciado nuevas actividades. El patronazgo del Ayuntamiento sobre el Hospital de Basurto estaba casi olvidado, se inició en aquellos años un tímido acercamiento al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y se trató de desbloquear las tensas relaciones que se venían manteniendo con la antigua Dirección Provincial de Sanidad, a la sazón transferida al Gobierno

(16) Destacaremos de entre ellas las siguientes:

**Ley Orgánica de Sanidad de 1855.** En ella se recogían las funciones asistenciales con respecto a las familias pobres y las de asesoramiento científico de los médicos titulares a los ayuntamientos, así como las condiciones de contratación y las obligaciones de los distintos ayuntamientos al respecto.

**Instrucción general de sanidad de 12 de enero de 1904.** Define de nuevo la forma de constituir los “Partidos Sanitarios” (Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios), confirma con pequeñas modificaciones las obligaciones de los médicos e introduce por primera vez la función inspectora sobre los servicios sanitarios municipales, y así se crearon las inspecciones generales, provinciales y municipales, sentando las bases de una posterior evolución en la que los funcionarios sanitarios locales se fueron integrando progresivamente en esferas administrativas más amplias.

**Reglamento de Sanidad Municipal de 1925.** En el que se recogían los aspectos sanitarios de la reforma estatutaria municipal de 1924, debida a Calvo Sotelo y se detallaban las obligaciones de los pequeños y grandes municipios, a la vez que creaba los planes nacionales de lucha contra los principales problemas de salud pública.

**Ley de Bases de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934.** Cuya aplicación a través del Decreto de 14 de junio de 1935, reguló las mancomunidades provinciales de municipios. Posteriores decretos fueron regulando la formación de un cuadro nacional de partidos sanitarios, cuyos funcionarios pasaban a percibir sus haberes con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, en el caso de los partidos de 3ª, 4ª y 5ª categoría, quedando sólo a las arcas municipales las retribuciones de los médicos de los partidos de 1ª y de 2ª categoría. (decreto de 19 de septiembre de 1941)

La **Ley de Bases de Sanidad Nacional de 22 de Noviembre de 1944** y el **Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de Noviembre de 1953**, enmarcaron la normativa para la sanidad municipal durante los años de la dictadura, estableciendo por un lado las obligaciones de los municipios, pero asentando una ambigüedad por causa de la doble dependencia de los funcionarios sanitarios.

Autónomico. La desconexión con los servicios de la Seguridad Social era absoluta y los intentos de asociar sus recursos de asistencia de urgencia extrahospitalaria con nuestras casas de socorro fueron baldíos. Las presiones sociales que demandaban una mejor asistencia sobre todo en algunos aspectos mal atendidos por la Seguridad Social, tales como la contracepción e higiene materno-infantil, la salud mental, el tratamiento de drogodependientes, etc., habían dado lugar a que numerosos ayuntamientos españoles crearan servicios asistenciales para dar respuesta a esas demandas, pero no fue este el caso del de Bilbao, aunque la iniciativa popular en este sentido sí recibió alguna ayuda de las arcas municipales.

### Actitud del primer ayuntamiento democrático

El primer Ayuntamiento elegido por voto popular después de los años de dictadura, estuvo presidido por Joseba Castañares y contaba en su Comisión de Gobernación con dos médicos, Pedro López Merino y Santi Brouard, quienes fueron encargados de estudiar las vías de salida para aquella situación, llegando a elaborar en febrero de 1983 unas directrices que, aprobadas por dicha Comisión, rigieron la evolución posterior de los servicios municipales de salud. En ellas se cuestionaban las actividades que en materia de medicina asistencial habían desarrollado algunos ayuntamientos, como planificación familiar, higiene mental, etc., y se consideraba que eran propias del futuro Servicio Vasco de Salud. Igualmente se consideraba competencia de ese Servicio la asistencia médico-farmacéutica a la beneficiencia y la actividad de las casas de socorro, por lo que había que prever la desaparición de esos servicios municipales en un plazo corto.

Se consideraba que el Ayuntamiento debía de concentrar sus esfuerzos en la protección del medio ambiente, incluyendo la higiene de los alimentos, y en los aspectos de prevención y promoción de la medicina comunitaria, con especial atención a los colectivos de riesgo.

### Veinte años después

Vista aquella situación desde la atalaya proporcionada por años transcurridos, no cabe duda de que se ha culminado la integración de los servicios asistenciales a nivel supramunicipal, cristalizando en el Servicio Vasco de Salud “Osakidetza”; que han ganado sobremanera tanto la asistencia hospitalaria como la primaria y la de urgencia; pero el terreno propio de la sanidad municipal sigue estando mal definido, lo que da lugar a inseguridad y a roces con otras administraciones. Tal vez esto sea debido al carácter centralizador de la Ley General de Sanidad de 1986, reconocido en su mismo prólogo, y a la falta de desarrollo de los mecanismos de participación que aquella Ley establecía como correctores del efecto centralizador, tal vez a otras causas, pero el caso es que aquella incertidumbre de 1980 no ha desaparecido del todo.

Confiamos en que esta situación no dure otros veinte años.

## Actualización del Calendario Vacunal de la CAV

*An update of the vaccination scheme in the Basque Country*

Dorronsor M, Errezola M, García Calabuig MA, Muñiz J.  
*Osasun Saila. Eusko Jaurlaritz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.*

Los cuatro firmantes del trabajo, al escribirlo en recuerdo y homenaje de Javier, nos sentimos portavoces de otros muchos y muchas profesionales que han realizado tareas en relación con las vacunas al lado o bajo la dirección de Javier, en especial los componentes de los comités de vacunas y profesionales de las Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

Aunque ya con anterioridad el Departamento de Sanidad tomó otras acciones en el campo de las vacunas, vamos a comenzar el relato por el año 1983 con la creación de Osakidetza donde Javier, como Jefe del Servicio de Salud Pública de Osakidetza del que dependían las Direcciones de Salud (actualmente subdirecciones de Salud Pública) jugó un papel importante en la implementación de los programas vacunales. En el año 1985 se crea el primer comité asesor de vacunaciones infantiles en el que un grupo de expertos de diferentes centros de las CAV, con la colaboración de invitados especiales externos, asumen la tarea de revisar el estado del calendario vacunal y realizar una propuesta de modificación que se concretó en el calendario que se oficializa el 1 de Octubre de 1986. En aquel calendario (1) aparecen ya decisiones novedosas que son pioneras en el estado español y que, aunque inicialmente fueron criticadas la mayoría de ellas, con el paso del tiempo se fueron incorporando al resto de los calendarios de las CCAA, siendo asumidas al final, tras muchos años por el sistema Nacional de Salud, al constituir el primer calendario vacunal aprobado por el Consejo Interterritorial para todo el Sistema Nacional de Salud (2,3) (calendarios de los años 1999 y 2003).

El aspecto general de mayor trascendencia de este primer calendario (1) fue el de adelantar la edad de inicio de la primovacunación (de 3, 5, 7 a 2, 4, 6 meses), fundamentalmente para conseguir una inmunización más precoz frente a la tos ferina. Se utilizó la polio oral trivalente en todas las dosis, abandonando los preparados monovalentes. Se adelantó la vacunación triple vírica a los 12 meses de edad, dado el riesgo existente de enfermar entre los 12 y 15 meses, fundamentalmente de sarampión. Se añade una dosis de recuerdo de tos ferina a los 18 meses ante el incremento de casos. Se administra una dosis de difteria a los 6 años para prolongar el estado inmunitario. A partir de los 6 años se administra una dosis de recuerdo de tétanos cada 10 años y aunque todavía no existía comercializado el producto en España, ya se menciona que en caso de que se comercialice la vacuna Td, se utilice en las dosis de recuerdo.

Con posterioridad a esta modificación y tras la publicación del manual de vacunación del año 1987 (1), pasan unos años con poca dinámica del comité que coinciden con la salida de Javier del ámbito del Departamento de Sanidad y su paso a la Secretaría de Drogodependencias. En el año 1991 vuelve al Departamento desde la responsabilidad de Viceconsejero. De manera inmediata retoma el tema de las vacunas, nombrando un comité asesor que, en un proceso similar al anterior, aporta como resultado final un nuevo calendario vacunal que entra en vigor el 1 de Enero de 1994 (4). Sustancialmente difiere del anterior por la aplicación de la segunda dosis de triple vírica a los 11 años de edad y la vacuna de hepatitis B (VHB) a los 13 años (tres dosis). Aunque ya se administraba con diferentes coberturas según el Territorio Histórico, se incluye oficialmente en el calendario la vacunación BCG en el primer mes de vida. Además, el comité ya apunta la necesidad de evaluar la inclusión de vacunas acelulares de tos ferina y de *Haemophilus influenzae* (Hib).

Desde el 1 de Marzo de 1996 (niños nacidos desde el 1.1.96), se administra la vacuna de Hib (fue la primera Comu-

### RESUMEN

**Se describe la evolución del calendario vacunal en la Comunidad Autónoma del País Vasco en los últimos 20 años, siguiendo las recomendaciones de los comités de vacunas del Departamento de Sanidad, así como la evolución de las enfermedades vacunables en el mismo periodo y los objetivos del Plan de Salud para el año 2010. La visión que aportamos de las sucesivas actualizaciones del calendario, abarca una etapa en la que desde distintos puestos de responsabilidad y en diferentes etapas, hemos compartido con Javier Sáenz de Buruaga y otros muchos compañeros una actividad apasionante, por lo que ha tenido de creativa, en la actualización y modernización del calendario vacunal. PALABRAS CLAVE: Calendario vacunal. Vacunación. Epidemiología.**

### LABURPENA

**Azken 20 urte hauetan Euskal Herri Autonomi Elkargoan txerto egutegiaren eboluzioa deskribitzen da, Osasun Saileko txerto elkartearen gomendioak jarraituz, aldi berean txertatu ahal diren gaixotasunen eta 2010. urtean Osasun Planarentzako helburuak bezala. Egutegiko ekintza jarraien buruz ematen dugun ikuspuntuak, ardurapen postu ezberdinetik eta epealdi ezberdinetako aldia barneratzen du, Javier Sáenz de Buruagarekin eta beste lankide batzuekin banatu dugun ekintza gartsua, sormenezkoa izan da, txerto egutegiaren eguneratze eta modernizazioan.**

### ABSTRACT

**In this paper the evolution of the vaccination scheme in the Basque Country for the last 20 years is described, according to recommendations of the Vaccinations Committee of the Department of Health of the Basque Government, as well as evolution trends of vaccinable infectious diseases during the same period and objectives of the Health Plan for the year 2010. This review of subsequent updates of the vaccination scheme includes a period of time when we shared, from different responsibilities, an exciting task with Javier Sáenz de Buruaga and many other colleagues, for its creative dimension in the updating of the vaccination scheme. KEY WORDS: Vaccination scheme. Vaccination. Epidemiology.**

Correspondencia: Jaime Muñiz Saitua  
Bizkaiko Lurralde Zuzendaritza. Osasun Saila  
Dirección Territorial de Bizkaia del Departamento de Sanidad.  
Gran Vía 81.1ª planta  
48011 Bilbao



Figura 1

nidad Autónoma en la que se administró). El inicio de esta vacunación, que estaba programado para el año 1995, sufrió una demora de unos meses por negociaciones y pacto posterior con el Ministerio de Sanidad (Javier tuvo una importante participación), en el primer intento de homogeneización del calendario.

Por último, en el año 2000 (5) se adelanta la triple vírica de los 11 a los 4 años, se incluye un programa de primovacuna de VHB, así como frente a meningococo C y por fin se incluye la tos ferina acelular en el calendario. Otras modificaciones en curso o pendientes de decidir su inclusión en los próximos años son el paso a vacuna polio inactivada (IPV), la vacunación frente a la varicela o neumococo, etc (figura 1).

Además de las vacunas del calendario, se llevaron a cabo programas de vacunación de grupos de riesgo frente a VHB, área en la que también fuimos pioneros (en marzo de 1985 se publicó el documento "Recomendaciones para la profilaxis de la hepatitis B" (6)) y la primera campaña de vacunación antigripal del año 1988, germen del desarrollo actual del sistema de vacunación de personas de riesgo o las campañas extraordinarias de vacunación frente a meningococo C de 1997-98 y 2000-01.

Además, no sólo ha cambiado el calendario sino también los productos utilizados y todo ello ha necesitado importantes recursos económicos; el presupuesto dedicado a vacunas por el Departamento de Sanidad se ha duplicado en los últimos cinco años. Pero gracias a ello ha sido posible conseguir

altas coberturas vacunales (tanto como los países más avanzados) y una gran disminución de los casos de las enfermedades inmunoprevenibles. En la tabla 1 se resumen el número de casos y tasas por 10.000 habitantes de algunas enfermedades vacunables en la Comunidad Autónoma del País Vasco en el periodo 1983-2002.

Aunque todavía queda un camino que recorrer, se conseguirán objetivos impensables hace pocas décadas, como los que figuran en el Plan de Salud para Euskadi 2002-2010 (7) que reduce a cero para el 2010 el número de casos de Polio autóctona, difteria, tétanos (menores de 35 años), Haemophilus Influenzae (menores de 5 años), meningitis C (menores de 15 a), hepatitis B (menores de 1 año), sarampión, rubéola y parotiditis y la vacunación se seguirá confirmando como la medida de intervención sanitaria más eficiente.

### Referencias bibliográficas

1. Manual de Vacunaciones Infantiles. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 1987.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Calendario de vacunaciones recomendado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud(1999). <http://cne.isciii.es/vacunab/calendario99.PDF> (acceso el 6.10.03)
3. Centro Nacional de Epidemiología. Calendarios de vacunación (formato PDF) <http://cne.isciii.es/vacunab/GLOSARIO.htm#interterritorial> (acceso el 6.10.03)
4. Manual de Vacunaciones / Txertaketa Eskuliburua. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 1994
5. Manual de vacunaciones. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2001 [http://www.euskadi.net/sanidad/salud/vacunas\\_c.htm](http://www.euskadi.net/sanidad/salud/vacunas_c.htm) (acceso el 6.10.03)
6. Recomendaciones para la profilaxis de la Hepatitis B. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 1985
7. Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2002

TABLA 1

### Casos y tasas por 10.000 habitantes de algunas enfermedades vacunables en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1983-2002

	1983		2002	
	CASOS	TASAS X 10.000	CASOS	TASAS X 10.000
Parotiditis	18.560	86,93	34	0,162
Rubeola	9.716	45,51	6	0,029
Sarampión	4.453	20,86	1	0,005
Tosferina	1.678	7,86	12	0,057

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria

## **Evolución de la atención primaria pediátrica en los últimos 20 años / Lehen mailako laguntzan pediatriak 20 urtetan izan dituen aldakuntzak**

*Evolution in Primary Health Care in Pediatrics in the last 20 years*

Xabier Txakartegi

*Pediatra. Gernikako Osasun Zentroa / C.S. Gernika.*

### LABURPENA

**Lehen Mailako Asistentzia pediatrikoan azken hogei urtetan gertatu diren aldaketen laburpen oso pertsonala egiten da artikulu honetan. Gainbegirada arin baten bidez, pediatriaren lan-funtzionamenduaren aldaketak, bere ezagumenduen bilakaerak, etengabeko ikasketak, antolaketa profesionalak eta Administrazioarekiko harremanak (bere gaur egungo lan-egoera ahaztu gabe) adierazten saiatzen da artikulu hau.**

### RESUMEN

**Este artículo ofrece una visión muy personal de los cambios ocurridos en Atención Primaria pediátrica durante los últimos 20 años. Pretende explicar mediante un examen somero las modificaciones que han tenido lugar en el funcionamiento de trabajo del pediatra, así como en su adquisición de conocimientos, formación continuada, organizaciones profesionales y relaciones con la Administración, sin olvidar las condiciones de trabajo actuales.**

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria; Pediatría; Formación continuada.

### ABSTRACT

**This paper provides a personal view of main changes undergone by Paediatric Primary Health Care in the Basque Country during the last 20 years. Changes are explained through daily routine in the Paediatricians work load, continuing training, professional organization and liaison to the Administration along current work conditions.**

**KEY WORDS:** Primary Health Care; Pediatrics; Continuing education.

Los cambios experimentados por la Atención Primaria en Pediatría a lo largo de los últimos 20 años son evidentes. Posiblemente esta transformación comenzó previamente a nivel hospitalario, pero en Atención Primaria (AP) las principales transformaciones han tenido lugar en el periodo de referencia. Antes de la transferencia de la Atención Sanitaria generalizada (Seguridad Social) se habían puesto en marcha numerosas acciones y programas preventivos, como la atención a la mujer embarazada o salud escolar entre otros. Con la transferencia de las competencias sanitarias en 1982 se creó el Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, que impulsó el desarrollo de la Atención Primaria e iniciativas como el calendario vacunal o el examen físico de niños sanos (1,2).

Pero la verdadera revolución comenzó en el año 1985, cuando se empezaron a construir los nuevos Centros de Salud (CS). Los primeros CS se empezaron a construir en septiembre de ese mismo año, renovando los primeros servicios y transformando el módulo de 2,5 horas en 40 horas semanales. Poco a poco, en unos 10 años todos los antiguos ambulatorios se extinguieron, salvo algunas excepciones hasta que todos los pediatras se incluyeron en el nuevo sistema. Como he mencionado anteriormente, desde aquellos años hasta ahora, han cambiado muchas cosas en el funcionamiento, en el manejo de las enfermedades y en las medidas preventivas. Los principales cambios acontecidos se resumen en la tabla I.

### Medidas preventivas

Uno de los cambios introducidos con el nuevo sistema es la actitud de los pediatras en relación con las medidas preventivas. Son los profesionales médicos que más precozmente intentan evitar o retrasar los problemas de salud. En 1985, con la construcción de los nuevos Centros de Salud se establecieron de manera regular las consultas de prevención con el nombre de "Cuidado del niño sano". Los objetivos principales de este programa son: detectar las enfermedades congénitas del niño, afrontar las enfermedades del desarrollo, el cuidado y seguimiento del desarrollo físico y psicomotor, promover una alimentación y hábitos saludables en el niño y completar el calendario de vacunación (1, 2). Más tarde, a partir de 1999, se añadió el programa de prevención de accidentes infantiles. También se han puesto en marcha otros programas específicos, como por ejemplo para el síndrome de Down (3) o para niños adoptados en el extranjero. En estos casos, los pediatras de Atención Primaria han sido los principales animadores e impulsores de las iniciativas.

Otra actividad que también merece especial mención es la promoción de la Lactancia Natural (LN). A comienzos de la década de los 80 primaba la Lactancia Artificial (LA), estaba de moda dar el biberón. La LA ocasionó muchas desgracias en los niños por errores en la preparación de los biberones (hiperconcentrados, desinfección inadecuada), o bien porque los niños sufrían una reacción inesp-

Azken 20 urteetan aldaketa nabari gertatu da Pediatrian. Behar bada, lehenagotik hasita zegoen ospitaleetan, baina Lehen Mailako Laguntza (LML aurrera) arloan une honen inguruan hasi ziren funtzionamendu berri baten lehen urratsak. Izan ere, Osasun Zerbitzu nagusia (Gizarte Asegurantzak) transferitu baino lehen jarriak ziren abian hainbat ekintza prebentibo, haurduntzarorako atentzioa eta eskola osasuna esate baterako. Hura transferitu zenean (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud izen berria hartzen zuelarik komunitate autonomoan) 1982. urte inguruan, beste lan sistema bultzatzen hasi zen LMLan ekintza prebentiboak sarrituz, txertaketa egutegia eta ume osasuntsuaren azterketa fisikoa kasu dago-kigunez (1, 2).

Benetako "iraultza" dena dela 1985. urtean etorri zen Osasun Zentroak (OZ) sortzen hasi zirenean. Lehenengoak urte horretako Irailean hasi ziren abian lehengo zerbitzuak berregituratuz eta 2,5 orduko moduloa asteko 40 ordukoan bihurtuz. Gutxika-gutxika OZak hedatu egin ziren 10 bat urtetan, salbuespen gutxi batzuk izan ezik pediatra guztiak sistema berria sartuak izan arte. Esan bezala, gauza asko aldatu da orduetik egun arte, funtzionamenduan, gaixotasunen maneian, ekintza prebentiboetan. Eta bururatu zaizkidanen laburpenak egitea pentsatu dut, azalekoak derrigorrez asko dira-eta, baina bazterrean gai garrantzitsurik utziko ez dutenak sakonean tratatutako baten mesedean. Burutazio hauek, I Taulan ikus daitezke laburbidurik.

### Prebentzioa

Zertxobait aldatzen hasia zen ikusi dugun moduan; horren adibidea, prebentzioarako pediatren joera izan da, hauek baitira mediku profesio guztian osasun-arazoan aurka alde aurretik gehien saiatzen direnak. Osasun Zentroak eraiki zirenan, 1985ean, arautu egin ziren prebentzioarako kontsulta hauek "Ume Osasuntsuaren Zainketa" izena hartzen zutelarik. Egitarau orokorra berdin jarraitzen bada ere, adin-taldez talde zehaztatu da azken urteetan, batez ere ordena-gailuaren erabilerak erraztatu duelako zehaztapan hori.

Hauek izan dira Egitarau honen helburuak: umearen sortzetiko gaixotasunei antzematea, bilakaerako gaixotasunei aurre egitea, garapen psicomotor eta fisiokoaren zainketa, umearen elikadura eta ohitura osasuntsuak sustatzea eta txertoen egutegia osatzea (1, 2). Geroxeago, 1999tik aurrera, istripuei aurre egiteko aholkuen egitaraua gehitu da aipatutakoen gain.

Ume osasuntsuarenaz aparte, beste egitarau batzuk ere egin dira kasu berezientzat, Down sindromedunentzat (3) edo atzerritik adoptatuentzat (4) burutu direnak esate baterako. Kasu hauetan, lehengoetan bezalaxe, LMLko pediatrak izan dira sustatzaile eta egile nagusiak

Prebentzioarako egitasmo honen eredu Edoskitze Naturalaren (EN) suspertzea izan da. Izan ere, 80koen hamarkadaren hasieran Edoskitze Artifiziala (EA) zen nagusi, hau da biberioa ematea zen modakoa. EAren ordezkatzeta 60. hamarkadaren hasieratik gertatu zen eta ezbehar asko sortarazi zuen umeengan, bai biberioak gaizki prestatzen zirelako (hiperkontzentratuak, edo behar den moduan desinfektatu gabekoak ...), bai umeak esne-hautsaren osagai baten bati (behi esnearen proteinari gehienetan) ezusteko erreakzioa egiten ziolako. Orduan, gainera, ez zegoen esne berezirik kaltegarria zena ordezkatzeko eta sarritan beste

Correspondencia:  
Xabier Txakartegi  
CS Gernika  
48300 Gernika. Bizkaia.

El verdadero problema actual se deriva de que los niños son cada vez más obesos como se ve en todos los estudios (26,27). Nuestro trabajo hoy es encauzar esa tendencia desde el momento que nace el niño. Es difícil conseguirlo con la influencia de la publicidad y la comida basura, pero debemos intentarlo (28, 29). Además hay que hacerlo desde el primer instante, porque hay más probabilidades de evitar la obesidad cuando el niño es más joven (30). Los pediatras de AP también se han volcado en este aspecto y en 1997 un grupo de trabajo presentó un score para la detección precoz del riesgo cardiovascular en niños (31).

Los hábitos alimentarios en la infancia, además de influir sobre la obesidad, también se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. Dentro de estos trastornos, los más importantes son la anorexia nerviosa y la bulimia. La percepción distorsionada de la imagen corporal es más frecuente en los adolescentes con sobrepeso a esa edad. El médico pediatra puede ayudar a reconducir esa percepción o a detectar precozmente estas situaciones (32). Las actividades preventivas de la obesidad deben empezar desde la niñez.

Con frecuencia los padres se plantean dudas sobre las diferentes etapas del desarrollo evolutivo. El pediatra puede ayudar a afrontar estas situaciones, aconsejarles y dejar claro que él también está involucrado en el problema y en la solución (33).

La falta de escolarización es otra de las consultas más frecuentes. El pediatra de AP debe ayudar a solucionar este problema, derivando al especialista los casos que así lo requieran. Uno de los problemas más importantes en este sentido es la atención inadecuada a los niños hiperactivos (34, 35). Es muy importante detectar, seguir y tratar este problema desde pequeños para mejorar el futuro de estos niños y para los pediatras es un gran reto.

Parece que las enfermedades psicosomáticas han aumentado progresivamente. En ocasiones se manifiestan en el niño por primera vez, pero en la mayoría de los casos los factores genéticos tienen mucha importancia. En estos casos también el trabajo del pediatra ha cambiado.

La consulta programada en determinados problemas de salud

Algunas enfermedades y situaciones necesitan un seguimiento programado, por ejemplo la enuresis y la obesidad entre otros. En otros casos los pediatras han planteado el mismo sistema de actuación con algunas enfermedades orgánicas, sobre todo crónicas, en las que el tratamiento puede ser estricto. Un modelo de este tipo de consulta es el seguimiento del asma (36, 37).

#### La consulta de enfermería en AP

Para llevar a cabo la mayoría de las consultas programadas (puericultura, vacunaciones,...etc) ha sido necesaria la colaboración de la enfermería. Las enfermeras que han participado en esta tarea no están especializadas en pediatría, pero se han especializado con el tiempo. Además de la educación para la salud y el cuidado del niño sano, la enfermería también tiene un papel clave en otras patologías como la enuresis o la obesidad. Casi sería imposible para los pediatras hacerse cargo y llevar a cabo toda la actividad diagnóstica, terapéutica y preventiva de las patologías si no hubieran formado un equipo con la enfermería (36).

#### El nuevo material en AP

Hace 20 años las consultas solo estaban dotadas con el material clásico, principalmente el estetoscopio, y salvo la linterna y el otoscopio, la mayoría de las veces lo ponían los pediatras y no la Seguridad Social. Muy pocos tenían un optotipo o las tiras para analizar la orina, puesto que había que solicitarlo como extras a la Administración. Hoy día, aunque los centros no sean nada extraordinarios, están dotados con otros materiales que nos ayudan en la consulta: el audímetro para medir la capacidad auditiva del niño, el test de látex para saber si una amigdalitis está causada por el estreptococo o no, el pulsímetro para ayudar a medir la gravedad de las enfermedades del aparato respiratorio, las cámaras de aire y las bombonas de oxígeno para aliviar el asma, el orquímetro para evaluar el grado de la pubertad de los chicos. Además, desde hace 2-3 años en muchos Centros de Salud los pediatras pueden pedir una espirometría y pruebas cutáneas de alergia y con frecuencia lo puede hacer la misma enfermera.

En relación con las peticiones de laboratorio, hoy día los pediatras de AP pueden pedir casi todo, mientras que hace 20 años sólo se podía solicitar hematimetría y bioquímica básica. En radiología, el pediatra puede pedir ecografías además de las placas de siempre de rayos-X. El TAC y la resonancia magnética quedan limitados al ámbito hospitalario.

#### Atención Primaria y hospitalaria

Parece que en la actualidad hay más relación entre los pediatras de los 2 ámbitos de atención sanitaria. Puede que se deba a que la mayoría de los nuevos pediatras de AP han aprendido en los hospitales de aquí, o porque se han celebrado muchas conferencias y mesas redondas entre los pediatras, sobre los hospitales y Centros de Salud.

bideratzea da umea jaiotzen den momentutik. Zaila da, zabor-janariaren alde egiten diren iragarki-mota hain gogorra eta iraunkorra ikusiz gero, baina saiatzeari derrigorezkoa da (28, 29). Gainera, lehenengo momentutik gauzatu behar da, obetsitatea bideratzeko probabilitatea handiagoa delako, umea zenbat eta gazteago izan (30). LMLko pediatrak murgildu egin dira arlo honetan ere eta talde batek gaixotasun kardiobaskularri aurre egiteko score bat eskaini zuen 1997ean arriskuan dagoen umea antzemateko (31).

Haurtzaroko elikadurari buruzko heziketak ez du bakarrik obetsitateari aurre egiteko balio: nerabezaroko elikadura-arazoak ere ekiditen lagun dezake. Asaldura hauen artean anorexia nerbiosoa eta bulimia dira garrantzi gehien daukatenak, eta bere genesian pisu handia dauka norberaren imaginarekin gazteak hartzen duen pertzepzioak, eta, hortaz, sarriagoak direlarik adin hoietara gainpisuarekin heltzen diren gazteengan. Adin batetik aurrera jarraipen medikuak areagotu egin dezake autopertzepzio deseroso hori (32). Egoera honek, indartu egin du obetsitatearen alde aurretiko ekintzak lehenengo haurtzaroen hasi behar direla uste izan dutenen argudioa.

Garapeneko beste arazo frekvente bat, pediatrak gainditzen laguntzeko bereganatuta daukana, enuresia da. Azalpen sinpleekin LMLko pediatrak jakinarazten die umea eta bere familiarri nola jokatu behar den adinez adin eta urratsez urrats argi utzita, gainera, bera ere sartuta dagoela arazoan eta irtenbidean (33).

Beste kontsulta-zio frekuenta eskolako huts egitea da. LMLko pediatrak irtenbidea aurkitzen lagundu behar du arazo honetan, kausa organiko posibleak alboratu zein espezialista egokira bideratuz. Huts egitea honetako eta portaerako arazo batzuetako kausa garrantzitsuenetarikoa bat Arreta Eskasiaren Arazoa-Hiperaktivitatea da (34, 35). Arazo hau txikitatuz antzematea, jarraitzea eta tratatzea oso garrantzitsua da ume hauen gerorako eta erronka handia bihurtuko da pediatrarentzat.

Gertatu ohi dira (gero eta gehiago?) gaixotasun psicosomatikoak; batzutan umeak erakusten ditu berez eta lehendabiziz, baina gehienetan familia-aintzindariak oso indartsuak dira. Kasu hauetan ere, pediatraren lana aldatu egin da, organizatzea baztertzuz gain beste azterketa bat adierazten ikasi duelako ume zein familiaren aurrean.

#### Kontsulta programatua osasun-arazo batzutan

Gaixotasun eta egoera batzuk jarraipen ordenatua behar dute, enuresiak eta obetsitateak esate baterako arestian aipatutakoen artean. Pediatra batzuk beste horrenbeste egin dute gaixotasun organiko batzuk, batez ere kronikoak direnean eta, beraz, tratamenduak jarraipen arautua eskatzen duenean. Kontsulta-mota honen eredu txurrunaren jarraipena da (36, 37).

#### Erizain-kontsulta LMLan

Kontsulta programatu gehienak (puericultura, txertaketak, ...etab) gauzatzeko beharrezkoa izan da erizainen parte-hartzea. Lan honetan jardun duten erizainek ez dira bereziak, hau da pediatrikoak, izan, baina bereziak bihurtu dira denbora aurrera ahala. Osasunerako heziketak eta ume osasuntsuaren zainketa aparte, beste patologia batzuetan ere erizainek daramate pisu handiena: obetsitatea, enuresia .... lan ezinezkoa gertatuko litzateke pediatrarentzat patologia eta prebentzioa bereganatzea eta aurrera eramatea erizainarekin batera talde bat ez balego osatuta (36).

#### Tresna berriak LMLan

Orain dela 20 urte ez zegoen kontsultatan beste tresnarik klasikoak izan ezik, alegia estetoscopio, linterna eta otoskopioa izan ezik alegia, hauek ere gehienetan pediatrak ipiniak, ez Segurantzia Sozialak. Oso gutxi zeukan optotipoa eta garmua aztertzeo tirak lortzeko aparteko eskaerak egin behar izaten ziren Administrazioaren aurrean. Gaur egun, gauza miragarria ez bada ere, badaukagu kontsultan laguntzen diguten beste tresna batzuk: audioskopia umearen entzumen neurtzeko, latex-testa amigdalitis baten aurrean eragilea estreptokokoa den ala ez jakiteko, pulsioximetria amas-apatutako gaixotasunen larritasuna neurtzen laguntzeko, aire-kamarak eta oxigeno bonbonak arnas estuak arintzeko, orkidometria mutilen pubertate-mailaz jabetzeko. Gainera, 2-3 urtetik hona Osasun Zentro askotan espirometría eta larruzaleko frogak alergikoak eska ditzake pediatrak, azken hauek sarritan erizain pediatriko berak egiten dituelarik.

Laborategiko eskaerei buruz, gaur egun ia dena eska dezake LMLko pediatrak, 20 urte lehenago hematimetría eta oinarriko biokimikak baino ezin egin zuenean. Eradiologia, X-izpiko betiko plakaz aparte ekografia ere eska dezake pediatrak, TAK eta erresonantzia magnetikoa ospitalerako geratzen diren bitartean.

#### LMLa eta Ospitalea

Behar bada LMLko pediatra berri guztiak bertoko ospitalean ikasi dutelako, edo ospitaleko eta Osasun Zentroetako pediatren arteko hitzaldi eta mahai inguru asko ospatu direlako, dirudi gaur egun hartu-eman gehiago dagoela 2 aldeetako pediatren artean.

10. Ponsonbym AI. Factores que potencian el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante asociada a la posición prona. *PD/atención*. 1994;94,1.
11. Trenchs V, Domingo A, García S, Gaspá J. Humidificadores domésticos: ¿qué se sabe de ellos?. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002;57,3:231-237.
12. Arranz L, Aseginolaza I, Gaztañaga R, Pérez-Yarza E, Txakartegi X. Inmunizapen aktiboaren egoera, Euskadirako txerto eskema eta beste ahalbideak. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría*. 1981;62:79-87.
13. Gómez J A. Vacunación 1995; importantes expectativas para el pediatra. *Acta Pediátrica Española*. 1995;53,7:434-437.
14. Arístegui J. La vacunación del Haemophilus Influenzae B en el Calendario Vacunal de la Comunidad Autónoma de Euskadi. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría*. 1996;XXX:140-141.
15. Asensi F, Otero MC, Pérez D, Sánchez S, Cabedo J L. ¿Es recomendable la vacunación general anti Haemophilus influenzae tipo B en España?. *Anales Españoles de Pediatría*. 1995;42,5:333-336.
16. Calbo F. Vacuna contra el meningococo. *Anales Españoles de Pediatría*. 1996; Suplemento 86:74-75.
17. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2001-2002. *Anales Españoles de Pediatría*. 2001;55,1:30-38.
18. Casado J, Arístegui J, Rodrigo C, Martín JM, Fernández C. Grupo para el estudio de la meningitis neumocócica. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002;56,1:5-9.
19. Programak. Euskadiko haurren Txerto-egutegiaren egunerapena. *Osasun Publikoa*. 1999:8.
20. Hernández A. Consideraciones acerca de los costes de la varicela en niños sanos y conveniencia de la vacuna antivariela. *Acta Pediátrica Española*. 1999;57,3:115.
21. Gold R. Poliomieltis parálitica, vacunas antipolio e introducción de las vacunas pentavalentes en Canadá: *Anales Españoles de Pediatría*. 1996. Suplemento 86:81.
22. Granström M. Vacunas acelulares anti tosferina: puesta al día. *Anales Españoles de Pediatría*. 1996. Suplemento 86:73.
23. Chamberlin RW. Prevención de problemas de conducta en niños de corta edad. *Pediatr Clin North Am*. 1982;2:241-249.
24. Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Ojembarrena E, Olaskoaga A. Versión Española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. *Atención Primaria*. 1998;21,2:65-74.
25. Villó N, Kheiri I, Mora T, Sancedo C, Prieto M. Hábitos del sueño en niños. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002;57,2:127-130.
26. Txakartegi X, Onaidia X. Obetsitatearen eta gainpisuaren azterketa Euskal Herriko udal bateko ume populazioan. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría*. 1996;30,1:13-20.
27. Jiménez MP, Repáraz F, Iñigo J. Persistencia de obesidad en la población infanto-juvenil de Navarra (1987-1993). *Acta Pdiátrica Española*. 1996;54,8:564-574.
28. Martul P, Rica I. La obesidad como factor de riesgo cardiopulmonar. *Anales Españoles de Pediatría*. 1997. Suplemento 102-Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P.:59-62.
29. Sanjurjo P, Aranceta J, Pérez C. La "merienda" y el consumo de "golosinas" en el manejo dietético de las dislipemias y en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Anales Españoles de Pediatría*. 1995;42, 2:123-128.
30. Sanjurjo P. Importancia del pediatra en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Anales Españoles de Pediatría*. 1997. Suplemento 102-Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P.:55-59.
31. Alustiza E, Blandini E, Aldámiz-Echevarría L, Aranzabal MT, Ugarte R, Gorostiza E, de Miguel M, Sanjurjo P; Grupo Kursaal. Presentación de un "score" en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Anales españoles de Pediatría*. 1997. Suplemento 102. Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP: 63-65.
32. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*. 1997;2,3:243-260.
33. Schmitt BD. Enuresis nocturna: actualización del tratamiento. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. 1982;1:21-36.
34. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJS, Jensen PS, Cantwell DP. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno hiperkinético. *The Lancet*. 1998;32,6:360-365.
35. Taylor E, Sergeant JA, Doepfner M, Gunning B, Overmeyer S, Mobius H-J, Eisert H-G. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;7:184-200.
36. López Viña A. Educación en el asma. *Anales Españoles de Pediatría*. 1997; Suplemento 102\_Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP:23-36.
37. Callén M. Profesores de enseñanza primaria y conocimiento en asma: resultados de un cuestionario. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría*. 1997;31:5-9.

## **Vigilancia de la seguridad química de los alimentos en la CAPV**

*Surveillance of chemical food safety in the Basque Country*

Inés Urieta<sup>1</sup>, Mercedes Jalón<sup>2</sup>, John Gilbert<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

<sup>2</sup> Central Science Laboratory, York (UK)

### RESUMEN

La seguridad alimentaria se asoció durante mucho tiempo principalmente con el control de la posible contaminación microbiológica de los alimentos. Las trágicas consecuencias derivadas del fraude del aceite de colza favorecieron que el desarrollo de una multitud de Reglamentaciones Técnico Sanitarias, cuya implantación derivó en un gran consumo de recursos públicos dedicados al control de su cumplimiento pero con eficacia limitada en el impacto sobre la reducción de la exposición a contaminantes químicos presentes en los alimentos. Algunos países de nuestro entorno contaban entonces también con programas para la vigilancia de las sustancias químicas potencialmente peligrosas presentes en los alimentos. En 1990 y con el apoyo decidido de Javier Sáenz de Buruaga, se puso en marcha el programa de Dieta Total del País Vasco. En este trabajo se describen los comienzos y logros alcanzados con este programa pionero.

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad alimentaria. Vigilancia. Laboratorio Dieta total.

### LABURPENA

Elikapen segurantzaren denbora luzean elikagaien kuxapen mikrobiologiarekin lotzen zen. Koltzako olioak eragindako erantzun larriak bultzatu zuten Osasun Tekniko Araupenen garapena, bere ezarpenak arekurtsu publikoen kontsumoa bultzatu zuen, kontrolaren betetzea baina eragin mugatuarekin, elikagaietan partze hartzen zuten kuxakor kimikoen erakusketa gutxiagotzeko nahian. Gure inguruko herrialde batzuk orduan ere garrantzi handikoak ziren elikagaien sustantzia kimiko arriskutsuen zaintze programak zeukaten. 1990 eta Javier Sáenz de Buruagak hartutako babespenarekin, Euskal herrian martxan jarri zen Dieta Total programa. Lan honetan programa aurrelari honen hasierak eta lortutako lorpenak deskribitzen dira.

### ABSTRACT

Food security was long associated mainly to control of possible microbiological contamination of food. The dramatic consequences of colza oil affair impeded the development of Technical Sanitation Regulations. Implementation of these regulations led to a great use of public resources in order to control compliance. However, the impact on decreased exposure to chemical contaminants on food has been limited. A number of European countries had settled surveillance programs to control potential harmful chemical compounds in foods by then. In 1990 with definite support of Javier Sáenz de Buruaga, the Total Diet program of the Basque Country was setup. In this paper initial steps and main developments in this pioneer program are described.

**KEY WORDS:** Food safety. Surveillance. Laboratory Total Diet.

Durante mucho tiempo la seguridad alimentaria se asociaba principalmente con el control de la posible contaminación microbiológica de los alimentos, dada la mayor facilidad para relacionar episodios de intoxicaciones de origen microbiano que casi siempre se manifestaban de forma aguda, con un alimento concreto. Las trágicas consecuencias derivadas del fraude del aceite de colza solamente modificaron esta situación en cuanto a promover el desarrollo de una multitud de Reglamentaciones Técnico Sanitarias, cuya implantación derivó en un gran consumo de recursos públicos dedicados al control de su cumplimiento pero con una eficacia limitada en su verdadero impacto sobre la reducción de la exposición a contaminantes químicos presentes en los alimentos. Sin embargo, en la década de los ochenta, algunos de los países de nuestro entorno contaban también con programas bien establecidos para la vigilancia de las sustancias químicas potencialmente peligrosas presentes en los alimentos.

El Reino Unido es uno de los países que más trabajos ha desarrollado en el área de la seguridad química de los alimentos, y por ello, en 1987, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco inició el contacto con el Laboratorio de Ciencias de la Alimentación (FSL) del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación británico (MAFF).

Lo que empezó con un intercambio de experiencias y una reunión en Bilbao para conocer con más detalle los programas desarrollados por el FSL y la organización de los diferentes grupos de trabajo con responsabilidades en cada área concreta, se tradujo más adelante en un convenio de colaboración entre las dos Instituciones. La simpatía y el apoyo decidido al proyecto que, desde su inicio, mostró Javier Sáenz de Buruaga resultaron imprescindibles para desarrollar esta colaboración, iniciada por Iñaki Eguileor desde el Laboratorio y continuada después desde la Dirección de Salud Pública. Aún siendo consciente de las diferencias de medios materiales entre las Administraciones británica y vasca, supo ver la posibilidad de trabajar también aquí en el campo de la seguridad química de los alimentos de una manera organizada y eficaz.

En aquella época, estaba también en sus inicios la encuesta nutricional del País Vasco, en la que colaboraban estrechamente el Departamento de Sanidad y la Unidad de Nutrición Comunitaria del Ayuntamiento de Bilbao. Y Javier Sáenz de Buruaga tuvo la visión de vincular lo que fue su trabajo en la encuesta de nutrición, con la herramienta de vigilancia utilizada en el Reino Unido, el Estudio de Dieta Total.

Desde las primeras conversaciones y reuniones para poner en marcha el proyecto, Javier Sáenz de Buruaga jugó un importante papel. No sólo aportó ideas al propio diseño y preparación del estudio, sino que apostó decididamente por él, y en menos de 9 meses se pudo comenzar. Teniendo en cuenta que hubo que acondicionar una cocina para la preparación de los alimentos, asignar una persona encargada a dicha tarea, establecer relaciones con la Dirección de Consumo para que los inspectores recogieran las muestras, poner a punto todas las técnicas analíticas y llevar a cabo un plan piloto, este periodo resulta casi increíble desde la perspectiva actual.

Correspondencia:  
Inés Urieta  
Departamento de Sanidad  
María Díaz de Haro, 60  
48010 Bilbao

Así nació, en 1990, el Estudio de Dieta Total de la CAPV, un proyecto pionero en el Estado para la vigilancia de la seguridad química de los alimentos, que suponía un cambio de enfoque importante respecto a lo que la Administración venía haciendo hasta entonces. El cambio consistía fundamentalmente en abordar la seguridad alimentaria desde la perspectiva del conjunto de la dieta, no sólo considerando los alimentos de manera individual. Hasta entonces, las actividades de vigilancia eran prácticamente inexistentes dada la prioridad otorgada al control del cumplimiento de lo establecido en las diferentes reglamentaciones alimentarias. Ahora el objetivo de la vigilancia tenía como fin último el poder llevar a cabo una evaluación de riesgos para la salud, derivados de la presencia de determinadas sustancias en los alimentos.

El proyecto contaba en su comienzo con la ventaja añadida de que acababa de realizarse la Encuesta de Nutrición de la CAPV y por tanto se disponía de datos de consumo real de alimentos a nivel individual, cuando hasta entonces los únicos disponibles eran los obtenidos a través de la Encuesta de Presupuestos familiares del Instituto Nacional de Estadística y se referían a alimentos comprados por el hogar.

El Estudio de Dieta Total de la CAPV parte de los datos de la encuesta nutricional y selecciona los alimentos más representativos de la dieta media de la población. Estos 91 alimentos se adquieren mensualmente en diferentes localidades de la CAPV, se preparan para adaptarlos a las diversas formas de consumo y se reúnen en 16 grupos de composición similar, analizándose en cada grupo los contaminantes y otras sustancias de interés. Combinando estos datos con los de consumo de alimentos puede calcularse la ingesta de las sustancias estudiadas y evaluar los resultados por comparación con los valores de referencia. De esta manera se ha estimado la ingesta a través de la dieta de numerosos plaguicidas, metales, otros contaminantes, nutrientes y aditivos.

Gracias a los datos facilitados por el Estudio de Dieta Total, se han podido examinar las tendencias en la exposición a los principales contaminantes de la dieta e identificar los grupos de alimentos que más contribuyen a la ingesta de cada uno de ellos. Con estos datos se puede afirmar que en la CAPV la exposición a los principales contaminantes vehiculados con los alimentos, es inferior a los correspondientes valores toxicológicos de referencia, es decir, que existen amplios márgenes de seguridad. De este modo han podido rebatirse algunas de las percepciones más generalizadas entre los consumidores, como que ingerimos muchos plaguicidas o metales pesados. Como excepción se puede citar, la ingesta de dioxinas y bifenilos policlorados. Debido a su liposolubilidad y persistencia, estos compuestos se encuentran todavía presentes en el medio ambiente a niveles relativamente altos y la exposición a través de los alimentos es elevada.

Otro aspecto al que Javier Sáenz de Buruaga supo reconocer su importancia y dio todo su apoyo, fue al del intercambio de experiencias e información con responsables de seguridad alimentaria a nivel internacional. Además, y puesto que en el ámbito estatal no había referentes, fomentó la participación

en proyectos europeos que han servido para mantener el nivel de calidad en el trabajo que se había propuesto.

El trabajo desarrollado a lo largo de estos años ha contado con el reconocimiento a la labor realizada desde muy variadas instancias: En 1995, el responsable de cooperación científica de la Dirección General XII de la Unión Europea solicitó permiso para presentar el ejemplo de la CAPV respecto a cómo se podía implantar un Estudio de Dieta Total de manera sencilla y eficaz en un breve plazo de tiempo. Se trataba de romper el mito de la complejidad/imposibilidad de disponer de sistemas de vigilancia objetivos y competentes que alegaban algunos países.

En 1999 el actual Consejero de Sanidad recibió una carta del Organismo encargado del control de alimentos y medicamentos de Estados Unidos (USFDA), felicitándole por el Estudio de Dieta Total de la CAPV cuyos resultados se presentaron al Congreso Internacional sobre los Estudios de Dieta Total organizado por la Organización Mundial de la Salud.

El Estudio de Dieta Total sigue en marcha en la actualidad, ya que se trata de una herramienta flexible y una vez establecida la sistemática de su ejecución, permite la incorporación de nuevas sustancias o la retirada de otras que ya no se juzgue necesario seguir vigilando.

En los últimos años, la evaluación de la exposición se ha convertido en una de las partes esenciales del proceso de evaluación de riesgos. La experiencia de todos estos años nos ha colocado en una situación inmejorable para afrontar los nuevos retos del futuro en evaluación de riesgos. El apoyo de Javier Sáenz de Buruaga en este momento habría sido crucial para mantener el nivel de la vigilancia de la seguridad química donde él lo dejó.

#### Referencias bibliográficas

- Departamento de Sanidad, 1994. Encuesta de Nutrición de la Comunidad Autónoma del País Vasco (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz), pp 763
- Urieta I, Jalón M, García J, González de Galdeano L, 1991. Food Surveillance in the Basque Country (Spain) I. The design of a Total Diet Study. *Food Additives and Contaminants* 3, 371-380
- Urieta I, Jalón M, Eguileor I, 1996. Food Surveillance in the Basque Country (Spain) II. Estimation of the dietary intake of organochlorine pesticides, heavy metals, arsenic, aflatoxin M1, iron and zinc through the Total Diet Study, 1990/91. *Food Additives and Contaminants* 13, 29-52
- Jalón M, Urieta I, Macho ML, Azpiri., 1997. Vigilancia de la contaminación química de los alimentos en la Comunidad Autónoma del País Vasco, 1990-1995. (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz), pp 188
- WHO, 1999. GEMS/Food Total Diet Studies. Report of a Joint USFDA/WHO International Workshop on Total Diet Studies in cooperation with the Pan American Health Organization, Kansas City, Missouri, USA 26 July - 6 August 1999. WHO/SDE/PHE/FOS/99.9. World Health Organization, Geneva

## **La organización de la seguridad alimentaria, 10 años después**

*The planning of food safety actions, 10 years later*

A. López de Sa<sup>1</sup>, F. Centrich<sup>2</sup>

1. Centro de Investigación y Control de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo - 1992  
2. Jefe del Servicio de Química. Laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

*En recuerdo de quien apostó por los valores personales y el futuro de la organización del control y la seguridad alimentaria.*

### RESUMEN

Los autores resumen algunas reflexiones planteadas a comienzos de los 90 sobre las estructuras organizativas de control alimentario y la organización de los laboratorios: aspectos críticos sobre la deficiente coordinación, la escasez de indicadores de eficacia y eficiencia, la falta de organización y sistemas de información, la necesidad de coordinación para optimizar los equipos analíticos, la insuficiente comunicación entre las administraciones, etc.

Destacan el papel de Javier Sáenz de Buruaga como responsable de la gestión pública que propició la adecuada gestión de los recursos bajo su responsabilidad.

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad química de alimentos. Vigilancia. Laboratorio.

### LABURPENA

**Egileek 90. hamarkadako hasieran planteatutako erreflexio batzuk laburtzen dute, elikadura kontroleko egitura organizatiboei buruz eta laborategien antolaketa, aspektu zitrikoak koordinazio marketsari buruzkoak, adierazle efikazia eta eragingarritasunen urritasuna, antolaketa eta informazio sistemen gabezia, talde analitikoak optimizatze koordinaioaren beharra, administradoreen arteko komunikazio gutxia etb. Eginbide publikoaren arduradunetz Javier Sáenz de Buruagaren garrantzia nabarmentzen dute, bere errekurtsu gutxiek eta bere ardurapean eginbide egokia egokitu zuelako**

### ABSTRACT

**Authors summarize thoughts about organization structures for food control and laboratories which emerged at the beginning of the 90s: critical aspects of inadequate coordination, limited indicators for measuring efficacy and efficiency, lack of organization and information systems, the need of coordination to optimize analytical equipment, inadequate communication channels among administrations, etc.**

**The role of Javier Saenz de Buruaga as responsible for the public administration which made possible the adequate management of resources.**

**KEY WORDS:** Chemical food safety. Surveillance. Laboratory.

A finales de los años ochenta la evolución de la estructura administrativa del Estado ofrecía tres niveles en el control alimentario: local, autonómico y estatal.

Ante la escasa coordinación, propia de la época, los autores de esta pequeña memoria en recuerdo de Javier Sáenz de Buruaga, dedicados entonces al trabajo analítico en laborato-

rios pertenecientes a distintas administraciones, tratamos de documentar (1, 2) reflexiones sobre las estructuras organizativas de control alimentario y la organización de los laboratorios.

El documento recogía inquietudes sobre la situación de las entidades de control y se plasmaban unas ideas sobre el futuro de su interrelación, pensando en las oportunidades y desafíos que se adivinaban. Así, el enorme desarrollo de las líneas analíticas disponibles, gracias a las modernas técnicas instrumentales, debía enfrentarse al reto de la Directiva de Control Oficial de Alimentos recientemente publicada, donde ya se fijaba como requisito legal que los laboratorios de control alimentario deberían acreditarse, así como la necesidad de participación en ejercicios de intercomparación.

Se apuntaban aspectos críticos sobre la deficiente coordinación, la escasez de indicadores de eficacia y eficiencia, la falta de organización y sistemas de información, la necesidad de coordinación para optimizar los equipos analíticos, la insuficiente comunicación entre las administraciones, etc.

Frente a esta situación, pudimos conocer a responsables de la gestión pública como Javier Sáenz de Buruaga que, basándose en la confianza, y en la competencia de las personas que trabajaban con él, propició la adecuada gestión de los recursos bajo su responsabilidad.

En particular, pudimos conocer cómo se desarrollaron los laboratorios de control del País Vasco, que necesitaban unos recursos considerables para su actualización instrumental, de manera acorde con los retos que la seguridad y el control alimentario requerían.

Conocimos de cerca los debates previos a la implantación del estudio de Dieta total, del uso de la información de la encuesta de nutrición, de la estrategia para afrontar la problemática del control de los residuos de medicamentos veterinarios, etc. En definitiva, un enfoque diferente para obtener resultados útiles para la protección de la salud, con una nueva visión de las actividades de vigilancia de la seguridad alimentaria, más allá del control de cumplimiento de valores normativos que, en algunos casos, tenían una reducida significación sanitaria.

El tiempo le ha dado la razón y cada vez son más los laboratorios oficiales que se han modernizado e introducido criterios de gestión y calidad para optimizar sus recursos. Su promoción de la formación y la participación en foros internacionales ha sido reconocida.

La reciente creación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, en cuyos órganos consultivos y de dirección tienen representación los diferentes estamentos públicos con responsabilidad en el control alimentario, y el hecho de que se interesara por el inicio de estudios de dieta total o que la sistemática empleada en la encuesta de nutrición sea utilizada como modelo en otras Comunidades, viene a ser un reconocimiento a los esfuerzos y al papel que Javier ha cumplido en la seguridad alimentaria.

### Referencias bibliográficas

1. A. López de Sa, F. Centrich, I Eguileor Modelos de control sanitario de alimentos y estructuras de laboratorio de Salud Pública. "III Jornadas de Salud Pública de Euskadi". Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1990.
2. A. López de Sa, F. Centrich, I Eguileor Food Control Patterns and Organization of Public Laboratories. "Food policy trends in Europe". Ed. Ellis HORWOOD Limited. 1991. pág. 230.

Correspondencia:  
Francesc Centrich  
Jefe del Servicio de Química.  
Laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.  
Avda. Drassanes, 13  
08001 Barcelona

## **Los Colegios Farmacéuticos de Euskadi 1983-2003**

*Pharmaceutical Colleges of the Basque Country: 1983 - 2003*

Miguel Azpilicueta Aguilar

*Ex-Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa y del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Euskadi*

### RESUMEN

**El autor describe dentro de las actividades del sector farmacéutico de Euskadi, la génesis del Consejo General de Colegios, la ordenación farmacéutica, la reorganización del cuerpo de inspectores farmacéuticos municipales, la prestación farmacéutica y la ordenación y programas sanitarios desarrollados durante este periodo en la CAPV.**

**PALABRAS CLAVE:** Colegios Farmacéuticos, atención farmacéutica.

### LABURPENA

**Egileak Euskadiko farmazilari arloko ekintza barneetan deskribatzen ditu, Eskola Elkarte Orokorren sorrera, farmazilari antolamendua, udal farmazilari ikuskari taldearen berrantolaketa eta EHAE epe hauetan garatu diren antolaketa eta osasun programak**

### ABSTRACT

**The autor describes the pharmaceutical sector of the Basque Country, the development of the General Council of Colleges, the Pharmaceutical organization, the reorganization of the body of municipal pharmaceutical inspectors, pharmaceutical assistance as well as the organization and health programs developed during the reference period in the Basque Country.**

**KEY WORDS:** Pharmaceutical Colleges, Pharmaceutical care.

Los cambios políticos en los años setenta y como consecuencia la paulatina asunción de competencias por las instituciones que representan a la sociedad vasca, Consejo General Vasco y después Gobierno Vasco, propicia una transformación radical de su vida social, incluido el mundo sanitario y las organizaciones colegiales, que, como es lógico, no quedan al margen de esas transformaciones.

Algunos farmacéuticos, conscientes del momento histórico y de su trascendencia para la profesión, propusieron y lograron, en 1.978, que la Asamblea Extraordinaria del Colegio Farmacéutico de Gipuzkoa debatiera sobre la importancia de la Autonomía en el sector farmacéutico y aprobara la formación de una comisión para mantener contactos directos con la Consejería de Sanidad.

Hay que tener presente que los Colegios Farmacéuticos, al igual que otras organizaciones de muy variado tipo, carecían de la autonomía necesaria para decidir y desarrollar proyectos e iniciativas propias. La Organización Colegial (Consejo General de Colegios) estaba fuertemente centralizada, regida por unos Estatutos de los años cincuenta, donde el poder y las decisiones no atendían a parámetros democráticos, los Colegios estaban considerados como menores de edad, su capacidad para llevar a cabo sus inquietudes era muy pequeña y se funcionaba con el "orden y mando".

En 1.979 los farmacéuticos del País Vasco constatan la necesidad de la coordinación de los tres Colegios provinciales, con el fin de prepararse, adaptarse, a la nueva estructura Administrativa que prevé el Estatuto de Autonomía y a los efectos que sobre la política farmacéutica y de la estructuración de los Cole-

gios pueda tener, apuntando la conveniencia de crear un Consejo o Federación de Colegios Farmacéuticos Vascos.

Las competencias de la Comunidad Autónoma en materia sanitaria en general y farmacéutica en particular, tienen un efecto dinamizador sobre la Organización Farmacéutica Colegial Vasca, ya que aspectos tan trascendentales para su actividad profesional como la Ordenación Farmacéutica, la Ordenación Sanitaria, la sistemática asistencial, etc., se iban a decidir en la Autonomía Vasca con la consiguiente necesidad de convertirse en interlocutores directos ante ella.

Estas inquietudes de dotarse de una Organización Farmacéutica que coordinara a los tres Colegios, tuvo una plasmación real tardía, ya que hubo de vencer la oposición del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España y el retraso en la aprobación de la Ley que regula esta materia, en el Parlamento Vasco, que se hará esperar hasta 1.998. Sin que se hubiera Promulgado la Ley, los Colegios Farmacéuticos del País Vasco acuerdan y aprueban en Asamblea unos Estatutos provisionales y la inscripción en el registro de Asociaciones de la "Asociación de Colegios Provinciales de Farmacéuticos del País Vasco" y se presentan oficialmente ante el Consejero de Sanidad, dado que consideran que no pueden demorar por más tiempo la actuación conjunta, en defensa de los intereses de sus colegiados ante la Administración Vasca y ante cualquier estamento donde se toman las decisiones y se forman los criterios de carácter normativo que puedan afectar a los farmacéuticos.

Aunque hasta 2001 no se pudieron aprobar los nuevos Estatutos de cada Colegio Farmacéutico y hasta el 2003 los del Consejo de Farmacéuticos de Euskadi, se funcionó, representativamente, igual que si estuvieran aprobados.

Esta situación fue perfectamente percibida por Don Javier Sáenz de Buruaga, que conocía muy bien las características de los interlocutores que necesitaba para llevar a cabo su tarea de organización de la Sanidad en Euskadi. Si la Administración Vasca contaba con las competencias y los instrumentos necesarios y los Colegios Farmacéuticos tenían la capacidad para decidir y además agrupaban la representación de todos los farmacéuticos, estaba claro que utilizar a los Colegios Farmacéuticos del País Vasco para lograr un mejor servicio farmacéutico para los ciudadanos vascos, le iba a resultar una vía eficaz y eficiente.

La consecuencia fue la apertura de un periodo de intensas relaciones para mejorar, aumentar y modernizar la Atención Farmacéutica al servicio del ciudadano vasco (Ordenación Farmacéutica, Prestaciones Farmacéutica, etc.).

Pero además de los frutos directos y logros que se van dando en materia farmacéutica en el País Vasco, es de destacar la forma de hacer las cosas que tenía Javier: además de su especial accesibilidad, costara lo que costara, se llegaba a acuerdos, a consensos, sin imposiciones, siendo perfectamente consciente de que convenciendo, ganando las voluntades y mediante acuerdos se conseguía mucho más que con una norma impuesta, por perfecta que fuera, si luego no se colaboraba en su aplicación.

Esa intensa relación de trabajo, especialmente fructífera en iniciativas y acuerdos de gran trascendencia para la aportación de los farmacéuticos a la Sanidad Vasca, es la etapa de 1.992 a 1.998, en la que Javier ocupó el cargo de Viceconsejero de Sanidad. La colaboración basada en la ilusión, la entrega, la confianza, la lealtad, en la que lo acordado se cumple, no estuvo exenta, como es lógico, de fuertes tensiones, atendiendo a los intereses que defendía cada parte. Javier era el más ferviente y severo defensor de los derechos del ciudadano vasco a una Atención Farmacéutica de calidad y, consciente de la infrutilización del farmacéutico como profesional, estaba empeñado en exprimirlo y sacarle todo el jugo profesional posible, en beneficio de la sociedad a la que sirven.

Correspondencia:  
Miguel Azpilicueta  
C/ Easo, 8  
20006 Donosti-San Sebastián

## Semblanza de un amigo

*Portrait of a friend*

Fernando Astorqui Zabala

*Director General de Osakidetza 1995-1997*

### RESUMEN

**El autor destaca el papel de Javier Sáenz de Buruaga en la génesis de la organización sanitaria vasca, su brillante trayectoria en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y nos ofrece unas pinceladas que desvelan un personaje entrañable, erudito, comprometido con su tierra y su gente.**

**PALABRAS CLAVE:** Plan de salud.

### LABURPENA

**Egileak Javier Sáenz de Buruagaren euskal herriko osasun antolaketaren sorreran garrantzia nabarmentzen du, baita Bilboko Medikuntza akademiako ibilbide ikusgarria ere eta pertsona maitagarria erakusten digu, bere herria eta jendearekin konprometitua zela esanez ukitzen digu.**

### ABSTRACT

**The author highlights the role of Javier Sáenz de Buruaga in the new Health Organization of the Basque Country, his brilliant career at the Academy of Medical Sciences of Bilbao and provides snapshots which percolate a friendly character, erudite, obliged to his country and its people.**

**KEY WORDS:** Health plan.

Resumir en un comentario el bagaje profesional y humano de J. Sáenz de Buruaga, resulta muy complicado. Por lo tanto, en este merecido homenaje, quisiera dar algunas pinceladas que puedan aportar desde la cercanía personal, una visión que complementa con otros comentarios, el perfil de un hombre con una personalidad definida, que dejó marcada huella en todos sus círculos de influencia.

Una constante que fue marcando la vida de Javier, fue su curiosidad e inquietud. Quería saber de todo o como decíamos sus amigos "Sabía de todo".

Correspondencia:  
Fernando Astorqui  
Alameda de Rekalde, 31; 4º dcha  
48009 Bilbao

Recuerdo en la época universitaria, las "Navidades Bilbaínas" en las que coincidíamos los amigos de Bilbao y los que estudiábamos fuera. Él en Madrid con el sello del Aquinas (Colegio Mayor), que influyó mucho en su vida. Nos transmitía conocimientos y opiniones científico-técnicas, que casi todas iban más allá de sus estudios de farmacia; temas de los últimos avances del cáncer, trasplantes, nutrición, dietética, etc..., incluso un año nos explicó con todo detalle la vida y muerte del toro de lidia.... parecía que hablaba el propio "Cossio"....

A veces no le dejábamos hablar, pues no nos permitía casi participar, era verdaderamente incansable.

Lo que es cierto, es que su inquietud y dinamismo le hizo abarcar a lo largo de los años, conocimientos y una amplia visión de lo que era la farmacología, la medicina, veterinaria y su manejo de la bibliografía.

Esa actitud ante la vida, acompañada de lo que siempre fue su constante, su sentido de la responsabilidad, de implicarse en hacer "país" y su preocupación por el futuro de nuestra tierra, le fue orientando en la planificación y gestión del futuro de la Sanidad Vasca.

Fueron muchas horas de charla, discusiones y papeles embozonados con Azkuna, Vergara, conmigo mismo y otros amigos, que aportaron posiblemente parte de lo que fue el embrión del desarrollo de la actual Sanidad Vasca.

Años más tarde asumió su responsabilidad como Viceconsejero de Sanidad, ejerciendo una influencia determinante en esos años, hasta la consolidación de una serie de proyectos fundamentales en los que se ha ido asentando nuestro sistema sanitario. Destacar si cabe, el desarrollo de la "Ley del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza", hasta la gestación de la "Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (LOSE)".

Su trayectoria en la "Academia de Ciencias Médicas" fue brillante. Tuve el honor de presidirla durante 2 años y en mi primera junta, le incorporé como Vicepresidente de Farmacia, cargo que existía, pero que para Javier era sólo nominal, ya que como siempre fue aportando en todos los campos científicos, reuniones y eventos que se celebraban.

Se hizo tan imprescindible que siguió en el cargo prácticamente hasta su fallecimiento.

No quiero dejar pasar esta oportunidad para señalar su actitud serena, positiva y luchadora, en todo el tiempo que fue combatiendo su proceso, hasta tenerlo casi vencido. Fue un mal gol en el último minuto.

Siempre se apoyó en su familia y en sus amigos. Creía profundamente en ambos. Desde luego en el terreno de la amistad, fue un gran amigo.

## Pequeña fe de un gran bilbaíno

*A small portrait of a great person of Bilbao*

Javier Viar

*Director Museo de Bellas Artes de Bilbao*

### RESUMEN

**El autor glosa en este trabajo distintos puntos de encuentro con Javier Sáenz de Buruaga y destaca su aportación singular desde la profesión farmacéutica a la Salud Pública Vasca y con especial afecto, su colaboración en el Consejo de Administración del Museo de Bellas Artes de Bilbao.**

**PALABRAS CLAVE:** Farmacia. Profesión farmacéutica.

### LABURPENA

**Egileak lan honetan Javier Sáenz de Buruagarekin edukitako topaketa ezberdinak batzen ditu eta bereziki nabarmentzen du bere ekarpena farmazilari lanbidetik Euskal Osasun Publikora eta nahitasun bereziarekin, bere partaidetza Bilboko Arte Ederren Museoko Adiministrazio Elkargoan.**

### ABSTRACT

**The author summarizes different coincident places with Javier Saenz de Buruaga in his career and emphasizes the contribution of the latter from a pharmaceutical perspective to Public Health in the Basque Country, and with special affect, his collaboration in the Administrative Council of the Fine Arts Museum of Bilbao.**

**KEY WORDS:** Pharmacy. Pharmaceutical profession.

Resulta difícil resaltar la dimensión pública, objetiva, de una personalidad, como la de Javier Sáenz de Buruaga, con la que se han compartido momentos cercanos de amistad. Al evocarle, cualquiera que haya sido su amigo y haya disfrutado de su gran humanidad, de su cordialidad, de su templanza, de su bonhomía, se inclinará hacia esa proximidad más que hacia sus logros de hombre público, que determinaron importantes aspectos de la vida política y social vasca. Pero sería, por otra parte, no hacerle justicia, dejar que su recuerdo amical enmascare sus muchas horas de trabajo fértil. Al fin y al cabo, si hoy hablamos de él, es porque dejó huella profunda en la sanidad vasca.

Yo, que soy farmacéutico como él, empecé a tener una relación estrecha con Javier en contubernios, llamémosles, farmacéuticos. En 1981 un grupo de farmacéuticos, al que pertenecíamos los dos, intervinimos en reuniones para conseguir un recambio en nuestras representaciones colegiales, recién salidos como estábamos de un franquismo que aún permanecía arraigado en muchos grupos sociales e instituciones, e impedía el cambio hacia unos nuevos comportamientos democráticos y europeos. Aquellas reuniones se concretaron en la formación de una candidatura a las próximas elecciones del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia. Recuerdo que fue precisamente en aquel período preelectoral cuando Javier obtuvo su primer puesto en la sanidad pública, y por lo tanto

abandonó la posibilidad de integrarse en la candidatura colegial que se preparaba. A mí me tocó presidirla y poco después salí elegido Presidente del Colegio.

Desde ese momento, la presencia de Javier Sáenz de Buruaga en la sanidad pública vasca, cada vez desde puestos más relevantes, contribuyó a facilitar las cosas. En los seis años que ocupé aquella presidencia, no recuerdo haber tenido grandes contenciosos con la administración, a pesar de que lógicamente, la gestión colegial obligaba a un sesgo gremialista que en la administración, y en concreto en Sáenz de Buruaga, se había convertido en una visión globalizadora de la salud pública y de armonización de los distintos intereses profesionales. Aquellos fueron los tiempos de los primeros entendimientos, después de años de enconos, los tiempos en que se comenzaron a sentar las bases del Sistema Vasco de la Salud, Osakidetza, de la colaboración de todos los profesionales sanitarios, de la acomodación a un nuevo modelo, de las redefiniciones de determinadas actuaciones profesionales, de una diferente coordinación.

Durante ese tiempo en que yo tuve una participación directa en la vida farmacéutica de Bizkaia, fueron sobre todo aproximaciones prácticas, intentos de establecer cauces de entendimiento y de definir grandes líneas lo que se jugó en el campo de la sanidad vasca, mientras que la del Estado entero estuvo presidida por el debate y sanción de una nueva Ley de Sanidad. Pero el gran papel de Sáenz de Buruaga, sin desmerecer el que interpretó en aquellos años, se perfiló en los posteriores, con nuestro amigo común Iñaki Linaza al frente del Colegio Farmacéutico y Buruaga en el de Jefe de Salud Pública primero, luego en el de Secretario de Drogodependencias, y finalmente en el de Viceconsejero de Sanidad. Este fue el período de consolidación de las definiciones sanitarias mediante leyes y decretos en los que Sáenz de Buruaga, siempre con Iñaki Azkuna a la cabeza como Consejero, dejó su impronta teórica en los textos y su enorme capacidad negociadora en los debates.

Luego, ya fuera de la política sanitaria, Javier y yo nos volvimos a encontrar oficialmente en un curioso lugar, bastante insólito para dos farmacéuticos: el Consejo de Administración del Museo de Bellas Artes de Bilbao, para el que Buruaga fue nombrado en 1999. No estuvimos en él mucho tiempo juntos, pues en 2001, al convertirse el Museo en Fundación, el Consejo desapareció para ser sustituido por un Patronato. Pero solíamos bromear sobre que, desde Joaquín de Zuazagoitia, farmacéutico que fue Presidente del Colegio Farmacéutico y Director del Museo de Arte Moderno desde 1937 hasta 1939 –año en que fue nombrado Alcalde de Bilbao–, nunca nuestra profesión había estado tan bien representada en los museos de la Villa.

En el elenco de personalidades de nuestro Bilbao del último cuarto del siglo XX, Javier Sáenz de Buruaga deberá ocupar un lugar muy especial, a la altura de los más grandes bilbaínos de otros tiempos cuyos nombres resuenan para siempre. Y es bueno que los que le conocimos en vida y supimos de su relevante labor tratemos de arrojar alguna luz sobre el perfil de su sombra, porque lo escrito escrito queda, para que los futuros lectores de nuestra historia se encuentren no sólo con un nombre, sino con testimonios precisos sobre una noble vida.

Correspondencia:  
Javier Viar  
Museo de Bellas Artes de Bilbao  
Plaza del Museo, 1  
48009 Bilbao

## LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Lersundi, 9 - 5º  
48009 -BILBAO  
Teléfono 944 233 768  
Fax: 944 230 111

Horario:  
mañana 11:00 - 13:30  
tarde 17:00 - 20:00

## LE OFRECE...

- Revista clínica trimestral «Gaceta Médica de Bilbao».
- Biblioteca con las últimas publicaciones.
- Hemeroteca con más de 100 revistas nacionales y extranjeras.
- Búsqueda bibliográfica mecanizada.
- Fotocopia instantánea de cualquier trabajo publicado en las revistas de nuestra hemeroteca.
- Sala de lectura.
- Servicio de préstamos de libros.
- Sesiones científicas de octubre a junio de cada año.
- Conferencias a cargo de prestigiosos profesionales invitados.
- Proyecciones cinematográficas.
- Secciones de especialidades.
- Participación directa en las sesiones científicas.
- Participaciones en los certámenes de pintura, fotografía, cine etc.

## A CAMBIO LE PIDE...

- Su colaboración y apoyo, si es socio.
- Su inscripción, si no lo es.

## Boletín de inscripción ACADEMIA CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

### DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos .....  
Dirección ..... Nº ..... Teléfono .....  
Código postal ..... Población ..... Provincia .....  
Correo electrónico .....

### DATOS LABORALES

Especialidad..... Lugar de trabajo..... Cargo.....  
Dirección del trabajo..... Tel. ....  
Código postal ..... Población ..... Provincia .....  
Correo electrónico .....

### ORDEN DE PAGO. DOMICILIACION BANCARIA

Abonaré la cuota anual de 40 € por:

Banco o Caja de Ahorros     (4 dígitos)  
Sucursal nº     (4 dígitos)  
D.C.   (2 dígitos)  
Cuenta corriente o de ahorro nº            (10 dígitos)  
Titular de la cuenta .....

Fecha

Firma

\* Rellene este boletín, recórtelo por la línea de puntos y envíelo a Academia Ciencias Médicas de Bilbao, Lersundi, 9, 5º 48009 BILBAO. Teléfono 944 233 768. Fax 944 230 111. Correo electrónico: gacetamedica@telefonica.net

## **Edita**

---

**ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO  
SECCIÓN CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN**

## **Colaboran**

---

**SERVICIO DE SALUD Y CONSUMO. AYUNTAMIENTO DE BILBAO**

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD. GOBIERNO VASCO**

**COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BIZKAIA**

**COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BIZKAIA**

**CONSEJO DE FARMACÉUTICOS DEL PAÍS VASCO**

**SOCIEDAD VASCA DE NUTRICIÓN**

## **Editores Asociados**

---

Dr. Javier Aranceta Bartrina  
Dra. Carmen Pérez Rodrigo  
Dr. Iñaki Eguileor Gurtubai

## **Agradecimientos**

---

Nuestro sincero agradecimiento a las personas e instituciones que han hecho posible la realización del acto científico de referencia en el marco de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y la publicación de este suplemento de la Gaceta Médica de Bilbao como sentido homenaje a la figura del Excmo. Sr. D. Javier Sáenz de Buruaga Renobales. Queremos destacar la labor de Ane Barinagarrementeria (euskera), Virginia Ruiz (inglés), Srtas. Montse González y Ana Mugerza de la Academia con su apoyo logístico y de secretaría, Dr. Julen Ocharan (edición), Dr. Javier Orduna (infraestructura), Dr. Antón Uriarte (asesoría histórica), Sr. Tomás Millán (avituallamiento) y a la familia de Javier, especialmente a Dña. Sonia Pérez Atxa y a Sonia Sáenz de Buruaga por su amabilidad y colaboración.  
A todos muchas gracias.

EDITA:

**ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO  
SECCIÓN CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN**

COLABORAN:

**SERVICIO DE SALUD Y CONSUMO. AYUNTAMIENTO DE BILBAO**

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD. GOBIERNO VASCO**

**COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BIZKAIA**

**COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BIZKAIA**

**CONSEJO DE FARMACÉUTICOS DEL PAÍS VASCO**

**SOCIEDAD VASCA DE NUTRICIÓN**

**Dirección:**

**Academia de Ciencias Médicas de Bilbao**

Lersundi 9 - 5.º - 48009 BILBAO.

Teléfono 944 233 768

Fax 944 230 111

Correo electrónico: gacetamedica@telefonica.net

**Horario:**

mañana 11:00 - 13:30

tarde 17:00 - 20:00

[www.icombi.org/academiacm.htm](http://www.icombi.org/academiacm.htm)

