

**Financiación**

Ninguna.

**Conflictos de intereses**

Ninguno.

**Bibliografía**

1. Gras-Valentí P, Chico-Sánchez P, Algado-Sellés N, et al. Efectividad de la vacuna de la gripe para prevenir casos graves. Temporada 2018/2019. Gac Sanit. 2020;S0213-9111:30071-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.008>.
2. García A, Ortiz de Lejarazu R, Reina J, et al. Cost-effectiveness analysis of quadrivalent influenza vaccine in Spain. Hum Vaccin Immunother. 2016;12:2269-77.
3. Organización Mundial de la Salud. Gripe (estacional). Nota descriptiva. 2018. (Consultado en Jun de 2020.) Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)).
4. Paul Glezen W, Schmier JK, Kuehn CM, et al. The burden of influenza B: a structured literature review. AJPH. 2013;103:43-51.
5. Hu JJ, Kao CL, Lee PI, et al. Clinical features of influenza A and B in children and association with myositis. J Microbiol Immunol Infect. 2004;37:95-8.
6. Peltola V, Ziegler T, Ruuskanen O. Influenza A and B virus infections in children. CID. 2003;36:299-305, 7.
7. Ortiz de Lejarazu R, Pumarola Sune T. Gripe. En: Farreras-Rozman Medicina Interna. 18.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 2339-45.

8. Hegde N. Cell culture-based influenza vaccines: a necessary and indispensable investment for the future. Hum Vaccin Immunother. 2015;11:1223-34.
9. Pérez-Rubio A, Eiros JM. Impacto del virus gripal tipo B y divergencia con la cepa B incluida en la vacuna antigripal en España. Rev Esp Quimioter. 2015;28:39-46.
10. García A, Ortiz de Lejarazu R, Reina J, et al. Cost-effectiveness analysis of quadrivalent influenza vaccine in Spain. Hum Vaccin Immunother. 2016;12:2269-77.

Miguel López-Gobernado<sup>a,\*</sup>, Alberto Pérez-Rubio<sup>b</sup>  
y José María Eiros<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Estudios, Documentación y Estadística, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Valladolid, España

<sup>b</sup> Dirección Médica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>c</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Río Hortega, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mlopezgov@saludcastillayleon.es](mailto:mlopezgov@saludcastillayleon.es)  
(M. López-Gobernado).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.005>

0213-9111 / © 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Sentirse vulnerable (o no): repensando la noción de grupo vulnerable



### Feeling vulnerable (or not): rethinking the notion of vulnerable group

Sr. Director:

En el contexto de la pandemia de COVID-19 ha sido habitual leer y escuchar en los medios de comunicación el uso del término «grupo vulnerable» para referirse a aquella población con mayor riesgo de verse afectada por la infección<sup>1</sup>. Ello nos ha invitado a elaborar algunas reflexiones relativas a cómo la noción de «grupo o población vulnerable» se emplea habitualmente en el campo de las ciencias de la salud.

La primera de ellas, quizás obvia, lleva a considerar que se trata de una categorización que promueve una visión de la realidad social en tanto compuesta por grupos que comparten ciertas características («grupos o poblaciones vulnerables») por las que son «vulnerables». En este sentido, el sujeto queda desdibujado en una realidad que se presenta agregada y homogénea, oscureciéndose las posibles diferencias interindividuales que pueda haber entre los «vulnerables».

La segunda cuestión hace referencia a quién aplica el adjetivo «vulnerable». Tal como señala Spiers<sup>2</sup>, podríamos hablar de un etiquetado *etic*, en alusión a la clásica distinción *etic/emic* propia de la antropología, en la medida en que el «vulnerable» es definido así por otro, el profesional sanitario, y no por él mismo (visión *emic*). Con esta diferenciación, Spiers apunta a la existencia de una dimensión experiencial y subjetiva (sentirse «vulnerable») que situaría en primera línea al sujeto que puede (o no) percibirse como tal. Cabría interrogarse entonces acerca de si quienes son externamente etiquetados como «vulnerables» se describen a sí mismos/as como tales<sup>3</sup>.

Por otro lado, esta categorización *etic* y homogeneizadora, a pesar de pretender responder a un principio de beneficencia, puede tener consecuencias muy negativas. Cuando es realizada por un grupo con capacidad normativizadora, como el colectivo sanitario, la categorización de otros como «vulnerables» contribuye, automáticamente, a su victimización, y con ello a la pérdida de su condición

agente. Aquellos considerados «vulnerables» no son capaces de protegerse a sí mismos, lo que justifica la injerencia de los grupos con poder y capacidad para generar normas (y que, según esta lógica, serían «invulnerables») en la regulación de sus vidas.

La propuesta teórica de Spiers, a nuestro juicio, abre un nuevo campo de indagación a los profesionales sanitarios centrados en la exploración del sentirse «vulnerable» y, por ende, de la vulnerabilidad como experiencia vivida. Posibilita el descubrimiento de aquello que es tomado en cuenta por los sujetos para considerarse como tales y, por tanto, la emergencia de nuevas vulnerabilidades que han podido quedar ocultas a ojos de los/las profesionales sanitarios. De este modo, facilitaría el reconocimiento de fortalezas en grupos habitualmente considerados «vulnerables», en la misma medida que identificaría debilidades en grupos considerados «invulnerables».

Por tanto, el reto para las personas investigadoras, gestoras o profesionales asistenciales en el campo de la salud pública reside en analizar cómo articular este nuevo planteamiento con el diseño de intervenciones y políticas de salud. Esta nueva conceptualización implica la emergencia de acciones que contemplen espacios y tiempos que posibiliten poner en valor las subjetividades de quienes son considerados «vulnerables».

### Contribuciones de autoría

Las personas firmantes han concebido y redactado la carta, y han aprobado su versión final.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (COVID-19). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (Consultado el 14/6/20.) Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200402\\_Preguntas\\_respuestas\\_2019-nCoV.pdf#:~:text=Los%20principales%20grupos%20vulnerables%20son,el%20principio%20de%20precauci%C3%B3n.](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200402_Preguntas_respuestas_2019-nCoV.pdf#:~:text=Los%20principales%20grupos%20vulnerables%20son,el%20principio%20de%20precauci%C3%B3n.)
2. Spiers J. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *J Adv Nurs*. 2000;31:715–21.
3. De Chesnay M. Vulnerable populations: vulnerable people. En: De Chesnay M, Anderson BA, editores. *Caring for the vulnerable. Perspectives in nursing theory, practice and research*. 2nd ed Sudbury MA: Jones and Barchett Publishers; 2008. p. 3–14.

Cristina Oter-Quintana <sup>a,\*</sup>, M. Teresa Alcolea-Cosín <sup>a</sup>,  
Óscar Castedo-Martínez <sup>a</sup>, Ángel Martín-García <sup>b</sup>  
y Almudena Alameda-Cuesta <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina,  
Universidad Autónoma de Madrid, Madrid

<sup>b</sup> Centro de Salud San Blas, Dirección Asistencial Sur,  
Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid

<sup>c</sup> Departamento de Enfermería y Estomatología,  
Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [cristina.oter@uam.es](mailto:cristina.oter@uam.es) (C. Oter-Quintana).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.017>

0213-9111/ © 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Mortalidad por complicaciones médico-quirúrgicas



### Mortality due to medical or surgical complications

Sr. Director:

He leído el artículo publicado recientemente por A. Nolasco y J. Moncho titulado *Mortalidad por complicaciones médicas y quirúrgicas, impacto de la crisis y gasto sanitario en España, 2002-2013*<sup>1</sup>, y me gustaría hacerle algunos comentarios.

En primer lugar, quisiera destacar la importancia de este tipo de estudios, ya que es de gran interés conocer el impacto que tiene el gasto económico en la sanidad, como se hace en este caso, y sobre todo relacionándolo con la tasa de éxitos que pueda tener un tratamiento o una intervención quirúrgica.

Según los resultados del artículo, el incremento de la mortalidad evitable se acentuó en el periodo de crisis económica que sufrió el país, especialmente en las comunidades autónomas más vulnerables, como Andalucía y Cantabria, entre otras<sup>2</sup>.

A primera vista parece lógico, pero observando los datos recogidos veo que esa diferencia de mortalidad no es tan elevada si se compara con el período previo a la crisis, por lo que me gustaría preguntar hasta qué punto influye la economía y qué ha podido interferir para que esa diferencia no sea tan grande.

Por otro lado, se ha demostrado también que en aquellas comunidades que disponen de un menor presupuesto han disminuido las defunciones<sup>3</sup>, ya que, al no acceder a determinados tratamientos, el paciente no se expone a sus posibles riesgos. Un fenómeno un tanto irónico que no deja claro si es tan perjudicial no disponer de un mayor presupuesto.

Con respecto a este punto, me gustaría sugerir el aprovechar de algún modo este fenómeno, para que, en caso de no contar con los recursos necesarios, no sea preciso tener que someter al paciente a una intervención que le ocasionará complicaciones futuras debido a la falta de recursos.

Por último, les animo a promover este tipo de estudios, pues sería de gran interés que llegaran a la población para difundir la importancia de respaldar el sistema sanitario y para tomar conciencia de que el reparto no equitativo del presupuesto entre comunidades autónomas deriva en una desigualdad en el acceso a este servicio tan imprescindible para la población.

### Contribuciones de autoría

Y. García Jaume es la única autora de la carta.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Nolasco A, Vicent-Castelló EM, Pereyra-Zamora P, et al. *Mortalidad por complicaciones médicas y quirúrgicas, impacto de la crisis y gasto sanitario en España, 2002-2013*. *Gac Sanit*. 2019;33:504–10.
2. Méndez R, Abad LD, Echaves C. *Atlas de la crisis: impactos socioeconómicos y territorios vulnerables en España*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2015.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estadística de gasto sanitario público. Principio de devengo (2002-2015)*. (Consultado el 25/2/2020.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.

Yolanda García Jaume

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Campus Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Correo electrónico: [ygjaume@gmail.com](mailto:ygjaume@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.018>

0213-9111/ © 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).