

CAPÍTULO 3

CONCEPTO ACTUAL DE SALUD PÚBLICA

Vicente Navarro

Catedrático de Políticas Públicas y Sociales de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona Profesor de Política y Economía Sanitaria. Johns Hopkins University, USA

INTRODUCCIÓN

¿Qué es Salud Pública? Una pregunta que no es fácil responder. Una respuesta válida es que Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Ahora bien, para entender mejor esta definición tenemos que desglosar los términos utilizados en ella, a saber, «salud» y «población». Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad». Es una definición progresista, en el sentido que considera la salud no sólo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social. La definición reconoce, acentúa y subraya que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc. Esta expansión salubrista, aceptada por la OMS en 1952, representó un paso adelante. Fue redactada por especialistas en salud como John Brotherton, y Karl Evang, profesionales progresistas que respondieron al gran optimismo generado tras la Segunda Guerra Mundial, una guerra antifascista que había supuesto grandes sacrificios para las partes combatientes, en aras de crear un mundo mejor.

Aquel entendimiento de lo que es salud proclamada por la Asamblea General de la OMS fue asimilada y formó parte de un movimiento para la mejora de las condiciones de vida de la población que afectó a todo el mundo occidental y estableció el Estado del Bienestar que mejoró la calidad de vida en las poblaciones occidentales.

A pesar de constituir un adelanto, esta definición tiene un problema epistemológico importante. Asume que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, a saber, «salud», «bienestar» y «población». Esta universalidad, sin embargo, es apolítica y ahistórica. En otras palabras: la definición de la OMS evita el tema de quién define lo que es bienestar, salud y población, y presupone que «salud» es un concepto apolítico, conceptualizado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual. Evita, pues, el problema epistemológico del poder.

En realidad, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea.

Por ejemplo, la homosexualidad se definió como enfermedad hasta mediados de los años setenta. A partir de

entonces los libros de texto de medicina y psiquiatría no la incluyen tal condición como enfermedad, sino como una condición normal, de mera elección sexual. ¿Cómo es que una condición humana, la homosexualidad, pasó de ser una situación prohibida por la ley cuya expresión estaba criminalizada (todavía hoy en día hay países donde está prohibida cualquier expresión de homosexualidad) a ser, más tarde, una condición enferma (aparecía como una condición patológica en libros de psiquiatría) y por último una condición normal?

Este cambio de condición enferma a situación sana se debió a la redefinición de la sexualidad generada por el movimiento feminista, que cuestionó las normas de la sexualidad dominante. La profesión psiquiátrica no lideró este cambio, antes al contrario, se opuso hasta que finalmente hubo de aceptarlo. Podemos ver cómo el contexto social determinó un cambio en la noción de salud y enfermedad.

Caso similar es el reconocimiento de la silicosis como enfermedad ocupacional. En Gran Bretaña la silicosis aparecía ya como enfermedad profesional en los años veinte. En cambio, en Estados Unidos no se reconoció como tal hasta bien entrados los cuarenta. ¿Por qué esta diferencia de tiempo histórico en la definición de la silicosis como enfermedad laboral? La respuesta está en la fuerza del movimiento obrero en Gran Bretaña, mucho más poderoso e influyente que en Estados Unidos. El Partido Laborista y los Trade Unions en Gran Bretaña tuvieron mayor peso sobre el mundo político y científico que los sindicatos de Estados Unidos, que ni siquiera contaban con un partido laborista o socialdemócrata que defendiera sus intereses.

Estos cambios en la definición del concepto de salud ocurren también en las prácticas médicas, que se modifica conforme a las relaciones de poder. Por ejemplo: el aborto. Éste ha sido, y todavía es considerado en muchas partes del mundo, como un acto criminal. En cambio, en muchos países, como España, el aborto es una intervención que se permite en situaciones médicas a fin de proteger la salud de la madre entre otras condiciones. Y en otros países, como Estados Unidos, el aborto ha pasado de ser un acto médico a un acto de mera elección por parte de la mujer. Efectivamente, a partir del año 1979, en Estados Unidos la mujer tiene el derecho a interrumpir su embarazo, dentro de ciertos límites relacionados con el período de gestación. Podemos ver aquí como una práctica considerada criminal pasó a ser una práctica médica que más tarde se convirtió en un acto social. De nuevo, estos cambios de práctica: criminal médica; sano, responden a cambios del contexto social, y en gran medida a la presión del movimiento feminista que forzó aquella redefinición de la sexualidad de la

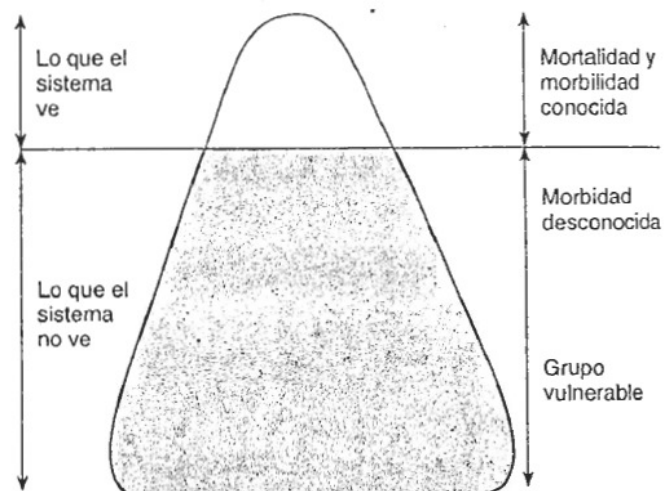


Gráfico 3.1. El iceberg de la enfermedad.

que se hablaba antes, y provocó un cambio de actitud hacia el aborto en la sociedad. Aquí, de nuevo, el grupo profesional, los obstetras y ginecólogos, no ofrecieron su apoyo. Antes al contrario, se opusieron, si bien finalmente tuvieron que ceder.

Podemos ver, pues, cómo la definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad.

Veamos ahora, una vez matizada la definición de salud, cómo se ha ido definiendo «la población», es decir, el sujeto de acción del sistema salubrista. Para entender los cambios de definición relativos a la población nos resultó útil conocer el concepto de iceberg.

Históricamente, la responsabilidad del sistema médico (componente importante, pero reducido, del sistema salubrista) ha sido la de atender aquella porción de la población que acude a dicho sistema, es decir, la mortalidad y la morbilidad conocida. En realidad, incluso hoy en día la mayor parte de los países desarrollados orientan sus servicios médicos a resolver los problemas curativos de este sector, el sector enfermo conocido. De ahí que aquellos sistemas funcionen en realidad como servicios curativos para unos pocos.

Pero los problemas de la población son mucho más amplios. Incluyen no sólo la parte visible del iceberg (aquellos pacientes que acuden al sistema) sino también su parte oculta (aquellos que no acuden al sistema, así como aquellos que, aun estando sanos, son vulnerables a la enfermedad y cuya vulnerabilidad podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema de salud). El sujeto de intervención del sistema de salud es, pues, todo el iceberg —toda la población— y no sólo la parte visible.

¿A qué se debió este cambio de concepción del sujeto de intervención? De nuevo el cambio fue generado por fuerzas sociales y políticas que promo-

vieron una redefinición de dicho sujeto, es decir, de la población. Fue sobre todo cuando, a raíz de la Segunda Guerra Mundial, los jóvenes fueron llamados a filas para integrarse en las Fuerzas Armadas. Constituyó una sorpresa que un porcentaje muy elevado de jóvenes (20 % en Estados Unidos y 24 % en Gran Bretaña) no pudieran tomar las armas por no estar suficientemente sanos. La población joven no reclutada fue mucho mayor de lo que los gobiernos esperaban. Ello llevó a la consideración de que algo de lo que el sistema sanitario no era consciente estaba ocurriendo en la población. De ahí que inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial se iniciaran campañas de detección con el objeto de buscar la parte oculta del iceberg.

En Inglaterra, por ejemplo, en estas campañas de detección se comprobó que el médico generalista desconocía la mayoría de las enfermedades que atendía en su práctica médica. Por cada 60 casos de anemia que advertía, había 218 que desconocía; por cada 82 casos de hipertensión localizados, existían 162 casos desconocidos; de cada 60 casos de infecciones urinarias había 140 desconocidos, etc. (Marcus, A. 1968).

Para cada diagnóstico la parte desconocida era mucho mayor que la conocida. Esta ampliación del sujeto de intervención, añadiendo la parte oculta visible del iceberg, tenía grandes consecuencias para el diseño de los nuevos sistemas sanitarios. Requería que el sistema sanitario «saliera» a la comunidad y se responsabilizara de sus problemas. Esta expansión fue no sólo cuantitativa (es decir, afectó a un número mayor de personas), sino también cualitativa (es decir, requirió una modificación de la provisión de servicios). Al salir a la comunidad, los servicios sanitarios comprobaron que la línea de separación entre lo médico y lo social era muy tenue. Se exigía una coordinación entre ambos servicios e intervenciones. Lo médico tiene una dimensión social y lo social puede conducir a una situación médica. Ejemplo de lo primero es el caso del anciano incapacitado que requiere toda una gama de servicios sociales, como servicios de rehabilitación y atención a domicilio, para mejorar su calidad de vida. La responsabilidad del sistema no era sólo la de curar, sino también la de hacerse cargo de la población en sus dimensiones médicas y sociales. Ésta era y es una responsabilidad mayor dentro de las sociedades desarrolladas, donde la morbilidad más importante, al menos cuantitativamente, es la crónica; por lo que la estrategia sanitaria debería estar encaminada a hacerse cargo de ésta. ¿Se encuentran hoy los servicios sanitarios preparados para responsabilizarse del cuidado de la población? Este constituyó el

gran reto de los sistemas sanitarios de los años cincuenta y sesenta. Se trataba no sólo de salir a la comunidad y responsabilizarse de toda la población (de todo el iceberg), sino también de responsabilizarse de curar lo agudo y hacerse cargo de lo crónico con la coordinación de los servicios médicos y los servicios sociales.

En España, la salida a la comunidad resultó muy lenta, primero por medio de los dispensarios y los médicos de familia y más adelante con la atención primaria. Pero el reto comunitario, y sobre todo en su articulación de lo médico con lo social, se encuentra todavía hoy poco desarrollado.

LA CONTINUA REDEFINICIÓN DE LO QUE ES SALUD PÚBLICA

Como hemos visto, la concepción de salud y enfermedad, así como la concepción de la población —sujeto de nuestra intervención— ha ido cambiando y evolucionando históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político. Paralelamente, las responsabilidades del sector sanitario han ido variando y renovándose de acuerdo con estos cambios conceptuales y socio-políticos; de responsabilizarse sólo de aquellos que acudían, se pasó a responsabilizarse de aquellos que no hacían, es decir, de toda la población. Y también se cambió la responsabilización por el curar a hacerse cargo de la población coordinando lo social con lo clínico. Estos cambios ocurren en su mayor parte entre los años cincuenta y sesenta.

Ahora bien, a finales de los años sesenta, se producen una serie de transformaciones en las sociedades del mundo desarrollado occidental que de nuevo tienen una gran influencia en la redefinición del sujeto de intervención de los sistemas sanitarios. En la famosa década de los sesenta, muy conflictiva, surgen grandes movimientos sociales que cuestionan las relaciones de poder dominante en aquellas sociedades. En Francia, por ejemplo, el Mayo francés paraliza la sociedad. En Italia se da el otoño caliente; en Estados Unidos surgen los movimientos antiVietnam y el movimiento de derechos civiles, así como las huelgas generales de los obreros mineros; en Suecia se organiza una huelga general, etc. No existe ningún país desarrollado que no se encuentre afectado por estos movimientos sociales. En España se dan los grandes movimientos sociales, en los que juega un gran protagonismo el movimiento obrero, que comienza a debilitar y resquebrajar el sistema franquista.

En estos, movimientos sociales se cuestionan las relaciones de poder, que afectan también al

sector sanitario. Un rasgo común de todas las movilizaciones y huelgas obreras es el tipo de demandas, que trascienden las clásicas exigencias sindicales de aumento de sueldo y piden un cambio en las condiciones de trabajo y una mejora de su calidad. Los mineros de Estados Unidos, por ejemplo, piden no sólo una mayor seguridad en el trabajo sino también un cambio en el ritmo y condiciones del mismo. Los trabajadores del automóvil de Detroit exhiben carteles mostrando el daño que causa a la salud cada etapa del proceso de producción. En Suecia, los mineros protestan por las condiciones de trabajo, exigen cambios en el ambiente laboral y promueven una huelga general. En Francia y, en Italia los trabajadores y empleados toman las fábricas y exigen, entre otras cosas, que en el trabajo se pueda cantar y escuchar su canto. «Voliamo cantari mientra laboramo» es el eslogan que aparece en la puerta de la FIAT, ocupada por sus trabajadores.

En todos estos movimientos obreros hay elementos comunes, es decir, protestas en contra de las condiciones de trabajo y del sistema de recompensa al daño sufrido. En su lugar, se exigen mejoras en las condiciones y calidad del trabajo.

En respuesta a estas presiones, el sujeto de intervención se redefine y analiza no sólo el daño «accidente laboral» y la exposición a riesgos laborales (tóxicos, físicos y psicológicos), sino también el daño creado por las relaciones de poder dentro del trabajo y sus indicadores, tales como falta de autonomía y responsabilidad del trabajador, así como falta de infraestructura social de apoyo y sus consecuencias en la salud de la población empleada.

Así aparecen los estudios de Karasek, Johnson, Hall y otros, que muestran una relación clara y directa entre la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y la ausencia de control por parte del trabajador sobre sus condiciones de trabajo, la inercia y monotonía en el mismo y la ausencia de redes de apoyo (Johnson y Joamseen, 1989). Estos estudios contribuyen a redefinir la salud laboral, pues no sólo incluyen la seguridad en el trabajo (exposición a riesgos), sino también valoran el trabajo y su calidad como factor saludable o nocivo. Es en esta época cuando el National Institute of Health de Estados Unidos muestra que la variable más importante para explicar la longevidad es la satisfacción en el trabajo.

Junto a esta relación trabajo-salud surge una creciente concienciación por la relación entre otras dimensiones ambientales y la salud. Se toma conciencia de que el cáncer ha ido aumentando a partir de los años cincuenta, paralelamente al crecimiento de la producción petroquímica. Esta con-

cienciación promueve intervenciones estatales que regulan, controlan e incluso eliminan sustancias tóxicas en el ambiente. Uno de los casos más críticos ha sido la eliminación del plomo en la gasolina y su disminución en el nivel atmosférico.

En ocasiones estas regulaciones han desplazado el flujo de producción de estas sustancias desde países más estrictos a países, como España, donde tal regulación ha sido históricamente más débil. Un ejemplo, entre otros, es la prohibición de la extracción y elaboración de asbestos en Estados Unidos y Alemania en los años sesenta, que determinó el desplazamiento de estos procesos a África del Sur y España, ya en los setenta.

Otro elemento de concienciación, capítulo muy importante de intervenciones, ha sido la relación entre salud y consumo. En los años ochenta y noventa existe un mayor interés por la protección al consumidor, a través de las campañas de higiene del alimento y de otros productos del consumo. Más recientemente, se observa la preocupación social por el consumo de tipo intelectual, como la violencia en los medios de información y difusión —prensa y cine— que ha generado demandas de intervención para mejorar la salud mental de la población

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA

Hemos visto a lo largo de las páginas anteriores cómo el concepto de salud pública ha ido evolucionando y ampliándose, al ir redefiniéndose la salud y el sujeto de intervención. Veamos ahora cuáles son las funciones de los servicios de salud.

Podemos observar que lo que hacemos o debiéramos hacer en los servicios de salud es incidir para que la línea B (enfermedad) esté lo más cercana posible a la línea A (salud). Dependiendo del momento de la intervención, hablamos de una intervención preventiva primaria, secundaria o terciaria. (Gráfico 3.2).

Intervención Preventiva Primaria (IPP) es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad. Caso bien conocido de este tipo de intervención es el destinado a inmunizar a la población en contra de ciertas enfermedades contagiosas. La IPP más importante es la consagrada a mejorar las condiciones económicas y sociales de la población y a ofrecerle los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses, así como desarrollar su potencial político.

La Intervención Preventiva Secundaria (IPS)

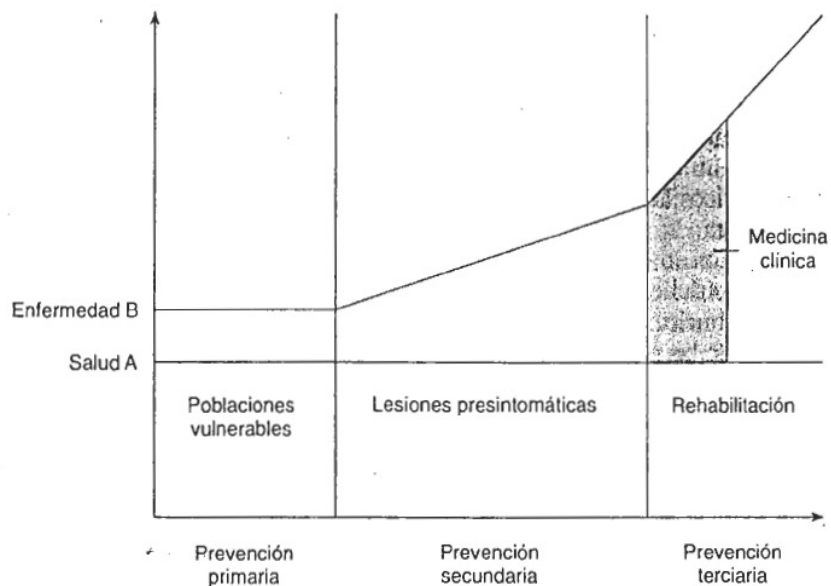


Gráfico 3.2.

está encaminada a intervenir en la fase pre-sintomática o silenciosa de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales. Las campañas de detección son los ejemplos más característicos de esta intervención.

Intervención Preventiva Terciaria (IPT) es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Ésta incluye la medicina curativa, la atención de crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente.

Aquí hay que hacer hincapié en que la mayor parte de los recursos se invierten y consumen en la medicina clínica que, como se puede ver en el gráfico 3.2, representa una parte de la

IPT, y tiene como objetivo mejorar las condiciones biológicas, somáticas y psicológicas del enfermo. Esta medicina curativa consume del 90 al 95 % del total del gasto médico de la mayoría de los países occidentales.

En cambio, las intervenciones de mayor eficacia para la mejora de la salud de la población han sido las de prevención primaria (IPP). En realidad, los mayores cambios en cuanto a mortalidad que han ocurrido en los siglos XIX y XX se han debido a transferencias ajenas a la medicina clínica. En el siglo XIX, la reducción de la mortalidad se produjo gracias al aumento de la producción agrícola y las mejoras en la nutrición.

Podemos ver cómo en Inglaterra, por ejemplo, la gran reducción de mortalidad por tuberculosis fue

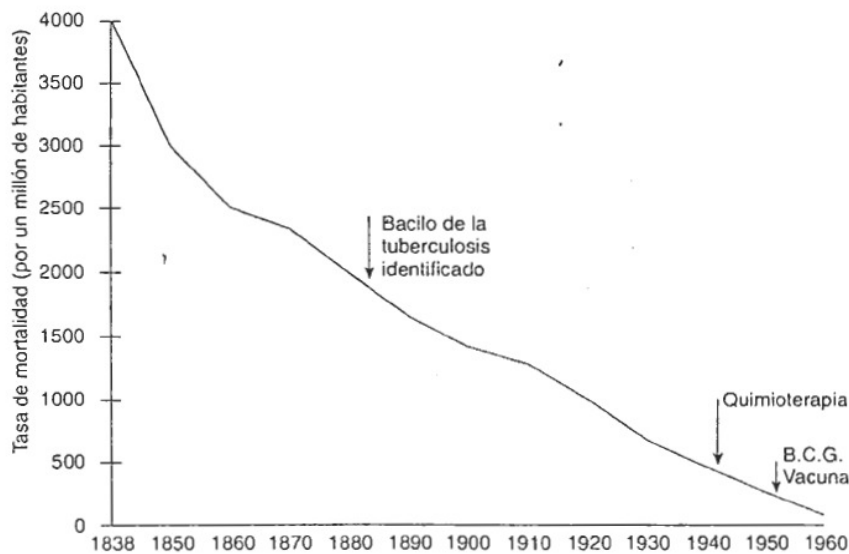


Gráfico 3.3. Disminución de la mortalidad causada por la tuberculosis respiratoria.

anterior al desarrollo y utilización de las herramientas clínicas (antibióticos, sulfamidas y BCG), de probada eficacia médica.

Hoy, los grandes cambios en la mortalidad en el mundo subdesarrollado se deben a modificaciones en la producción y distribución de alimentos y al mejor nivel de nutrición de las poblaciones.

La IPP es la intervención más importante para la mejora de la salud de la población y exige una relación clara entre cambios sociales, políticos, económicos y de salud. Este conocimiento y la atención a estas relaciones para mejorar la salud de la población constituyen el elemento más importante de la salud pública.

Esta visión aparece en la salud pública desde sus orígenes y es expuesta con toda claridad por fundadores de la misma como Virchow, que vio claramente que para resolver los problemas de infección en Alemania se requerían cambios sociales importantes. Éste, que había estado muy influenciado por Engels (quien había descrito las condiciones sanitarias de la clase trabajadora británica), habla en su informe de la necesidad de hacer una redistribución de la renta, una reforma agraria y una repartición de la vivienda, entre otras intervenciones sociales y económicas, para resolver los problemas de las infecciones. Cuando la estructura de poder alemán recibió aquel informe, lo tachó de documento político, a lo que Virchow respondió con aquellas famosas palabras: «la medicina y la salud pública son intervenciones sociales; y los cambios políticos, sociales y económicos son unas intervenciones de salud pública en su sentido más profundo». Ésta es la visión que requiere la salud pública.

Ni que decir tiene que esta visión puede conllevar consigo una visión crítica de las estructuras de poder. De ahí que éstas apoyaran como alternativa a la salud pública aquella noción de la enfermedad, como una alteración del organismo —máquina humana creada por el microorganismo responsable de la enfermedad—. Como resultado de esta opinión, las especialidades médicas se definieron según las piezas de la máquina —nefrología, neumología, cardiología, etc.— y el

instrumento de investigación fue el microscopio. Al centrarse en «micro», se dejó en un segundo plano lo «macro» es decir, el contexto social, político y económico de la enfermedad. El predominio de la visión biológica en medicina responde a estas coordenadas de poder. Pero hay que hacer hincapié en que la parte más importante en la mejora de la salud de una población es la salud pública, entendida en su sentido más amplio. La salud pública, así definida, no es una rama de la medicina, tal como se concibe en España sino, antes al contrario, la medicina constituye una rama de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Johnson, J., y Joamseen, M.: *Democracy, Health and World Buvwood*. 1989.

Marcus, A.: «Exhibition of General Practice Tom crow», *International Medical Tribune of Great B, twin*. 1968.