

# CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA SALUD A TRAVÉS DE SU HISTORIA RECIENTE

**Carlos Ponte Mittelbrunn**

Médico. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias  
carponte@gmail.com

## **La salud no es solo biología**

Durante siglos la salud fue entendida como “ausencia de enfermedad” hasta que en 1947 la Organización Mundial de la Salud modifica el concepto y pasa a definir la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

La incorporación del factor “social” como determinante de la salud, además de los factores, “físico” y “mental”, tradicionalmente considerados, supuso un cambio sustancial porque la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social.

Con ello se impulsa la consideración de la Salud como un derecho social básico de todas las personas, situando al Estado ante la disyuntiva de ejercer la protección de este derecho. Es incuestionable que la salud guarda una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos y que, además, cualquier limitación en el acceso a los servicios sanitarios es causa de exclusión social.

Como fenómeno biológico, por tanto, la salud y la enfermedad pertenecen al reino de la naturaleza, pero en el ser humano nunca son naturaleza “pura” sino que siempre están mediatizadas y modificadas por la actividad social y el medio cultural y ecológico en donde se desarrollan.

Este concepto de Salud de la OMS supuso un importante paso adelante, aunque solo parcial porque todavía conservaba indudables limitaciones. Así, en la década del 70, Millón Terris, famoso salubrista norteamericano, propone una nueva definición: "la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad". Introduce Terris un aspecto subjetivo de sentirse bien y un aspecto objetivo de capacidad funcional. Elimina la palabra “completo” aduciendo, correctamente a nuestro juicio, que la salud no es un absoluto - una felicidad celestial - sino que hay distintos grados de salud. Y separa el término "enfermedad" (disease) y el de "malestar" (ill-ness), ya que es posible coexista el “sentirse bien” y la enfermedad.

El avance conceptual que supone la propuesta de Milton Terris, requiere la exclusión de la idea de “estado”, puesto que se opone a la visión dinámica y cambiante que tiene el flujo de la vida (y de la salud) mientras que, por el contrario, es coincidente con la visión mecanicista y reduccionista tan característica con la concepción hegemónica de la medicina tradicional.

Tenemos, en consecuencia, que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo).

La enfermedad, asimismo, no es lo contrario de la salud, sino parte del devenir vital: un proceso auto-organizativo destructivo que convierte al ser humano en enfermo, en su recorrido vital y teleológico. La enfermedad es un proceso biológico tan antiguo como la vida porque es un

atributo de la vida misma, dado que los organismos vivos son entidades lábiles en un proceso continuo de evolución y de cambio. La Salud y la Enfermedad son parte de esta inestabilidad que todo lo penetra.

Desde el supuesto de que la Salud y de la Enfermedad son conceptos en evolución, fruto de construcciones sociales, tenemos que examinar la salud en una doble dirección: como un derecho social fundamental y como un bien intrínseco dentro de lo que podríamos denominar el “roussonianismo de la salud”(contrario al determinismo genético o biológico), un bien intrínseco patrimonio de todos los seres humanos.

### **Una perspectiva histórica: de Snow a Sigerist**

El concepto de Salud experimentó un cambio radical en Europa en el primer tercio del Siglo XIX, mediante la constatación de relaciones causales entre la pobreza y la enfermedad. Por ejemplo, el que las duras condiciones de vida y trabajo de los obreros textiles eran la causa de su mortalidad prematura. Históricamente, el nuevo concepto de la Salud lo podemos situar en una consulta que el gobierno británico realizó a John Snow, antecesor de la epidemiología moderna, sobre los problemas epidémicos de las poblaciones asentadas a orillas del río Támesis, en Londres. La respuesta del doctor Snow fue categórica: la falta de higiene y las malas condiciones de vida son los responsables de las epidemias. La salud es un problema social y las acciones para mejorarla han de ser sociales.

En Alemania en 1848 -en un clima de revolución política europea- se generó un movimiento de reforma que entendía la medicina como una ciencia social, con la convicción de que la salud del pueblo concernía a todos, no sólo a los médicos, y que, por tanto, era deber del Estado su garantía. La figura mas destacada de este movimiento fue Rudolf Virchow, médico de gran trascendencia- padre de la teoría celular- y activista político. Virchow estudió una epidemia de fiebre tifoidea en la región de la Alta Silesia y llegó a la conclusión que los factores socioeconómicos eran determinantes y que el tratamiento médico tenía escasa utilidad. Esas fueron sus conclusiones cuando el gobierno alemán de Bismarck le solicitó un plan para mejorar la salud de la población de Alemania: “la salud, no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política”. Así pues, Virchow establece una clara asociación entre condiciones de vida y enfermedad, y puesto que los determinantes de la Salud son de índole económico y social, dentro de los objetivos básicos de la medicina hay que incluir las “reformas sociales radicales”, la “democracia completa y sin restricciones”, y “la educación, la libertad y la prosperidad”. Para Vichow “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”

De las reflexiones de Virchow se derivan tres conclusiones fundamentales:

1. La salud pública concierne a toda la sociedad y el Estado está obligado a velar por ella.
2. Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad.
3. Es necesario adoptar medidas tanto sociales (libertad, seguridad y prosperidad para todos) como médicas a fin de promover la salud y combatir la enfermedad.

Entrado ya el primer tercio del siglo XX, hay que destacar las aportaciones de un médico escocés, Thomas McKeown, que demostró empíricamente que la reducción, aunque con algunas excepciones, de las enfermedades infecciosas, como es el caso de la tuberculosis, es el resultado de medidas sociales y sanitarias, y no la consecuencia de tratamientos médicos.

Sin embargo, pese a la contundencia y claridad del enfoque social de la salud, estas proposiciones tuvieron por entonces escaso eco. Tuvo que pasar mucho tiempo hasta que las ideas renovadoras fueran recuperadas. En el comienzo de la década de 1940, surge la figura de Henry Sigerist, médico nacido en Francia, formado en Suiza y afincado en los Estados Unidos, en donde llegaría a consagrarse como el máximo historiador de la medicina. Catedrático de la Universidad Johns Hopkins y de la Universidad de Yale, rescató las ideas de los precursores, las analizó críticamente, las sistematizó y las enriqueció, perfilando de manera más concreta la noción de "Promoción de la Salud". Para Sigerist: "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso". La salud de un pueblo no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida es la "Promoción de la Salud". Según Sigerist, la Promoción de la Salud es la misión primordial de la medicina, una tarea a la que están convocados ciudadanos, educadores, políticos, médicos... La segunda misión, en orden de importancia, después de la promoción de la salud, es la prevención de las enfermedades, mientras que la curación - restauración y rehabilitación - es la última de las funciones de la medicina, puesto que sólo hay que recurrir a ella cuando falla todo lo anterior.

Pero, ¿tuvo audiencia Sigerist en su tiempo? Aunque el desinterés y la indiferencia fueron las reacciones predominantes a sus innovadores planteamientos, el espíritu de la propuesta fue finalmente recogido, al menos simbólicamente, por la Organización Mundial de la Salud al adoptar la definición de salud que ya hemos mencionado con anterioridad: "La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades".

## **Alma Ata**

En 1978, dos organizaciones dependientes de la ONU, la Organización Mundial de la Salud -OMS- y UNICEF, celebraron un Congreso conjunto en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética), apoyada por delegados gubernamentales de 134 países, en donde la Salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares. La "Declaración de Alma Ata" y su eslogan "Salud para todos en el año 2000" ha sido una referencia extraordinaria para todas las generaciones posteriores de activistas de la Salud y el concepto de "Atención Primaria Integral" ha sido una de las claves para mejorar los sistemas de salud en muchos países.

Los aspectos esenciales de la declaración de Alma Ata son los siguientes:

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

La declaración de Alma Ata expresa la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud, defiende la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo. La consigna de la Declaración: "Salud para todos en el año 2000" hay que entenderla como una meta social y política, pero también "como un grito de guerra para convocar a sanitarios y ciudadanos a la acción" (Tejara de Rivero).

En Alma Ata también hay omisiones importantes, por ejemplo no hay referencias sobre salud ambiental y desarrollo sostenible, tampoco sobre la necesidad de cambiar las conductas para promover salud.

### **Ottawa: La promoción de la salud**

Con anterioridad a Alma Ata, en 1974, el Gobierno de Canadá a través del denominado "Informe Lalonde" estableció las coordenadas del "campo de la salud": los estilos de vida y las características del medio ambiente, y no solo la biología y la medicina. Y que el principal instrumento para la intervención era la promoción de la salud, además de la prevención de lo preventivo sobre lo curativo.

En la declaración de Alma Ata se recogieron estos dos grandes objetivos - Prevención y Promoción – propuestos en el Informe Lalonde: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”. Y la estrategia clave para desarrollar estas políticas es la "Atención Primaria Integral", consistente en la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con la intervención activa de la comunidad y la vinculación cooperativa de otros sectores sociales (no solo sanitarios).

En 1986, esta transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada en Canadá por la Organización Mundial de la Salud con asistencia de 112 delegados de 38 países. La conferencia elaboró un documento titulado "Carta de Ottawa" que definió cinco puntos nucleares para definir la Promoción de la Salud:

- 1.- La necesidad de construir estrategias públicas saludables sustentadas en el fomento y la coordinación de las políticas del sector público de modo que todas contribuyan al logro de la salud universal.
- 2.- La conformación de entornos saludables.
- 3.- La participación de la población y el apoyo a las acciones colectivas. Es fundamental dotar a los ciudadanos de habilidades personales para facilitar la participación.
- 4.- La capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y el fomento de la ayuda mutua.
- 5.- La necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la comunidad.

La promoción de la salud "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". La promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir "las condiciones y los requisitos para la salud: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad".

La fuerza motriz de la promoción debe ser la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y para la acción. Aunque la comunicación tiene una importancia decisiva, el desarrollo de políticas de promoción de la salud requiere combinar medidas legislativas, fiscales, tributarias y organizativas.

## El retroceso

Nada más terminada la conferencia de Alma Ata, ya se empezaron a elaborar propuestas de signo contrario. La más importante negaba la visión “integral” de la Atención Primaria, proponiendo una alternativa “selectiva” que intentaba anular el compromiso comunitario (empoderamiento) y social para volver al marco médico (control profesional) y a las soluciones técnicas. La perspectiva “selectiva”, que también deja la puerta abierta a las privatizaciones de los servicios sanitarios, es, en suma, una reinterpretación de la Atención Primaria como el primer nivel asistencial, excluyendo la promoción de la salud y la participación de la comunidad, y manteniendo el carácter elitista, autoritario y biologicista de los servicios sanitarios.

Es indudable que la Declaración de Alma Ata se desarrolló en un ambiente hostil, político y económico, constreñida por los Programas de Ajuste Estructural del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional que recortaron los sistemas públicos de salud y, más aún, que destinaron mayoritariamente el poco dinero restante en atender gastos de carácter curativo. En los años 90, un hecho de crucial importancia fue la pérdida, por parte de la OMS, del liderazgo de la salud a manos del Banco Mundial. “Investing in Health” (BM,1993) proponía inversiones en salud con soluciones verticales, focalizadas en enfermedades, totalmente ajenas al espíritu de Alma Ata.

La consolidación de la perspectiva neoliberal de la globalización de la Salud ha sido muy negativa y de indudable trascendencia. La tecnología médica, en crecimiento geométrico, solo está disponible para personas de los países ricos y la Industria muestra poco interés por las enfermedades que afectan a la gente pobre. Hay una creciente mercantilización de la salud y de la enfermedad y los costes sanitarios son cada día mayores por la incesante expansión del mercado y de las tecnologías. La conclusión a la que se puede llegar con respecto al ideal de “Salud para todos” es que se ha transformado en un empeoramiento de la salud en el mundo pobre y en consumismo tecnológico y sanitario en el mundo rico.

Las grandes esperanzas depositadas en Ottawa y Alma Ata se han visto incumplidas. Si a finales de los 70, el objetivo era “Salud para todos”, la realidad ha sido bien distinta (incluso en algunos países se han deteriorado los indicadores de salud.) Se tenía, además, una confianza ilimitada en la ciencia y en la tecnología para, por ejemplo, erradicar algunas enfermedades como las infecciosas. La realidad ha sido otra, los microorganismos se han globalizado por la intervención humana en los ecosistemas y la utilización indiscriminada de antibióticos

Puesto que los pactos de Alma-Ata y en Ottawa no se han materializado, cabe preguntarse por qué fracasaron tantas buenas intenciones. Las explicaciones son probablemente varias, pero, entre ellas, las que tienen mayor significación son las siguientes:

- La hegemonía biomédica. La Medicina oficial acepta el vínculo social y político solo de forma retórica o académica. De hecho, ha trabado en otra dirección: al estudio de los condicionantes sub-individuales (microorganismos, metabolitos, genómica, proteómica) o de los condicionantes conductuales individuales, siempre aislados de su contexto social. La Medicina se ha desarrollado bajo la influencia del denominado Modelo Biomédico que confunde la objetividad científica con una idílica “neutralidad social”. Una prueba de esta evolución, supuestamente “apolítica” de la Salud, es la debilidad de lo que podríamos denominar “epidemiología política”, esto es, la que estudia la asociación entre salud y poder político. Pese a su importancia, hay muy pocos estudios, aunque las excepciones tienen un valor notable como, por ejemplo, un estudio de Carlos Álvarez Dardet, que establece una asociación positiva entre niveles de Salud y libertades democráticas, o del profesor Vicente Navarro, relacionando la protección de la salud con el mantenimiento en el poder de gobiernos socialdemócratas en Europa.

El modelo biomédico es la ideología médica del liberalismo económico. Entiende que la salud y la enfermedad son problemas individuales (no colectivos) de una maquinaria biológica (mecanicista) que se puede reparar (curación) de manera fragmentaria (reduccionista). Margina la prevención, la promoción de la salud y la salud pública. Piensa en la enfermedad antes que en el paciente, en los síntomas antes que las causas, en las razones individuales antes que las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. Secuestra al sujeto que pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las elites profesionales y a la alta tecnología

- El proceso de privatización de la salud. Con la globalización, los sistemas curativos públicos están sometidos al asedio de la privatización, pese a que sus resultados asistenciales han sido satisfactorios (sin duda mejores que los de los sistemas privados). Los sistemas públicos tienen defectos innegables: han disparado los costes, hay demasiada especialización, dependencia de la tecnología, invasión farmacéutica... Problemas que no son inherentes a su condición de públicos, sino a la hegemonía del modelo biomédico, anteriormente mencionado, que impregna a los sistemas asistenciales y a toda la medicina científica. La privatización, se presenta como racionalidad y modernidad (promete productividad y eficiencia), pero su verdadero objetivo es extender los negocios a los servicios y seguros sanitarios (de rentabilidad probada). El Estado pasa a ser subsidiario mientras se promueve el mercado, y para que el mercado funcione (sea rentable)) necesita mayor número de consumidores y mayor consumo aunque la demanda sea artificial, los precios adulterados, las patentes gozan de privilegios abusivos, y haya permisividad iatrogénica y medicalización. La medicalización de la salud es un efecto directo de la globalización. Una estrategia derrochadora que sube incesantemente el porcentaje sanitario del PIB.
- La naturaleza misma de las políticas de Promoción de la Salud, es otra de las explicaciones. Sus propuestas se dirigen hacia la transformación de las estructuras sociales, lo que ha resultado inaceptable para los gobiernos por su inequívoco contenido de renovación social:

a.- El fomento de estilos de vida saludables (probablemente la menos compleja de implementar aunque también tropieza con serias dificultades).

b.- La capacitación de los ciudadanos para controlar su propia salud, participando en la toma de decisiones... y, en esa medida, reorientando hacia la comunitaria a los servicios de salud. No es una alternativa fácil porque los sanitarios son reacios a estos cambios y se atrincheran en lo curativo, vertical e individual, esto es, en ideas y prácticas contrarias a la promoción de la salud. El profesional de la salud tiene que aprender en primer lugar a actuar como 'mediador' de las actividades de los individuos, familias y comunidades (de dificultad intermedia alta).

c.- El cambio de las estructuras y de los condicionamientos que impiden el desarrollo de la salud universal, que es multisectorial y dependiente de voluntades y decisiones políticas, paz, equidad, justicia, ecosistemas, educación básica, ingresos, alimentación y vivienda adecuados... Una propuesta que otorga carácter revolucionario a la promoción de la salud, que tiene que desafiar la ciega tenacidad de las estructuras de poder que mayoritariamente defienden intereses conservadores, y sólo muy rara vez se atreven a transferir recursos de los sectores privilegiados de la sociedad en beneficio de los menos favorecidos. Un proceso tendente a modificar las relaciones sociales de modo que sean inaceptables la marginación, la inequidad y la degradación ambiental (de dificultad máxima.)

## Construir el futuro

La transición del paradigma del industrialismo (caracterizado por la fábrica, la gran empresa, la burocracia, los servicios centralizados o la urbanización a gran escala), al postindustrialismo (informacionalismo, según la denominación de Manuel Castells), ha representado el rejuvenecimiento del sistema económico y la conformación de una nueva estructura social. Como es lógico, el auge de las políticas neoliberales ha tenido un gran impacto sobre todos los sectores de la sociedad, también sobre la salud y los sistemas sanitarios, que han experimentado las consecuencias de la consolidación del denominado “modelo biomédico” y de la mercantilización acelerada de la salud, y, en esa medida, la negación de Alma Ata y Ottawa.

Los postulados de “Salud para Todos” siguen plenamente vigentes, como prueba el que, adentrados en el siglo XXI, sigamos constatando que la realidad biológica continúa íntimamente vinculada a la realidad social. Es la estructura social la que determina los patrones de enfermedad, como muestran, por ejemplo, las epidemias del SIDA o de la diabetes. ¿Como explicar la propagación del VIH sino a través de patrones sociales, o como analizar la pandemia de diabetes tipo II sin estudiar la política económica agroalimentaria?

La secuencia final del genoma humano fue anunciada en 2001 en medio de una impresionante fanfarria de entusiasmo biomédico. Y muchos científicos todavía mantienen la esperanza de que estamos en el inicio de terapias génicas que curarán una buena parte de la enfermedades, pero olvidan que el principal determinante de enfermedad es la organización social humana y que hay una indisoluble asociación entre inequidades sociales y enfermedades. Basta sino, analizar los últimos desastres ambientales y comprobar la relación íntima entre catástrofe y organización social: Tsunami (2004); Katrina (2005), el terremoto de Cachemira (2005). Grandes desastres en los que el comportamiento humano y la organización social tienen la responsabilidad última. Quizás el huracán Katrina ha sido el caso más llamativo porque fue un enorme desastre en el país más rico del mundo y con una intensidad del huracán que había descendido a fuerza 3 cuando llegó a Nueva Orleans. Como ha dicho un sociólogo, la única forma de comprender estos desastres es realizando una “autopsia social”.

Cabe destacar que, dentro de las tendencias negativas de las políticas de salud, hay interesantes fenómenos a contracorriente, como la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, constituida en el año 2005, dependiente de la OMS, o el Programa Global de Ciudades saludables, promovido en base a las propuestas de Ottawa, aunque desafortunadamente nunca ha tenido suficiente respaldo político o financiero.

En resumen, la recuperación del reto de “Salud para Todos” es una tarea de gran envergadura, casi como luchar por lo imposible aunque, en este ámbito nada debería serlo. Y el primer paso tiene que ser el entender la salud en su verdadera dimensión holística e integradora, en una nueva perspectiva epistemológica que la libere de las servidumbres del pensamiento neoliberal. Un trabajo en el que ya existen interesantes antecedentes: El enfoque biopsicosocial (con un gran desarrollo dentro de la psiquiatría), la perspectiva comunitaria e integral (promovida desde atención primaria), la eco-salud, la antropología de la salud o las importantes aportaciones a la Salud del movimiento feminista.

Es necesaria una reflexión más allá de la medicina y de la salud, que permita repensar nuestra propia práctica y postulados epistemológicos, en un mundo cada vez más interdependiente, globalizado. Cuestionar la medicina actual, su papel y su poder, se inscribe en un marco mucho más amplio que también cuestiona la división social del trabajo, la crisis del medioambiente, lo que entendemos por desarrollo, o la supremacía epistemológica del racionalismo científico. La crisis de

la salud, pues, está estrechamente ligada a la crisis social, sobrepasa sus componentes económicos y políticos, y se incluye en el ámbito de la cultura, la filosofía, la ética y los valores.

## Referencias

- Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS (2006) *The limits of reductionism in Medicine: Could Systems Biology offer an alternative?* PLoS Med 3 (6): e208
- Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS (2006) *The Clinical Applications of a Systems Approach.* PLoS Med 3(7): e209
- Baum F.: *¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI.* Medicina social.2007; 2(1): 37-46. ([www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)).
- Capra F. (2006) *Las conexiones ocultas.* Ed. Anagrama.
- Frenk J. (1992): *La Crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate.* Washington DC: OPS - Publicación Científica 540
- Holtz T.H, Holmes S, Stonington S, Eisenberg L.(2006): *La salud es todavía social.* PLoS Med 3(10): e310.([www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org))
- Kuhn T. (1993): *The Structure of Scientific revolution.* Chicago: University of Press,
- Lesley Doyal. (1995): *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health.* Macmillan, London.