

1

Concepto de salud pública

V. López Santos y A. Frías Osuna

UNIVERSIDAD DE SALUD PÚBLICA
MILLONARIOS

SALUD: CONCEPTO Y EVOLUCIÓN

El deseo de los hombres por gozar de salud, con objeto de realizar todo aquello para lo que su racionalidad les capacita, es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Los intentos por definirla, a pesar de su valor extraordinario y relativo, han sido y continúan siendo múltiples y pluralistas.

El concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales (1). El significado preciso de la palabra salud es distinto de un grupo social a otro y, es más, de persona a persona, como bien indica René, ecologista francés, quien ya en 1959 explicó que «los términos salud y enfermedad carecen de significado a menos que sean definidos en relación con una cierta persona que funciona en un ambiente social y físico determinado» (2).

No obstante, debe realizarse un recorrido histórico por los criterios que han determinado la idea de salud.

Evolución del concepto

A lo largo de la historia y hasta mediados del siglo xx la idea de salud se ha caracterizado por su concepción biologicista y por ser definida a partir de la enfermedad (3).

Durante siglos la enfermedad se ha explicado sucesivamente desde las teorías demoníaca, mítica, humoral, miasmática y microbiana.

De acuerdo con la teoría demoníaca primitiva, el dolor, la enfermedad y la muerte estaban causados por espíritus malignos. Su actuación curativa consiste en ofrecer sacrificios y ofrendas para aplacar los entes maléficos, y lo que podría denominarse actuación preventiva estaba representada por el uso de amuletos o sustancias que alejaban a los demonios.

El saber artesanal de los exorcistas, como el de los magos, había sido puesto por escrito en la Edad de Bronce y continuó transmitiéndose durante la Edad de Hierro.

En Grecia había dioses medicinales, como Esculapio, que llevaban a cabo curas milagrosas en sus templos. Pero aparte de

Salud: concepto y evolución

Evolución del concepto

Definición de la OMS

Concepto actual de salud

Necesidades de salud

Salud pública: concepto y evolución

Perspectiva disciplinaria

Enfoque desde el ámbito de intervención social

éstos se desarrolló una escuela de médicos que desecharon los atavíos mágicos de los exorcistas, pero no sus fármacos, y confiaron en tratamientos manuales y químicos. A juzgar por los escritos existentes, que comienzan con Hipócrates, la tradición médica griega se caracteriza por su emancipación de la demonología y por su objetividad en la observación y registro de los síntomas.

Según Hipócrates, los elementos esenciales del cuerpo humano, de cuya alteración provenían las enfermedades, eran cuatro: flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra. Esta teoría de los cuatro humores dominó mucho tiempo y aún se extendió un siglo más allá de la Edad Media.

Durante la época de la epidemia de cólera (1828-1838) en Europa, el temor infinito al enemigo invisible y sutil que cercenaba vidas en cualquier momento y en los sitios más inverosímiles, acentuó la idea de la contaminación por emanaciones o pestilencias que estaban en el aire. Los miasmas obligaron a todas las personas a pensar en protegerse con los más variados atuendos. Ello involucra, en cierto modo, que en la concepción del aislamiento ejercitado para prevenir las enfermedades transmisibles estaba presente la idea de contagio.

En la segunda mitad del siglo XIX, los trabajos de Pasteur y Koch alimentan la esperanza de un pronto predominio sobre la enfermedad, a través del hallazgo del germen que la origina y se circunscribe a la etiología como causa única. A finales de siglo, cuando Koch presenta su descubrimiento del *vibrio comma* ante la comunidad científica, es atacado por Von Pettenkofer, epidemiólogo de la época, quien lo acusa de necedad por pretender encerrar en una probeta «la causa» del cólera, cuando «sus causas» son «la ignorancia, la miseria, el hacinamiento y la insuficiencia del saneamiento ambiental».

A pesar de estas ideas, la teoría microbiana avanza y el desarrollo de la bacteriología y de la quimioterapia alcanzan el éxito en el combate frente a la enfermedad. Ésta era la gran preocupación de los colectivos humanos y no tanto la salud que, durante mucho tiempo, se ha definido como «la ausencia de enfermedad».

Definición de la OMS

Según Caba (4), Vicepresidente de la Asamblea Mundial de la Salud, «La salud no es lo opuesto a la enfermedad [...] El concepto de salud es inseparable de la paz y de la amenaza de guerra, de la eliminación de la pobreza y de la marginación, de la conservación del medio ambiente, de la reducción del desempleo. La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e individuales y deben formularse como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas». Señala que ésta es la línea de pensamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir la salud en 1946, en su Carta Constitucional, en términos positivos como: «El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Los aspectos innovadores de esta definición, como la expresión de un estado óptimo positivo y la incorporación de las áreas mental y social, hizo que marcara un hito en su momento, aunque ha sido muy criticada por:

1. Ser utópica.
2. Equiparar bienestar a salud.
3. Expresar más un deseo que una realidad.
4. Considerar la salud como un estado fijo.
5. Ser una definición subjetiva.

Entre los autores críticos a la definición de la OMS, Milton Terris señala que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a «sentirse bien», y el otro objetivo que implica «la capacidad para la función». Sobre esta base propone eliminar la palabra «completo», ya que

tanto la salud como la enfermedad no son valores absolutos; existen distintos grados de salud, como hay distintos grados de enfermedad, e incluir un aspecto objetivo, la capacidad de funcionar (5).

La definición de Terris, «estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionar y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades», siendo operativa, presenta sin embargo el inconveniente de no considerar la enfermedad en su fase precoz, obviando aquellas que pueden no producir síntomas, ni limitar la capacidad de funcionamiento, pero que existen.

No obstante, la OMS adopta un enfoque prospectivo y dinámico, pero difícilmente alcanzable por todas las sociedades (1). Dicha definición resulta valiosa como mecanismo de motivación que contribuye a modificar formas sociales inadecuadas. En este sentido, la concepción ideal de salud servirá para mejorar los niveles de salud existentes. Aunque nunca se vaya a alcanzar el estado ideal de salud carente de toda enfermedad, sirve para señalar constantemente nuevos objetivos en la práctica sanitaria.

Concepto actual de salud

El enfoque positivo de la salud dado por la OMS ha hecho que en este último tercio del siglo xx, se asista a una nueva cultura de la salud, en la que se han desarrollado modelos explicativos que permiten integrar las complejas interacciones de los factores biológicos y sociales.

Entre estos nuevos enfoques cabe destacar el modelo ecológico el cual, apoyado en el desarrollo de la ecología humana, explica la salud desde el proceso adaptativo del hombre a su complejo medio físico y social.

Como bien señala Hernán San Martín (6): «Nos ha costado siglos para darnos cuenta que nuestro bienestar biológico, social y mental, que la salud y la enfermedad, no son meros accidentes en nuestra vida, ni tampoco premio o castigo que nos caen del cielo, sino que corresponden a situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado».

Son varios e importantes los autores que explican la salud bajo este enfoque ecológico.

René Dubos (2), en 1959, presenta la salud y la enfermedad no como meros acontecimientos biológicos, sino como fenómenos en que lo cósmico, lo vital, lo histórico y lo biográfico individual y colectivo aparecen en una unión indisoluble, en un marco de estructuras sociales definidas, definiendo la salud como «el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio».

El mismo autor se refiere a la definición de salud dada por Katherine Mansfield: «Por salud únicamente puedo entender el poder de llevar una vida plena, adulta, viviente, alentadora, en íntimo contacto con lo que amo –la tierra y sus maravillas [...] el mar [...] el sol [...] Yo quiero ser todo aquello que soy capaz [...]».

En esta misma línea, Carcavallo y Plencovich (7) piensan que la salud es «La correcta aptitud para dar armónicas respuestas a los estímulos del ambiente y del propio cuerpo, que asegura una vida activa y creadora y una descendencia apta», y continúan diciendo que, según este enfoque ecológico, «es normal sentir dolor si nos quemamos con un fósforo, que nos enojemos si nos insultan, que estemos tristes si muere un amigo, que nos preocupemos si tenemos una deuda y que se inflame la dermis si entra un estafilococo».

En 1976, el X Congreso de Médicos y Biólogos de Cultura Catalana describía la salud como «una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa», relacionándose armónicamente con el medio y sus semejantes.

Ivan Illich afirma que «salud es, después de todo, una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con que los individuos hacen frente a sus estados internos y sus con-

diciones ambientales», incluyendo la noción del equilibrio de las fuerzas vitales, de armonía, de autonomía y responsabilidad en el proceso de adaptación al medio ambiente (8).

Hernán San Martín considera que «la salud es un fenómeno psicobiológico, social, dinámico, relativo, muy variable. En la especie humana corresponde a un estado ecológico-fisiológico, social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social» (6). Posteriormente, en 1985, señala que: «la salud es una noción relativa, que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un estado mórbido» (1).

Muchas más son las definiciones aportadas en nuestro tiempo sobre la salud, y en todas ellas destaca la adaptación como cualidad de vida.

Esta adaptación requiere de un proceso dinámico en el complejo medio natural y socio-económico-cultural que nos rodea y está condicionado por múltiples factores que influyen en el estado de salud.

En la actual concepción de la salud ésta se considera como una variable dependiente influenciada por diversos factores o determinantes, los cuales condicionan el nivel de salud de los hombres, no pudiendo ser considerados de forma aislada sino en constante interacción. Estos factores fueron analizados por Lalonde (9), Ministro de Salud y Bienestar del Gobierno Canadiense en 1974, quien determinó la interacción de las siguientes cuatro variables:

Biología humana. Genética, envejecimiento.

Medio ambiente. Contaminación física, química, biológica y psicosocial y sociocultural.

Estilo de vida. Conductas de salud.

Sistema de asistencia sanitaria.

Todas estas variables, aunque la biología en menor medida, pueden ser modificables por acciones conjuntas de toda la sociedad hacia una mejor salud pública.

Necesidades de salud

Según una encuesta realizada entre 1986 y 1989 y presentada por el profesor Díez, el 47 % de la población española mayor de 18 años considera que tener buena salud es el aspecto más importante de su vida. Otro aspecto destacable es que más de dos tercios de los encuestados calificó de mala o muy mala la atención recibida en los centros de la Seguridad Social, no estando satisfechos de la asistencia sanitaria pública (10).

A veces, las demandas de salud de la población no obtienen la respuesta esperada, dada la diversidad de factores que influyen en el comportamiento del individuo frente a su propia percepción de necesidad de salud. Además, no puede olvidarse que la percepción de necesidades de salud de la población, con frecuencia, no coincide con las necesidades identificadas por los profesionales de la salud o administradores de los servicios de salud, y que la visión de los políticos respecto a las necesidades de salud es también diferente.

Las actuales necesidades de salud, producto de un compleja estructura social, exigen una reorientación de los servicios establecidos, en orden a dotarlos de la flexibilidad necesaria para responder de forma adecuada a los nuevos retos planteados. Estas necesidades, como bien dice San Martín, «no son inmutables, el desarrollo social y cultural es creador de nuevas necesidades» (11).

Para Pineault, «la necesidad representa la diferencia entre lo que existe y lo que es deseable en términos de estado de salud, servicios o recursos» (12).

Para Hogarth, «la necesidad corresponde a una deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos y que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación» (13).

Donabedian dice que «se trata de una perturbación de la salud y del bienestar» (14).

La percepción de necesidad de salud de los individuos está fundamentalmente determinada por la concepción de salud y enfermedad que tenga el grupo social al que pertenecen.

SALUD PÚBLICA: CONCEPTO Y EVOLUCIÓN

Aunque la definición de salud pública dada por Winslow (1920) supuso un intento loable de ordenar las diferentes representaciones que de este término se tenían en aquel momento, su conceptualización sigue ofreciendo serias dificultades.

Términos como sanidad, atención sanitaria, higiene pública o administración sanitaria aparecen como los definidores más usuales cuando se explora este concepto a lo largo del tiempo. Mientras que otros como medicina social o medicina preventiva se presentan compartiendo el espacio común de lo colectivo, sin llegar por ello a una reconciliación integradora.

A esta dificultad terminológica, motivada en gran medida por el carácter multifacético de esta disciplina, se suma la alternancia de planos (epistemológico y práctico) en el que nos movemos al afrontar el término salud pública.

Una mirada atenta a algunas de las múltiples definiciones de salud pública existentes ratifican esta afirmación.

En la definición de Winslow, a la que antes aludíamos, la salud pública se presenta como «la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad» (15). En esta definición el acento está puesto en las finalidades y estrategias de intervención en lugar de en el contenido científico de esta disciplina, con el que engarza el autor al darle la denominación de ciencia.

Sonis, por el contrario, nos plantea diferentes formulaciones en función de la perspectiva de análisis en la que se sitúe: salud pública como filosofía social, como empresa del sector público, como sistema o como actividad científica.

En una primera aproximación global al estudio de la misma, la considera como «una condición o grado de bienestar físico, mental y social de la comunidad; una ciencia y un arte cuyo objetivo es promover y procurar el más alto nivel de ese bienestar; una actividad multiprofesional especializada en la aplicación de ese arte y esa ciencia; una pragmática racional destinada a convertir en hechos los objetivos trazados según un orden lógico de prioridades y bajo el principio de una sana justicia distributiva; un conjunto de estructuras y condiciones físicas, administrativas, legales y financieras que aseguren la efectividad y continuidad de las acciones; una evaluación permanente de los resultados y los métodos empleados, con una apertura para la investigación de todos los fenómenos que afectan la vida del hombre y de la comunidad, para asegurarse el goce pleno de sus derechos a la salud y el bienestar, físico, social y económico» (16). En esta formulación tanto la superposición de planos como el polimorfismo del concepto son fácilmente apreciables.

Por el contrario, la definición emitida por la OMS en el año 1973 constituye un claro exponente de la perspectiva praxica, al considerar la salud pública como el conjunto de «todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos y de la educación para la salud».

Del estudio de las diferentes definiciones revisadas (Sonis, Salleras, Serigo, San Martín, Piédrola, Freeman y Holmens) pueden extraerse tres acepciones diferentes del término.

1. La salud pública entendida como la salud que goza la población en unas coordenadas espaciotemporales determinadas.
2. La salud pública como disciplina perteneciente al área de las ciencias aplicadas.
3. La salud pública como conjunto de acciones que se realizan en pro de la salud de los ciudadanos, fundamentalmente desde el sector público, ya sean éstas tecnosanitarias, legales o administrativas.

Las dos últimas se sitúan, respectivamente, en lo que hemos dado en considerar como nivel epistemológico y ámbito de intervención social, objeto de este apartado.

Perspectiva disciplinaria

El análisis de cualquier disciplina científica exige una reflexión sobre su finalidad y objeto, el marco teórico que la sustenta y los instrumentos metodológicos de los que se dota para construir su propio conocimiento. Tarea ardua y difícil cuando se trata de una disciplina tan extensa y poco delimitada como es la salud pública, hasta el punto de hacer cuestionar la eficacia y la eficiencia de este empeño.

No obstante, a pesar de las limitaciones que puede presentar este análisis, se considera imprescindible para todos aquellos que hemos hecho de la enseñanza e investigación en salud pública el objeto de nuestro trabajo.

Si consideramos como finalidad de la salud pública contribuir a la mejora de salud de la población, a través de un conocimiento cada vez más ajustado de la dinámica salud/enfermedad en la población y de los procedimientos y recursos a utilizar para conseguirlo, su objeto de estudio no puede ser otro que el propio fenómeno salud/enfermedad en su expresión colectiva y el movimiento o respuesta que se genera en torno a él.

La amplitud y complejidad subyacente en cada uno de estos aspectos hace evidente la dificultad para aprehender este objeto desde un cuerpo específico de conocimiento y una metodología propia.

Esta dificultad ha determinado que la aproximación al objeto se haya realizado desde sus distintas dimensiones constituyentes (el fenómeno salud/enfermedad en sí mismo y la atención a la salud), en función de la conceptualización de la disciplina en sus diferentes estadios evolutivos, las necesidades e intereses sociales de cada momento y el nivel de desarrollo científico alcanzado en otras áreas de conocimiento, cuya contribución resultaba imprescindible para el estudio de estas parcelas de la realidad.

Sin el desarrollo de la microbiología, la demografía o la estadística, la epidemiología difícilmente hubiera podido alcanzar el *status* del que goza en estos momentos. Algo similar ocurre con la salud ambiental, subsidiaria tanto de las ciencias básicas como de la ecología. Y con la administración de salud, ámbito que está experimentando un tremendo auge, a raíz de la incorporación de marcos conceptuales y metodológicos provenientes de las ciencias sociales, en especial de la sociología y la economía.

Poniendo en relación las dos grandes dimensiones –fenómeno salud/enfermedad y atención a la salud– que hoy consideramos que conforman el objeto de estudio de la salud pública, con las disciplinas científicas en la actualidad englobadas en ella, al tener como sujeto y punto de mira de sus actividades a entidades o fenómenos colectivos, en lugar de sujetos o hechos individuales (epidemiología, salud ambiental y administración de salud) puede observarse que la primera dimensión abordada en la historia evolutiva de la salud pública fue la referida al propio fenómeno de salud/enfermedad, hecho totalmente lógico dada la preocupación de la época por hallar las causas de la enfermedad y el escaso desarrollo de los servicios de salud.

En un primer momento, el conocimiento del fenómeno salud/enfermedad se circunscribió al estudio de las enfermedades infecciosas, dando lugar a la epidemiología y a la comprensión

de los factores medioambientales relacionados con la salud, constituyendo lo que tradicionalmente se ha denominado Higiene y Saneamiento ambiental.

En su evolución, la epidemiología ha ido ampliando su área de conocimiento, pasando del estudio de las enfermedades transmisibles a «el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre» (17) para, en estos momentos, enfrentar el reto de estudiar no sólo la enfermedad, sino la propia salud (18). Su método, fuertemente apoyado en el conocimiento estadístico, constituyó desde sus principios una herramienta potente, tanto desde el punto de vista descriptivo como explicativo. Aunque Rothman considera que no es hasta la última etapa en la que la epidemiología se abre al estudio de múltiples y variados problemas de salud, cuando en ella empieza a tomar forma un cuerpo de principios epidemiológicos sistematizados. Así mismo, considera como un error seguir manteniendo la separación entre epidemiología descriptiva y analítica y advierte de los riesgos de una asimilación mimética de los métodos estadísticos. «Tales métodos acabaron frecuentemente incorporados a la práctica epidemiológica, no siempre sobre una base teórica coherente» (19).

La Higiene Ambiental, por el contrario, fue en sus comienzos una disciplina más normativa, preocupada por elaborar directrices y recomendaciones, que una disciplina científica. En estos momentos, aunque no ha perdido su dimensión práctica, está respaldada por un cuerpo sólido de teorías, derivado fundamentalmente de las ciencias biológicas y medioambientales.

La segunda dimensión, referida a la atención a la salud, tiene un desarrollo muy posterior, ya que, hasta bien entrado el siglo xx, la asistencia a la enfermedad y el cuidado de la salud se consideraban una práctica y una responsabilidad básicamente individuales.

Con la implantación de políticas basadas en la filosofía del estado del bienestar, en la mayoría de los países europeos los servicios sanitarios experimentan un notable desarrollo, atrayendo hacia sí una cantidad ingente de recursos. El sector salud se convierte en una gran empresa y su organización y gestión en uno de los problemas principales para cualquier gobierno. Surge de este modo el interés por la administración sanitaria, hasta entonces circunscrita al conocimiento de la legislación y la estructura sanitaria pública. En la actualidad, ésta es una disciplina de síntesis que tiene en las ciencias sociales, políticas y empresariales sus referentes conceptuales y metodológicos.

Un tratamiento especial merece la Educación para la Salud, claramente situada en la segunda dimensión al constituir uno de los recursos básicos de la atención a la salud, pero con una doble dependencia en su estructura conceptual –ciencias de la salud/ciencias de la educación– y una entidad educativa clara en cuanto a sus métodos de trabajo e investigación.

Otro elemento que dificulta todavía más la circunscripción de la educación para la salud a un ámbito concreto es su carácter de instrumento, tanto para la atención y el cuidado individual como para el colectivo.

Para cerrar esta línea argumental, cabe solamente aludir a un conjunto de disciplinas cuyos objetos de estudios están tremendamente imbrincados con el de la salud pública, en las dos vertientes planteadas. Estamos refiriéndonos, fundamentalmente, a la sociología y a la economía de la salud. Ambas tienen su campo bien delimitado, pero chocan en su ámbito de competencias con la salud pública, cuando ésta, desde una concepción global y colectiva del fenómeno salud/enfermedad, se adentra en los condicionantes sociales y económicos de la misma.

La salud pública asume, desde el plano de análisis en el que estamos situados, el rol de constructo aglutinador de las diferentes áreas de conocimiento que conforman el espacio de las ciencias de la salud, centradas en el estudio de lo colectivo, respetando no obstante la identidad de cada disciplina. Este hecho le permite conjugar la visión holística con el tratamiento especializado.

Para abordar el problema del método es fundamental reparar en que la finalidad y el objeto global de la salud pública pertenecen a los tres planos básicos de la realidad humana:

el mundo físico, el biológico y el social. Hecho en gran medida responsable de la pluralidad conceptual y metodológica que presenta esta disciplina, dado que cada uno de estos sustratos de la realidad exige una aproximación científica diferente.

Mientras que la investigación de un fenómeno físico produce, a través de los diseños analíticos y experimentales, un conocimiento de tipo «explicativo» que permite una cierta predicción y control de ese fenómeno, en el mundo social este tipo de conocimiento está cada vez más cuestionado tanto por su finalidad (explicación, predicción y control) como por la dificultad para acceder a él. «La idoneidad de cada tipo de conocimiento en particular dependerá del "telos" o finalidad a la que se sirve» (20).

La explicación, en el sentido clásico de la ciencia, está siendo sustituida por otras formas de conocimiento derivadas del paradigma interpretativo y crítico, no sólo por la dificultad que representa la construcción de modelos teóricos previos, que contemplen las múltiples variables e interacciones implicadas en cualquier hecho social que se pretenda estudiar, sino por la propia naturaleza de la acción social, imposible de desentrañar con los esquemas tradicionales.

José Luis Sampedro, al referirse a este problema en el ámbito de las ciencias económicas, emplea una sugerente metáfora para poner de manifiesto la imposibilidad de abordar, con un mismo instrumento metodológico, realidades tan distintas como el reloj (sistema mecánico), el gato (sistema biológico) y Madagascar (sistema social). «El error de muchos economistas actuales consiste en entrenarse en relojería para actuar sobre lo social, dando por hecho que Madagascar es interpretable según el modelo del reloj [...]. Tales economistas incluso se ufanan de su preparación técnica, porque ciertamente el reloj puede explicarse con más precisión que Madagascar [...]. En otras palabras, el error de esos economistas consiste en querer estudiar la realidad social con instrumentos conceptuales únicamente aptos para analizar sistemas mecánicos y, sólo en cierta medida, los biológicos» (21).

Esta crítica llegada del ámbito económico puede ser perfectamente trasladable al campo de la salud pública, cuando queremos someter cualquier investigación no clínica a los parámetros y criterios de la ciencia epidemiológica, o cuando pretendemos que la evaluación de un programa de intervención pase necesariamente por un diseño, al menos cuasi experimental, sin tener en cuenta cuál es la finalidad de la misma. Con ello no queremos defender la falta de rigor que en ciertos trabajos se observa en la aplicación de diseños cualitativos, debido al desconocimiento y el mal uso de los mismos, sino el espíritu de apertura que la nueva conceptualización de la salud y los problemas que están emergiendo en este sector nos exige.

En 1980, la Oficina Regional para Europa de la OMS aprueba en Fez (Marruecos) una estrategia regional para el fomento de la salud en todos los estados miembros, que se concreta de forma operativa en 1984, con la formulación de 38 metas bases del programa «Salud para todos en el año 2000».

La consecución de estas metas exige la definición de estrategias de salud intersectoriales y la puesta en marcha de mecanismos que posibiliten alcanzar estos objetivos.

Uno de estos mecanismos recogidos explícitamente en la propia formulación es la investigación. «Antes de 1990, todos los Estados Miembros deberían haber formulado estrategias investigadoras, encaminadas a estimular la realización de investigaciones que mejoren la expansión del conocimiento necesario para apoyar sus desarrollos, de cara a conseguir la salud para todos» (22).

Se trata, como continúa exponiendo el documento, de identificar las lagunas existentes en el conocimiento necesario para apoyar las estrategias de «Salud para todos en el año 2000», definir prioridades de investigación y establecer mecanismos para asegurar la aplicación efectiva de los nuevos conocimientos. «El conocimiento es esencial para transformar una política en una realidad y la investigación es el instrumento más poderoso para obtener ese conocimiento» (23).

La política de investigación, que se derive de la aplicación de la estrategia del programa, debe tener en cuenta, entre otros elementos, el carácter interdisciplinario e intersectorial de la investigación en salud, fomentando este tipo de investigaciones, y asegurando en ellas una representación equilibrada de todas las disciplinas y sectores implicados.

En nuestro país, tras la definición por el Ministerio de la estrategia de salud para todos en España, con una política orientada a añadir años a la vida, vida a los años y salud a la vida, el Programa Nacional de Investigación en Ciencias de la Salud define cuatro grandes líneas de investigación, acordes con esta política: estado de salud y enfermedad; estilos de vida y salud, medio ambiente y salud, y políticas de salud.

La primera engloba el estudio de los procesos biológicos del organismo y el quebranto del estado de salud debido a los mismos; la segunda se centra en los temas relacionados con el comportamiento del individuo y su repercusión en la salud; en la referida a medio ambiente y salud se aborda el efecto de los factores medioambientales sobre ésta y, por último, la de política sanitaria incluye el estudio de los instrumentos para una política de salud, la evaluación de la asistencia sanitaria, el desarrollo de la tecnología sanitaria, la investigación sobre los servicios de salud y los métodos y técnicas educativas [24].

Estas líneas de investigación, enraizadas en el nuevo paradigma de salud, pueden ensanchar enormemente el horizonte conceptual de las ciencias de la salud, abriendo el camino a una construcción interdisciplinaria del conocimiento y estimular un crecimiento disciplinario, centrado en dar respuesta a las necesidades de salud de la población y a los problemas que la atención a la misma tiene planteado en estos momentos.

Enfoque desde el ámbito de intervención social

Independientemente de la existencia o no de la salud pública como disciplina, en todas las sociedades, desde las más primitivas a las más complejas, se han dado prácticas de atención y cuidados más allá de la esfera de lo individual. La salud pública, antes que una disciplina científica, fue y sigue siendo un ámbito de intervención social, en el que el subsistema científico encuentra su razón de ser.

Abordar su estudio desde esta perspectiva nos lleva a analizar, aunque sea de forma somera, las distintas acciones y actividades que bajo esta denominación se han venido realizando en nuestra sociedad y la filosofía subyacente en las mismas.

En una primera etapa, las actividades asociadas con la salud pública se centraban fundamentalmente en el saneamiento del medio, el control sanitario de los establecimientos públicos, la vigilancia y prevención de las enfermedades transmisibles, etc. La idea que animaba esta forma de abordar los problemas colectivos de salud corresponde, claramente, a una concepción biologicista y negativa de la salud y a un modelo de organización social, en los estados modernos, centrado en la teoría liberal.

Para el liberalismo el papel del estado debía reducirse al mínimo, su misión era fundamentalmente de arbitraje y suplencia. El estado únicamente debía intervenir cuando la iniciativa privada se mostrara incapaz de dar respuesta a un determinado problema. La asistencia sanitaria a la población quedaba fuera del marco competencial del estado, salvo en los casos de indigencia, para los que existía un servicio público que cubría las necesidades más perentorias.

Con la evolución de la sociedad hacia el estado del bienestar, la política social se orienta a garantizar un cierto nivel de vida a todos los ciudadanos a través de la intervención estatal en la vida económica y social. El estado se convierte en garante de los derechos sociales. Se desarrollan entonces los sistemas de protección social que, de forma incipiente, se habían puesto en marcha tanto en Inglaterra como en Alemania tras la revolución industrial.

Desde este modelo de estado social democrático e intervencionista, la salud es considerada uno de los derechos fundamentales de la persona, y entra a formar parte del capítulo de prestaciones sociales. Pero la concepción de la misma se encontraba, más que nunca, anclada en la enfermedad. La medicina reparadora se convierte en el eje de la actividad sanitaria pública. Tanto la industria como los estados necesitaban mantener su capital humano en condiciones de producir. La enfermedad se había convertido en un enemigo del capital y su atención en una de las reivindicaciones más sentida por los trabajadores. La organización y gestión de los servicios de asistencia sanitaria se erige en centro de atención de la actividad pública, aunque se sigue identificando la salud pública únicamente con las actividades de vigilancia epidemiológica y medioambiental, manteniéndose como área marginal dentro del sistema. Estas funciones tradicionales de la salud pública eran desarrolladas directamente por la administración del Estado, mientras que la actividad asistencial, aunque regulada y controlada por él, era competencia de los sistemas de Seguridad Social.

En las últimas décadas se produce un movimiento de reforma en la mayoría de los países europeos, motivado fundamentalmente por el cambio en los patrones de morbimortalidad, la concepción de salud emergente, la elevación del nivel de conciencia de la población y la necesidad de racionalizar los recursos dentro del sistema de servicios de salud. Se crean entonces los llamados Servicios o Sistemas Nacionales de Salud, caracterizados fundamentalmente por la integración de todas las actividades de salud en un dispositivo estatal, terminando con la tradicional división entre actividad preventiva y curativa; por una orientación del sistema hacia la promoción de salud y el desarrollo de la atención primaria; por una extensión de la cobertura a toda la población; por una ampliación de las prestaciones a áreas hasta entonces no contempladas; y, por último, por la introducción de mecanismos de racionalización del sistema como la planificación sanitaria.

Con este modelo de atención a la salud, la salud pública comienza a desarrollarse en la dirección con que hoy la reconocemos. La división entre asistencia sanitaria y salud pública queda superada.

BIBLIOGRAFÍA

1. San Martín H. Crisis mundial de la salud ¿Salud para nadie en el año 2000? Madrid: Ciencia 3, 1985.
2. Dubos R. El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.
3. Lain Entralgo P. Historia de la Medicina, 8ª ed. Barcelona: Salvat, 1986.
4. Caba P. Salud para todos. En: Clavería Soria L y cols., eds. La sanidad española a debate. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 1990; 9-22.
5. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI, 1980.
6. San Martín H. La crisis mundial de la salud: problemas actuales de la medicina social. Madrid: Karpos, 1982.
7. Carcavallo R, Plencovich A. Los ecólogos de la salud. Caracas: Monte Ávila Editores, 1975.
8. Illich I. Némesis médica. México: Joaquín Martíz/Planeta, 1978.
9. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
10. Díez Nicolás J. La socialización de la asistencia sanitaria y la evolución de la demanda. Sociedad, universidad y empresa en la medicina. Madrid: Farmaindustria, 1989.
11. San Martín H. Salud pública y medicina preventiva, 2ª ed. Barcelona: Masson, 1989.
12. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias. Barcelona: Masson, 1987.
13. Hogarth J. Glossary of health care terminology. Regional Office For Europe. Copenhagen: World Health Organization, 1978.
14. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
15. Ferrara FA, Acebal E, Paganini JM. Medicina de la comunidad. Buenos Aires: Interamericana, 1976.

16. Sonis A. Medicina sanitaria y administración de salud. Barcelona: El Ateneo, 1982.
17. MacMahon B, Pugh T. Principios y métodos de epidemiología. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.
18. Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología. Principios-Técnicas-Aplicaciones. Barcelona: Salvat, 1987.
19. Rothman KJ. Epidemiología moderna. Madrid: Díaz de Santos, 1987.
20. Carr W, Kemmis St. Teoría crítica de la enseñanza: la investigación-acción en la formación del profesorado. Barcelona: Martínez Roca, 1988.
21. Sampedro JL. El reloj, el gato y Madagascar. Revistas de Estudios Andaluces, 1983; 1: 120.
22. Junta de Andalucía. Salud para todos 2000. Salud entre Todos. Separata técnica. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1988.
23. Anthropos. La producción social de la salud y la enfermedad: perspectivas actuales. Nuevas iniciativas y planteamientos institucionales. Barcelona: Anthropos, 1991.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fondo de Investigación Sanitaria: Memoria 1990. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991; 13-65.