

Recibido: 27 de diciembre de 2001
Aceptado: 12 de marzo de 2002

**Manuel
Barquín Calderón**

Coordinador Académico
de Programas
Interdepartamentales,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional
Autónoma de México

La moderna salud pública

RESUMEN

En el momento actual se considera necesario definir en forma clara el objetivo y los límites de la salud pública, pues a través de la historia han variado tanto la definición como los alcances de ésta. La salud pública debe considerarse un campo multidisciplinario en el cual confluyen muchas actividades humanas; sin duda, el objetivo central es integrar acciones dirigidas al medio ambiente que coadyuven a elevar el nivel de salud de las comunidades, distinguiéndose de la atención médica, en la cual las actividades están enfocadas a los individuos.

SUMMARY

At present, it is necessary to define very precisely the objective of Public Health and its limitations because throughout its history there have been variations in the definition and scope of Public Health. Public Health is a multidisciplinary field in which many human activities come together but no one can deny that its goal is to raise the level of the health of a community through activities applied to the environment, while medical care is a discipline that searches to elevate the level of the health of a person by means of actions directed toward the individual, this field the responsibility of the medical profession. Even though both are different fields, they should be coordinated to achieve the best results.

Correspondencia:

Manuel
Barquín Calderón.
Tel.: 5568 4401.
Fax: 5568 4872.

Correo electrónico:
barquin@servidor.unam.mx

Introducción

En una forma simplista, el término *salud pública* equivale al concepto salud aplicado en forma colectiva y con fuerte participación gubernamental; sin embargo, ésta no es la única interpretación. No sin ciertos tintes mesiánicos, Winslow definió esta disciplina 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 para:

1. Saneamiento del medio.
2. Control de las enfermedades.
3. Educación sanitaria.
4. Organización de los servicios médicos y de enfermería.

5. Desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

De tal modo que los beneficios lleguen a cada ciudadano y éste se encuentre en condiciones de gozar del derecho natural a la salud y a la longevidad.¹

Esta concepción de Winslow subordina el amplio campo de la *atención médica*, en una forma un tanto artificial, a la salud pública, pues la primera es básicamente un campo interdisciplinario en donde intervienen profesionales de la atención médica, contadores, arquitectos, ingenieros, bioestadísticos e, incluso, políticos. Desde el punto de vista operativo, la atención médica es impartida por un conjunto homogé-

Palabras clave

- ✓ salud pública
- ✓ medicina social
- ✓ servicios de salud comunitaria
- ✓ políticas de salud
- ✓ planes en sistemas de salud

Key words

- ✓ public health
- ✓ social medicine
- ✓ community health services
- ✓ health policy
- ✓ health systems plans

neo de profesionales del área de la salud altamente especializados, que manejan complejos y costosos aparatos de diagnóstico y tratamiento, auxiliados por profesionales paramédicos.

Si se siguiera la línea marcada por el concepto anterior resultaría por demás difícil subordinar a los profesionales de la medicina, sobre todo a los superespecialistas que tienen un enfoque restringido y a veces elitista de sus respectivos campos de acción.

Estas diferencias de criterio han contribuido a la disociación de la salud pública y la atención médica, las cuales deben estar completamente coordinadas. En última instancia, la potenciación de las acciones conjuntas produce mayor beneficio a menor costo.²

Es más, algunas afirmaciones de los médicos sanitarios han provocado reacciones violentas en los clínicos: los primeros pretenden criticar la falta de prevención de estos últimos y el alto costo que tiene la curación de los pacientes. Afirmación no del todo verídica pues pocas son las enfermedades que pueden prevenirse hasta la erradicación, y muchas en las que sólo se disminuye la incidencia. Por otra parte, es barato prevenir cuando se compara el costo de una vacuna con el costo de tratar un padecimiento en el que intervienen numerosos auxiliares diagnósticos, lo cual cambia si se contrasta el gasto total de vacunar a la población para prevenir un padecimiento casi erradicado, con el costo del tratamiento individual.

Buena parte de la antipatía despertada por los primeros médicos sanitarios se debió al siguiente argumento: previniendo no habría necesidad de los médicos clínicos; falacia tan grande como la afirmación de que es posible prevenir todas las enfermedades. En el momento actual no es posible erradicar a éstas ni a los médicos clínicos. Incluso, hay actividades de curación altamente preventivas como tratar a los pacientes con paludismo, evitando que se propague la malaria de un individuo a otro y rompiendo así la cadena de transmisión del padecimiento.

Otro resultado de la concepción mesiánica de la salud pública fue pretender englobar a los hospitales y, por supuesto, integrar el campo de la administración de éstos dentro de las actividades de la salud pública; en muchos distritos sanitarios se sofocaba económicaamente a las ins-

tituciones hospitalarias, pues los fondos que recuperaban los nosocomios se canalizaban hacia actividades de salud pública, a veces sin relación directa con la propia atención médica.

Sin embargo, el tiempo coloca a cada cual en el lugar que le corresponde, y bastante se curó el mesianismo inicial cuando los clínicos-políticos circunscribieron la salud pública al campo de la epidemiología.³

Desde la época de la Guerra de Troya, la epidemiología fue definida como el estudio de los padecimientos infecciosos y transmisibles que aparecen en forma súbita y masiva. A finales del siglo antepasado y principios del XX, a medida que aparecían nuevos procedimientos para erradicar a un mayor número de enfermedades infectocontagiosas que habían producido terribles epidemias en otros tiempos, los epidemiólogos empezaron a extender los estudios estadísticos a otros fenómenos masivos: accidentes y padecimientos degenerativos, entre otros. Lo anterior produjo un renacimiento de la epidemiología, si bien para medir todos los fenómenos comunitarios ésta se salía de los límites de la estadística aplicada a las enfermedades contagiosas, modificando el concepto de la triada epidemiológica: huésped (sujeto), agente y medio (en realidad es un par puesto que el agente forma parte del medio). Dicha triada, concebida para ser aplicada a las enfermedades que podían producir epidemias, no es fácil de identificar en el resto de los fenómenos masivos que afectan a las comunidades.

Además de lo anterior, el mismo enfoque generó otra particularidad: buena parte de los fenómenos incluidos en la epidemiología no se adapta a la concepción de historia natural de la enfermedad tal y como se considera para un padecimiento infectocontagioso. ¿Cómo puede pensarse en un periodo prodrómico, por ejemplo, si se está haciendo estadística de los suicidios?⁴

Hace tres décadas, Marvin Susser señaló la tendencia a considerar una epidemiología clínica, es decir, que la epidemiología ya no sólo estudia los fenómenos de masas y comunidades —trátese de enfermedades contagiosas o de otros fenómenos sociales— sino se introduce en el campo de la clínica, por definición abocada a los enfermos hospitalizados o ambulatorios sujetos a un proceso de diagnóstico-tratamiento

en forma individual. La peculiaridad básica de acciones dirigidas a la comunidad, predominantemente al medio, que caracterizó siempre a la salud pública, ahora se dirige al individuo. Es más, actualmente ya se habla de epidemiología celular y molecular. Quizá en un futuro cercano se haga referencia a una variante nuclear o electrónica.⁵

Ahora bien, respecto a la denominada *nueva salud pública*, una de sus características es la comprensión cabal del contexto donde se ejerce esta disciplina, examinando los estilos de vida de la población y la responsabilidad que ésta asume en relación con la salud comunal y el entorno, considerando la influencia de los fenómenos sociales, económicos y políticos. En 1779, J. P. Frank expuso que la salud pública debe desenvolverse en un sistema de política médica integral: "la salud de los seres humanos que viven en sociedades es una responsabilidad de Estado".⁶

Otro de los aspectos considerados en la nueva salud pública se refiere a que la promoción de la disciplina trasciende las profesiones dedicadas al cuidado de la salud, y que existe la gran responsabilidad de la población en llevarla a cabo con el apoyo de todas las organizaciones involucradas con el medio ambiente, el sida, las drogas, el cáncer, la diabetes, la fibrosis quística y otros fenómenos patológicos. Así lo expresaron M. von Pettenkofer, R. Virchow y S. Newman, quienes sostuvieron que era necesaria una reforma sanitaria integral para mejorar las condiciones de vida de las comunidades, pues en la etiología de las enfermedades inciden, además de las biológicas, causas sociales, económicas y políticas.⁷

Von Pettenkofer estaba convencido que la salud pública es un asunto concerniente a la comunidad, sobre todo a quienes viven en condiciones precarias, y que las medidas para ayudar a este sector redundarían en bienestar para todos, de ahí el papel de la salud pública en la política, la sociología y la economía; para él, la sociedad y el estado tienen la obligación de asegurar la salud de sus miembros, valiéndose de cualquier medio.

En 1834, E. Chadwick, en Inglaterra, contribuyó a modificar y redactar la *Enmienda de la Ley de los Pobres*. La investigación que efectuara respecto a la administración de la *Ley de los Pobres* dio lugar a un informe sobre las con-

diciones de salud de los trabajadores; en éste concluyó que la miseria y el exceso de enfermedades eran fenómenos paralelos, por lo que promovió la organización de la vida de las clases laborales en las ciudades industriales.⁸ La actividad desempeñada por Chadwick culminó con la creación del primer departamento central de salud: el Consejo General de Salud. En éste se nombró a un oficial médico de salud, cuya función era básicamente preventiva. Por primera vez se pensó en integrar la política de la salud con otras acciones gubernamentales, pues la salud pública requiere de acción política para lograr reformas e innovaciones, para lo que es necesario plantear los problemas y prioridades de las actividades inherentes. La Real Comisión Sanitaria de Inglaterra recomendó:

- Crear un departamento central para la salud pública.
- Dividir el país en distritos administrativos, cada uno con responsabilidades sanitarias.
- Considerar los enfoques multidisciplinarios en un solo estatuto al crear la legislación en materia de salud.

Para 1840, en Francia, Villermé L. R. publicó dos libros sobre las condiciones de los obreros textiles y pugnó por mejorar las condiciones de vida del proletariado industrial. En 1848, los esfuerzos de Villermé culminaron con la creación de consejos de salubridad para toda Francia.

Recién terminada la Guerra de Independencia, en Estados Unidos de América del Norte todos aquellos cirujanos que se habían incorporado al ejército del general Washington permanecieron bajo un régimen militar a cargo del resguardo sanitario de puertos y fronteras, con el objeto de evitar que emigrantes con padecimientos transmisibles pudieran ingresar como colonos.* A esos profesionales de la medicina se les encomendó vigilar que no entraran al país enfermos contagiosos y que se llevaran a cabo las cuarentenas, tanto de los navíos como de la población emigrante; además, tuvieron a su cargo todas aquellas funciones relacionadas con el buen saneamiento ambiental. Las encuestas sanitarias estimularon a otros investigadores a fundamentar la petición de reformas en salud en todas las ciudades de aquel país.

Manuel Barquín Calderón.
La moderna salud pública

*Lo anterior explica porque en Estados Unidos el Secretario de Salud es denominado General Cirujano, y los médicos subordinados tienen grados militares y se uniforman en ocasiones oficiales.

En 1878 se aprobó el proyecto de ley que creó el Consejo Nacional de Salud.

Estas tendencias originadas en diversos países adelantados de la cultura occidental, influyeron prácticamente en todas las actividades relacionadas con la salud que se efectuaban en los países con menor desarrollo económico y en las colonias africanas o del sudeste de Asia.

A fines del siglo XIX, H. Sigerist, director del primer instituto de higiene experimental en Estados Unidos de América del Norte, hizo notar que la salud es producto de la acción combinada de múltiples factores; para él, la sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus integrantes y las medidas por adoptar deben ser de carácter social y médico.

En términos generales puede decirse que los esfuerzos para incrementar la salud son de orden mundial, como lo demuestra el objetivo propuesto por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata: propugnar por una *salud para todos en el año 2000*.¹

De estas ideas se derivan los objetivos de garantizar el acceso a la salud a toda la población, ejerciendo funciones de promoción, y, por último, de trascender las acciones que ordinariamente eran realizadas sólo por personal de salud, buscando la importante ayuda, como ya quedó asentado, de otras organizaciones, gubernamentales o no. De ahí que la nueva salud pública sea responsabilidad no únicamente de los médicos sino de todas esas múltiples instancias.⁹

Las controversias que surgieron para definir la salud pública y diferenciarla de otras disciplinas, han originado que en la mayor parte de los países avanzados se hayan creado ministerios o secretarías de salud encargadas básicamente del campo de la salud pública, entendido como el conjunto de actividades tendentes a elevar el nivel de salud de las comunidades a través de acciones dirigidas al medio. Al ámbito de la atención médica se dejaron las acciones dirigidas al individuo y que pretenden también elevar por estos procedimientos el nivel de salud de cada persona.

Dichas dependencias son responsables en forma integral de la salud pública, y pueden realizar funciones restringidas a grupos marginados en lo referente a atención médica, asistencia so-

cial, rehabilitación vocacional y social, o tomar la responsabilidad global de realizar todas las funciones del sector salud.

Una vez delimitadas lógica y claramente las diferentes disciplinas que concurren en la promoción, fomento y conservación de la salud, deben coordinarse los esfuerzos para el mejor logro de sus objetivos.

Así, la *nueva salud pública* debe definir bien sus objetivos y recurrir a todos los organismos y asociaciones públicas o privadas para lograr los objetivos que las sociedades modernas le han señalado, alejada de fantasías e irrealidades que algunos autores de siglos anteriores le habían querido asignar, sin desconocer el fuerte contenido socioeconómico que tienen los problemas por combatir.¹⁰

Referencias

1. Vega FL. La salud en el contexto de la nueva salud pública. México: El Manual Moderno; 2000.
2. Barquín CM. Dirección de hospitales. Sexta edición. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1997.
3. Porter D. Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times. New York; 1999.
4. Weisse AB. Medical odysseys: The different and sometimes unexpected pathways to twentieth-century medical discoveries. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1991.
5. Barquín CM. Historia de la medicina. México: Méndez Editores; 1994.
6. Dever AG. Epidemiología y administración de los servicios de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud; 1991.
7. Sinay T, Bradley EH, White W, Anderson E, Mattocks K, Pistell A, Zimmerman MK, Mitchell A. The journal of health-administration education. Washington: Association of University Programs in Health Administration; 2000.
8. Cartwright FF, Biddiss M. Disease and history. New York: Sutton Publishing; 1972.
9. Rojo-Padilla JA, Borunda-Falcón O, Gutiérrez-Ávila J, Trevor S. Evaluación de tecnologías para la salud (ETS), calidad de la atención médica, uso eficiente de los recursos y práctica clínica basada en evidencias. México: ISSSTE; 2000.
10. Álvarez AR. Salud pública y medicina preventiva. México: El Manual Moderno; 1991.