



¿Salud para todos?

Reflexiones al fin del milenio

Las condiciones y requisitos para la salud son: la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos requisitos.

Carta de Ottawa para la Promoción de la salud, 1986.

Organización Mundial de la Salud,
Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá,
Asociación Canadiense de Salud Pública

Leopoldo Vega Franco

La casi inexistencia en numerosos países del África, Asia, y América, de las condiciones y los prerequisites que se enuncian en el epígrafe, era una realidad insoslayable cuando se divulgó la Carta de Ottawa en 1986. Así pues, a 20 meses de concluir este siglo se antoja pensar que la meta de: *Salud para todos en el año 2000*, era sólo una quimera pletórica de optimismo.

¿Es lícito creer que mediante la atención primaria a la salud, se alcanzaría la meta deseada? El documento de Alma Ata indicaba como estrategia para lograr su propósito, la participación activa de la comunidad y de los sectores e instituciones sociales, e identificaba como objetivos intermedios de su programa, la promoción de prácticas positivas para la salud, la prevención de enfermedades previsibles y el establecimiento de servicios de rehabilitación y de salud. ¿Acaso con estas estrategias y objetivos intermedios era factible lograr la meta propuesta? Es difícil responder a estas preguntas; a cambio, una visión de lo que ha sido y lo que es la salud pública moderna ayudaría al lector a reflexionar sobre las estrategias y él mismo podría dar respuesta a estos los cuestionamientos. Veamos pues un poco de historia.

Mil ochocientos cuarenta y ocho es un punto de convergencia histórica para la salud pública. En el escenario concurrían conflictos bélicos, revoluciones y agitación social; la tercera pandemia de cólera y el hambre devastaban amplios segmentos de la población de Asia, Europa y el Continente Americano. En Europa, la insensibilidad de las autoridades ante los problemas médico-sociales, alentaba el descontento de la población y en

algunos grupos crecía el malestar bajo el estímulo del Manifiesto Comunista redactado por Marx y Engels ese mismo año.

Es fácil comprender que en este fermento histórico haya germinado la salud pública. Si bien la inquietud por los problemas de salud de las clases sociales más desprotegidas se había iniciado desde la segunda mitad del siglo XVII, cuando Johann Peter Frank principió a llamar la atención de que existía una relación entre *miseria y salud* que era preciso remediar, las clases dirigentes mostraron apatía entre la realidad inminente. A medida en que se consolidaba la revolución industrial, grandes núcleos de población campesina se movilizaban hacia las ciudades industriales; el cambio en el modo vida en esta población y la escasez de viviendas, propiciaban el hacinamiento y con ella la incidencia de problemas graves de salud. Ante la carencia de servicios sanitarios y la aglomeración en que vivía esta población migrante, prosperaban en ella brotes epidémicos de enfermedades como: sarampión, tosferina y viruela, y con su forma de vida prevalecía en ellos otros padecimientos endémicos, como la tuberculosis y el raquitismo.

En Inglaterra la legislación sobre la salud pública, promulgada en las Actas de 1848 y 1875, dictaba medidas para mejorar las condiciones higiénicas de la vivienda, y proveer de agua potable y alimentos higiénicos a la población. Estos documentos centraban su interés en el cambio ambiental, orientación que prevaleció hasta el decenio de 1880 en que se cimentó como paradigma la teoría bacteriana de las enfermedades, robustecida por las con-

tribuciones de Pasteur, Koch y otros cazadores de microbios; surgió entonces la posibilidad de prevenir algunas de estas enfermedades mediante vacunaciones. Fue tan espectacular el avance en el descubrimiento de los microorganismos, como agentes implicados causalmente en algunas enfermedades, que pronto fue olvidado en los espacios científicos el concepto milenarista de los miasmas. En el lapso de cuarenta años, entre 1848 y 1888, se identificaron 20 microorganismos asociados a enfermedades como: ántrax, lepra, gonorrea, fiebre tifoidea, tuberculosis, erisipela, tétanos, difteria y cólera, entre otras.

La gradual mejoría en las condiciones de vida de la población europea y la incorporación constante de actividades preventivas derivadas del conocimiento de las bacterias, orientó el énfasis de la salud pública a la adopción de medidas higiénicas individualizadas y a la creación de hospitales y unidades clínicas para la atención de enfermos, sin dejar a un lado las medidas higiénicas y la constante actividad para mejorar el entorno.

Con el informe de Flexner, en 1910, cobró mayor ímpetu la creación de hospitales y la reestructuración de la enseñanza de la medicina, y casi con seguridad este movimiento contribuyó a la creación de la primera escuela de Salud Pública en la Universidad de Johns Hopkins. Este centro universitario inició en 1918 la formación, con un enfoque biomédico, de los primeros académicos en sanidad e higiene; en su programa de estudios vinculó la enseñanza de la epidemiología, de la estadística y de la medicina preventiva, en el seno de las vivencias de un hospital docente.

El intervalo entre los dos grandes conflictos bélicos de este siglo, gestó las bases científicas de la vieja estrategia de combatir las enfermedades con la administración de sustancias; el advenimiento de la insulina y de las sulfonamidas, y la identificación y síntesis de vitaminas y de otras sustancias terapéuticas, desviaron el interés hacia el fortalecimiento de las instituciones hospitalarias, con el consecuente debilitamiento de los departamentos dedicados a preservar y fomentar la salud comunitaria. Tal parece que los destellos deslumbrantes de la tecnología y de las contribuciones científicas de las especialidades médicas, impidieron contemplar los triunfos de la salud pública; es por esto que la erradicación de la viruela en el mundo y la reducción significativa de las enfermedades factibles de ser evitadas mediante inmunizaciones, han pasado desapercibidas.

En contraste, la percepción de que en años recientes han aumentado los costos de la atención médica, casi de manera constante, ha sido unánime en la población; desde la década de los sesentas la población que demanda atención médica en hospitales o en forma privada, y las

autoridades que tienen la responsabilidad de ver por la salud colectiva, han sido particularmente sensibles a la escalada de costos que exige la medicina moderna. Entre 1970 y 1980, era ya notorio en instituciones hospitalarias, que las actividades orientadas a la solución de los problemas individuales de salud, además de costosas, habían contribuido a desplazar la responsabilidad que cada uno debe tener por su salud corporal. En ese mismo lapso, la epidemiología moderna, principió a identificar y medir los factores que ordinariamente preceden la lenta aparición de padecimientos degenerativos y proliferativos, reconociendo así la red causal que explica su presencia. Con la certidumbre que algunos de los factores de riesgo, involucrados causalmente en las enfermedades podían ser modificados, se pensó en fomentar en la población el autocuidado de la salud, para inculcar de esta manera estilos de vida saludables.

El precursor de estas nuevas ideas fue el entonces Ministro de Salud del Canadá, Marc Lalonde; este personaje expuso en 1974 su manera de pensar en un documento que tituló: *Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses*. En su informe Lalonde hacía notar que en Canadá muchas de las defunciones acontecían prematuramente y que gran número de las incapacidades ocurridas en la población podrían prevenirse; su forma de pensar impulsó de nuevo las ideas de prevención que casi habían quedado olvidadas. Es en esta perspectiva de acción, de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que la salud pública contemporánea principia una nueva era.

Cabe destacar, en esta breve sinopsis, que la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud es el punto de partida del nuevo concepto de la salud pública, toma las ideas de Lalonde y las experiencias que ha dejado la ejecución de los acuerdos tomados en 1977 en Alma Ata, y con ellas ofrecer un nuevo enfoque que alienta la esperanza de lograr para todos, **salud y bienestar**. Con este propósito en mente, los que redactaron la carta plantean desarrollar actividades en tres ámbitos: 1. influyendo en las decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud (*autocuidado*); 2. estimulando las acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras (*ayuda mutua*); y, 3. desarrollando las condiciones y el entorno que favorezcan la salud (*entorno favorable*). Para tal efecto las estrategias que se sugieren consisten en: fomentar la participación de la población; fortalecer los servicios comunitarios de salud; y, coordinar las políticas gubernamentales que incidan directamente en la salud de la población. Mediante la promoción de la salud, se pretende combatir las inequidades, prevenir las enfermedades y coordinar las políticas positivas para la salud colectiva.

El informe anual de la OMS, de 1997, conduce a la reflexión de que aún está lejana la meta propuesta. La disparidad en salud y bienestar es notoria entre los países desarrollados y los que están aún en vías de desarrollo; basta con contrastar la esperanza de vida y los índices de mortalidad y de natalidad, de unos y otros países, para llegar al convencimiento de que queda mucho por hacer.

En los niños, por ser particularmente sensibles a los factores adversos, es más fácil contemplar las diferencias en salud. En el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), acerca del Estado Mundial de la Infancia 1998, se señala que más de 200 millones de niños de los países en desarrollo están desnutridos y 6 millones de ellos que mueren por causas relacionadas directa o indirectamente a la desnutrición, antes de cumplir 5 años de edad (55%); 12 millones de los menores de 5 años fallecen por padecimientos susceptibles de prevención y 2.2 millones mueren por la deshidratación ocasionada por la diarrea. En los países industrializados, 6% de los recién nacidos pesan menos de 2,500g, mientras en las naciones que están en vías de desarrollo nacen 18% por abajo de este peso, es decir tres veces más. Por otro lado, en 1996 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (número de muertes en menores de 5 años/nacidos vivos x 1,000) muestra una gran disparidad; mientras en Finlandia y en Suecia acontecen en los menores de 5 años sólo 4 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, en Nigeria, Angola y Sierra Leona, ocurren 320, 292 y 284 defunciones por 1,000 nacidos vivos, y en México se registran 32; es decir, ocurren, respectivamente, 80 y ocho veces más defunciones en Nigeria y en México.

En las divergencias observadas en los índices de salud, subyacen a su vez amplias discrepancias en los indicadores de bienestar. En México, por ejemplo, la División de Estudios Económicos y Sociales de Banamex, elaboró un índice medio de bienestar empleando para ello datos de 10 indicadores sociodemográficos, de ocupación e ingreso, y de vivienda, tomados éstos del informe del censo de 1990. Su análisis no causa sorpresa alguna al encontrar que Nuevo León, el Distrito Federal, Baja California, Jalisco, Sonora y Aguascalientes, hayan tenido los puntajes más altos, en contraste: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Tabasco, Hidalgo y Veracruz, registraron los más bajos. Si sólo se considera la esperanza de vida, como un indicador indirecto de la salud, en las seis primeras entidades federativas las estimaciones variaron entre 70.2 y 74.1 años, en tanto que en los otros estados la edad varió entre 62.1 y 69.3 años. Así pues, la esperanza de vida calculada en 1990 para los niños nacidos en Oaxaca, fue 12 años menor (62.1 años) que la estimada en los nacidos bebés en Nuevo León (74.1 años); tal parece que aún está distante el

día en que se corrijan los factores de inequidad a los que obedece el hecho que un niño tenga, al nacer, una esperanza de vida 12 años menor que otro nacido dentro del mismo territorio, en el mismo año.

Estamos casi al final del milenio y tanto en el mundo como en ciertos núcleos de población de los países en desarrollo, la desigualdad en materia de salud y bienestar prevalece como obstáculo para lograr la ansiada meta de: *salud para todos*. Si bien los problemas colectivos son vistos nuevamente en función del entorno y el bienestar social, y se ve con optimismo la aplicación de las nuevas estrategias para la promoción de la salud, los principales obstáculos conciernen a los rezagos socioeconómicos ya ancestrales. En la Declaración de Jakarta de julio de 1997, sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI, se mencionan de manera más explícita los prerequisites indispensables para la salud; considera este documento: la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso económico, un ecosistema estable, la justicia social, el respeto por los derechos humanos y la equidad; reconoce además que la *pobreza* es la mayor amenaza para la salud.

Cumplir con tales prerequisites conducirá sin duda a la satisfacción de las necesidades básicas en las que descansa el bienestar; queda pues una ardua tarea por hacer. Sería deseable que al despertar el próximo milenio, se contemplara ya la política de salud inserta en las políticas de desarrollo y bienestar social; en la medida en que la brecha de inequidades en la población se reduzca, será posible que la ansiada *salud para todos* sea una hermosa realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chave SPW. The origins and development of public health. En: Holland WW, Detels R, Knox G. eds. *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica No. 557. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Estado Mundial de la Infancia 1998*. New York: UNICEF, 1998.
4. División de Estudios Económicos y Sociales BANAMEX. *México Social 1994-1995*. México: Fomento Cultural BANAMEX, 1996.
5. Petersen A, Lupton D. *The new public health. Health and self in the age of risk*. London: Sage Publications, 1996.
6. Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool*. Barcelona: Masson, S.A. 1990.
7. World Health Organization: *The Jakarta Declaration on Health Promotion into the XXI Century*. Jakarta, July, 1997.
8. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 1997. Conquering suffering, enriching humanity.— executive summary*— Geneva: WHO, 1997 http://wbw.wgi.irq/Whr/1997/exsum_97e.htm.