

Salud pública: Fundamentos conceptuales

Laura Guisasola Valencia

La salud

En el año 1946 los representantes de 61 Estados se reunieron en la Conferencia Sanitaria Internacional (New York), con el objetivo de redactar y firmar la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución que entró en vigencia en 1948 y que recoge algunos de los principios que rigen, aun hoy en día, y que constituyen el eje central del concepto de “salud”. Entre ellos, la propia definición de salud, considerada, por aquel entonces, absolutamente innovadora y progresista: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no, solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades”¹.

El término “salud”, que había sido tradicionalmente reducido a la “ausencia de enfermedad” e interpretado como un concepto meramente biológico y medicalizado, sufre, a partir de ese momento, una transformación, al añadirse el componente psicológico y, sobre todo, una *dimensión social*, tanto a nivel individual como poblacional. Este concepto multifactorial permite abordar la salud de las personas desde otras perspectivas y analizar cómo estas influyen sobre el bienestar global de los individuos.

15

Dimensión social de la salud

El concepto de salud centralizado en la relación salud-enfermedad y médico-paciente, focalizaba los esfuerzos en reparar cualquier alteración de la biología de los individuos, exclusivamente a través de la medicina. Al reconocer que existen factores sociales que influyen sobre la salud, se abre un espectro nuevo de factores ambientales y culturales que, también, lo determinan. En este sentido, son muchos los ejemplos que subrayan la gran importancia de los cambios políticos, económicos y sociales sobre el nivel de salud de la población. Históricamente, las mayores reducciones de mortalidad de las poblaciones occidentales se han dado en momentos en que los avances médicos y la creación de nuevos fármacos y medicamentos eran, prácticamente, inexistentes. Aspectos como el paro, la falta de higiene, las condiciones insalubres de la vivienda, o la malnutrición, por nombrar solo algunas de estas variables, generan enfermedad. Algunos conceptos

tratados hasta el momento, y de forma exclusiva, como aspectos médicos, pasan a ser tratados, también, como aspectos sociales, y la conexión entre lo médico y lo social se vuelve muy estrecha². Incluso en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se hace mención del “Derecho a la salud”, vinculándola a aspectos tales como la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la enfermedad, la invalidez, la vejez y los servicios sociales y seguros médicos en caso de desempleo.

Otro ámbito de crucial importancia en el desarrollo de una vida saludable es el laboral y las condiciones ambientales en las que el trabajo se desarrolla, pudiendo convertirse en un contexto favorecedor o, por el contrario, en un foco generador de múltiples enfermedades.

Por otro lado, este cambio de paradigma en la forma de abordar la salud implica dejar de incidir únicamente sobre el individuo, para empezar a hacerlo sobre la población. Rose, indica que la sociedad existe como “entidad”, no solo como “colección de individuos”. Cada sociedad tiene sus propias características distintivas y, entre ellas, muchas que influyen sobre la salud. Según Rose:

Estos factores de riesgo social pueden cambiar y, cuando lo hacen, sus distribuciones tienden a desplazarse en conjunto, lo que refleja la naturaleza coherente de la sociedad. Este es un argumento sociológico en favor de una orientación poblacional de la prevención³.

16

El famoso concepto del “iceberg of disease” (John Last) o “témpano de la enfermedad”, permite visualizar a través del gráfico como, solo una pequeña parte del iceberg de la morbilidad poblacional aflora fuera de la línea del agua que acude, es atendida y visibilizada por parte de los sistemas sanitarios. Mientras que existe una morbilidad sumergida, invisible e infinitamente mayor, ya que los servicios sanitarios son incapaces de detectar y evidenciar. Una morbilidad que incluye la enfermedad desconocida, latente y no diagnosticada y que, frecuentemente padecen las poblaciones más vulnerables. A fin de paliar, parcialmente, este efecto, durante las décadas de los años 50 y 60 del s. XX se iniciaron las primeras campañas de cribajes sanitarios en la comunidad, en un intento de salir a descubrir la enfermedad entre las personas que no acudían a los centros de salud. Mostrando, de este modo, la tendencia a incidir en la enfermedad, antes de su aparición, a través de los diferentes mecanismos de prevención de los que hablaremos en los siguientes capítulos².

Influencia de la política en la salud

Son muchos los estudios científicos que analizan cómo las tendencias y los partidos políticos en el gobierno influyen sobre el estado de salud de las poblaciones⁴. En un Estado organizado, las leyes deben salvaguardar los derechos de los individuos. Además, la distribución del poder y los recursos en la sociedad, son cruciales para incidir en su estado de salud⁵.

Es innegable que los gobiernos son los responsables de tomar decisiones respecto a cómo priorizar y distribuir sus recursos, económicos y humanos, para crear sus propios modelos de salud, como lo es que, según la tendencia política del partido que gobierna, estos modelos de salud puedan diferir enormemente. Navarro realizó un estudio⁴ en el que comparaba cuatro tipologías de regímenes políticos europeos distintos: “socialdemocráticos, cristianodemócratas, liberales anglosajones y exdictaduras fascistas”. Entre otras cosas, analizaba el gasto público de los gobiernos en salud y el nivel de cobertura médica. En cuanto al gasto público, el estudio concluye que los gobiernos socialdemócratas eran los que destinaban mayor cantidad de empleo público a los servicios de salud, educación y bienestar, como porcentaje de su Producto Interior Bruto, seguidos de los cristianodemócratas, liberales anglosajones y las exdictaduras fascistas en último lugar. El mismo resultado se da en cuanto a cobertura médica, siendo los países con gobiernos socialdemócratas los únicos que ofrecen acceso universal a la salud a todos sus ciudadanos. Datos que se ven reforzados por los buenos resultados en algunos de los principales indicadores de salud, como la mortalidad infantil. El momento histórico en el que se escriben estas líneas, en plena pandemia del COVID-19, es un claro ejemplo de cómo las medidas sociales y sanitarias que cada país adopta, se diferencian y están íntimamente relacionadas con la ideología política de los partidos en el gobierno.

Derecho a la salud

La OMS reconoce que “la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. En 1978 se celebró en Alma Ata (Kazajistán, URSS) la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”⁶ con el fin de adoptar, de forma urgente, medidas en materia de salud, por parte de los gobiernos de los países integrantes. Considerado el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta, su lema “Salud para todos” fue aceptado posteriormente por la OMS como un objetivo esencial.

Allí se definió la atención primaria de salud como “la atención sanitaria esencial, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país sea capaz de sostener”. Es decir, se establece la “atención primaria” como el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud. Una forma de acercar la atención sanitaria a las personas y de rechazar como “inaceptables” las desigualdades en el acceso y en la atención médica de las personas. Al mismo tiempo, se enfatizó en la influencia del desarrollo económico y social, y se subrayó la importancia de la promoción y protección de la salud de la población como elementos esenciales para contribuir a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

En la conferencia, se destacó también el derecho y el deber de las personas a participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

En definitiva, en Alma Ata se planteó el reto, lamentablemente, inalcanzado, de “conseguir un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000”.

Desigualdades en salud

La evidencia científica disponible acerca de la existencia de las desigualdades en salud es abrumadora⁷⁻⁹. Lo que determina fundamentalmente la salud y la enfermedad de los individuos dentro de una población o sociedad, son las causas sociales y las desigualdades socioeconómicas, y no las causas naturales o biológicas como la opinión pública, mayoritaria y erróneamente, piensa.

Margaret Whitehead explica¹⁰ que las desigualdades en salud tienen 3 características para distinguirlas de simples variaciones en salud: primero, son sistemáticas, es decir, se presentan distribuidas de una forma determinada y no aleatoria, como reflejo de una realidad social. Segundo, están causadas socialmente, es decir, no son naturales y, por tanto, también son modificables socialmente. Y tercero, son injustas, ya que se deben a una organización y estructura social que causa injusticias.

Si valoramos la salud, o la ausencia de salud, en sus indicadores esenciales como pueden ser, la esperanza de vida o la mortalidad en el conjunto de la población, se observan desigualdades muy considerables en función de los principales ejes de desigualdad, como serían: la clase social, el género (las consecuencias de las relaciones de poder entre los dos sexos), la edad, la etnia (en el componente de discriminación, no en el hecho biológico) y el estatus migratorio¹¹.

Estas diferencias se dan entre distintos grupos sociales o poblaciones y son de gran magnitud, no anecdóticas y afectan a cualquier parámetro de salud (esperanza de vida, calidad de vida, incidencias/prevalencias de patología). Las desigualdades no se presentan únicamente cuándo comparamos los segmentos más extremos de una sociedad, sino que también presentan gradiente entre todos los subsectores. Además, frente a una cierta creencia popular que las desigualdades en salud en general van disminuyendo, ya que las sociedades crecen, se constata que las desigualdades aumentan, es decir, que la brecha o “gap” se va ensanchando. Estas desigualdades presentan correlación con los procesos históricos de las sociedades y su análisis también debe realizarse bajo esta óptica temporal.

La prevención

Tradicionalmente la medicina ha clasificado a las personas de forma dicotómica –sanos o enfermos–. Una clasificación que, hoy en día, se percibe como algo rígida e inadecuada. En este sentido, a preocupación del clínico por reducir el número de personas enfermas le ha llevado a orientar la medicina hacia la prevención, reconociendo que hay problemas cuya recurrencia es posible evitar. A pesar de ello siguen existiendo voces críticas que

defienden que, si las personas enfermas son una minoría definible, eso implica que la mayor parte de la población es normal y habría que dejarla en paz. Este pensamiento denominado “pensamiento médico” permaneció prácticamente incuestionado hasta 1954 cuando George Pickering planteó de manera revolucionaria que la enfermedad lejos del concepto binario, tiene presencia en muchos niveles, casi siempre imperceptibles o incluso asintomáticos³.

Las acciones de la medicina preventiva deben orientarse, no únicamente a las personas enfermas sino a las que se encuentran en riesgo de enfermar. Las intervenciones más importantes son las de prevención primaria, que intentan proteger a las poblaciones vulnerables frente al riesgo de enfermedad, antes de que esta aparezca. No nos referimos, únicamente, a campañas médicas, como podrían ser las de vacunación, sino a las campañas de sensibilización orientadas a promover cambios conductuales, políticos y sociales que incidan en mejorar la calidad de vida de la población. La denominada, prevención secundaria, consta de intervenciones encaminadas a descubrir a las personas presintomáticas, a fin de iniciar un tratamiento precoz en un momento muy incipiente dentro del proceso de la historia natural de la enfermedad. Este sería el caso, por ejemplo, de las campañas de mamografía dirigidas a las mujeres de más de 50 años, el grupo de mayor riesgo. La prevención terciaria consiste en ofrecer atención a las personas enfermas o discapacitadas. Un cuidado, que más allá del aspecto médico y farmacológico, intenta conseguir, a través de la asistencia social y psicológica una mejor calidad de vida.

Así pues, el gran reto de la sanidad moderna consiste, no tanto en curar sino en promover la salud, prevenir la enfermedad y ofrecer atención a la población enferma o discapacitada, ayudándola a que se incorpore a la vida normal, productiva y placentera².

Salud pública

El concepto de salud pública es complejo, ya que concentra todos los aspectos que acabamos de desarrollar en este capítulo. La salud pública es el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la protección, promoción y restauración de la salud de la población. Según Winslow, la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud y la vitalidad mental y física de las personas. Para ello se requiere una acción concertada de la comunidad dirigida a incidir en diversos ámbitos; el saneamiento del medio, el control de las enfermedades de importancia social, la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería. Además, es indispensable la puesta en marcha de medidas sociales apropiadas para garantizar a cada uno de los miembros de la comunidad un nivel de vida compatible con el mantenimiento de la salud. La finalidad última de estas medidas es la de permitir a cada persona el gozar de su innato derecho a la salud y a la longevidad”¹².

Las principales funciones de la salud pública se recogen en los tres siguientes ejes:

- ▶ Conocer y medir la situación de salud de la población y sus problemas.
- ▶ Valorar las políticas de salud que puedan abordar las necesidades de salud.
- ▶ Garantizar que la prestación de los servicios necesarios llega a la población.
- ▶ En 2008, la OMS realizó un estudio Delphi, en el que participaron 30 entidades nacionales de salud pública¹³. En el estudio se definieron las once principales funciones de la salud pública y cuáles de estas funciones integraba cada entidad.
- ▶ Vigilancia, investigación de problemas y control de los riesgos y amenazas para la salud pública.
- ▶ Investigación en salud pública.
- ▶ Evaluación y análisis de la situación sanitaria.
- ▶ Programas de promoción de la salud y de prevención.
- ▶ Planificación y gestión.
- ▶ Reducción del impacto de los desastres en la salud.
- ▶ Desarrollo y formación de recursos humanos.
- ▶ Participación social y empoderamiento de los ciudadanos.
- ▶ Regulación y aplicación de normativas.
- ▶ Garantía de la calidad en servicios de salud personales y poblacionales.
- ▶ Evaluación y promoción de la cobertura sanitaria y el acceso a ella.

La salud visual

La salud visual de una población es el resultado de una serie de condicionantes estructurales que conforman su sistema de atención visual. Así, los macro factores económicos, políticos y sociales a la vez que los determinantes específicos del ejercicio de la salud visual (red de atención, profesionales que prestan servicio, instituciones de formación en salud visual y marco legal, entre otros factores) incidirán en la capacidad de acceso de la población a la atención en salud y, en consecuencia, al estado de su salud visual.

La falta de visión en su extremo más grave “solo” llega a producir ceguera, pero casi nunca es mortal. Por ese motivo los gobiernos con mayores dificultades económicas, cuando desarrollan sus políticas sanitarias dan prioridad a determinados aspectos de la salud que revisten mayor gravedad. Esto ocasiona que todo aquello relacionado con la visión, ya sean patologías oculares o simplemente visión deficiente, estén muy desatendidos. Son muchos los países que no disponen de ningún servicio de atención visual, sin embargo, una correcta visión es imprescindible para el desarrollo de cualquier sociedad.

Pese a lo anterior, se identifican dos momentos importantes: el primer acontecimiento que influyó en la urgente necesidad de incluir la salud visual en la agenda política de los gobiernos fue la iniciativa mundial “VISIÓN 2020”, partenariatado entre la OMS y el Organismo Internacional para la Prevención de la Ceguera IAPB (Internacional Agency for

Prevention of Blindness). En 1994 la Organización Mundial de la Salud, conjuntamente con IAPB, crearon un grupo de trabajo mixto para definir un plan que permitiera luchar contra el problema de la ceguera en el mundo, que cada vez es más grave. En 1997, el trabajo intersectorial de ese grupo mixto desembocó en la publicación de la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable, que explicita los principios en que se basa el programa VISIÓN 2020, así como su estrategia mundial y sus metas. Esta iniciativa constituyó un giro importante ya que por primera vez se enfocaba la visión como un derecho. Los objetivos de “VISIÓN 2020” son eliminar la ceguera evitable de aquí a 2020 y prevenir las deficiencias evitables previstas entre 1990 y 2020, a la vez, su objetivo específico es integrar un sistema de cuidados oftalmológicos sostenibles, integrales y de calidad en los sistemas de salud nacionales. En mayo de 2003, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad la Resolución WHA 56.26, que “insta a los Estados miembros a que se comprometan a apoyar la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable, preparando, a más tardar en 2005, un plan nacional VISIÓN 2020, en régimen de asociación con la OMS y en colaboración con organizaciones no gubernamentales y con el sector privado” proporcionando, de este modo, un impulso internacional claramente manifiesto a la prevención de la ceguera evitable.

En América del Sur se han vivido avances en materia de salud visual en los últimos años. El principal logro para resaltar es la paulatina inclusión de la salud visual en la agenda política, dando pie a diferentes políticas públicas en esta materia, pese a lo anterior y de acuerdo con el estudio “Capacidad de acceso de la población sudamericana a los servicios de Salud Visual” desarrollado por la Cátedra UNESCO Salud Visual y Desarrollo¹, se ha detectado que la red de atención en salud visual sudamericana no siempre permite que la población desfavorecida tenga accesibilidad a los servicios. En primer lugar, debido al número insuficiente de infraestructura de atención pública (o accesible) o bien un número adecuado de centros hospitalarios, aunque con déficit de equipamiento. Además, la disponibilidad de horas oftalmológicas en la red de atención que presta servicios a la población desfavorecida nos sitúa en un escenario de carencia de recurso humano. De los 4.5 oftalmólogos por cada 100.000 habitantes que se reportaron en América del Sur, se estima que entre 1.1 y 1.9 trabaja a disposición de la red de atención con servicios para la población desfavorecida.

Otro aspecto esencial en el análisis de accesibilidad de la población es la localización de los centros hospitalarios de la red de atención. Teniendo en cuenta el elemento campo ciudad, la centralización de los hospitales de la red pública en las grandes ciudades provoca una barrera de distancia para los pacientes de zonas rurales o urbanas marginales. En casi todos los países sudamericanos es mayor la concentración de centros hospitalarios en la capital o región principal de país que la proporción de habitantes que viven ahí. Por tanto, la distribución geográfica de la red de atención visual influye en gran medida a la capacidad de acceso de la población a los servicios de salud visual. A este factor cabe añadir también el obstáculo económico que supone el recibir atención para la población más pobre (en menor medida en el sistema público, difícilmente en el sistema privado).

A manera de reflexión final, en la región sudamericana, la sucesiva inclusión de la salud visual en la agenda política de los gobiernos de sus respectivos países en los últimos años es una buena noticia. Estas políticas públicas, sin embargo, deberán esforzarse para garantizar una cobertura universal y equitativa de la atención visual de la población. Hoy día, el precio del servicio, el déficit o saturación de los servicios debido a la falta de personal ocupado en la red pública de atención o el déficit de infraestructura y la distancia geográfica son los obstáculos que de forma separada o acumulativa debe afrontar la población sudamericana con menores recursos económicos.

Referencias bibliográficas

1. WHO. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. USA; 2006 p. 1-48.
2. Navarro V. El concepto de la salud de las poblaciones y sus implicaciones en sanidad y en salud pública. Madrid; 2002.
3. Rose Geoffrey. La estrategia de la medicina preventiva. Ediciones Científicas y Técnicas; 1994.
4. Cereseto S, Waitzkin H. Capitalism, socialism, and the physical quality of life. *Int J Health Serv.* 1986;16(4):643-58.
5. Bekker MPM, Greer SL, Azzopardi-Muscat N, Mckee M, Bekker M. Public health and politics: how political science can help us move forward. *Eur J Public Health.* 2018;28:1-2.
6. Alma-Ata, 1978 [Internet]. [citado 25 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
7. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Health.* 1 de enero de 2018;3(Suppl 1).
8. Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: the argument.
9. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Vol. 11, *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S. Gac Sanit;* 1997. p. 255-8.
10. Whitehead M. Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. *Milbank Q.* 1998;76(3):469-92.
11. Rose G. Sick individuals and sick populations. 1985.[see comment]. *Bull World Health Organ.* 2001;79(10):990-6.

12. Winslow C.E.A. THE UNTILLED FIELDS OF PUBLIC HEALTH. *Science*. 1920;51(1306):23-33.
13. WHO. Funciones esenciales de salud pública [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/o8_chap4_figo4_es.pdf
14. Guisasola, L. Informe de la Salud Visual en Sudamérica 2008 –Cátedra UNESCO de Salud Visual y Desarrollo– UPC. [Internet]. Universitat Politècnica de Catalunya; 2008 [citado 3 de junio de 2018]. Disponible en: <https://unescovision.upc.edu/es/materiales/materiales-de-la-catedra/investigacion/savim/informe-de-la-salud-visual-en-sudamerica-2008/view>