

## Editorial

# Salud para todos en el año 2000

Juana María Román

En la «Estrategia mundial de la salud para todos de aquí al año 2000» (1981) la OMS precisa: «La salud para todos no significa que en el año 2000 la medicina aporte a todos los habitantes de la tierra las soluciones médicas a sus males ni que desaparezcan las enfermedades y los enfermos. El verdadero sentido de la estrategia es la concienciación del ciudadano de que la salud comienza en la casa, en la escuela, en la oficina, en la fábrica, etc., y es precisamente donde viven y trabajan las gentes donde la salud se gana o se pierde. Significará también que las fuentes disponibles para la salud —cualesquiera que sean— habrán de ser equitativamente repartidas en la población y que los cuidados de salud esenciales serán accesibles a todos los individuos según modalidades aceptables y con la participación de todos. Es decir que las gentes comprenderán que ellos mismos tienen el poder de delimitar su propia existencia y la de sus familias, y protegidos de enfermedades evitables serán conscientes de que la alteración de la salud no es un fenómeno irremediable».

La salud representa para nuestros contemporáneos un problema de importancia creciente. La concepción que los hombres tienen de su salud varía con la historia, la geografía y las estructuras sociales. En un país como el nuestro no es la simple ausencia de enfermedad, aceptándose la defini-

ción de la OMS que a partir de 1946 la contempla como «un estado de completo bienestar físico, mental y social». Sin embargo esta definición adolece de una cierta pobreza en el orden de la creatividad, pudiéndose completar añadiendo además una plenitud de vida, una armonía dinámica del hombre con él mismo y con su medio —uno y otro cambiantes—, cuyo objetivo es «enriquecerse cada uno con sus cualidades» (Valery), es decir permitir a cada uno sacar el máximo partido de sus capacidades teniendo en cuenta su herencia genética. Pero, ¿es realmente posible actuar sobre la salud?

Durante milenios los hombres han visto en la enfermedad y la muerte la expresión de la cólera y la arbitrariedad de los dioses considerándola un «hecho» implacable. En nuestros días todavía esta concepción milenaria prevalece, ya que son siempre los mismos a los que el destino marca acumulando sobre ellos deficiencias de todas clases, salarios más bajos, instrucción más deficiente, trabajos más duros, hábitats menos salubres y finalmente muerte más precoz.

Es evidente que en el momento actual en el área de la salud esa fatalidad puede ser desechada. En los países occidentales desde finales del siglo XVIII el aumento del nivel de vida, saneamiento de las aguas, nutrición equilibrada, urbanismo mejorado, etc. han hecho bajar las tasas de mortalidad pudiéndose analizar la complejidad de factores que actúan sobre la salud y deducir que junto a factores genéticos, el *ambiente* y el *comportamiento* de los hombres juegan un rol decisivo. O sobre el uno o sobre el otro es posible actuar ya sea por una acción individual o colectiva.

Esta actuación habrá de hacerse por medio de la prevención, entendiéndose como tal el conjunto de acciones que tienden a promover la salud individual y colectiva. Esta comprende acciones dirigidas a:

– Asegurar la integridad física y mental y desarrollar las capacidades vitales de cada persona (creatividad, deseo, placer, relación activa con el ambiente, etc.).

– Reducir las amenazas que sobre las personas plantea el ambiente físico, psicológico y social y mantener las contradicciones a un nivel tal que la persona misma pueda controlarlas sin disminuir sus capacidades vitales, lo que implica una dinámica social que refuerce las posibilidades de cada uno. Las agresiones del ambiente (técnico, social, político, económico) pueden alterar las capacidades de adaptación, acelerar el envejecimiento y favorecer la aparición de la enfermedad.

Sin duda, en condiciones normales esta capacidad de autorregulación que le permite al individuo responder a los estímulos exteriores manteniendo la armonía del organismo y restableciéndola cuando se afecta, tiende a bajar naturalmente; este es el envejecimiento natural.

Sin embargo numerosas agresiones exteriores son demasiado fuertes para ser dominadas sin «fatiga», «stress» (Seligman), «sufrimiento» (Dejours)...

Según Dejours, la enfermedad es la resultante de un proceso que no estaría limitado a la etiología y la patogenia tal como la concibe la investigación médica. Aunque este aspecto sea ampliamente demostrable, la enfermedad debe ser situada en una historia y la *historia natural de la enfermedad* debe ser sustituida por la *historia del sujeto enfermo*. En esta perspectiva evoluciona el proceso patógeno que trata de analizarse, contexto de donde es necesario hacer resaltar los obstáculos presentados y contra los cuales han sido ineficaces los sistemas de defensa que el sujeto ha puesto en marcha para luchar eficazmente contra el proceso patógeno.

El análisis de la enfermedad sobre el sujeto debe llevar más lejos de su ambiente físico, químico y biológico, ha

de extenderse también a su ambiente relacional y psicoafectivo y a su ambiente social predominando su historia personal desde su desarrollo y maduración postnatal hasta su envejecimiento o desorganización progresiva cuyo fin es la muerte.

Tal análisis supone la investigación sobre lo que precede al estado del sujeto enfermo. Numerosos argumentos muestran que esta investigación es posible y que antes de la enfermedad sólo hay *silencio*, ausencia de signos localizables pero estados reconocibles previos a la aparición de la patología macroscópica, es el estado de *sufrimiento*.

Una concepción nueva de la prevención pasa por una etapa previa: el *diagnóstico clínico del sufrimiento*.

Según Dejours el enunciado de los grandes temas del sufrimiento humano no ha cambiado en el transcurso de los siglos. Se trata siempre de la muerte, la miseria, la enfermedad, el envejecimiento, la locura, la pérdida de libertad, la injusticia, la indignidad, la soledad... Sin embargo sus formas han cambiado. En nuestros días es:

– La muerte por accidente de circulación o de trabajo.

– La miseria de los parados, del tercer mundo.

– El aislamiento y la exclusión de los ancianos.

– La depresión y el suicidio, el miedo y la sensación de inseguridad, la delincuencia.

– La esclavitud a la máquina y al ritmo de trabajo, la sumisión a la organización del trabajo decidido por otro, la imposibilidad de elegir su destino, la robotización, la despersonalización.

– Las desigualdades de renta, salud, educación, ocio, libertad, etc., que engendran frustración e indignidad.

– La soledad en medio de la multitud, la desestructuración de la familia, la segregación por categorías sociales y por sexos.

La *primera dimensión* de la prevención sería la de suprimir o al menos dismi-

nuir estos sufrimientos lo que en términos positivos sería reforzar las capacidades vitales (creatividad, placer, deseo, etc.) de cada persona.

Sin embargo la lucha por la salud no debe hacer olvidar que el hombre es finalmente mortal. El modelo que vehicula implícitamente la medicina moderna y la sociedad tecnológica es que la muerte es siempre el resultado de un proceso patológico, si no hubiera enfermedad no habría muerte. Todo lleva a pensar lo contrario, que la enfermedad no hace más que abreviar la vida pero la duración de ésta, incluso en ausencia de enfermedad, es limitada. Todo pasa como si un proceso biológico natural de envejecimiento condujera a través de una baja progresiva de posibilidades de adaptación del organismo (órgano de reserva) a una muerte natural que correspondería a una pérdida casi total de estas reservas adaptativas.

La experiencia muestra que desde una época reciente la duración media de la vida ha aumentado de manera importante. En una población occidental la curva de supervivencia tiende a igualarse de manera muy significativa a la «curva ideal», es decir, a la que correspondería a una muerte natural. Este cambio es debido a la eliminación de muertes prematuras causadas por la enfermedad.

Una *segunda dimensión* de la prevención tendería a suprimir las causas de muerte prematura. Es contra las enfermedades crónicas (supervivientes de enfermedades agudas) que deben dirigirse los esfuerzos de la prevención intentando retrasar su aparición y luchando contra las condiciones del ambiente y comportamiento que favorecen su aparición.

Existen una serie de hechos que van a influir sobre el mantenimiento de la salud, bien en términos de mortalidad y morbilidad, bien en términos de libertad.

Si el aumento de la esperanza de vida desde el principio de siglo XIX es un

fenómeno natural en los países desarrollados tendría que ser de manera comparable en las diferentes naciones, en los dos sexos y en las diferentes clases sociales. Se constata sin embargo que esta esperanza de vida varía en los diferentes países. Igualmente existe una relación estrecha entre la esperanza de vida y el nivel de vida siendo los grupos sociales más favorecidos los más longevos. Todo pasa como si la sociedad eligiera a sus muertos, y así los estudios de mortalidad diferencial confirman que para prácticamente todas las enfermedades las clases pobres son más agredidas que las otras.

De la misma forma la privación de la libertad ya sea total o parcial son incompatibles con el estado de bienestar completo que es la salud.

Aunque toda vida social supone limitación sobre la voluntad de las personas reduciendo el espacio de su libertad, esta restricción es tanto más tolerable cuando ella resulta de un diálogo y de un consentimiento. Cuando el que trabaja no participa para nada en la concepción de su trabajo y está sometido a alguien que le es extraño y que domina su tiempo, su espacio y sus relaciones, esta desapropiación de su saber-hacer, de su libertad, de su creatividad... en beneficio de otro es la expresión de una auténtica alienación.

Por otra parte la información disponible es poco accesible a la población lo que le impide participar activamente en la gestión de su salud individual o colectiva. El conocimiento del estado de salud de la población es una condición necesaria a toda tentativa de objetivación de las necesidades de salud de esta población, las graves lagunas epidemiológicas lo impiden.

La investigación es insuficiente, tanto en epidemiología como en salud pública; igualmente el saber adquirido no es accesible, y así el conocimiento de recursos, de posibilidades, de reglamentos pertinentes son ignorados en



general habiendo sido olvidada durante mucho tiempo la educación para la salud.

También es evidente la fragilidad de nuestra estructura de cuidados primarios, la incoherencia de las instituciones llamadas de prevención, la inadecuación de la formación médica y de otros profesionales de la salud en el área comunitaria, así como la ausencia de la dimensión preventiva en la formación profesional a todos los niveles.

La prevención hasta ahora no ha tenido como objetivo elevar el nivel de salud de todos sino reducir los gastos de salud, no se ha dirigido a mejorar el ambiente sino a someter los comportamientos, no ha intentado liberar de la alienación sino imponer un modelo social que integrara a todos en la sociedad industrial.

La promoción de la salud constituye el objetivo mayor de una sociedad democrática y concierne a ésta en su conjunto y en todas sus actividades. La acción preventiva es compleja. No existe a priori percepción de un problema de salud, la gestión puede ser a iniciativa del usuario, del profesional o de una estructura social, el contenido de la actividad no está limitado a la relación médico-enfermo y la intervención se hace menos sobre la patología que sobre factores de riesgo. Los grupos económicos se oponen a menudo a actividades de prevención que pueden amenazar ciertos intereses, así la industria del tabaco, del alcohol, del automóvil son representativas. Numerosos estudios han demostrado lo que nuestro modo de vida tiene de peligroso pero sectores de la economía viven de estos peligros.

En la profesión médica la prevención no tiene atractivo ya que procura menos satisfacciones inmediatas de prestigio que las actividades curativas. Es también mal vista por la pobla-

ción presentándola como una responsabilidad individual, «no beber, no fumar, respetar un régimen alimentario...» para «quizá» no estar enfermo «más tarde»...

En conclusión, el objetivo de una política de prevención es promover la satisfacción de las necesidades de salud de la población, se trata de la necesidad de que cada individuo desarrolle todo su potencial.

La promoción de la salud no puede realizarse sin democracia. La reducción de las desigualdades, objetivo esencial de toda sociedad democrática, exige dar una alta prioridad a las acciones y programas orientados hacia los grupos más desfavorecidos.

La política de promoción de la salud debe concebirse a partir de una definición positiva de la misma, teniendo en cuenta que antes de la enfermedad —ruptura de adaptación del individuo a su ambiente— todo sufrimiento es una agresión a la salud. El sufrimiento funciona como una alarma que el sistema social debe escuchar posibilitando la corrección del ambiente y la modificación de comportamientos.

Una política eficaz no puede contentarse con sugerencias, el instrumento esencial es el programa: conocimiento de las necesidades, valoración de los recursos, objetivos prioritarios ante la situación actual, criterios de evaluación.

Es necesario evitar la atomización de la salud por medio de una estricta coordinación. La población debe jugar un rol no sólo en la definición de sus problemas de salud sino en todas las otras etapas de la política de prevención.

Todo ello obliga al médico a establecer una relación social diferente con los individuos; el médico no juega más que un papel de experto, las decisiones pertenecen al grupo, a la colectividad ejerciendo su poder sobre el médico (Gottraux).