

SILVIA MARTÍNEZ CALVO*

Vivir en salud

Al constituirse la OMS en 1948, una de sus principales tareas fue lograr un criterio uniforme para la definición de salud. Desconozco si eso fue un reclamo universal o si el hecho de haber sido designado como organismo dependiente de la ONU, le atribuyó la condición inherente de proponer conceptos relativos a la salud del hombre.

De cualquier forma se emitió la definición en los términos siguientes: "salud es el perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad o lesión".

A partir de esa concepción, aparecen disímiles interpretaciones que modularon el abordaje del "derecho positivo" que representa para un individuo sentirse sano.

A mi juicio las grandes dificultades para alcanzar el estado de salud que preconiza la OMS, estriban en cierto reduccionismo en la tarea por parte de los otros componentes sociales de los cuales depende en gran medida el éxito en el empeño.

Parecería un compromiso tácito del personal de salud exclusivamente, cuando se sabe que para el alcance de ese "perfecto estado", la distribución de la carga se inclina más a otros sectores de la sociedad.

Para el público, el término salud implica siempre un punto antagónico de "algo" situado frente y que denominan enfermedad.

La salud no puede ser entendida sin comprender la sociedad, tal como expresa Susser (1987), y tanto la epidemiología como las ciencias sociales ofrecen información para ello.

Es convencionalmente aceptado que la salud está integrada por dos componentes básicos: El sentido subjetivo de salud y el

sentido objetivo de salud. Al mismo tiempo esta dicotomía añade un nuevo elemento subyacente en el componente subjetivo: el bienestar.

Ahora bien, ¿cuál será la percepción individual de bienestar?, ¿hasta dónde influye el ser social en nuestras valoraciones de la salud y la enfermedad?, ¿cómo entender la relación intrínseca excluyente entre ambos "polos" que permite a los individuos desempeñar los diversos roles de persona aparentemente sana, de enfermo y de paciente?

Para ofrecer respuestas apruebo nuevamente a Susser cuando asevera que "las ciencias sociales despiertan las fuerzas subyacentes históricas, actuales e inmanentes que originan la salud y la enfermedad". Entonces ¿por qué el protagonismo de las ciencias médicas en recuperar la salud individual y su hegemonía en sentar las pautas relacionadas con el par dialéctico vida y muerte?

Tanto para la población en general como para una buena parte de los profesionales de otras ciencias no médicas, aún los médicos mantienen su desempeño como "hechiceros de la tribu o sacerdotes", dueños y señores de nuestras vidas al momento de percibir la pérdida de lo que llaman salud. Por tanto, considero que la hegemonía médica representa más bien un otorgamiento social tácito que una apropiación consecuente.

Hasta qué rango han contribuido las "fuerzas sociales" al esclarecimiento en relación con lo expresado, es algo que

merece cierta meditación por parte de los desencadenantes de esas fuerzas constitutivas de la sociedad.

Aparecen en el escenario elementos determinantes en el comportamiento social que por supuesto influyen nuestro comportamiento en estado de salud o de enfermedad.

Los patrones conductuales casi totalmente resultantes de la relación social (recordar a Ortega y Gasset: *yo y mis circunstancias*), inclinan la balanza a una mejor o peor elevación de estos roles cuando se valoran desde la óptica individual como reflejo de la influencia del grupo social de pertenencia o referencia.

Al abordar la salud en función poblacional, emergen los poderes de grupo que diseñan los modelos conductuales característicos de las sociedades a lo largo de la historia del hombre.

La ausencia de compromiso social relativo a la salud por parte de otras ciencias, engrandece la porción alicuota de las ciencias médicas y entonces se eleva su protagonismo en ese sentido.

Se ha acostumbrado a la población a solicitar constantemente formas de recuperarse de la enfermedad y no procedimientos para vivir en salud. Aquí comienza la tarea central de la salud pública y no de las ciencias médicas, con la apertura entonces del abanico de posibilidades para el trabajo multidisciplinario e intersectorial subyacente en esa gran disciplina.¹

Al enfrentar el reto para "vivir en salud", aparecen los requerimientos sobre el derecho a la misma y nos introducimos de lleno en el enfoque filosófico-político del concepto y la inclusión de diversas disciplinas científicas que interpreten y hagan entendible el desafío tanto para el público en general como para los profesionales en particular.

1. En otro documento se explica la diferencia entre estos campos del saber en salud. Al respecto véase Martínez 1993.

* Profesora de Epidemiología, Facultad de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

¿Qué significa vivir en salud? ¿Cuál es el compromiso social para lograr esa casi quimera?

A juicio de la salud pública, con el cual coincido, vivir en salud representa buen nivel de vida a partir de la satisfacción de necesidades básicas primarias: alimentación y nutrición, vivienda, vestido, trabajo bien remunerado, autorrealización, educación e instrucción, ambiente saludable, disponibilidad de tiempo libre, práctica de ejercicios, entre otros.

Si nos fijamos en el listado expuesto, nadie puede pensar que la responsabilidad por la salud, el cuidado de la misma y la vida sana, compete en exclusiva a las ciencias médicas.

A partir del enfoque cartesiano del hombre-máquina, el desvelo de la medicina consiste centralmente en reparar la "maquinaria descompuesta", o sea el cuerpo humano en todas y cada una de sus partes, por tanto, después de restaurada, el propio individuo o la sociedad en dependencia del contexto socio-político, es responsable de mantenerse sano.

¿Qué prevalece entonces? Surge de inmediato la respuesta si el sustrato subyacente en la sociedad lo determinan los intereses de clase. Cuando el predominio corresponde a la medicina privada, léase biomedicina, tecnología médica, centrismo médico, etcétera, toda la carga recae en el propio individuo, de ahí las restricciones económicas para los servicios sociales y de salud que fueron eje de conflicto en una porción considerable de países desarrollados en las décadas de los sesenta y setenta y cuyo colofón estuvo representado por la llamada "década perdida" en los años ochenta.

Surgió incluso una teoría con base económica denominada "culpar a la víctima" que pretendía responsabilizar al individuo enfermo por los resultados de su comportamiento no saludable: fumar y beber en exceso, vida sedentaria, mala nutrición, etcétera. Por tanto, se eximía en gran medida al estado de las consecuencias negativas de estas conductas (Terris, 1980). ¿No se parece un poco al neoliberalismo actual?

Por otra parte, las plataformas programáticas de poderosos partidos socialdemócratas en Europa Occidental propugnaban políticas sanitarias de casi total responsabilidad gubernamental, que pretendían elevar con su acción los niveles de vida de sus comunidades con su activa participación (Terris, 1992). Esto contribuyó enormemente a divulgar "políticas sanas" cuyo paradigma está representado por un documento ya clásico entre los sanitaristas: la Carta de Ottawa. Fue emitida como llamamiento a las naciones en esa ciudad canadiense en el año 1986 e impulsó la nueva orientación de la salud pública para las próximas décadas (promoción de salud). Con anterioridad, en 1974, el famoso Informe Lalonde estremeció las conciencias gubernamentales en relación con la salud ciudadana a partir del análisis económico de la utilización de recursos para solucionar los problemas de salud de los canadienses.

Por otro lado, ¿qué sucedía al respecto en los denominados entonces países socialistas? Los servicios de salud estaban centralizados en sistemas nacionales con cobertura total y completa accesibilidad, cuyos resultados ocasionaron cierto "acomodamiento" de la población a partir de la seguridad de tener resueltos todos sus problemas de salud. La situación actual en esos territorios muestra que a pesar de las buenas intenciones que incluían a la salud como derecho constitucional, parecería que los individuos no lo percibieron como tal y no utilizaron ese derecho para vivir en salud, sino para tener garantía de recuperación de la enfermedad o daño, lo que visualiza el centrismo médico prevaleciente. ¿Qué sucede en nuestro territorio que desarrolla desde hace más de 30 años un sistema nacional de salud con características un tanto *sui generis*?

Fue innegable la elevación del nivel de vida de la población en su conjunto a partir de la satisfacción de necesidades básicas como: educación, trabajo, vivienda, alimentación, recreación, etcétera: todo ello con alto grado de responsabilidad estatal que considero correspondan a una

verdadera promoción de salud.

Paralelamente el organismo rector Ministerio de Salud Pública (MINSAP) realizaba una política sanitaria centrada en el control de los daños de mayor magnitud y trascendencia: paludismo, poliomiélitis, tuberculosis, rabia animal, etcétera.

Esta dicotomía de acciones, sin objetivizar constantemente su valiosa interrelación, a mi juicio contribuyó a hacer protagonista en la población el pensamiento "restaurador de la salud" en su sentido más reduccionista en sustitución del enfoque de "vivir en salud". No obstante, la experiencia de Cuba evidencia que la equidad en las condiciones de salud es alcanzable aunque sea incompleta (Susser, 1991).

La crisis económica ocasiona una tendencia al descenso en el nivel de vida. Es un enorme reto para mantener los indicadores de salud alcanzados y más aún si prevalece el criterio de que esto es una tarea del MINSAP y no la consecuente acción de la salud pública en su conjunto.

¿Conocen este análisis el resto de los actores sociales en nuestro ámbito?, ¿cómo garantizar "vivir en salud"?

Las respuestas deben emitirlas los propios interesados y sería una buena iniciativa escucharlas desde diversos ángulos y enfoques a partir de las disciplinas y acciones que desarrollan estos actores sociales aquí y ahora. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez, S. (1993). "¿Ética y cultura médica?", en *Vivarium*, No. 3.
- Susser, M.
- (1987). *Epidemiology, health, and society*. Selected Papers. Oxford University Press. EUA.
- (1991). "La salud y los derechos humanos: Una perspectiva epidemiológica", en *II Reunión Científica de Epidemiología*. República Dominicana.
- Terris, M.
- (1980). *La epidemiología como guía para las políticas de salud*. Serie Pahef.
- (1992). *Comunicación personal*.