

# CONSIDERACIONES EN TORNO A LA DEFINICION DE SALUD<sup>1</sup>

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 1, 1998/ 64-68

Dr. Mariano Requena B.\*

## INTRODUCCION

El concepto de salud que hoy conocemos ha sufrido permanentes cambios a lo largo de la historia humana. En lo esencial, estas variaciones se diferencian en los supuestos que las sustentan y en la finalidad instrumental con que se utiliza el término. Consecuentemente, éstos tienen que ver con la política de salud que se aplica o se desea aplicar, con la estrategia implementada para realizar esa política y, finalmente, con el sistema de valores y de principios sociales, lo que son, en última instancia, la substancia sobre la cual se asienta finalmente la acción.

A su vez la definición de salud representa el destilado más esencial del cúmulo de detalles y hechos de un sistema de salud. Por su fuerza modeladora de la realidad sectorial, las definiciones de salud se las puede entender como paradigmas al estilo de Khun<sup>2</sup>.

## COMO SE DEFINE UN PROBLEMA

Resolver problemas es la actividad básica y permanente –sea en la ciencia, la administración o la creación artística– que debe enfrentar el hom-

bre en su afán de cambio y de progreso. La instancia clave de este proceso es la definición del problema. Es decir, practicar dos ejercicios intelectuales consecutivos; primero, aprehender aquello que diferencia una condición dada de la condición deseada, y segundo, ubicar las dificultades del problema en la complejidad sistémica causal<sup>3</sup>.

Si, y sólo si, hemos definido correctamente el problema tendremos frente a nosotros su solución. Aparecerán bien definidos los factores que debemos fortalecer y cuáles debemos excluir o controlar por irrelevantes para la condición deseada.

El proceso resolver-problema no es, sin embargo, tan lineal y fluido como puede parecer. Cuando se trata de definir un problema, se está recibiendo orientación de la solución que se privilegia. Al buscar las causas del problema estamos siendo guiados por las soluciones que privilegiamos. A su vez, estas soluciones privilegiadas se construyen en base al sistema de valores, intereses y preferencias del *definidor*.

Por ejemplo en los últimos dos o tres decenios el mundo ha sido testigo de una ardua discusión sobre el problema del crecimiento poblacional y desarrollo económico. El hecho básico e incontrovertible era reconocido por las partes en pugna:

\* Profesor de Salud Pública.

<sup>1</sup> Charla realizada en la inauguración del Diplomado en Salud Comunitaria de la Universidad Bolivariana el 16 de abril de 1998

<sup>2</sup> La expresión paradigma ha sido usada por T. Khun para resumir a las relaciones y los elementos más esenciales. Aun cuando muy frecuentemente el paradigma no es consciente, cumple sus funciones. Orienta al investigador en la precisión y definición de los problemas, determina la metodología adecuada y aporta los criterios de verdad. Al administrador le precisa el carácter de la política a seguir y lo orienta a la estrategia más apropiada. Ver Khun, Thomas. 1962 "The structure of scientific revolution". University of Chicago Press, Chicago

<sup>3</sup> Radcliffe, John. 1989 "The Influence of Founding Agencies on International Health Policy, Research and Programs". International Symposium on "Community Participation and Empowerment Strategies in Health Promotion" University of Bielefeld, June 5-9, 1989

las poblaciones pobres tenían tasa de natalidad alta y rápido crecimiento y las poblaciones opulentas bajas tasas de natalidad y bajo crecimiento de su población.

Los países desarrollados definían el problema de la sobrepoblación en la cadena causal que afirmaba que la *gente es pobre porque tiene muchos hijos*. A su vez, los países pobres que padecían de un crecimiento excesivo para su crecimiento económico argumentaban que la *gente tiene muchos hijos porque es pobre*. Estas dos interpretaciones daban como resultado diferente estrategia correctiva del crecimiento excesivo. Los países industrializados y sus organizaciones de ayuda económica planteaban enseñar a los pobres a controlar su natalidad por medio de los anticonceptivos. La promoción del uso de anticonceptivos y obviamente el financiamiento de programas de control de natalidad era su línea de trabajo. Por su parte, la segunda interpretación, necesariamente, indicaba que la estrategia debía ser: eliminar la pobreza.

El análisis de la definición de salud deberá poder responder a una serie de interrogantes:

- ¿Quiénes son los que definen salud y cuál es su racionalidad?
- ¿Cuáles son los supuestos y las implicancias prácticas subyacentes a la definición?
- ¿A qué intereses sirve la definición en una forma determinada?
- Si hay varias definiciones compitiendo, ¿cuál de ellas soporta mejor la prueba de las evidencias científicas o la experiencia acumulada?

## LAS DEFINICIONES DE SALUD

En la formalidad en salud, escrita o discursiva, siempre aparece la definición de la Organización Mundial de la Salud como aceptada universalmente. Sin embargo, en la práctica y en la base subyacente de los programas y del discurso persiste, si no en lo formal, en la realidad vigente la definición tradicional y especialmente, enraizada en la enseñanza y la práctica de la medicina. En el análisis de las bases esenciales de la salud, especialmente en la salud colectiva, es necesario develar ambas definiciones.

## LA DEFINICION DE OMS

La OMS define la salud como “*Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad o dolencias*”. Este enunciado constituye uno de los 9 principios<sup>4</sup> en los cuales se basó la creación y la fundación de la OMS en Nueva York, el 22 de julio de 1946. Esta definición de salud, de carácter esencialmente normativa, se basa en los dos supuestos principales. El primer supuesto parte de considerar que la salud física y mental de la población no puede ser separada o aislada, aún con intenciones analíticas, de la salud social. Intimamente relacionado con éste aparece el segundo supuesto que afirma que no se puede entender el proceso de salud-enfermedad si se lo ve separado del medio social, político y económico en el cual las personas se encuentran inmersas desde el nacimiento a la muerte.

Consecuentemente, lo primero que esta definición nos hace concluir es que nuestro accionar, nuestras estrategias en salud deben primariamente dirigirse a corregir los elementos y factores del ambiente que afectan directamente la salud, así como a preocuparnos de aquellos agresores que insultan todo el sistema social.

Como marco de referencia, entonces, esta definición de la OMS establece relaciones causales entre el perfil de salud y las políticas sociales. Entre las variables importantes que se han develado podemos mencionar:

- Desigual distribución de la riqueza;<sup>5</sup>
- Polución ambiental;
- Estrés laboral;
- Polución del aire, agua y suelo por incineración de sustancias químicas y por desechos radiactivos;
- Hábitos no saludables: tabaco, alcohol, drogas, relacionados con la industria publicitaria, intereses económicos mercantiles.

El nuevo concepto de prevención, después de haber descubierto que la conducta de las personas afecta la salud, focaliza la responsabilidad en el individuo por la prevención de la enfermedad. Se debe beber y comer moderadamente, hacer actividad física, no fumar y otros consejos semejantes. Seguramente es el

<sup>4</sup> De los 9 principios de la constitución de la OMS, vale mencionar dos de ellos: 1. Los gobiernos tienen responsabilidad sobre la salud de las personas, la cual se debe lograr sobre la base de medidas de salud y sociales. 2. La salud de la gente es fundamental para el logro de la paz y la seguridad y depende la cooperación total de los individuos y el Estado

<sup>5</sup> Wilkinson, Richard G., 1997 Conferencia sobre promoción de la salud Noviembre 1997, Viña del Mar, Chile.

individuo el que lleva a cabo estas acciones. Pero qué significa culpar al individuo por fumar cuando el gobierno subsidia a los agricultores que producen tabaco, permite reducciones tributarias a la propaganda sobre los cigarrillos y falla en usar el poder de fijar impuestos como un desincentivo al fumar. ¿Qué significa castigar a los individuos por los malos hábitos alimenticios cuando la publicidad está inundada de estímulos al consumo de comida rápida de "bajas calorías" y lo refuerza con la actual política federal agrícola? L. Eisenberg.<sup>6</sup>

La definición de la OMS, tal como lo dijimos, nos induce a pensar que la causalidad de la enfermedad reside más en los factores económicos, sociales y culturales que en la acción propiamente médica. La evidencia de esta aseveración afirmará nuestra posición si podemos demostrar que los cambios en los indicadores de salud de una colectividad se relacionan con el mejoramiento de las condiciones sociales más que con la distribución de la tecnología médica y sus servicios. La respuesta no es muy fácil porque las variaciones de la tecnología médica coinciden también con los cambios sociales.

Sin embargo, hoy disponemos de un cúmulo de estudios epidemiológicos que demuestran que la evolución de la salud y la enfermedad está asociada principalmente con los cambios en las condiciones de vida. Algunos, referidos a enfermedades específicas de alta morbilidad como las enfermedades entéricas (primera causa mundial),

malnutrición, cardiovasculares y tuberculosis, su comportamiento en el tiempo está definitivamente relacionado con cambios en las condiciones de vida. Para los casos mencionados es decisiva la disposición de agua potable, el nivel económico, los cambios culturales, etc.

Las comparaciones de grupos de enfermedades nos revelan hoy relaciones muy estrechas con la distribución de los recursos sociales. El Dr. Wilkinson, que visitó Chile a fines de 1997, nos muestra evidencias que definitivamente la esperanza de vida está fuertemente asociada con la distribución del ingreso.<sup>7</sup> La comparación entre países muestra una relación más estrecha con las brechas sociales de los países que entre el nivel económico global. Estados Unidos, con una distribución del ingreso mucho más desigual que Japón y con ingresos generales por persona muy semejantes, tiene una tasa de mortalidad infantil de 12,5 comparada con 7,0 por 1.000 nacidos vivos. Tampoco el gasto en salud comanda los niveles de salud. Estados Unidos con un gasto en salud más del doble que Japón (ver Cuadro 1) tiene una mortalidad infantil de 10,1 y 5,0 por 1.000 NV. A su vez, la diferencia entre el quintil superior de ingresos y el quintil inferior es 16 veces en Estados Unidos y sólo 6 en Japón.

Los elementos de las condiciones de vida que demuestran una más fuerte relación con el nivel de salud son la educación, la nutrición, el empleo,<sup>8</sup> ingreso, calidad de la vivienda, condiciones de seguridad laboral.

CUADRO 1  
Gasto por persona, expectativa de vida al nacer y mortalidad infantil por países. 1987

País	Gasto en salud P/persona US\$	Expectativa de vida	Mort. infantil / 1.000 nacidos vivos
Estados Unidos	2.051	75,0	10,1
Canadá	1.483	76,8	7,3
Suecia	1.233	77,2	6,1
Francia	1.105	77,1	7,8
Alemania	1.093	75,9	7,5
Holanda	1.041	77,1	8,8
Japón	915	78,9	5,0
Reino Unido	758	75,4	9,0

Fuente O.E.C.D. y OMS, 1987-89.

<sup>6</sup> Eisenberg, L., 1977. "The perils of prevention: A cautionary note". *New Engl J Med*; 197:1213

<sup>7</sup> Wilkinson, Op. cit.

<sup>8</sup> Harvy Brenner de la Universidad de Johns Hopkins encontró en Inglaterra-Gales, Suecia y Estados Unidos que las enfermedades del corazón aumentaban en los períodos de recesión económica y desempleo.

Finalmente, nos queda una pregunta por responder. ¿qué intereses sirve el concepto de salud de la OMS y sus estrategias asociadas? Nos parece que son dos los grupos que se benefician de esta definición. Sin duda el primero es el de los pobres. Las medidas que la definición implica tienen necesariamente que mirar hacia las condiciones de vida, sin que ello elimine ni desmerezca la atención médica curativa. El segundo grupo lo forman evidentemente todos aquellos que entregan su esfuerzo y preocupación por elevar el nivel de salud de la población a través del control o limitación de los factores que más afectan la salud. Es decir, aquellos que comprenden que las actividades de salud que realizan son medios y no fines.

### LA DEFINICION MEDICA

La salud como "*ausencia de enfermedad o malestar*". Foucault afirma que aún cuando sólo desde el siglo XVIII aparentemente se superó la idea que la medicina era una actividad individual ésta "...fue siempre una práctica social, lo que no existe es la medicina no social, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión".<sup>9</sup> Sin embargo, desde la época de oro de los griegos, los médicos y el personal de la salud consideran que su misión es diagnosticar y tratar a las personas cuando ellas enferman.

Otras fuentes de donde proviene la idea de salud como ausencia de enfermedad han sido organismos internacionales que financian ayuda económica al sector salud, ya sea en la formación de recurso humano, la investigación o la prestación de servicios. A partir de los 50 fueron las Fundaciones Rockefeller y Carnegie, sustentadas en el Informe Flexner en la Educación Médica<sup>10</sup> y después por el Banco Mundial. En América Latina la influencia de la Fundación Rockefeller se implementó especialmente a través de financiar actividades de educación médica. La Asociación de Sociedades de Facultad de Medicina, que presidió durante algunos años un chileno, fue el centro organizador de análisis de la enseñanza de la medicina.

Cuando la definición de salud se basa en la negativa de su opuesto como la no-enfermedad o no-molestias, la estrategia colectiva o individual de solución es el tratamiento de esa enfermedad y la prevención específica. El problema se circunscribe a alteraciones del organismo ya sea por la invasión de agentes externos, alteración de la fisiología o de la anormal multiplicación celular. Con ello la medicina desconoce todos aquellos factores ambientales y biográficos que determinan la salud. Esto explica, entre otras características de los sistemas de salud, la concentración de recursos en la mayoría de ellos. En Chile, por ejemplo, el 90% del presupuesto de salud está utilizado por la reparación de la enfermedad. De hecho, la atención primaria municipal en Chile gasta menos del 10% del presupuesto público y sólo el 4% del gasto total si consideramos también el gasto del sector privado y de farmacia. El sistema de salud cubano, que aplica un enfoque integral y que ha llegado a tener indicadores de salud menores que los Estados Unidos, el 36,1%<sup>11</sup> de su gasto en salud lo destina a atención de salud primaria. Países desarrollados como Japón, Canadá, Inglaterra o Alemania entregan entre el 30 al 40% del gasto a la atención primaria.

Por otro lado, si la enfermedad es un problema que se acota en el cuerpo del afectado, es un problema de responsabilidad de la persona. Es una desviación de la normalidad cuando esta desviación se debe a malos hábitos o conductas de riesgo y se le pide al propio individuo afectado que lo corrija, se desconoce la influencia de los factores ambientales y se centra la solución en los medicamentos. Es decir, *culpar a la víctima*.

La definición en análisis supone además que la salud colectiva es la suma de los casos individuales y que el tratamiento de cada uno de ellos llevará a mejorar el nivel de salud colectivo. Sin embargo, a pesar del impresionante progreso de la medicina en el tratamiento individual, hay evidencias que tanto la *seguridad* de los procedimientos como su *eficacia* son bajos.

"Se ha estimado que sólo el 10 al 20 por ciento de todos los procedimientos actualmente en uso en la práctica médica han demostrado ser eficaces, a través de pruebas científicas. Debido a las limitaciones en los sistemas de valida-

<sup>9</sup> Foucault, Michel. "La vida de los hombres infames" Ediciones de La Piqueta, Madrid, España

<sup>10</sup> Brown, E.R., 1979. "Rockefeller medicine men" University of California Press.

<sup>11</sup> Rojas Ochoa, Francisco, 1997. "Economy, Politics, and Health Status in Cuba". International Journal of Health Services, 27(4): 791-807 Anityville, New York

ción, los ejemplos de tecnologías que se introducen ampliamente a su uso y que más tarde se muestran peligrosos o ineficaces, y el gran número de nuevas tecnologías que entra al mercado, es urgente mejorar los procedimientos de validación de su eficacia y su seguridad".<sup>12</sup>

Estas apreciaciones, orientadas a enfatizar las ideas derivadas de la causalidad social de la salud, no desconocen que existen algunos casos donde la acción terapéutica es eficaz. El área de la salud materno-infantil es un ejemplo donde las acciones terapéuticas y de control preventivo, tanto en el niño como en la mujer, tienen efectos positivos y seguros. Las vacunas son otro ejemplo de afectos eficientes de la medicina.

El interrogante que surge a esta altura es entender por qué, frente a las evidencias analizadas, se sigue actuando como si la salud fuera equivalente a no-enfermedad. En nuestra realidad, tanto de Chile como de la globalidad que nos envuelve, la negación de las variables sociales, económicas y culturales como determinantes privilegiados de la salud y su estrategia, se debe a las fuerzas y actores sociales que se benefician de ella. Ratcliffe<sup>13</sup> menciona:

1. Individuos que tienen acceso a la medicina de alta calidad y los que padecen de afecciones que responden eficazmente a tratamiento curativo;
2. Aquellos profesionales administrativos, académicos e internacionales de la medicina, especialmente médicos, que dependen para financiar sus programas, investigaciones y asesorías de instituciones fieles a la definición negativa de salud;
3. También tienen interés en aceptar la definición aquellas corporaciones o empresas con intereses económicos en la medicina curativa: la industria farmacéutica, las empresas ligadas a la producción y venta de instrumentos e insumos médicos, industria del seguro privado de salud como nuestras isapres, los que prestan servicios privados en clínicas o centros de salud, etc.
4. Existe un grupo que profita de mantener separada la salud de sus condicionantes económicos, sociales y ambientales. Al afirmar que la salud depende de cada persona se puede contaminar con tóxicos y depredar el ambiente sin

afectar las personas, se puede tener trabajadores con malas condiciones de trabajo.

## CONCLUSIONES

- Las definiciones que utilizemos para transmitir la idea de salud no es un asunto meramente formal e inocente, como superficialmente aparece o se le quiere hacer aparecer. Es un elemento de naturaleza normativa e ideológica. Normativa porque fija un deber-ser al que se aspira pero que no es alcanzable en la realidad. Pero también es ideológico porque debe adecuarse a los valores sociales que hemos elegido. No resulta tampoco de la aplicación del método científico. En este contexto, la definición de salud, en cuanto responde a grupos de interés, es también un asunto político.
- Se puede enseguida concluir que el nivel de salud de una comunidad es resultante principalmente de los cambios en la calidad de vida dada por sus variables sociales de carácter económicas, sociales y culturales.
- Consecuencia de la conclusión anterior es la importancia que adquiere el trabajo y la pre-ocupación en salud por el trabajo intersectorial. La mayoría de las variables importantes en la determinación de la salud son de resorte de otros sectores que salud. Nuestro papel en este amplio ámbito tiene que ver con conquistar voluntades de cooperación con aquellos sectores que es posible que de comienzo no entiendan su papel y tomen actitudes defensivas que nuestra claridad nos obliga a superar.
- La fuerza de las definiciones se devela en su relación necesaria con caminos estratégicos determinados. La buena definición no sólo precisa el problema sino que también define su solución.

El diplomado que hoy inauguramos constituye el inicio de una discusión que nos mantendrá juntos una vez por semana por siete u ocho meses. Queremos que ello constituya una oportunidad para forjar un proceso de discusión y maduración permanente, abierta a la discusión de cada idea, al provecho de experiencias múltiples que difícilmente cada uno de nosotros nunca podría tener. Y sobre todo, los profesores esperamos que este ambiente universitario logre formar dirigentes y líderes de la salud integral.

<sup>12</sup> Office of Technology Assessment, 1978. Assessing of efficacy and safety of medical technologies. Washington, US Congress.

<sup>13</sup> Ratcliffe, John, 1989. Op. cit.