

ción: cuantificación del rendimiento, estudio de la capacidad de funcionamiento, medición de la falta de rendimiento, o las causas y motivos que dan lugar al buen o mal funcionamiento del individuo y de la comunidad. Con tales modificaciones se establecen las bases para pasar de un concepto estático de salud a otro dinámico.

En su trabajo *Aproximaciones a la Epidemiología de la Salud* Terris establece el concepto continuo salud-enfermedad (fig. 1-2). La salud y la enfermedad formarían un continuo en que la enfermedad ocuparía el polo negativo, en cuyo extremo estaría la muerte, y la salud ocuparía su polo positivo, en cuyo extremo se situaría el óptimo de salud (según la definición de la OMS). En el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, pues ambas situaciones coexisten. Tanto en el polo positivo (salud) como en el negativo (enfermedad) podrían distinguirse diferentes gradaciones de salud o enfermedad. Al aplicar el esquema del continuo salud-enfermedad a la comunidad (fig. 1-3), dado que el óptimo de salud es difícilmente alcanzable y la muerte es inevitable, estos términos se sustituyen por los de «elevado nivel de bienestar y funcionamiento» y «muerte prematura».

Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciables por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos estos factores actúan sobre la zona neutra del continuo, provocando la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad, positiva o negativamente, de acuerdo con su mala o buena calidad.

Determinantes de salud

Desde la Antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinaban la salud, lo

que se conoce a partir de los años setenta como «determinantes de salud». En la cultura asirio-babilónica, la pérdida de salud se consideraba debida a un *shértu* o castigo de los dioses. En la cultura del antiguo Egipto, se hacía una interpretación causal empírica para «la medicina externa» y religiosa para la «interna». En la antigua China, de acuerdo con la filosofía imperante, se creía que las causas que influyan en la salud eran el Yang (el cielo, la luz, la fuerza, la dureza, el calor, la sequedad y lo viril) y el Yin (la tierra, la oscuridad, la debilidad, la blandura, el frío, la humedad y lo femenino), todo ello regido por el principio del Tao (ley natural).

En el *Corpus Hippocraticum* las causas o determinantes de enfermar serían: internas (raza, temperatura, sexo y edad), lo que hoy se denomina marcadores de riesgo y se incluyen en los determinantes genético-biológicos, y externas (mala alimentación, aire corrompido, traumatismos, parásitos, animales, intemperancias térmicas, venenos, etc.), que hoy se clasificarían como factores de riesgo y formarían parte de los determinantes medioambientales y de los estilos de vida. Galeno dividía las causas productoras de enfermedad en externas o mediáticas (trastornos alimentarios, sexuales o emocionales, excesos de trabajo, calor, frío, venenos, etc.), internas o dispositivas (edad, sexo, constitución, etc.) y conjuntas o inmediatas, que serían el resultado de la acción de las primeras sobre las segundas. Los galenistas medievales llamaron a las internas *res naturales*, a las externas *res non naturales* y al resultado final la causa conjunta, continente o *sinéctica*. Arnau de Vilanova distingue entre causas de complejión, de composición, por solución de continuidad y compuestas, que comprendieran todas las combinaciones posibles de las tres anteriores.

A finales del siglo XVIII, en su obra *Política sanitaria*, Johann Peter Frank describe toda una serie de determinantes

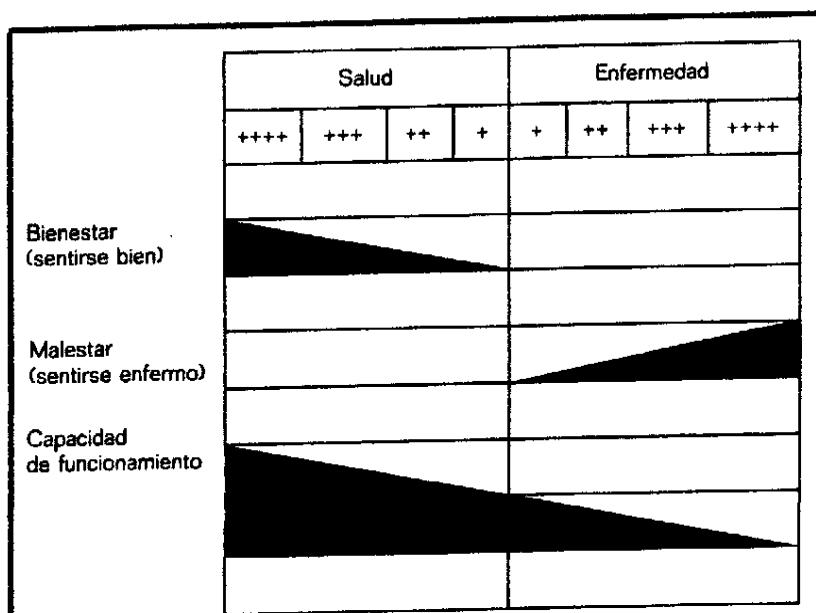


FIGURA 1-1
Continuo salud-enfermedad. Aspectos subjetivos y objetivos. (De Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI, 1980.)

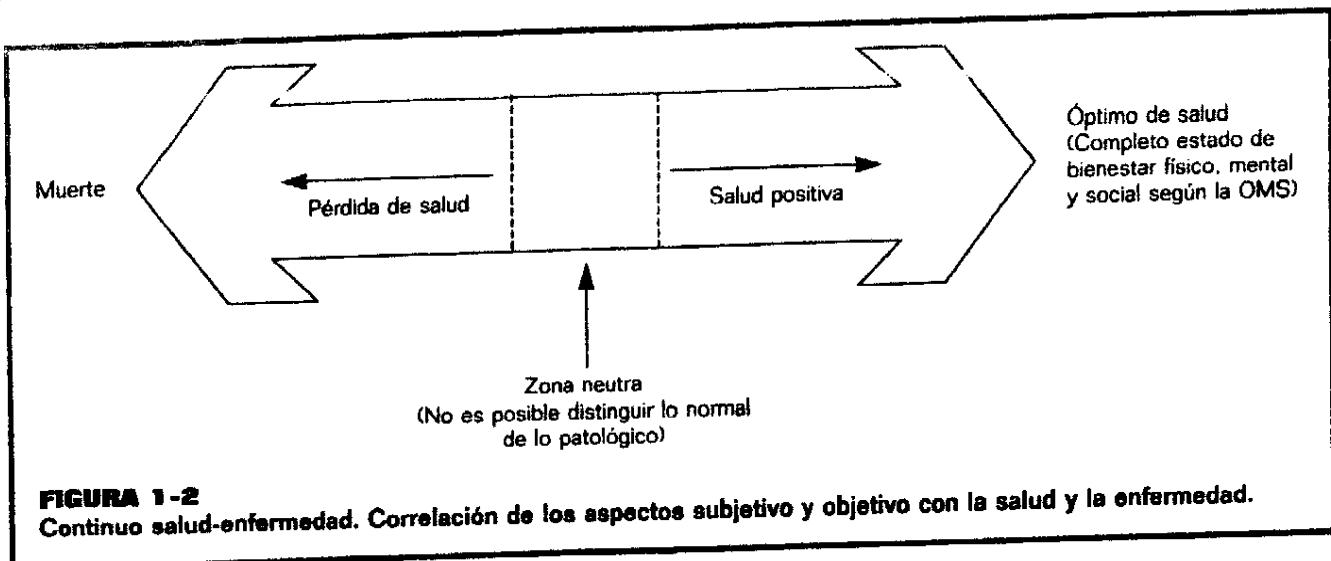


FIGURA 1-2
Continuo salud-enfermedad. Correlación de los aspectos subjetivo y objetivo con la salud y la enfermedad.

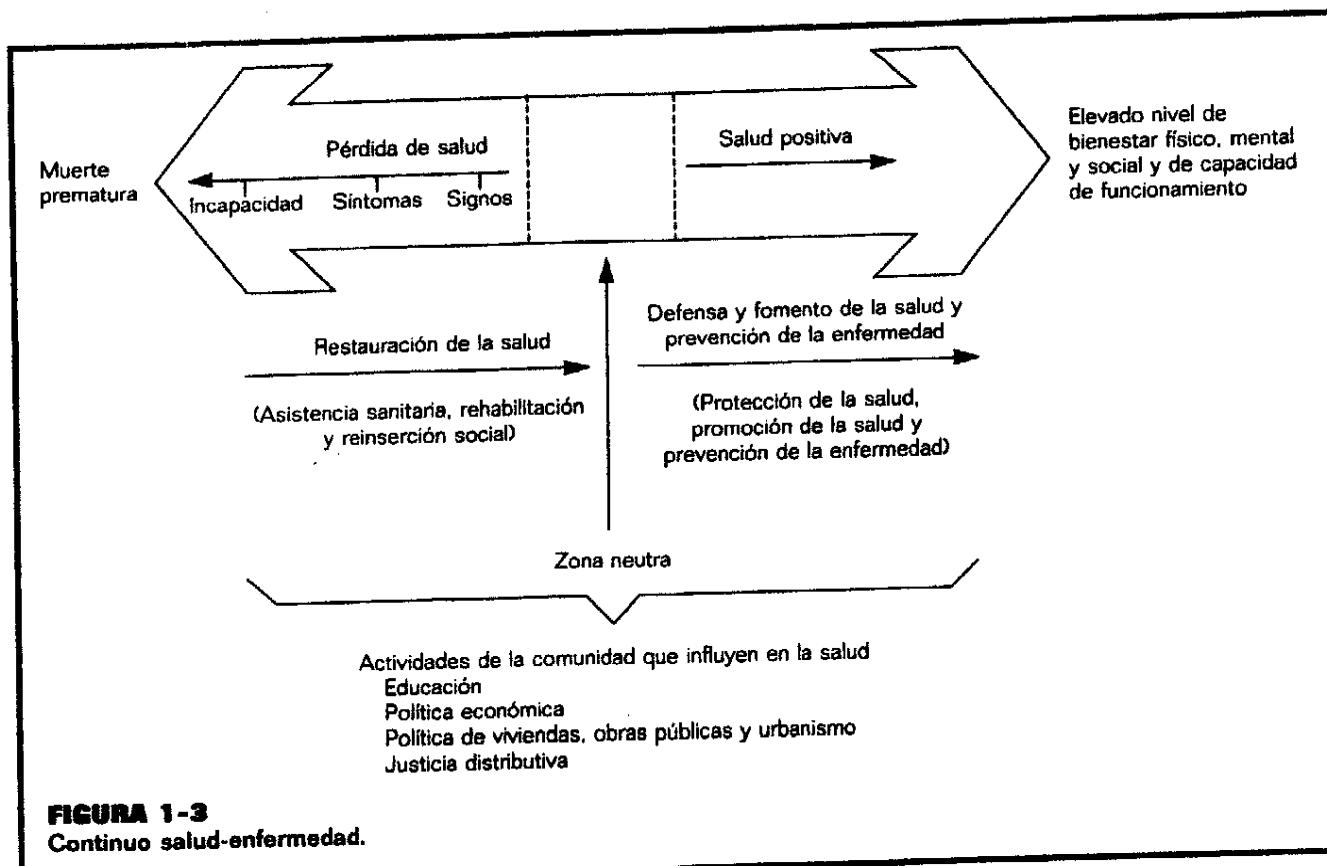


FIGURA 1-3
Continuo salud-enfermedad.

que producirían la conservación o la pérdida de la salud. Posteriormente, al afirmar que «la miseria del pueblo es la causa de la enfermedad» destaca el papel de la pobreza como causa principal de enfermar. Esta afirmación también ha sido sostenida por Horwitz en la descripción del círculo pobreza-enfermedad, así como por la propia Asamblea de la OMS de 1969 cuando señaló que «la incultura y la pobreza son las principales causas de enfermedad».

Durante los años setenta aparecen varios modelos que intentan explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, entre los que destacan el modelo holístico de Laframboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar de Travis (1977).

El esquema de Laframboise fue desarrollado por Marc Lalonde, ministro de Sanidad canadiense, en el documento *Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses* (1974). Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes:

1. Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
3. Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción

pengrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios).

4. Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia).

En el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud son modificables. Algunos, como la biología humana, que en 1974 se consideraba poco influenciable, pueden modificarse gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología. Esto es destacable si se tiene en cuenta su importante participación en numerosos procesos (cáncer, diabetes, enfermedad de Alzheimer, artritis, enfermedades cardiovasculares, malformaciones congénitas, etc.), lo que se traduce en su mayor responsabilidad como causa de salud y enfermedad en la actualidad.

Los factores que constituyen el grupo 2 (medio ambiente) y el grupo 3 (hábitos de vida y conductas de salud) de Lalonde en ocasiones son difícilmente separables; la pertenencia a uno u otro grupo es confusa. Por ejemplo, la drogadicción es un hábito de conducta negativo de salud, pero a la vez es una contaminación socio-cultural del ambiente. Como se puede observar en la tabla 1-1, existe una clara relación entre la clase social y la presentación de las distintas enfermedades, hábitos y factores de riesgo.

El tercer determinante del grupo de Lalonde lo constituyen los hábitos de salud o estilos de vida. Se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control. Es el grupo que más influencia tiene en la salud. Entre los más importantes destacan:

1. Consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína) y fármacos psicoactivos.

2. Sedentarismo y falta de ejercicio.

3. Mala alimentación, con consumo excesivo de azúcares y grasas de origen animal.

4. Situaciones psíquicas morbígenas; situaciones de estrés, violencia, conducta sexual insana, conducción peligrosa.

5. Mala utilización de los cuidados médicos.

El cuarto y último determinante del esquema de salud de Lalonde se corresponde con la organización de los cuidados sanitarios. Cita como posibles efectos negativos la mala organización de los cuidados de enfermería, la inadecuada praxis médica, el mal uso y abuso de los medicamentos y la producción de sucesos adversos. En ellos incluye como productores de salud o enfermedad, además de los referidos, los cuidados odontológicos, la optometría, la psicopatología y la podología.

Cuando, pocos años después, Lalonde valora la adecuación entre el gasto sanitario y los distintos determinantes de salud, comprueba la inadecuación del reparto, hecho ratificado por Dever al valorar la distribución de la mortalidad y la correspondiente distribución del gasto sanitario entre los distintos determinantes para Estados Unidos (tabla 1-2).

En 1989 y 1999 Tarlov clasificó los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e intersectorial en el que apenas influyen las actuaciones en el campo de la salud. Tarlov excluye la atención sanitaria como determinante de salud, considerándola como estrategia reparadora:

Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.

TABLA 1-1

Prevalencia observada de enfermedad y factores de riesgo según la clase social

	Clase social					
	I	II	III	IV	V	
Hombres						
Enfermedad isquémica	5,1	5,4	6,0	7,7	7,0	6,4
Infarto	1,3	1,6	1,7	2,3	2,7	2,1
Presión arterial media	136/76	137/77	138/76	139/77	138/77	139/77
Colesterol >6,5 mmol/l	26	28	27	27	27	26
Fumadores >20 cigarrillos/día	31	31	33	44	40	40
Obesidad (índice de masa corporal >30)	9,9	13,5	13,7	15	15	14
Sedentarismo	14	14	15	20	21	21
Mujeres						
Enfermedad isquémica	1,8	3,4	5,2	4,4	5,9	7,2
Infarto	0,5	0,9	2,3	1,5	2,0	2,5
Presión arterial media	130/72	132/72	136/73	134/73	136/73	141/75
Colesterol >6,5 mmol/l	26	29	35	33	33	36
Fumadores >20 cigarrillos/día	24	24	23	28	30	30
Obesidad (índice de masa corporal >30)	11,8	14,3	15	19,7	21,9	22,6
Sedentarismo	15	15	17	24	22	22

Valores expresados en porcentaje de población.

Modificado de James WPT et al., 1997.

TABLA 1-2
Comparación entre la distribución de la mortalidad según el modelo epidemiológico y la distribución de los gastos federales en el sector salud en Estados Unidos, período 1974-1978

	Mortalidad según modelo epidemiológico (%)	Gastos federales para el sector salud (%)
Sistema de asistencia sanitaria	11	90,6
Estilo de vida	43	1,2
Medio ambiente	19	1,5
Biología humana	27	6,9
	100	100,2*

* Los porcentajes no suman 100 por el ajuste de cifras.
De Dever GEA, 1977.

- Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.
- Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios.
- Nivel 4. Del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales (tablas 1-3 y 1-4).

Recientemente, en la conferencia celebrada del 10 al 12 de mayo de 1999 en Bethesda (Maryland), Tarlov describió un esquema de determinantes de salud más próximo al descrito por Lalonde en el que distinguió entre la genética y la biología, los comportamientos de salud, las características sociales y de la sociedad, la ecología en su conjunto y los cuidados médicos (fig. 1-4). En la misma convención Starfield y Shi describieron un complejo esquema (especie de red u ovillo) para la prevención de la muerte, la enfermedad y la discapacidad. En síntesis, el genotipo del individuo se desarrollaría a través de una serie de cambios, durante los que adquiriría una resistencia para mejorar su salud, bajo la influencia de los hábitos perniciosos o beneficiosos, el estrés, las condiciones sociales, el medio ambiente, las circunstancias socioeconómicas, el sistema de cuidados

sociales y de salud pública, así como los cuidados médicos que recibiera. La influencia interrelacionada de todos estos factores, cuando son favorables, llevaría al individuo a una mejor situación de salud y calidad de vida.

Salud pública

Desde la más remota antigüedad, cuando los hombres se reunían en agrupaciones para constituir familias, tribus, poblados, regiones o países, siempre creaban un sistema que se encargaba de cuidar su salud, un bien muy apreciado dada su necesidad para la caza, la guerra, el amor, etc. Así aparecieron los primeros cuidadores de salud (sacerdotes, brujos, chamanes y curanderos) y empezaron a tomarse las primeras medidas sanitarias. Eran normas cívico-religiosas, culturales, estéticas y legislativas, dirigidas a conservar la salud individual y colectiva para conseguir la supervivencia y bienestar del grupo.

Los egipcios introdujeron normas de higiene personal, conservaron el agua destinada al consumo sin contaminar y construyeron canales de desagüe para las aguas residuales. Los hebreos mantuvieron las normas aprendidas de los egipcios y, mejorándolas, crearon un código escrito, el Levítico (1500 a.C.). En éste se recogían deberes personales y comunitarios de higiene, como el aseo personal, el aislamiento de leprosos, la recogida de basuras y desechos, la protección de la maternidad, la pureza del agua y la eliminación de aguas residuales.

La civilización griega se caracterizó por desarrollar las normas de salud pública hasta grados no alcanzados con anterioridad. Consideró todas las normas previas y desarrolló entre otras la higiene personal, el deporte, el culto a la belleza, la dieta alimenticia correcta y el saneamiento del medio ambiente. Durante el dominio del Imperio Romano se mantuvieron las normas de culturas anteriores y la ingeniería sanitaria avanzó en gran medida con obras como los baños públicos, las termas, los acueductos, la evacuación de aguas residuales o la eliminación de desechos. El gran desarrollo de la salud pública que se produjo en la época griega y romana está íntimamente ligado a las ideas de mejorar tanto el bienestar individual como el refinamiento y la estética presentes en estas civilizaciones. Sin embargo, en ocasiones el concepto positivo de mejora de la salud coexiste con uno negativo de eliminación deliberada de débiles e inválidos, fundamentalmente en la cultura griega.

En la Edad Media, coincidiendo con el apogeo del cristianismo, se observa un retroceso en las normas de higiene y salud pública, quizás con la única excepción de la cultura árabe. En los territorios conquistados por los musulmanes se mantuvieron las normas de higiene y se produjo un gran desarrollo de las ciencias médicas. Por ejemplo, Mahoma prohíbe el consumo de carne de cerdo por la gran infestación de triquinosis que existía en el norte de África, y el consumo de alcohol para evitar la deshidratación de sus ejércitos. Aparecen las grandes figuras de la medicina árabe como Averroes, Avicena y otros. En el mundo cristiano, el desprecio de lo mundano y el cambio en las costumbres de la higiene personal, por considerar inmoral la contemplación del propio cuerpo,

TABLA 1-3
Causas de muerte en Estados Unidos en 1990

Causa	Número estimado	Frecuencia relativa (%)
Tabaco	400.000	19
Dieta	300.000	14
Alcohol	100.000	5
Agentes infecciosos	90.000	4
Agentes tóxicos	60.000	3
Armas de fuego	35.000	2
Comportamientos sexuales	30.000	1
Vehículos	25.000	1
Uso de drogas ilegales	20.000	<1
Otras causas	1.060.000	50
Total	2.120.000	100

Modificada de McGinnis y Foege, 1993.

TABLA 1-4
Principales causas de años potenciales de vida perdidos (APVP) en España en 1995

	Tasa APVP	Cambio de la tasa (%)			Tendencia 1980-1995	
		1995	1994 a 1995	1980 a 1995	1980-1982 a 1995	b
Hombres						
SIDA/VIH positivo	814,8	14,4	275,5		99,1	1,1
Accidentes de tráfico	632,9	0,3	-38,2	-6,6	-71,3	0,1
Cáncer de pulmón	486,1	2,5	7,8	35,5	5,2	0,1
Isquemia cardiaca	454,0	-1,4	-9,6	-29,8	-8,5	0,1
Otras enfermedades cardíacas	307,3	-0,8	-22,8	-37,9	-15,8	0,1
Cirrosis	255,0	-4,2	-24,4	-37,3	-13,9	0,1
Suicidio	232,9	-0,5	3,8	38,4	4,0	0,1
Enfermedad cerebrovascular	209,0	0,2	-21,3	-45,2	-9,4	0,1
Envenenamiento accidental	156,3	0,0	75,2	584,9	10,0	0,6
Anomalías congénitas cerebrovasculares	119,5	-18,6	-5,3	-39,0	-0,2	0,0
Cáncer de boca/faringe	106,0	-3,6	9,2	60,7	2,0	0,1
Cáncer de estómago	102,9	-11,3	-13,9	-34,3	-1,9	0,1
Todas las causas	6.768,6	-1,1	-8,3	-13,9	-122,5	0,5
Mujeres						
Cáncer de mama	283,8	-1,4	-4,4	15,5	-1,5	0,1
SIDA/VIH positivo	197,5	9,8	279,1		25,9	0,9
Accidentes de tráfico	165,4	5,5	-35,9	-15,3	-17,9	0,9
Otras enfermedades cardíacas	117,5	-7,6	-36,7	-59,2	-11,4	0,9
Enfermedad cerebrovascular	106,4	-8,7	-28,2	-56,9	-7,3	0,9
Anomalías congénitas cerebrovasculares	91,9	-2,2	-10,9	-42,6	-0,9	0,0
Isquemia cardíaca	84,4	-4,3	-12,9	-30,6	-2,1	0,9
Distrés respiratorio (perinatal)	83,4	18,3	-28,3	-33,4	-7,8	0,7
Cáncer de colon	68,3	6,4	13,1	101,8	1,5	0,1
Cirrosis	65,5	-2,5	-32,4	-45,4	-5,9	0,9
Cáncer de útero	65,3	-1,5	-9,2	-26,8	-1,0	0,9
Suicidio	64,4	3,7	-0,2	41,5	-0,6	0,0
Todas las causas	2.919,9	-1,7	-13,0	-30,1	-81,5	0,9

Modificado del Boletín epidemiológico Semanal 1998; 6 (11).

lograron que se abandonase el baño corporal. La supresión de prácticas de recogida de aguas residuales y basuras, así como el abandono de los baños, las termas, las cloacas y los acueductos construidos por los romanos, llenaron las ciudades de suciedad, inmundicias y malos olores, lo que favoreció la aparición de grandes plagas de transmisión fecohídrica (fiebre tifoidea) y por parásitos y roedores (peste y tifus exantemático).

Las malas condiciones socioeconómicas, la falta de alimentos, los grandes movimientos migratorios por motivos hílicos (expansión de los árabes), religiosos (peregrinación a La Meca o cruzadas) y comerciales (apertura de las rutas transcaucásicas entre Oriente y Occidente, comercio marítimo, etc.), unidos a la falta de higiene, dieron lugar a las mayores epidemias de la historia de la humanidad; de ahí que la Edad Media se conozca, sanitariamente, como período de las grandes epidemias.

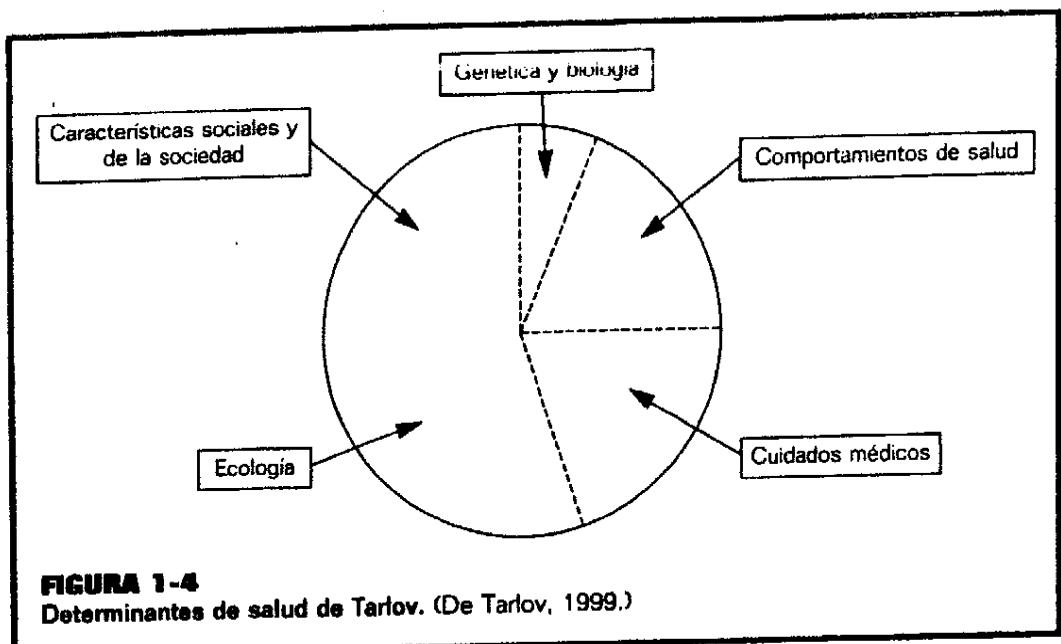
La lepra se extendió desde Asia Menor a toda Europa. Como primera medida sanitaria efectiva se decretó el aislamiento, aunque a un precio inhumano e insostenible desde un punto de vista sanitario. Lo que en realidad se hizo fue decretar la muerte cívica de los enfermos de lepra; se les expulsaba de la comunidad y debían avisar de su presencia mediante un cuerno o campanilla, con lo que se conseguía su aislamiento total. La separación del resto de la población, la vida a la intemperie y por tanto el sometimiento a las inclemencias climáticas, unido a la ca-

rencia de alimentos, provocaba la muerte rápida del individuo. Con estas inhumanas, aunque eficaces medidas sanitarias, en el siglo XVI la lepra en Europa estaba prácticamente controlada.

La peste invadió Europa en el siglo XIV a través de contactos comerciales con Oriente. Se calcula que caíó 25 millones de muertos, más de la tercera parte de la población del continente. Para combatirla se declararon estados de cuarentena en los puertos y fronteras y se establecieron cordones sanitarios que se demostraron ineficaces.

Durante el Renacimiento, a pesar del florecimiento de las ciencias y las artes, no se produjo ningún avance sanitario digno de mención, ni tampoco se despertó la ciencia sanitaria. Debieron pasar algunos siglos para esto ocurrir, lo que coincide con el inicio de la Edad Contemporánea.

El primer aldabazo de la conciencia sanitaria en época contemporánea es obra de Johan Peter Frank, que a principios del siglo XIX, con sus seis volúmenes de *Lírica sanitaria* (publicados entre 1779 y 1819) y su conferencia en la ciudad de Padua *Miseria populorum mortuum genitrix*, establece los principios de las acciones sanitarias gubernamentales. Sin embargo, es a mediados del siglo XIX (1839 a 1850) con los informes de Farr (1838), Chadwick (1842) y Shattuck (1848-1850), cuando se vio realmente la salud pública como filosofía social, política administrativa y política de gobierno. En este



mento se establecen las bases de lo que será el verdadero comienzo, aunque lento y difícil, de la salud pública y de los servicios de salud destinados a dar cobertura sanitaria a la población.

William Farr (1839), encargado de las estadísticas sanitarias de Londres, estudió las diferencias entre la mortalidad infantil y la expectativa de vida entre las distintas clases sociales, y observó que un niño de la clase social VI tenía siete veces más posibilidades de morir que aquéllos de la clase social I. Por otra parte, la expectativa de vida media para la clase social VI era inferior a los 23 años, en comparación con los 45 años de la clase I.

En 1842 el informe dirigido por Edwin Chadwick sobre el estado higiénico de las grandes ciudades y los distritos populoso de Inglaterra y Gales, insistió en la relación entre pobreza y enfermedad, y señaló que «mientras los habitantes de los lugares abandonados y sucios de las ciudades sean incapaces de valerse por sí mismos y obtener viviendas mejores y más saludables, con aire y luz suficientes, con abastecimiento de agua potable y con sistemas de eliminación de aguas residuales, su salud y fuerza física se verán perjudicadas, y sus vidas acortadas, por la influencia del medio ambiente exterior». Este informe fue expuesto tras un año de estudio y concluyó que la salud depende en gran medida de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento medioambiental. Como consecuencia, recomendó la mejora del saneamiento, la creación de cuerpos sanitarios dedicados a la protección de la salud de las poblaciones y el desarrollo de acciones directas respecto a determinados problemas, como la salud materno-infantil.

En 1850 se emitió el Informe de la Comisión Sanitaria de Massachusetts, presidida por Lemuel Shattuck, que en la actualidad se considera la más importante contribución a los orígenes de la salud pública norteamericana. Entre otras, incluye las siguientes recomendaciones para la mejora de la salud en el estado de Massachusetts: establecimiento de juntas locales y del estado de sanidad, creación del cuerpo de policía sanitaria, elaboración de estadísticas vitales, puesta en marcha de procesos de saneamiento

to, estudio de la salud de los escolares, tuberculosis, alcoholismo, enfermedades mentales, problemas sanitarios de la inmigración, vigilancia del agua y los alimentos, eliminación de aguas residuales, clases de higiene en las escuelas de enfermería y las facultades de medicina, predicciones acerca de la higiene en los pulpitos de las iglesias, etcétera.

En la segunda mitad del siglo XIX y a principios del siglo XX se producen los grandes descubrimientos microbiológicos, se descubren los agentes causantes de las enfermedades infecciosas, las primeras vacunas y los sueros, y se inicia el estudio de las causas de enfermedades no infecciosas, como el escorbuto o la pelagra. Asimismo se desarrolla la ingeniería sanitaria, el saneamiento, la desinfección, etc. Sin embargo, no existen servicios de salud pública que se preocupen, aparte de la «protección de la salud», de su promoción y restauración. A pesar de que a finales del siglo XIX Benjamín Disraeli reconocía por primera vez la obligación de los gobiernos de cuidar la salud de los ciudadanos, hasta las primeras décadas del siglo XX no empiezan a desarrollarse servicios sanitarios a cargo de distintas aseguradoras y del propio estado. Tales servicios de salud nacen con carácter central en Alemania y son coordinados por los gobiernos locales en Inglaterra.

A principios del siglo XX surgen las primeras definiciones de salud pública. En todas ellas se habla del esfuerzo organizado de la comunidad. La definición de mayor trascendencia, completa y que ha llegado hasta nuestros días, es la de C. E. A. Winslow (1920): «La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio; b) el control de las enfermedades transmisibles; c) la educación sanitaria; d) la organización de los servicios médicos y de enfermería, y e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud.»

Hacia 1930-1940 se afianza cada vez más el criterio de que la restauración de la salud debe formar parte de la sa-

lud pública, integrándose en los servicios o los sistemas nacionales de salud. También en esta década se crean los servicios nacionales de salud (Inglaterra) y los seguros de asistencia sanitaria de amplia cobertura (Francia, España, etc.).

La definición actual de salud pública comprende también las actividades organizadas de la comunidad en materia de restauración de la salud. Por tanto, la salud pública se definiría como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando ésta es sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reintegrar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural.

Las acciones de salud pública adaptadas al continuo salud-enfermedad se pueden resumir en: protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y restauración de la salud (fig. 1-5). Las acciones de protección de la salud están dirigidas al control del medio ambiente en su sentido más amplio; se trata de prevenir los riesgos biológicos, físicos o químicos respecto a la salud del hombre. Clásicamente se distingue entre medidas de vigilancia y control del medio ambiente y saneamiento ambiental, y aquellas medidas dirigidas a evitar la contaminación de los alimentos y a garantizar su calidad nutritiva y sanitaria. Las acciones de protección de la salud se basan en conocimientos científicos aportados por ciencias afines a la medicina y son desarrolladas por profesionales sanitarios pertenecientes a distintas disciplinas: médicos, veterinarios, farmacéuticos, licenciados en ciencias ambientales, técnicos en higiene y seguridad en el trabajo, bromatólogos, químicos, etc.

La promoción de salud y la prevención de la enfermedad comprende aquellas actividades dirigidas al fomento y a la defensa de la salud y prevención de la enfermedad mediante acciones que actúan individual o colectivamente sobre las personas. Comprende métodos eficaces de preven-

ción primaria y secundaria (inmunizaciones, educación sanitaria, consejo sanitario, pruebas de detección). Fundamentalmente estas funciones serían aplicadas por médicos ayudados por otros profesionales sanitarios (personal de enfermería, matronas, auxiliares, técnicos de laboratorio o diología) o no sanitarios (sociólogos, psicólogos, pedagogos,

A pesar de que durante todo el siglo XX se van desarrollando servicios de salud pública y de que los derechos civiles y humanos ya aparecen en la Declaración de Virginie en 1776 o en la de la Independencia Americana en 1791 (los derechos del hombre son aprobados por la Asamblea Francesa en 1791 y 1793), es curioso que el derecho a la salud no se cite en ninguno de estos textos. El derecho a la salud no se contempla hasta la publicación de la Carta Funcional de la OMS en 1948 (aprobada dos años antes). El 25 de mayo de 1948, en la «Declaración Americana de Derechos y Deberes» de Bogotá, también se recoge el derecho a la salud, que es refrendado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar». La legislación sanitaria española no recoge el derecho a la salud hasta el texto constitucional. La Constitución Española, en su Título I, capítulo III, artículo 43, regula el derecho a la salud y hace al Estado y a los órganos gubernamentales sus garantes. La Ley General de Sanidad, en su Título preliminar afirma que tiene por objeto «la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud». Éste no es un derecho fundamental en sentido constitucional, ya que es recogido en el Título I junto a otros derechos socioeconómicos y su defensa corresponde por definición a los tribunales de justicia y no al Tribunal Constitucional. Ni siquiera la Ley General de Sanidad de 1986 garantiza la cobertura universal del derecho a asistencia sanitaria, derecho que sí fue garantizado en nuestro país cuatro años más tarde en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado de 1990.

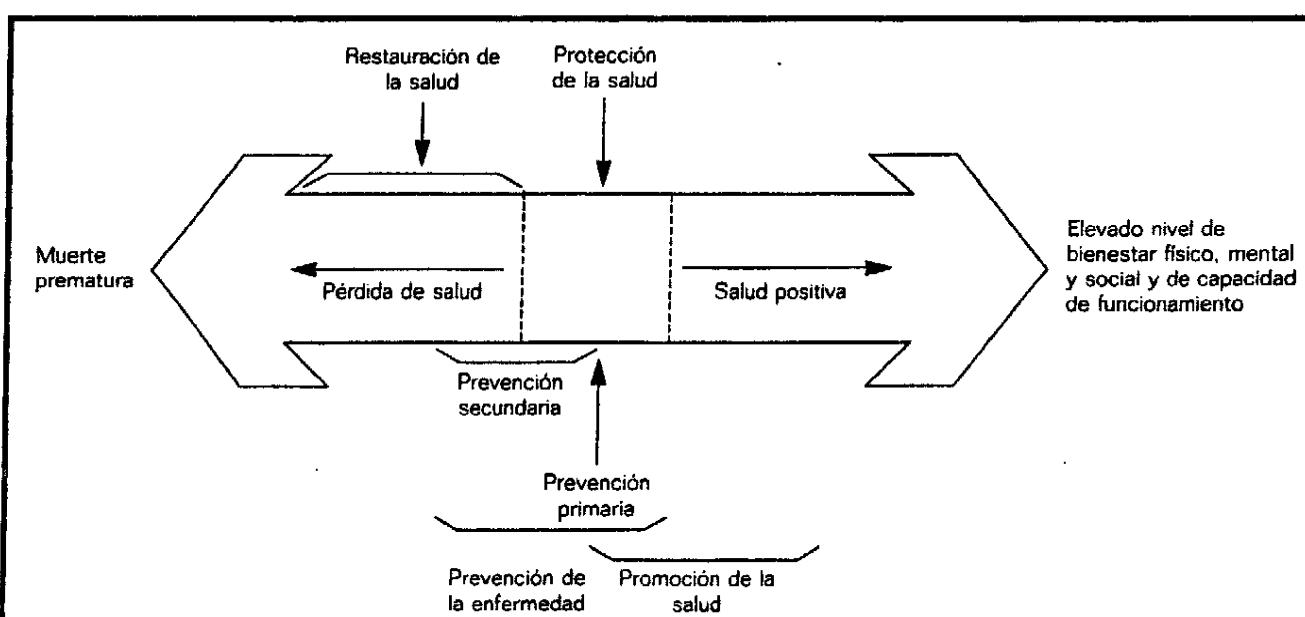


FIGURA 1-5
Acciones de la salud pública.