

NOTAS SOBRE LA SALUD PÚBLICA MODERNA EN EL MUNDO OCCIDENTAL: 1789-1989

Conferencia: “Notas sobre la Historia de la Salud Pública Moderna en el Mundo Occidental: 1789-1998”. Dictada en el Seminario Taller “Nuevas Tendencias en la Enseñanza-Aprendizaje de la Salud Pública-Medicina Preventiva”. ASPEFAM, 26 de Octubre del 2002.

1. NOTAS SOBRE LA HISTORIA DEL MUNDO OCCIDENTAL MODERNO

Existen múltiples definiciones de la historia. Casi todas coinciden en señalar que es la búsqueda de un mejor conocimiento sobre las acciones humanas reflejadas en el pasado, para resolver los probables presentes. Es a partir de la identificación de los problemas de la realidad presente que se originan necesariamente el interés por el conocimiento de la realidad pasada y de los futuros posibles y deseables.

El interés teórico por el pasado del mundo occidental moderno, se explica por el interés práctico de comprender las causas de su problemática presente, para contribuir, con la mayor racionalidad posible, en el diseño de un mejor futuro. Las ciencias sociales en su conjunto intentan interpretar los fenómenos generados a partir de la acción directa del hombre sobre su entorno y sus semejantes. La acción repercute en la manera en que se configura la realidad social.

Es la historia del desarrollo del Proyecto de la Modernidad en el mundo occidental, formulado por los filósofos de la ilustración, se destaca la fe suprema de los científicos ilustrados en la ley natural y su profunda confianza en el progreso ilimitado de la fuerza crítica y normativa de la razón, que prometía el logro de la felicidad pública. Los ilustrados no tenían dudas sobre la existencia de leyes científicas del mundo físico y del biológico, y que debía haberlas, entonces, para los mundos de la política, economía, ética y sociedad. Si el método científico era bien aplicado se podría obtener los conocimientos para crear la sociedad perfecta.

En el proceso de desarrollo de este Proyecto, durante los dos últimos siglos, los científicos sociales distinguen grandes cambios en el mundo occidental, especialmente en dos aspectos: el cultural y el social. Con relación al aspecto cultural, los grandes cambios consisten, según Max Weber, primero, en la secularización y desencantamiento de las imágenes religiosas del mundo (renunciando al dogmatismo religioso medieval); y, luego, en la diferenciación de tres esferas culturales o sistemas del saber con diferente lógica interna:

1. Ciencia y tecnología. Cognitiva. La validez de las ideas científicas y tecnológicas pueden criticarse y analizarse desde el punto de vista de su correspondencia con la verdad.
2. Derecho y moral. No-cognitiva. Las ideas jurídicas y morales pueden criticarse y analizarse desde el punto de vista de su rectitud normativa.
3. Crítica del arte. No-cognitiva. Las obras de arte pueden criticarse desde el punto de vista de su autenticidad (o belleza).

Por otra parte, los grandes cambios en el aspecto social se refieren a nuevas estructuras sociales en el mundo occidental cristalizadas en la “empresa capitalista” y el “aparato estatal burocrático”, centros de diferenciación y de organización de los sistemas económico y político, respectivamente. Sistemas que en sus relaciones con el mundo de la vida o cotidiano muestran, según Jürgen Habermas, dos tendencias generales: (i) su “desenganche” progresivo con el mundo cotidiano; y, (ii) la colonización del mundo de la vida. Las formas de coordinación intersubjetiva y comunicativa de la acción en el mundo de la vida, orientadas al entendimiento consensual, ceden espacio y en gran medida quedan subyugadas por las formas objetivas y estratégicas de coordinación que los sistemas, orientados por el lucro y el poder, imponen.

Según el historiador Eric Hobsbawm y otros estudiosos, en los primeros doscientos años del proceso de modernización del mundo occidental se distinguen dos siglos: (i) el “largo siglo XIX” (1789-1914), que se inicia con la Revolución liberal francesa y termina con el estallido de la Primera Guerra Mundial; y, (ii) el “corto siglo XX” (1914-1989), que se extiende desde el comienzo de la Primera Guerra Mundial hasta el hundimiento de la Unión Soviética.

El “largo siglo XIX” es caracterizado por Hobsbawm como el escenario de una gran transformación del mundo de la que Europa, en el apogeo del imperialismo fue a la vez centro y motor. Todas las corrientes políticas aceptaban su misión civilizadora, encarnada en una raza y una cultura “superiores”. Es el siglo, además, del fortalecimiento de los Estados Nacionales y los antagonismos internacionales; el dominio del liberalismo sobre socialismos y nacionalismos; Inglaterra es la gran potencia política y militar en el ámbito planetario; la ciudad de Londres es el centro comercial y financiero del mundo occidental (1815); el interés colectivo es percibido como asunto del Estado Nacional.

De manera distinta, el “corto siglo XX” es caracterizado por: el enfrentamiento militar, económico y político de las superpotencias por la hegemonía mundial; así como de la confrontación ideológica entre el individualismo y los colectivismos de derecha y de izquierda. La última parte de este siglo corresponde al período de la Guerra Fría que enfrentó a los sistemas capitalista y comunista, dirigidos por dos superpotencias, así como de la lucha ideológica entre el liberalismo, la socialdemocracia y el marxismo ortodoxo. La ciudad de New York, es el centro comercial y financiero del mundo occidental (1929). El interés colectivo es asunto, primero, de la Sociedad de Naciones y, luego, de Naciones Unidas.

Finalmente, las tendencias que se están acumulando y se refuerzan mutuamente en la historia del mundo occidental durante esos dos siglos han sido las siguientes:

- Incremento y concentración de la población en las grandes ciudades.
- Acumulación y concentración del capital, acompañadas de la movilización de recursos.
- Progreso científico-tecnológico. Desarrollo de las fuerzas productivas.
- Modernización de la economía y cambios en el mundo del trabajo.
- Implantación de poderes políticos centralizados y desarrollo de identidades nacionales.
- Difusión de derechos de participación política y de formas de vida urbana.
- Secularización de los valores y normas. Hegemonía de la racionalidad instrumental y sus consecuencias ecológicas y sociales.

2. SOBRE LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA MODERNA

2.1. Concepto de Salud Pública Moderna

Con la expresión “Salud Pública Moderna” (SPM) hacemos referencia a una práctica social y a un saber interdisciplinario. La SPM, al igual que toda práctica social, es una respuesta a una necesidad humana en un contexto espacial y temporal determinado; en este caso, responde a una necesidad que se objetiva en los esfuerzos de la sociedad organizada para mejorar la situación de salud de la población. Esta práctica particular ha dado origen a un saber interdisciplinario que pretende fundamentar su eficacia y legitimar su legalidad y justicia. El contexto histórico en que se desarrolla la SPM condiciona sus modalidades y sus alcances efectivos.

La historia de la SPM es parte de la historia del mundo occidental, entre los años 1789 y 1989. Mundo complejo históricamente condicionado, donde el cambio y lo nuevo se entrelazan con el presente y el pasado. Surge en los siglos XVIII y XIX, cuando se incorpora el interés colectivo a los asuntos de Estado. La Revolución liberal Francesa y la primera Revolución Industrial jugaron un papel relevante en esta incorporación. Se formaliza en Inglaterra. “Ley de Salud Públi-

ca” (1848), como respuesta estatal utilitarista basada en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

2.2. Modalidades de la SPM

Entre los años 1789 y 1889 siglos se sucedieron en el mundo occidental cinco modalidades de SPM dominantes en contextos históricos particulares. Modalidades que denominaremos, para los fines de estas notas, de la manera siguiente: (i) Ambientalista; (ii) Biologicista; (iii) Preventivista; (iv) Médico-preventivista; 7, (v) Economicista. Cada una tuvo pretensiones de eficacia, legalidad y rectitud (justicia) fundamentadas en argumentos científicos –tecnológicos y normativos suficientemente válidos en el contexto histórico particular donde fueron dominantes.

Largo siglo XIX (1789-1914) en el Mundo Occidental

Estados Nacionales y antagonismos internacionales.
 Dominio del Liberalismo sobre el socialismo y nacionalismos
 Inglaterra dominante. Londres, centro comercial y financiero (1815)
 El interés colectivo es asunto del Estado Nacional. Orientación utilitarista

Período 1789-1870: Revolución liberal e Industrial	Período 1870-1914: Revolución Bacteriológica e Imperialismo
Estado Nacional. Derechos del ciudadano	Imperialismo y colonialismo
Movimientos libertarios y socialistas	Movimientos nacionalistas y socialistas
Movimientos sanitarios. Medicina Social	Revolución bacteriológica, Pasteur, Koch
Salud Pública Ambientalista	Salud Pública Biologicista
Asistencia Social	Seguro Social de Bismarck

Corto siglo XX (1914 - 1990) en el mundo occidental

Mundialización de los antagonismos en un ámbito planetario
 Dominio socialdemocracia entre el liberalismo y el neoliberalismo
 EE UU como superpotencia. New York, centro comercial y financiero (1929)
 Interés colectivo asunto de la Sociedad de Naciones y de la ONU.

Período 1914 - 1945: Guerras Mundiales	Periodo 1973 – 1989: Guerra Fría (x) Subperíodo 1945 – 1973	Subperíodo 1973 – 1990
Estado intervencionista	Estado de Bienestar	Hacia un Estado Mínimo
Derrumbe liberalismo económico	Crecimiento económico	Crisis económica: 1973
Mov. Laborales. <i>New Deal</i>	Institución de Derechos Humanos	Globalización
Ascenso y caída del fascismo	Socialdemocracia	Neoliberalismo
Extensión Seguros Social	Informe Beveridge y OIT	Reformas SS y BM
Salud Pública. Preventivista	Salud P. Médico-Preventivista.	Salud Pública. Economicista

(x) Para los fines de estas notas vamos a distinguir en este período dos segmentos temporales separados por la crisis de 1973: el subperíodo 1945-1973 y el subperíodo 1973-1990.

3. SALUD PÚBLICA MODERNA AMBIENTALISTA: 1789-1870

3.1. El contexto 1789-1870: Revolución Liberal y la Revolución Industrial

Revolución liberal en Francia (1789). “Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano” (libertad, igualdad y fraternidad)”. Los intereses de los individuos libres son la ra-

zón del Estado. Primer Imperio Francés (1802-1806). Código napoleónico y nueva normatividad para legitimar el nuevo régimen. Consolidación de los Estados Nacionales. Londres, capital de Inglaterra, desplaza a la ciudad-Estado Amsterdam como centro comercial y financiero del mundo occidental (1815)

Revolución Industrial. Libre mercado y Gran Industria. Explotación de la fuerza de trabajo. Jornadas de trabajo 15 a 16 horas. Ciudades obreras alrededor de la “fábrica” y los problemas urbanos. Hacinamiento, insalubridad y pobreza. Movilización masiva de proletarios, pobres y migrantes. Los pobres son visualizados como un “peligro” sanitario y moral.

Movimientos revolucionarios libertarios y socialistas en Europa y Manifiesto Comunista (1848). Peligra el nuevo orden. Propuestas de Higiene Social y Medicina Social. El subperíodo termina en 1870 con la derrota del Segundo Imperio Francés en Sedan

Pandemias de cólera (1829-1851), (1852-1860), (1863-985): Londres y Nueva York (1832); un millón de muertos en Rusia. Epidemias de viruela, tifos, cólera y “fiebre” (frecuentes), así como la fiebre amarilla en América (1793, 1805, 1822)

3.2. Nacimiento de la Salud Pública Moderna

Pensamiento sanitario radical en un entorno revolucionario

En el periodo 1750-1850 los altos costos sociales de los inicios de la revolución industrial, se expresan en asentamientos urbanos contaminados, con habitantes en condiciones de vida y trabajo inhumanas, presa fácil de enfermedades y de muerte prematura. Grandes movilizaciones sociales. Los primeros sanitaristas y los médicos radicales franceses y alemanes identifican a la pobreza como “generadora de enfermedades” y a los pobres como un peligro para la salud del resto de la población y la conservación del orden en la ciudad, estableciendo las bases de una política pública y una práctica sanitaria utilitarista: “La medicina es una ciencia social y la política es nada más que la medicina en gran escala” (Rudolf Virchow, 1848).

Salomón Neumann resumía las ideas dominantes en el grupo médico radical cuando, en 1849, decía: “La Salud Pública debe cuidar a la sociedad como un todo, considerando las condiciones físicas y sociales que pueden afectar adversamente a la salud, tales como el suelo, industria, alimentación y vivienda; ella debe proteger a cada individuo considerando todas las condiciones citadas. Éstas pueden ser consideradas en dos categorías: aquellas como la pobreza y la enfermedad, en las cuales los individuos tienen el derecho de requerir asistencia del Estado; y aquellas, en las cuales el Estado tiene el derecho y la obligación de interferir con la libertad individual, por ejemplo en el caso de una enfermedad transmisible o mental...”.

Respuesta sanitarista y utilitarista británica: la “Public Health”

Se organizan Comisiones Reales en Inglaterra para el diseño de acciones sociales preventivas aplicables a los problemas de pobreza y enfermedad: “Nueva Ley de los Pobres”, “Ley de Salud Pública”. Emil Chadwick, abogado, discípulo de Bentham: “Las grandes medidas preventivas son ... (las de) remover todos los desechos nocivos de los pueblos, que son operaciones propias de la ingeniería civil antes que las del médico, en tanto éste inicia su trabajo cuando aparece la enfermedad que resulta de la negligencia administrativa (local)”. Recomienda la presencia de “un oficial médico distrital, independiente de la práctica privada, que con las seguridades de una especial calificación y responsabilidad inicie las medidas sanitarias y reclame la ejecución de la ley” (Informe al Gobierno Británico, 1842).

Los principales rasgos de la Salud Pública Británica que se formaliza en esos años y establece las bases de la que hemos denominado Salud Pública Moderna, en su modalidad ambientalista, son las siguientes:

- Salud Pública como responsabilidad de Estado Nacional. Intervencionista y de orientación colectivista. Lucha contra las “enfermedades pestilenciales”. Ambientalista, con énfasis sobre los problemas urbanos y la pobreza social.
- Medidas de saneamiento ambiental urbano y vacunación antivariólica para la prevención de las enfermedades epidémicas. Aparición del inspector sanitario. Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de miasmas. Controlar la circulación de las cosas y de los elementos, esencialmente el agua y el aire, asegurando la ventilación de las ciudades. Organizar la distribución de las fuentes del agua, de los desagües de las bombas y los lavaderos fluviales, de las industrias, etc.
- Estructura estatal permanente. Ley de Salud Pública (1848). Oficina General de Salud. Oficinas Locales de Salud. Aparición del Oficial Médico. Ley de Sanidad (1875). Organización estatal del saber médico, normalización de la profesión médica. Política estatal nacional.

Primeros esfuerzos por establecer una Salud Pública Internacional: Preocupación por el comercio exterior. Primeras Conferencias Sanitarias Internacionales (París, 1851 y 1859). No tienen éxito.

Asistencia social, en Inglaterra se dicta la Nueva Ley de los Pobres (1834), vigilancia, control y atención médica de los pobres: *Work house*, hospicios, hospitales y dispensarios. En Francia, la Asistencia pública, como el derecho natural de los pobres sobre la “abundancia de los ricos”

3.3. Fundamentos científico-tecnológicos de la SPM ambientalista

Higiene Pública y Medicina Social: Virey, Villermè, Cabanis y Parent Duchatelet en Francia. Primera Cátedra de Higiene en la Univ. de París (1794). Primera revista de la especialidad: *Revue d'Hygiène Publique*, (1820)

Medicina Urbana e Higiene Pública: “Medicalización de la ciudad”. Nace “la noción de salubridad” que hace referencia “al estado del medio ambiente y sus elementos constituyentes en todo aquello que permita mejorar la salud”

Epidemiología de los miasmas. Gases pútridos emanados de la corrupción de materias diversas, expelidos en el deterioro crítico de las condiciones de vida del ser humano. Modelo salubrista: énfasis en condiciones del medio físico. Modelo social: énfasis en condiciones de vida y de trabajo: “pestilencias de los pobres”

Medicina de Estado en Inglaterra. Nueva especialidad médica. Univer. de Cambridge (1868): 1er. certificado de especialista (1871)

Economía Política. El Estado como mano invisible subsidiaria que trata de corregir los efectos indeseables del mercado. Teorías de valor-trabajo. Protección de la población como fuerza de trabajo

Medicina Asistencial. “Medicina Hospitalaria”. La clínica se incorpora al gran hospital, y lo transforma en un lugar de curación así como de formación, capacitación y transmisión del saber médico. *École de París* (1800 a 1840). El individuo enfermo observado, vigilado, controlado y curado en una cama, surge como objeto del saber y de la práctica médica.

3.4. Legitimación normativa de la SPM ambientalista

Liberalismo libertario: “propiedad privada es sagrada”. El cuerpo única propiedad privada de los pobres, debe ser protegido por el Estado

Liberalismo utilitarista de J. Benthan. La gente quiere maximizar la utilidad (placer) y minimizar el dolor. A partir de la acentuación de los intereses individuales, el interés de la comunidad descansa en “ la suma de los intereses de sus distintos miembros” . Justicia consiste en alcanzar la mayor felicidad posible para el mayor número respetando la libertad individual

4. SALUD PÚBLICA MODERNA BIOLOGICISTA: 1870-1914

4.1. El contexto 1870-1914: Revolución Bacteriológica e Imperialismo

Se inicia en 1870 con la unidad de Alemania sobre la ruina del Segundo Imperio Francés. Retroceso del liberalismo comercial frente a los nacionalismos y los proteccionismos. Surgimiento de la socialdemocracia.

Concentración del capital. Corporaciones, cuarteles y trust. Disputa por el control del comercio y de la banca internacional. Desde 1884 las grandes potencias se lanzan a una política imperialista. Expansión colonial y conquista de nuevos espacios económicos en países “tropicales”

Movilizaciones obreras para limitar jornadas de trabajo. En los Estados industriales aumenta la renta nacional y el nivel general de vida. Investigaciones de fisiología y eficiencia corporal y rápida recuperación de la fuerza de trabajo financiadas por las corporaciones industriales.

Preocupación de las potencias coloniales por las “enfermedades tropicales” endémicas. Década de 1870: epidemia de fiebre amarilla en América; en Buenos Aires más de 15,000 muertos, en Estados Unidos 20,000 defunciones (1877).

El imperialismo se mezcla con los nacionalismos internos sentando las bases del estallido de la primera guerra mundial. Fin del segundo y último subperíodo del “largo siglo XIX”.

4.2. La SPM en su modalidad biologicista

Estando la SPM Ambientalista en desarrollo, con una relativa independencia de la Medicina, se produjo la revolución bacteriológica (Pasteur, Koch), que triunfante en el campo de la Medicina, se extendió por defecto a la Salud Pública. El “paradigma positivista” del conocimiento se hace hegemónico en el mundo académico. Aplicación rigurosa del método científico. “Saber para anticipar, anticipar para prevenir”. El paradigma naturalista e individualista hegemónico en la Medicina “biologiza” a la SPM., que es considerada como una rama de la Medicina. Lo social es algo externo al proceso de salud-enfermedad. La SPM se impregna del experimentalismo y biologicismo médico: “La medicina científica debe constituirse como las demás ciencias, por la vía experimental. El razonamiento siempre es el mismo así en las ciencias que estudian los seres vivos como en las que se ocupan de los cuerpos brutos” (Claude Bernard, 1865).

Los principales rasgos de la SPM en su modalidad biologicista , son las siguientes:

- Lucha contra enfermedades transmisibles endémicas. Énfasis en la protección específica y el control del individuo enfermo. Orientada a identificar el agente biológico y evitar o contrarrestar su acción sobre el individuo. Salud Pública separada de la Atención Médica.
- Inicio de nuevo modelo de atención biomédica que separa la acción estatal a través de leyes sociales y obras de saneamiento, de la acción de prevención individualizada realizada por el médico en centros de atención ambulatoria.

- Departamentos Nacionales de Salud, conducidos por especialistas en Medicina Tropical. Servicios de laboratorios centrales y periféricos. Campañas y programas contra enfermedades transmisibles. Inicio de programas para mejorar la salud de madres y niños. Vacunación antivariólica obligatoria. Aparición del laboratorista.
- Institutos y Laboratorios de Salud. Investigación bacteriológica e inmunológica. Producción de biológicos (vacunas, sueros, antitoxinas). Postulados de Koch.
- Salud Pública Internacional: creación Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Washington (1902): medidas comunes de cuarentena marítima para evitar afectar el comercio. Creación Oficina Internacional de Higiene Pública, París (1907): estadística e información.
- Los principales monopolios organizan fundaciones para prestar apoyo técnico y financiero a las estructuras sanitarias estatales, a la Escuelas de Medicina Tropical y a los Institutos de Investigación Bacteriológica.

Se crea el Seguro Social de la Enfermedad (Bismarck, 1883). Orientado al mantenimiento de la fuerza de trabajo en condiciones no conflictivas y menos costosas. Atención médica

4.3. Fundamentos científico-tecnológicos de la SPM biologicista

Medicina Asistencial. “Medicina de Laboratorio”. Ciencia experimental busca para cada enfermedad el agente biológico causal, y la tecnología biomédica requerida. Concepción biologicista punto de partida del curriculum de formación médica (Informe Flexner, 1910). Los hospitales se comenzaron a convertir en lugares de tratamiento de enfermos graves. Incorporaron orden, limpieza, asepsia (Lister) y avances clínicos y quirúrgicos en sus estructuras y procesos.

Medicina Tropical. Investigaciones en laboratorios y misiones de estudio en ultramar. Creación de Escuelas de Medicina Tropical. *Liverpool School of Tropical Medicine* y el *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (1898).

Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles I. Modelo explicativo unicausal, reproduce el de la Física. Relación lineal de causa y efecto entre germen y enfermedad. Modelo que fundamentó la capacidad de interferir en el curso de las enfermedades transmisibles. Énfasis en el estudio de los agentes y en los mecanismos de transmisión específicos.

Economía. Las escuelas neoclásicas y marginalistas niegan la teoría del valor-trabajo. En su lugar crean una teoría subjetiva del valor y una teoría del equilibrio (general y parcial), prescindiendo de las cuestiones de legitimidad.

Demografía. Informa sobre la gran dinámica de la población europea

4.4. Legitimación normativa de la SPM biologicista

Liberalismo utilitarista: Justo es lo conveniente para la mayoría. Justo es evitar lo indeseable para la mayoría. El Estado puede participar en todos aquellos casos en que no exista iniciativa privada para atender una necesidad social.

Liberalismo libertario. Las desigualdades en salud es un problema de responsabilidad y de elección de cada individuo. Esta posición es mitigada en parte, por el utilitarismo, las necesidades prácticas de incrementar la productividad de la fuerza de trabajo y la fuerza de los movimientos laborales.

5. SALUD PÚBLICA MODERNA PREVENTIVISTA: 1914-1945

5.1. El contexto 1914-1945: Guerras Mundiales

Se inicia con la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Mueren seis millones de europeos. Economía de Guerra e intervencionismo del Estado. Revolución rusa (1917). Tratado de Versalles (1919). Creación Sociedad de Naciones y OIT. Proyectos de democracia liberal (Wilson) y de la revolución universal socialista (Lenin).

Pandemia de “gripe española” (1918-19), 20 a 50 millones de muertes. Epidemias de influenza y de tifus.

Crisis económica de 1929. La gran Depresión. Nueva York reemplaza a Londres como centro comercial y financiero del mundo occidental (1929). Un nuevo concepto keynesiano de política económica se hace dominante. *New Deal*.

Movimientos obreros y socialistas se fortalecen en los escenarios políticos. Ascenso de los regímenes colectivistas y autoritarios en Europa (comunismo, nazismo, fascismo). Devaluación política del liberalismo.

Segunda Guerra Mundial (1939-45). Derrota del fascismo y del nazismo. Consolidación del bloque comunista en Europa del Este. Conferencia de Bretton Woods (1944). Creación del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el BIRF (luego Banco Mundial), bases de un nuevo sistema económico internacional (Plan White vs. Plan Keynes).

Periodo del uso de tecnología para la destrucción masiva del hombre y el barbarismo moderno (genocidio, guerra total, uso de las bombas atómicas, etc.).

5.2. La SPM en su modalidad preventivista

Movimiento preventivista 1920-1950

Aparece en el mundo académico de EE. UU, Inglaterra y Canadá: “Salud Pública: es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación sanitaria; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería; y 5) 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, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” (C.E. Winslow. “Convención Anual de la Asociación Médica para el Progreso de la Ciencia”. Estados Unidos, 1920).

Surge en el campo de la Medicina como crítica a su orientación asistencialista y hospitalaria. Propuso un cambio de la práctica médica a través de reforma en la enseñanza enfatizando la responsabilidad del médico con el fomento de la salud y la prevención de enfermedades; introduciendo el concepto de historia natural de la enfermedad y la estadística como criterio científico de causalidad. Medicina Preventiva y Medicina Asistencial.

El Objeto de la Medicina Preventiva: el individuo y su familia; su espacio de práctica el Centro de Salud, separada de la práctica curativa a la cual debía complementar. Su máximo desarrollo a partir de 1930: mejor conocimiento de la etiología, introducción de la Educación Sanitaria, mejora alimentación. Higiene materno-infantil. Exámenes de salud.

Rasgos de la SPM en su modalidad preventivista

Salud Pública Moderna Preventivista centrada en evitar enfermedades transmisibles y sus consecuencia en el individuo y la familia. Lucha contra las enfermedades evitables.

Medidas preventivas en redes de dispensarios para atención de TBC, malaria y venéreas, así como centros de higiene infantil y atención materna. Centros de Medicina Preventiva: integración de los servicios preventivos. Introducción de la Enfermera de SP y la Educación Sanitaria.

Ministerios de Salud Pública o de sanidad, conducidos por especialistas en Salud Pública y Medicina Preventiva. Prioridad de los programas de higiene materno-infantiles y los de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Creación de las Escuelas de Salud Pública (Informe Welch-Rose). Escuela de Higiene y Medicina Preventiva de la Univ. de J. Hopkins (1916). Formación del especialista en SPM (estadística sanitaria, epidemiología, administración sanitaria, saneamiento del medio y microbiología).

Salud Pública Internacional: Oficina Panamericana de la Salud, Oficina Internacional de Higiene Pública, Organización de Salud de la Sociedad de Naciones (1921). Fundación Rockefeller y SCISP: apoyo a las estructuras gubernamentales

Seguro Social Bismarckiano: ampliación de servicios de atención médica a los asegurados y a sus familiares.

5.3. Fundamentos científico-tecnológicos de la SPM preventivista

Medicina Preventiva. Historia Natural de la Enfermedad (Ryle, 1936).

Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles II. Modelo explicativo unicausal heterodoxo. Introducción de factores de riesgos.

Economía de Keynes desplaza a neoclasistas (1929). Papel del Estado en la distribución de recursos y adecuación de servicios sociales.

Economía del bienestar, en el marco neoclásico, busca criterios cuantitativos para evaluar políticas económicas. “Óptimo de Pareto”.

Demografía. Teoría de la transición demográfica.

5.4. Legitimación normativa de la SPM preventivista

Constitución y Leyes Nacionales de Salud Pública. Código Sanitario Panamericano (1924): normas de cuarentena marítima. Principal referente: Oficina Sanitaria Panamericana.

Justinaturalismo y positivismo keynesiano. Legitiman participación del Estado en la distribución de servicios sociales.

Liberalismo utilitarista: Justicia es maximizar los beneficios y minimizar los costos, en función de la mayoría. Social democracia: Justicia es el bienestar colectivo.

6. SALUD PÚBLICA MODERNA MÉDICO PREVENTIVISTA: 1945-1973

6.1. El contexto 1945-1973: Guerra Fría y Crecimiento Económico

Segunda postguerra. Estructura bipolar del escenario internacional y “Guerra fría”. “Explosión demográfica” y Tercer Mundo. Fundaciones privadas financian investigaciones en fisiología de la reproducción y nuevos métodos anticonceptivos.

A partir de la 5ª década, crecimiento económico sin precedentes que recién se agotará en la primera mitad de la década de los 70. Relación capital / trabajo relativamente menos desfavorable para el trabajo. Las diferencias económicas y sociales entre países se incrementan.

Hegemonía del keynesianismo y de la socialdemocracia. Construcción del Estado de Bienestar Social en Europa. Estado desarrollista en América Latina: incremento del gasto social

Descolonización y desarrollo del Sistema de Naciones Unidas. Declaración de los Derechos Humanos. Creación de la Organización Mundial de la Salud. Movimiento de los derechos humanos.

Inicio de la reacción “neoliberal”, Mont Pelérin (1947). Aparición del complejo médicoindustrial: cuidado de salud fuente de ganancia. Apoyo de la industria a investigaciones biomédicas en el hospital.

En países desarrollados, la mortalidad por enfermedades crónicas supera a la mortalidad por infecciones. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón son consideradas como verdaderas epidemias.

6.2. La SPM en su modalidad médico-preventivista

Movimiento integralista: 1941-1973

Comité del gobierno británico (1941), presidido por Sir William Beveridge, presenta el informe *Social Insurance and Allied Service* (1942). En él se define a la SEGURIDAD SOCIAL como expresión de un fin genérico de la política social nacional: supresión de la necesidad protegiendo al individuo “desde la cuna hasta la tumba”. Además, se puntualiza la interrelación de los componentes de una política social nacional y que, por tanto, la seguridad social no podría ser totalmente desarrollada a menos que el cuidado de la salud, uno de sus componentes, fuera realizado a través de un Sistema Nacional de Salud (SNS). Asimismo, se precisa que el SNS debe garantizar una atención preventiva y curativa a todo ciudadano, sin excepciones, sin límites derivados de sus aportes y sin barreras económicas que pudiera retrasar su acceso a dicha atención.

En 1946, el Sistema Nacional de Salud, es creado en Inglaterra durante un gobierno laborista, a través del *National Health Service Act*, e inicia sus operaciones en julio de 1948. El ejemplo fue seguido rápidamente por los países de Europa Occidental que a partir de la década de los 50 comenzaron la implementación del llamado Estado de Bienestar. En América Latina e inicios de la década de 1960: comienza la polémica Sistema de Salud vs. Servicio Único.

Se suceden dos definiciones de la Salud Pública, ambas con un orientación médico-preventivista o integralista. En el Primer Congreso Interamericano de Higiene (1952): “La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y mejorar la salud”. En Estados Unidos, la Comisión Milbank para el Desarrollo de la Educación Superior de la Salud Pública (1972): “La Salud Pública es el esfuerzo organizado por la sociedad para promover, proteger y reparar la salud de la población. Los programas, servicios o instituciones comprometidas enfatizan la prevención de la enfermedad y las necesidades de salud como un todo. Las actividades de Salud Pública cambian con los cambios tecnológicos y de los valores sociales, pero los objetivos permanecen siendo los mismos: reducir la cantidad de enfermedades, muertes prematuras y el discomfort e incapacidad”.

Rasgos de la SPM en su modalidad médico-preventivista

Salud Pública médico-preventivista. Orientada al logro de la salud (definición OMS). Sistema o Servicio Nacional de Salud, instrumento de la política social. Medidas preventivo-asistenciales: redes de establecimientos escalonados con programas de cuidado integral de la salud.

Dos modelos básicos de organización en Europa: los Sistemas de Seguro Social (en Francia, Bélgica, Alemania, etc.) y los Servicios Nacionales de Salud (en Inglaterra, Suecia, España, etc.). Cobertura universal. Distorsión y reversión de la orientación inicial integralista. Prioridad al uso de las tecnologías recuperativas en hospital. Costos crecientes.

Salud Pública desarrollista en América Latina. Coordinación de entidades públicas de salud con las de atención médica del seguro social, en el marco de una política gubernamental de salud. Los servicios se organizan por niveles de atención, culminando con el hospital

Escuelas de Salud Pública “oficiales ” y universitarias: Asignaturas de administración hospitalaria y planificación

Desarrollo de la Salud Pública Internacional: OMS (1948), OPS, UNICEF. Planes de Erradicación Mundial de la Malaria, de la Viruela. Planes Decenales de Salud de las Américas (1961, 1971)

Del Seguro Social a la Seguridad Social: Informe Beveridge y Resoluciones OIT

6.3. Fundamentos científico-tecnológicos de la SPM médico-preventivista

Epidemiología de las Enfermedades Crónicas. Modelo explicativo multicausal. Historia natural de la enfermedad (Leavell y Clark, 1953). Modelo *Black box* (Mac Mahon, 1970). Eslabones de la cadena o nudos de la red de causalidad vulnerables a los servicios médico-sanitarios.

Planificación en Salud (1961). Modelo CENDES-OPS y Modelo ILPES en América Latina. Planificación normativa.

Medicina Comunitaria: comunidad asume responsabilidades en el cuidado de la salud de sus miembros, utilizando sus propios recursos y considerando sus hábitos y costumbres con relación a la salud.

Economía. Teoría de Keynes hegemónica. Participación del Estado en la política de estabilización económica, en la distribución de servicios y en la adecuación de los servicios sociales. Compatible con los “derechos humanos”.

Economía de desarrollo. Teoría del despegue económico: W. Rostow (1960). Teorías de la dependencia: Comisión Económica para América Latina (CEPAL)

Ciencias administrativas. “Relato Olsen” de la Comisión sobre Educación Universitaria en Administración Hospitalaria (EE. UU, 1954), recomienda organizar programas dirigidos a médicos y enfermeras y su ejecución en las Escuelas de Administración de Empresas

6.4. Legitimación normativa de la SPM médico-preventivista

OIT. Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (num.69). Reunión de Filadelfia: “todos... Deben recibir asistencia completa de carácter preventivo y recuperativo”

ONU. Declaración de Derechos Humanos (1948). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales (aprobado 1966)

OMS. Declaración de principios de La OMS (1946). Primer Reglamento Sanitario Internacional (1951). Nuevo Reglamento (1969). Principal referente internacional en salud.

Socialdemocracia: *Welfare State*, modelo de construcción estatal y de protección social. Justicia como bienestar colectivo.

Desarrollismo: Política de salud como parte de una política de desarrollo. Salud como fin y medio del desarrollo. Plan de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (Carta de Punta del Este, 1961): “perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrar las funciones de prevención y recuperación”.

7. SALUD PÚBLICA MODERNA ECONOMICISTA : 1973-1989

7.1. El contexto 1973-1989: Guerra Fría y Crisis Económica

Se inicia con la crisis económica mundial de 1973. Recesión e inflación. Endeudamiento masivo del Tercer Mundo y países socialistas. Teoría keynesiana en crisis. Explicaciones monetaristas. Dominio de nuevos clásicos

En 1978, se firma el tratado sobre la No Proliferación de Armas Nucleares, aprobado por la Asamblea General de la ONU

M. Thatcher (1978) y R. Reagan (1980) son elegidos como gobernantes de Inglaterra y EE. UU. Foro Económico Mundial de Davos (anual desde 1971). Inicio dominio ideológico neoliberal.

Debilitamiento de la socialdemocracia y el Estado de Bienestar en Europa. Debilitamiento de las competencias de los Estados Nacionales. Inicio de la Globalización. En los países del Tercer Mundo: restricciones crecientes del gasto público: primero, en inversiones; segundo, en gasto corriente; y, tercero, en recorte de sectores estatales y privatizaciones.

Epidemia SIDA: primer caso a inicios década 80. En 1990, 254,000 casos. En 1991, 10 millones con HIV positivo.

En 1989, la caída del muro de Berlín seguida por la desintegración de la Unión Soviética . Fin del mundo bipolar y del “corto siglo XX”.

7.2. La SPM en su modalidad economicista

Ofensiva economicista en salud: 1973-1989

Crisis mundial de 1973: debate sobre desequilibrio financiero entre recursos disponibles y gastos derivados de las coberturas de la seguridad social. La crisis fiscal del Estado, por acumulación de demandas sociales o desaceleración del crecimiento económico, promovió la crítica del Estado de Bienestar y la postulación de un Estado Mínimo o Subsidiario

Economistas denuncian la existencia de una explosión de costos en los sistemas de salud, derivada de los avances de la tecnología y de su uso indiscriminado, así como el predominio de una gestión pública, casi siempre ineficiente, orientada por una racionalidad normativa que no considera la sostenibilidad financiera de tal uso

En 1975, la OMS, el UNICEF y el Banco Mundial coincidían en recomendar el uso de tecnologías sanitarias costo-efectivas, baratas, culturalmente aceptables, accesibles a las poblaciones pobres desprotegidas. Se van a suceder eventos internacionales que tienen como propósito formal promover estrategias multinacionales de reformas de las estructuras y procesos de los sistemas de salud.

Para evitar el colapso de los sistemas de salud era necesario cambiar radicalmente dicha orientación: “El gasto, sanitario como cualquier otro, debía efectuarse de acuerdo con las leyes de la racionalidad económica. Todo lo demás es puro despilfarro que no podía conducir mas que al desastre” (Banco Mundial, 1987).

Rasgos de la SPM economicista en América Latina

SPM economicista. Focalización en grupos vulnerables (pobreza extrema) y subsidiariedad en el gasto público social. Bajo un criterio de “costo beneficio”: énfasis en las acciones preventivo-promocionales de bajo costo. PAI (1974), GOBI (1983). Planificación Familiar.

Reformas de primera generación de los Sistemas de Salud. Intersectorialidad. Privatización. Descentralización. Plan como elemento de dirección estratégica

Medidas de potenciación de la atención primaria. Prioridad en el desarrollo de establecimientos de salud de baja complejidad.

Regionalización y ordenación de los hospitales públicos. Control y recuperación de costos de acciones recuperativas. Transferencia de hospitales estatales al Sector Privado

Devaluación de Escuelas de Salud Pública administrativas. Programas universitarios de Economía y Gerencia en Salud. Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública

Salud Pública Internacional: Dominante en América Latina. Estrategia de Atención Primaria (Alma Ata, 1978). En la década de 1980, dominio de Agenda de Reforma del Banco Mundial Agenda de Reforma del Banco Mundial. Estrategia GOBI (UNICEF, 1983). Primera Estrategia Global contra SIDA (1986). Política Mundial de Población (Bucarest, 1974).

Reforma de Seguridad Social: Agenda del Banco Mundial. Privatización para “garantizar” el financiamiento

7.3. Fundamentos científico-tecnológicos de la SPM economicista

Ciencias económicas: Teoría neoclásica hegemónica. Economía en salud: participación subsidiaria del Estado. Mercado imperfecto y “cuasimercado” en salud

Gerencia Estratégica en Salud. “Management” de corte empresarial. Más en el terreno de ciencias de las empresas y de escuela de negocios

Epidemiología de los factores de riesgo. Modelo *black box* estudia variaciones simultáneas en el tiempo de las variables (factores de riesgo) que lo componen. El estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran.

Epidemiología y Política. Modelo explicativo “campo de salud” (estilo de vida, ambiente, sistema de salud, biología). Política Sanitaria (Lalonde, 1974). Análisis de política (Dever, 1976). Paradigma de Bienestar en Salud (H. Blum, 1978)

Medicina basada en evidencias: apoyo a la investigación biomédica de la industria. Medicina familiar y comunitaria.

Demografía del desarrollo. Descenso de la fecundidad condición para el desarrollo

7.4. Legitimación normativa de la SPM economicista

Naciones Unidas . Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (vigente, 1976). Derechos a la salud y a la seguridad social (vigentes, 1976). Reglamento Sanitario Internacional de la OMS (modificado 1973, 1981). En última década, el Banco Mundial se convierte en el principal referente internacional en salud.

Liberalismo igualitario. Teoría de Justicia de Rawls (1971): defiende un Estado con funciones redistributivas. Justicia como libertad e igualdad en condiciones de equidad

Liberalismo libertario. Subraya la LIBERTAD como fin ulterior (Hayek y Friedman). Justicia es la que emana del libre intercambio. Los servicios públicos de salud y la universalidad de la atención son un obstáculo para el financiamiento público y para el crecimiento de la riqueza.

Liberalismo de la titularidad de Nozick. Parte de la igualdad ética y defiende el derecho innato de los individuos a los frutos de su trabajo: desde este enfoque la distribución resultante puede ser considerada justa, aunque desigual.

8. CONCLUSIONES

1. La historia de la SPM es parte de la historia del mundo occidental, durante el “largo siglo XIX” y el “corto siglo” XX”.
 2. En el curso de esos dos siglos se sucedieron cinco modalidades de SPM. Cada uno tuvo pretensiones de eficacia, legalidad y rectitud (justicia) fundamentadas con argumentos suficientemente válidos en un contexto histórico particular.
 3. El saber científico-tecnológico que fundamentó la veracidad y la eficacia de cada modalidad reflejó y reprodujo intereses técnicos, económicos y políticos dominantes en el contexto correspondiente. Tras de cada modalidad hubo intereses identificables.
 4. La comunidad epistémica que garantizó la validez del saber científico-tecnológico cambió sus enfoques y modelos explicativos, así como su composición y estructura de poder en esos dos siglos.
 5. El saber normativo que legitimó la legalidad y la rectitud (justicia) de cada modalidad de SPM obedeció a concepciones sociopolíticas, jurídicas y morales dominantes o hegemónicas en cada periodo. Saber que fue utilizado como instrumento ideológico para mantener o modificar las decisiones vinculadas con el bienestar y el desarrollo de la población.
 6. Durante el “corto siglo XX”, la participación de los organismos de Naciones Unidas, especializados en salud se incrementó significativamente. En la última década esos organismos fueron desplazados por los especializados en aspectos financieros.
 7. El Derecho a la Salud y el Derecho a la Seguridad social están vigentes formalmente, desde 1976, y son vinculantes en los países que han ratificado el PIDESC.
 8. La revisión desde el presente del pasado de la SPM muestra que sus distintas modalidades tuvieron inconsistencias internas, debilidades, distorsiones, contradicciones y vacíos, que no impidieron su dominio en determinadas circunstancias históricas. La modalidad actualmente dominante no es la única ni será la última.
-