

Introducción a la Salud Pública

1) Evolución Histórica de la Salud Pública

a) La Salud Pública en los primeros tiempos de la Humanidad.

El temor a la muerte o las amenazas a la vida se encuentran en el origen mismo de la sociedad; así pues, era la necesidad de defensa y de protección de los miembros de la tribu frente a las múltiples amenazas la fuerza que los mantenía unidos.

En un mundo sin conocimientos científicos, las enfermedades se explicaban como castigos de los dioses y de los espíritus por pecados individuales o colectivos y la salud era considerada como una gracia o recompensa ante un comportamiento virtuoso.

La prevención se logra con la virtud, y la cura con la magia. Esa etapa mágica y mítica dio origen a muchas creencias y valores relativos a la salud que perduraron, con algunos cambios, durante generaciones, siglos y milenios, y que todavía en la actualidad son significativos y, a veces, fundamentales. Uno de estos ha sido la aceptación de la dualidad y la unión entre el espíritu, alma o mente y el cuerpo; otro, también de suma importancia, es la noción de la relación entre la salud del individuo y la de la comunidad social a la que pertenece.

La introducción de la agricultura estableció nuevas bases materiales y de organización social que revolucionaron la salud colectiva: el suministro más seguro de alimentos y la mejor protección contra los factores ambientales tuvieron, sin duda, un impacto espectacular en el estado de salud con respecto a la era preagrícola.

Según iba aumentando el conocimiento sobre la naturaleza, se incrementaban también las posibilidades de explicación racionales y de las intervenciones sanitarias científicas. La fe se iba enriqueciendo con la razón y la filosofía empezaba a convertirse en cultivo del conocimiento.

La salud y la enfermedad iban adquiriendo explicaciones naturales y aumentaban las posibilidades de intervención específica, mientras que la medicina se constituyó en campo de conocimiento y en una profesión. La prevención fue adquiriendo mayor relevancia por la asociación de la enfermedad con la impureza o suciedad y surgió la higiene como primera manifestación organizada de protección de la salud. La importancia en la salud y la enfermedad empezaba a ser reconocida, lo que dio origen a la **teoría miasmática** de la enfermedad, complementada por la interpretación humoral del funcionamiento corporal. La salud individual y colectiva se fortaleció a través de una cierta asimilación con la belleza, el arte y el cuidado al físico.

Se trata de un modelo de desarrollo ya presente en las sociedades prehistóricas y que aparece en los registros históricos de diferentes civilizaciones.

En las inscripciones **etruscas**, al principio de los registros históricos (5000/ 6000 a.C.), ya aparece la práctica de curar como una actividad social significativa; el Código de Hamurabi (3000 a.C.) cita a los médicos y en el **antiguo Egipto** la medicina adquiere una posición definida y una proyección social propia, aunque vinculada y regulada por la religión.. La salud ya no es exclusivamente magia. Los sistemas de alimentación (silos y distribución) y la preocupación por el medio ambiente y por el cuerpo en la sociedad egipcia de entonces pueden ser también vistos como medidas de salud pública.

En **China**, el Nei Ching, canon de medicina interna, del emperador amarillo, Huang Ti (siglo XXVII a.C.), es también de la misma época que los papiros egipcios. El yin y el yang, la teoría cósmica de los contrarios que se complementan y que aparecen de forma proporcional en el cuerpo humano generando equilibrios -salud- y desequilibrios -enfermedades-. Es un primer intento de explicación general y universal, no estrictamente religiosa.

Los vedas (**India**, hacia 2000 a.C.), especialmente en el sistema de medicina Ayurveda, reciben de Dhanvantari, dios de la medicina, la interpretación y las intervenciones mágicas sobre la salud, aunque también recogen el reconocimiento de síntomas y signos de las enfermedades y los remedios para curarlos.

Sin embargo, es en **Grecia** donde ocurre una verdadera revolución del conocimiento, que abarca también a la salud. La civilización helénica establece las bases para una transición de la magia a la ciencia. Con el casi mito de Esculapio (hacia 1200 a.C.), dios de la medicina y también médico, se iniciará ese cambio con respecto a la salud. Los templos son también casas de salud donde se ayuda a obtener la curación por medio de dietas, baños y ejercicios.

Sobre esta base, **Hipócrates** (460-380 a.C.) construye el Corpus Hipocraticum) sobre medicina y salud. La observación y la lógica en el diagnóstico y en la terapéutica, es también el origen de la epidemiología y del estudio de la salud pública. Hipócrates fue el padre de la *teoría miasmática*, que consideraba que las enfermedades se debían al envenenamiento por emanaciones viciadas o fétidas del suelo, agua y aire. En efecto, el texto sobre aire, aguas y lugares trata sobre la ecología humana y la relación entre la salud y las condiciones de vida y conduce a la visión del paciente integral en su medio.

La contribución más específica de la *Grecia* antigua a la salud pública es, sobre todo, en el campo de la higiene y en la cultura física del cuerpo humano; salud y belleza se confunden entre sí y se relacionan con la higiene, el bienestar y la potencia física.

Roma sucede a Grecia. La medicina se expande y se afirma con exponentes como Aulo Celso, Asclepiades, y Galeno (160 d.C.), el prototipo del médico tradicional. La contribución de Roma es todavía más importante en el campo de la salud pública, que hasta entonces no se diferenciaba de la medicina y no era más que una expresión eventual de ésta, sobre todo en caso de calamidades, y practicada por los mismos actores.

Roma da a la salud pública un contenido diferenciado de la medicina: abastecimiento colectivo de agua, saneamiento, higiene y limpieza urbanas, baños públicos, hospitales y asistencia pública a los enfermos son aspectos estratégicos establecidos con el propósito de proteger la salud de la población. En muchas ocasiones, además, llegaron a formar parte de la normativa jurídica, se crearon instituciones específicas para su desarrollo y casi siempre estuvieron integrados como prácticas sociales.

En los trece siglos que siguen al siglo II d.C., el predominio de valores que sostenían la conformidad y limitaban la creatividad restringió el desarrollo de la salud. En el mundo occidental, el dogmatismo religioso volvió a tener el control de las fuerzas sociales: la magia volvió a predominar sobre la ciencia, la providencia sobre la actuación, la salvación del alma individual sobre el cuidado del cuerpo y la preocupación por la población.

En la *Edad Media*, la salud pública perdió su recién adquirida identidad y la medicina se quedó estancada y hasta retrocedió para ser practicada en el aislamiento de algunos monasterios.

El progreso se producirá bajo el liberalismo relativo del islamismo, con Avicena en el campo de la química y con la creación de modernos hospitales públicos. Asimismo, se producen avances en India y China. En Occidente hubo también progresos en relación con las calamidades u otras situaciones críticas. Son ejemplos el código de los leprosos del III Concilio Lateranense (1179) y la introducción de la cuarentena durante la epidemia de peste negra del siglo XIV.

b) La Salud desde la Modernidad hasta nuestros días.

El **Renacimiento** y el mercantilismo, que revolucionaron la creación en las artes y "globalizaron" el mundo, alteraron el orden social y crearon las bases de una nueva revolución cultural y, consecuentemente, científica y productiva para la humanidad.

En los *tres últimos siglos (XVIII, XIX y XX)* se han producido los cambios más revolucionarios, como culminación de el progreso iniciado siglos atrás. La hecatombe de la peste negra de 1348 obligó a la aceptación de las causas naturales para la enfermedad y llevó a la introducción de los sistemas de vigilancia y de la cuarentena, con lo que la salud pública empieza a *readquirir* su identidad, que todavía tardará en afirmarse.

En el **siglo XVII**, G. Fracastoro, demostró el contagio de las enfermedades. Al final del siglo XVIII se produjo la primera vacuna -de la viruela, Jenner, 1779- y Joham Peter Frank propuso un método para una política médica completa en el que los gobiernos debían ser responsables de la salud de sus pueblos.

Las bases doctrinarias de los discursos sociales sobre la salud emergieron en la segunda mitad del **siglo XVIII**, en Europa Occidental, en un proceso histórico de disciplinamiento de los cuerpos y constitución de intervenciones sobre los sujetos. Así, la higiene, como conjunto de normatizaciones y preceptos a ser seguidos y aplicados en el ámbito individual, producía un discurso sobre la buena salud circunscripto a la esfera moral.

Por otro lado, las propuestas de una Política (o Policía) Médica comenzaban a establecer la responsabilidad del Estado como definidor de políticas, leyes y reglamentos referentes a la salud y como agente fiscalizador de su aplicación. En 1748, se aprobó en Suecia, la primera ley sobre la obligatoriedad de la compilación de información sanitaria, seguida por otros países.

Mientras tanto, el debate teórico en salud giraba en torno a si las enfermedades eran causadas por "miasma", o por contagio, con dos principales protagonistas. En Inglaterra: Farr, un teórico del miasma, y Snow, que sostenía la teoría del contagio, ambos respecto del cólera.

En el **siglo XIX**, los países europeos generaron un proceso macro social de la mayor importancia histórica: la *Revolución Industrial*. La reposición o el fortalecimiento de valores como la razón y la libertad, condujeron a un nuevo orden social que favoreció la expansión del conocimiento y la urbanización de las sociedades agrarias, con la consiguiente industrialización. El impacto sobre la salud de las poblaciones fue impresionante y múltiple.

Con la organización de las clases trabajadoras y el aumento de su participación política, principalmente en los países que alcanzaron un mayor desarrollo de las relaciones productivas, como Inglaterra, Francia y Alemania, rápidamente se incorporaron temas relativos a salud en la agenda de reivindicaciones de los movimientos sociales del período. Entre 1830 y 1880 surgen, en esos países, propuestas de comprensión de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social que, en su conjunto, recibieron la denominación de *Medicina Social*.

El Movimiento de **Medicina Social**, postulaba que la medicina es **política aplicada** en el campo de la salud individual y que la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad. La participación política era la principal estrategia de transformación de la realidad de salud, en la expectativa que de las revoluciones populares resultarían democracia, justicia e igualdad, principales determinantes de la salud social.

Pese a haber sido desbaratado en el plano político, el movimiento de Medicina Social generó una importante producción doctrinaria y conceptual que proporcionó las bases para los esfuerzos subsiguientes de pensar la cuestión de la salud en la sociedad.

Paralelamente, la "medicina científica" se reafirmó con la experimentación (Claude Bernard) y la microbiología (Pasteur y Koch). El advenimiento de la *microbiología* reforzó los postulados de la higiene, sustituyó la teoría de los miasmas y estableció una relación causal directa entre enfermedad y agente -la etiología-. A la vez que se producían los descubrimientos en las ciencias físicas, se abrió el camino para el control específico de las enfermedades transmisibles y para el desarrollo de la medicina. Comenzaba así una nueva era para la medicina y la salud pública.

Hasta ese momento, existía una pugna política entre dos teorías en torno a la enfermedad: los más conservadores defendían la *teoría del contagio*, mientras que los liberales y radicales, como Virchow en Alemania y Villermé en Francia, atribuían la enfermedad a la *pobreza*. Las contundentes demostraciones de Koch y Pasteur, hicieron olvidar muchos hechos que también demostraban la relación entre salud y condiciones de vida.

La *teoría de los gérmenes* sirvió para poder explicar las enfermedades infecciosas, confirmada con el éxito de las medidas sanitarias adoptadas, pero luego surgieron problemas cuando no se pudo explicar enfermedades como la pelagra y el beri-beri, hasta que surgió la teoría de la deficiencia nutricional.

Contemporáneamente, principalmente en Inglaterra y los EE.UU., se constituyó un movimiento conocido como *Sanitarismo*, en relación con la acción del Estado en el ámbito de la salud. Los funcionarios de las recién implantadas agencias estatales de salud y bienestar, los *sanitaristas*, generaron un discurso y una práctica de salud pública basado en la aplicación de tecnología y en los principios de organización racional para las actividades de saneamiento, inmunización y control de vectores destinadas principalmente a sectores excluidos de la población. Con el advenimiento del paradigma microbiano, el movimiento sanitarista prácticamente redefinió las directrices de la teoría y la práctica en el campo de la salud social en el mundo occidental.

Al mismo tiempo surgieron modelos de organización de servicios de salud y seguridad social que orientaron los sistemas de asistencia durante muchas décadas hasta la actualidad (modelo Bismarck).

Los paradigmas principales de la salud pública fueron hasta la mitad del siglo XIX, la *dimensión social*, especialmente las condiciones de vida y de trabajo, y las consiguientes reformas sociales y de organización institucional - el Estado y los seguros -. Al final del siglo fueron superados, en la práctica, por la *etiología específica y su control*. De este modo, las nuevas intervenciones en materia de salud pública, estuvieron, como en el pasado, centradas en la *definición de reglas y en la vigilancia de su imposición y fiscalización*.

Los avances en el conocimiento de las enfermedades transmisibles (tuberculosis, paludismo, fiebre amarilla, etc.) junto con la necesidad de reducir los riesgos sanitarios para el comercio internacional y para la élite nacional, dieron origen a intervenciones contra enfermedades específicas, así como a mejoras del saneamiento y la higiene. Por otro lado, determinaron la necesidad de la cooperación internacional en materia de salud. En efecto, en 1902 se estableció la Oficina Sanitaria Panamericana en la primera Conferencia Sanitaria Panamericana en Washington, D. C., y en 1907, se creó la Oficina de Higiene y Salud Pública en Europa.

En el **siglo XX**, las contradicciones del capitalismo dominante engendraron procesos de contraposición en el socialismo -ascensión, guerra fría y fracaso- y de crisis económicas y bélicas que convulsionaron el mundo. Se afirmaron progresivamente las ideas de pueblo y de sociedad civil como correspondiente social de los derechos humanos, la ciudadanía y el Estado democrático de derecho. La democracia representativa liberal se constituyó como régimen político, dominante y legitimador del modo de producción basado en el mercado y en la iniciativa particular. La productividad y la producción se multiplicaron, movidas por la tecnología y nuevas formas de organización. La riqueza, sin embargo, se concentró y las desigualdades sociales, entre y dentro de las naciones, se acentuaron.

El siglo XX comenzó bajo la influencia de los mismos paradigmas del siglo anterior, con predominio de la preocupación sanitaria y del control específico de algunas enfermedades. La preocupación de la sociedad por la organización y la gestión de los sistemas de servicios adquirió fortaleza después de la Segunda Guerra Mundial.

En la década de los cuarenta, se comenzó una reforma sectorial de la salud en la mayoría de los países europeos, con la implantación del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra. En Estados Unidos, por la acción directa del poderoso lobby de las corporaciones médicas, sólo se propusieron cambios en la enseñanza médica, incorporándole un énfasis vago en la prevención. El "*modelo preventista*" no logró éxito en Estados Unidos ni América Latina. En Europa Occidental, en países que ya disponían de estructuras académicas de larga tradición y que en la postguerra consolidaban

sistemas nacionales de salud con acceso universal y jerarquizados, la propuesta de la Medicina Preventiva no causó mayor impacto ni sobre la enseñanza ni sobre la organización de la atención de salud.

El periodo de los años 50 y 60 empezó bajo los auspicios de los sentimientos de paz y solidaridad tras la hecatombe y la barbarie de la guerra, que luego fueron sustituidos o modificados por ideologismos de la guerra fría.

En América Latina se experimentó un crecimiento prolongado, expandiendo su proceso de industrialización y el papel del Estado en la economía. La planificación del desarrollo se ponía de moda. Al mismo tiempo, los regímenes de facto sustituían a las democracias incipientes, estimulados por la lucha contra del comunismo, una tendencia agudizada por la Revolución Cubana.

Se consolidó una fuerte expansión de la oferta de servicios personales de atención de salud con una reorganización significativa de los sistemas sanitarios. La salud pública amplió sus objetivos, aunque en segundo plano entre las prioridades de los gobiernos. Sus logros más reconocidos fueron aún el control de las enfermedades transmisibles y el saneamiento básico. La región comenzó a convivir con el aumento de las enfermedades crónicas, mientras todavía presentaba incidencias altas de enfermedades transmisibles y carenciales. Las escuelas e institutos de salud pública aumentaban en número y se articulaban para el intercambio y la cooperación.

En los años '60 apareció el movimiento de *Salud Comunitaria* en los EEUU, basándose en una intensa movilización popular e intelectual en torno de importantes cuestiones sociales, como los derechos humanos, la guerra de Vietnam, la pobreza urbana y el racismo. El movimiento de la Salud Comunitaria también conocido como *Medicina Comunitaria*, se basaba en la implantación de centros comunitarios de salud, en general administrados por organizaciones no lucrativas y subsidiados por el gobierno federal, destinados a efectuar acciones preventivas y proporcionar cuidados básicos de salud a la población residente en áreas geográficamente delimitadas. Con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud, los principios de estos programas pasaron a enfatizar la atención simplificada, procurando la extensión de cobertura de servicios a poblaciones excluidas del cuidado de salud, principalmente rurales. Efectivamente, data de 1953 la definición de los "servicios básicos de salud" de la OMS, cubriendo las siguientes actividades: a) atención de salud de la mujer y el niño; b) control de enfermedades transmisibles; c) saneamiento ambiental, d) mantenimiento de sistemas de información; e) educación en salud; f) enfermería de salud pública; g) atención médica de bajo nivel de complejidad. En América Latina, fueron implantados programas de salud comunitaria en Colombia, Brasil y Chile, bajo el patrocinio de fundaciones norteamericanas y respaldados por la OPS.

En la década de los años setenta, se produjo la crisis de la deuda externa en América Latina, a la que siguió luego la "década perdida" para el crecimiento económico, los años ochenta. Los Estados Unidos y el Canadá vivían también un periodo de turbulencia económica con altas tasas de inflación, reducción de las tasas de inversión y de crecimiento de la producción y de la oferta de empleo, y con síntomas evidentes de insatisfacción entre algunos sectores de la población estadounidense. En América Latina, la salud sufría los efectos de la crisis económica con reducciones de recursos y los efectos negativos de las injusticias sociales (concentración de riqueza y desigualdades injustas y evitables que el crecimiento anterior no había mitigado de forma significativa). En este contexto, aparecieron las propuestas de la OMS de Salud para todos en el año 2000 y la Atención Primaria de la Salud.

Atención Primaria de La Salud -APS-

En 1977, la Asamblea Mundial de Salud lanzó la consigna *Salud para Todos en el Año 2000*, asumiendo una propuesta política de extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud sobre la base de sistemas simplificados de atención de salud.

En el año siguiente, 1978, en Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, promovida por la OMS, reafirmó la salud como derecho del hombre, bajo la responsabilidad política de los gobiernos, y reconoció su determinación intersectorial. Además de eso, la OMS estableció la *Atención Primaria de Salud* como estrategia privilegiada de operacionalización de las metas de SPT-2000, incorporando implícitamente elementos del discurso de la salud comunitaria.

La Atención Primaria de la Salud fue definida como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Las propuestas de Salud para Todos y la de la Atención Primaria de Salud como estrategia principal generaron grandes expectativas de salud pública. Sin embargo, la visión estratégica de transformación de la propuesta fue minimizada por el *énfasis exagerado en el primer nivel de atención* y el potencial transformador de la propuesta no se llevó a cabo plenamente.

Más tarde, ya en los años ochenta, con el rótulo actualizado de SILOS (Sistemas Locales de Salud) y en el interior de un modelo organizado en distritos sobre la base de niveles jerarquizados de atención, la retórica de salud comunitaria se integró a las primeras iniciativas de reforma sectorial de salud en los países subdesarrollados.

En los años '80, el fracaso del comunismo en la Unión Soviética y en otros países condujo progresivamente a la reducción de las tensiones de la guerra fría, cuyo fin simbólico fue la caída del muro de Berlín. Este fracaso, junto con la crisis económica estimularon una vuelta al liberalismo, - conocido como *neoliberalismo*-, cuyos principios básicos se reflejaron en el llamado *Consenso de Washington*.

Esto dio origen a una serie de reformas sectoriales en salud, simultáneas y/o complementarias de otras, en la economía y en el Estado, sin tener en cuenta a la salud pública. Al contrario, en algunos casos, la ya endeble infraestructura institucional de salud pública fue marginada aún más. Sin embargo, se dieron algunos éxitos, como la ampliación de las coberturas de algunos servicios, la erradicación de la poliomielitis, la participación de la salud en la lucha por la paz y la consideración de la participación social en el contexto de la redemocratización de los países bajo regímenes totalitarios del período anterior, el énfasis en la promoción de la salud y el creciente reconocimiento real de la importancia de la salud para el desarrollo humano sostenible.

La última década del siglo transcurre en el contexto del nuevo proceso de mundialización y del progresivo acuerdo sobre la necesidad de reconsiderar y revisar o superar el Consenso de Washington y muchas de sus consecuencias.

Para la salud y la salud pública, el siglo XX ha venido cargado de éxitos sensacionales pero también de dolorosos fracasos.

Catapultada por los avances científicos, por el predominio de los valores positivos y por marcos institucionales y de recursos más eficaces, la atención a la salud se ha multiplicado, a la vez que se ha hecho más compleja y eficaz. El nivel de salud de las poblaciones ha aumentado rápidamente en todo el mundo y hemos podido celebrar victorias memorables en el combate contra enfermedades como la viruela y la poliomielitis. Los sistemas de atención a la salud se ampliaron y se hicieron más complejos. Su organización se fue diversificando.

La salud pública, en consecuencia, ha avanzado mucho, pero ha fallado también; ha alcanzado importancia y prestigio a veces, pero igualmente ha quedado relegada y presenta omisiones vergonzosas, como las observadas en el ciclo de reformas sectoriales inspiradas en los principios del Acuerdo de Washington realizadas en numerosos países en las dos últimas décadas. Como consecuencia, se encuentran enormes desigualdades sociales en el nivel de salud, en la exposición a riesgos y en el acceso a la asistencia necesaria posible.

En el balance global de la Salud Pública, a pesar de los éxitos, la distancia entre lo posible y lo realizado ha aumentado, y esa brecha se materializa en forma de sufrimiento, discapacidad y muertes evitables que conforman la enorme y vergonzosa deuda social en salud.

En resumen, en los últimos siglos, con la expansión del conocimiento y la organización institucional de lo público, la salud pública ha atravesado un proceso de cambio acelerado que ha llevado a éxitos espectaculares. Al final del siglo pasado y a comienzos del presente, se persiguió el control de enfermedades endémicas, con un gran esfuerzo de saneamiento ambiental y de control de vectores, según el modelo sanitario.

La medicina adquirió bases científicas más sólidas y eficaces y la atención médica se expandió rápidamente, en gran medida por la valoración del trabajo, el poder de reivindicación de los trabajadores y el crecimiento de los regímenes de la seguridad social. Esa expansión acercó la atención médica a la salud pública, entendida ésta también como proceso de organización de la atención a la salud, cuyos costos y complejidad crecientes implican una necesaria dimensión colectiva. Sin embargo, las contradicciones e injusticias persistieron y hasta fueron ampliadas en el proceso. El Estado creó y fortaleció sus organizaciones de salud que recibieron, no obstante, asistencia muy diferenciada entre los países y a lo largo del tiempo. El progreso científico proveyó más y mejores instrumentos de intervención que se concentraron, sin embargo, en la atención individual.

Las organizaciones internacionales se dedicaron a la salud de forma creciente, incluyendo más recientemente las instituciones financieras mundiales y regionales. La comprensión de la salud fue cada vez más integral y amplia, y desbordó las fronteras de la atención médica y aun las del llamado sector salud. Aunque las prácticas institucionalizadas no reflejen adecuadamente ese conocimiento, especialmente en el mundo en vías de desarrollo, se cuenta con las condiciones necesarias para evaluar dichas prácticas y los conceptos que ellas implican en relación con las nuevas realidades.

a) Conclusiones

De los conceptos vertidos hasta aquí, se pueden destacar algunas conclusiones fundamentales:

1. El carácter social e históricamente construido de la salud y de la salud pública.
2. Su naturaleza acumulativa y de cambio en el devenir de la historia.
3. El progreso en salud se hace por la conjunción de valores socialmente incorporados en las prácticas sociales, con la expansión de los conocimientos y sus aplicaciones y con la construcción de una infraestructura institucional pública que favorezca el sinergismo entre ellos.
4. La coincidencia de intereses políticamente significativos (económicos, de grupos, etc.) en etapas de expansión y/o de cambio del proceso social de producción y liderazgo adecuado aumentan el poder de la conjunción anteriormente señalada.

2) Las definiciones de Salud Pública

De acuerdo con lo dicho, el concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles.

La complejidad de la salud pública en el mundo actual, hace de ella un poliedro de muchos y cambiantes lados que justifican la variedad de miradas con que lo reconocemos, manifestadas en las múltiples maneras de definirlo y actuar sobre él, incluso en el uso de expresiones sustitutivas o complementarias referentes al todo o a las partes del tema, como por ejemplo, la medicina social, la salud comunitaria, etc.

En los años 20, **Winslow** propuso una definición muy amplia que incluye la mayor parte de los elementos de la salud pública en el momento actual, a pesar de haber sido dada hace 90 años; su énfasis está todavía, sin embargo, en la enfermedad y en el paradigma higiénico/ sanitario hegemónico en la época, aunque incorpora la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública.

Definición de Winslow:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir 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 de los individuos en los principios de la higiene personal;
- 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades;
- 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

En 1974, Hanlon propone la siguiente definición.

Definición de Hanlon:

La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad.

En 1991, Piédrola Gil estableció la siguiente definición que simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido.

Definición de Piédrola Gil

La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

En 1992, Frenk proponiendo delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, desarrolló una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y subindividual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, con relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud). La definición de Salud Pública que utilizó se basa en el nivel de análisis.

Definición de Frenk

A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en *grupos de gente o poblaciones*.

En el mismo año, Milton Terris prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "Nueva Salud Pública": prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos.

Definición de Terris

Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad.

Definición de Testa

También en 1992, Testa, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, reconocía a **la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica**.

El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. En otras palabras, ni definiciones —incluso aquellas exhaustivas y objetivas como por ejemplo la definición Winslow-Terris—, ni estructuras lógicas descriptivas —como la clasificación de Frenk— son capaces de dar cuenta de lo esencial de los campos científicos y sus respectivos ámbitos de práctica. Pero si las proposiciones

de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza", otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica.

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas.

Definición de la OPS

La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

3) La Salud Pública en siglo XXI

En una perspectiva histórica, pueden demostrarse importantes logros atribuibles a la acción de la salud pública con mejores niveles de vida en muchas partes del mundo, verificables en series de indicadores de esperanza de vida, mortalidad y morbilidad.

En este punto, es relevante destacar lo que significó Salud Para Todos y Atención Primaria de la Salud para los países del mundo que asumieron el compromiso de desarrollar sistemas de salud sobre nuevas bases para reducir la inequidad y asegurar la universalidad, con participación social. Este marco no solamente reorientó los sistemas sino que definió nuevas referencias para la Salud Pública, al incluir factores de naturaleza política, social, cultural y económica en la definición de las condiciones en las que la población puede estar sana.

Sin embargo, un análisis contemporáneo sobre la situación y futuro de la salud pública, no puede soslayar que en amplias zonas del mundo se han mantenido y agravado desigualdades en la calidad de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios de atención, que existen pandemias y que están reemergiendo viejas enfermedades y emergiendo nuevas que afectan a importantes segmentos de las poblaciones.

Las inequidades entre países y dentro de los países en desarrollo están aumentando de forma visible. Los efectos distributivos iniciales de las políticas exitosas de estabilización son contrarrestados con creces por la injusticia social de las políticas macroeconómicas recesivas y que privilegian el capital. Según Wolfensohn, sin tener en cuenta a China, por lo menos aumentó en cien millones el número de pobres en el mundo en los últimos diez años (de 1991 a 2001). El crecimiento insuficiente o la recesión aumentan el desempleo y reducen la remuneración del trabajo; con la disminución de los ingresos, aumentan la pobreza relativa (y, a veces, la absoluta) y las necesidades y demandas de servicios públicos, incluidos los de salud, justamente cuando la capacidad pública de respuesta está disminuida. La pobreza, la desigualdad y la exclusión social amenazan a la estabilidad del nuevo orden y adquieren, en consecuencia, prioridad en el discurso, lo que aumenta las posibilidades de un cambio con orientación social. Las desigualdades sociales entre países son, en su mayor parte, injustas y evitables, impuestas sobre segmentos importantes de la población.

Esas desigualdades no sólo son condenables éticamente como una agresión a los derechos humanos, sino que además imponen severas restricciones a las posibilidades de expansión de la producción y de todo el desarrollo; las malas condiciones de vida de los que las sufren constituyen causas primarias y principales de riesgos y problemas de salud y de salud pública.

El futuro de la Salud Pública tampoco puede eludir la consideración de las críticas que se le han hecho y se le siguen haciendo. Estos cuestionamientos apuntan que ha sido excesivamente declarativa, voluntarista, ha incumplido promesas y ha sido excesivamente tolerante o pasiva ante las restricciones de los gobiernos que afectan las posibilidades de los servicios. En otra perspectiva más epistemológica se le acusa de biofisiologismo, de haber perdido especificidad ante la biomedicina, de ser ateórica, dicotómica, dogmática y confusa, entre otros atributos negativos.

En estos momentos el futuro de la Salud Pública ya está presente en nuevos desafíos y nuevos desarrollos. Entre estos últimos tal vez el más importante es su compromiso explícito con los sectores desamparados de las sociedades, con la innovación permanente de su saber y con la búsqueda de definiciones más precisas de su acción.

El futuro de la Salud Pública se basará también en aquellos elementos perdurables de la experiencia histórica, de sus logros y fracasos. Lo perdurable se refiere a la centralidad de la ciencia en su pensamiento y acción, en el uso de criterios costo efectivos para definir y evaluar intervenciones, en su alianza con el estado, la sociedad civil, las ONG, los grupos populares, grupos religiosos, y en una ética que incluye, de manera muy importante, la protección de los derechos humanos y el respeto a la dignidad y la vida humanas.

En este sentido, ya desde 1990, la OPS promueve un debate sobre la crisis de la salud pública, privilegiando una reflexión sobre los conceptos, teorías, metodologías, elementos explicativos, determinantes estructurales, repercusiones operacionales y en las prácticas de salud, y perspectivas futuras para la Salud Pública en sus relaciones con el Estado y la sociedad. Paralelamente, la OMS patrocina una reflexión articulada sobre las bases de una "Nueva Salud Pública", organizando un conjunto de seminarios y reuniones sobre formación avanzada, liderazgo institucional, teoría y práctica en Salud Pública.

El centro de los nuevos debates está en la **equidad**. Según la OMS, “la equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse”.

En esa línea conceptual, se están desarrollando en la actualidad al menos tres propuestas internacionales de trabajo: Funciones Esenciales de Salud Pública, la Comisión de Determinantes Sociales de OMS y la Renovación de la APS.

a) Iniciativa Salud Pública en las Américas y Funciones Esenciales de Salud Pública

Hacia el año 2000, la OPS realizó un análisis de los procesos de reforma del sector salud en los países americanos en los años '90, y concluyó que éstos se habían concentrado principalmente en la estructura, la organización, el financiamiento y las prestaciones de los sistemas de salud, sin tomar en cuenta el enfoque de Salud Pública.

Paralelamente, se verificaban la persistencia de condiciones estructurales de pobreza y exclusión, lesivas a la salud, y la necesidad de afrontar los compromisos asumidos en el Acuerdo del Milenio – ODM.

La salud pública había sido descuidada como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se precisa de apoyo de parte de los gobiernos a fin de modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio.

La OPS consideró que las reformas de los sistemas de salud se enfrentaban al desafío de fortalecer la función de rectoría de la autoridad sanitaria. Parte importante de ese papel rector consiste en dar cumplimiento a las FESP que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local. Para ello se vuelve crucial el mejoramiento de la práctica de la salud pública y los instrumentos para efectuar una valoración sobre su estado de situación y las áreas en las que debe ser fortalecida.

Ahora bien para lograr la reinserción de la salud pública en la agenda de transformación del sector se hacía necesaria la definición clara de su papel, así como la operacionalización de los conceptos que le dan fundamento, entre ellos el de funciones esenciales de salud pública (FESP). Las FESP deberían ser definidas y medidas, a fin de determinar el grado efectivo con el que se llevan a cabo, tanto por parte del Estado como de la sociedad civil.

Esto dio lugar a la creación de la Iniciativa "Salud Pública en las Américas", dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado.

De este modo, los objetivos de la Iniciativa "La salud pública en las Américas" planteaban:

- ♦ Promover una agenda de la SALUD PÚBLICA como un componente importante de los procesos de reforma sectorial de salud
- ♦ Proveer un marco conceptual y las bases operacionales para fortalecer la práctica de la SALUD PÚBLICA en los países de las Américas, en apoyo a los esfuerzos nacionales.
- ♦ Promover una comprensión común de lo que es SALUD PÚBLICA y de sus funciones esenciales (FESP) en la Región de las Américas.
- ♦ Desarrollar un marco de referencia para la medición del desempeño de las FESP aplicable a los diferentes países de la Región.
- ♦ Conducir una exploración de la práctica de la SP en cada uno de los países de las Américas, con base en la medición del desempeño de las FESP.
- ♦ Promover y apoyar un plan de acción hemisférico para fortalecer la infraestructura y mejorar la práctica de la SP en la Región.

Como antecedentes de los esfuerzos para buscar una mejor definición y medición de las FESP, cabe destacar el Estudio Delphi conducido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP) de los Estados Unidos de América.

Definición de Salud Pública

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de:

acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

La salud pública **no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud**, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud.

Se ha definido a las **FESP** como

Condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública.

Estas funciones pueden ser aplicadas a todos los campos de acción en salud pública, tal como puede observarse en el cuadro siguiente.

Funciones esenciales y campos de acción de la salud pública

Ámbitos de aplicación FESP	Salud Ambiental	Salud Ocupacional	Salud Maternoinfantil (SMI)	Enfermedades Crónicas	Otras
FESP					
Ejemplos					
Monitoreo de la situación de salud	Monitoreo de los riesgos ambientales	Monitoreo de los riesgos en los lugares de trabajo	Monitoreo de los riesgos en problemas de SMI	Monitoreo de los riesgos de enfermedades crónicas	
Fiscalización y regulación	Fiscalización del cumplimiento de normativas ambientales	Fiscalización de las leyes referentes a la protección del trabajador	Vigilancia del cumplimiento de las leyes que protegen a la madre y al hijo	Fiscalización y regulación para estimular conductas saludables que prevengan mayor daño a la salud	

Frecuentemente, existe una confusión entre el papel del Estado en salud, ejercido normalmente por el ministerio de salud o su equivalente como autoridad sanitaria y la responsabilidad del mismo como garante del buen desarrollo de las FESP. Si bien el Estado tiene un papel indelegable en la entrega directa o en la garantía del cumplimiento de las FESP, éstas solo representan una fracción de las responsabilidades estatales en el ámbito de la salud. Es una fracción muy relevante, sin duda,

cuyo adecuado cumplimiento no solo resulta fundamental para elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que es a su vez parte de la responsabilidad rectora que el Estado tiene en materia de salud, caracterizada asimismo por tareas de conducción, regulación, modulación del financiamiento y vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

Se identificaron 11 FESP como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas. Se establecieron los componentes que las integran y luego se desarrollaron los estándares, indicadores, mediciones y submediciones. Ellas son:

Funciones esenciales de Salud Pública- FESP

FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población

FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

FESP 3: Promoción de la salud

FESP 4: Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos sanitaria nacional en salud

FESP 5: Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría

FESP 6: Regulación y fiscalización en salud pública

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

FESP 9: Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos

FESP 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública

FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

A continuación se definieron sus componentes.

Componentes de las FESP

<p style="text-align: center;"><i>FESP 1:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, ✦ Identificación de las necesidades de salud de la población, ✦ Manejo de las estadísticas vitales y la situación de grupos de especial interés o mayor riesgo. ✦ Generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud. ✦ Identificación de recursos extrasectoriales que aportan en promoción de la salud ✦ Desarrollo de tecnología para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública ✦ Desarrollo de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.
<p style="text-align: center;"><i>FESP 2:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Capacidad para hacer investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales dañinos para la salud. ✦ Infraestructura para la realización de tamizajes poblacionales, pesquisa de casos e investigación epidemiológica en general. ✦ Laboratorios capaces de tamizajes rápidos y procesamiento de un alto volumen de exámenes para identificar y controlar amenazas emergentes para la salud. ✦ Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas. ✦ Capacidad de conectarse con redes internacionales para afrontar los problemas de salud de interés.
<p style="text-align: center;"><i>FESP 3:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Promoción de la salud</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Acciones de promoción de la salud en la comunidad y el desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana. ✦ Fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones promocionales. ✦ Refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso de cambio de los hábitos de la comunidad y a exigir a las autoridades responsables la mejoría de las condiciones del entorno. ✦ Implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud. ✦ Colaboración activa del personal de los servicios de salud en el desarrollo de programas educativos en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y cualquier otro espacio de organización social relevante. ✦
<p style="text-align: center;"><i>FESP 4:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Participación social y refuerzo del poder (“empowerment”) de los ciudadanos en salud</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Facilitación de la participación de la comunidad organizada en programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud. ✦ Fortalecimiento de la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil para utilizar todo el capital humano y los recursos materiales en mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes saludables. ✦ Apoyo a la constitución de redes y alianzas con la sociedad organizada en la promoción de la salud. ✦ Identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones de promoción y en la mejoría de la calidad de vida, reforzando su capacidad de influir en las decisiones que afecten su salud y su acceso a servicios adecuados. ✦ Abogacía ante las autoridades gubernamentales en materia de prioridades de salud, en particular con relación a aquellas que dependen de mejoras de otros

	<p>aspectos del nivel de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ ✦
<p>FESP 5:</p> <p><i>Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Desarrollo de decisiones políticas en salud pública a través de un proceso participativo, coherente con el contexto político y económico. ✦ Planificación estratégica a escala nacional y apoyo a la planificación en los niveles subnacionales. ✦ Definición y perfeccionamiento de los objetivos de salud pública, los que deben ser mensurables. ✦ Evaluación del sistema de atención de salud para la definición de una política nacional que resguarde la entrega de servicios de salud con enfoque poblacional. ✦ ✦ Desarrollo de códigos, regulaciones y leyes que guíen la práctica de la salud pública. ✦ Definición de los objetivos nacionales de salud pública para apoyar el papel de rectoría del Ministerio de Salud, para el conjunto del sistema de salud. ✦ Gestión de salud pública, proceso de construcción, implantación y evaluación de iniciativas organizadas diseñadas para enfrentar problemas de salud poblacionales. ✦ Desarrollo de competencias para la toma de decisiones basada en evidencias e incorporando gestión de recursos, capacidad de liderazgo y comunicación eficaz. ✦ Desempeño de calidad del sistema de salud pública, en cuanto a resultados de la gestión exitosa, demostrables a proveedores y usuarios de tales servicios.
<p>FESP 6:</p> <p><i>Regulación y fiscalización en salud pública</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Desarrollo y fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y/o las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos; la certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la salud pública. ✦ Generación de nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud y promover ambientes saludables. ✦ Protección de los consumidores en sus relaciones con los servicios de salud. ✦ Ejecución de todas estas actividades de regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa. ✦
<p>FESP 7:</p> <p><i>Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Promoción de la equidad en el acceso a la atención de salud, incluyendo evaluación y promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios. ✦ Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud necesarios a través de prestadores públicos y/o privados, con enfoque multisectorial que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios. ✦ Desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública. ✦ Facilitación de la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud (sin incluir el financiamiento de la atención) y a los servicios de educación para la salud, promoción de la salud, y prevención de enfermedades. ✦ Colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. ✦
<p>FESP 8:</p> <p><i>Desarrollo de recursos humanos y capacitación en</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención de salud, enfrentar los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones. ✦ Definición de requerimientos para la licenciatura de profesionales de salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.

<p><i>salud pública</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, así como educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública. ♦ El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario en salud pública. ♦
<p>FESP 9: <i>Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y el desarrollo de un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas. ♦ Facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisión del cumplimiento de los prestadores de servicios con esta obligación. ♦ Existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud. ♦ Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad. ♦ Uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud. ♦
<p>FESP 10: <i>Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Continuo de innovación que va desde la investigación aplicada para impulsar cambios en las prácticas de salud pública hasta la investigación científica formal. ♦ Desarrollo de investigación propia de la autoridad sanitaria en sus diferentes Niveles. ♦ Establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas para realizar estudios que apoyen la toma de decisiones de la Autoridad de Salud.
<p>FESP 11: <i>Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana relacionadas con la salud pública. ♦ Enfoque múltiple respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país. ♦ Participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

La idea de la medición de desempeño fue la de identificar globalmente las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública. El diagnóstico operativo permite detectar las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de salud pública, incluyendo las capacidades humanas, instalaciones y equipamientos que resultan necesarios para su buen desempeño.

El desarrollo de instrumentos de medición de las FESP implicó un largo proceso de definición de la función a medir, de los indicadores y estándares de desempeño o cumplimiento de la misma y de las mediciones y submediciones que actúan como verificadores. Se diseñó un instrumento de medición que fue validado y aplicado en todos los países miembros entre los años 2000 y 2001.

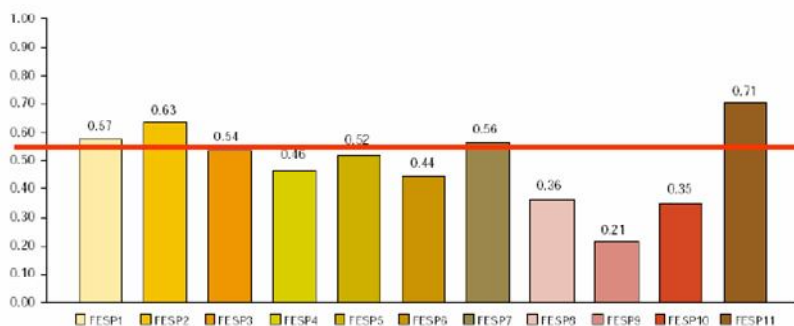
El objetivo fundamental era que cada país lo utilizara como un instrumento de auto-valoración del estado de la práctica de la salud pública, como una herramienta de diagnóstico que sea comparable entre todos los países y como un vehículo para incentivar el desarrollo de planes nacionales de mejoramiento de la práctica de la salud pública.

El resultado de la medición en toda América, fue el siguiente.

MEDICIÓN DE LAS FESP- AMERICA

RESULTADOS DE LA MEDICION

Gráfica 1 Desempeño de las FESP en la Región de las Américas¹



En todas las funciones se observa un perfil de desempeño intermedio - bajo

Mejor desempeño:

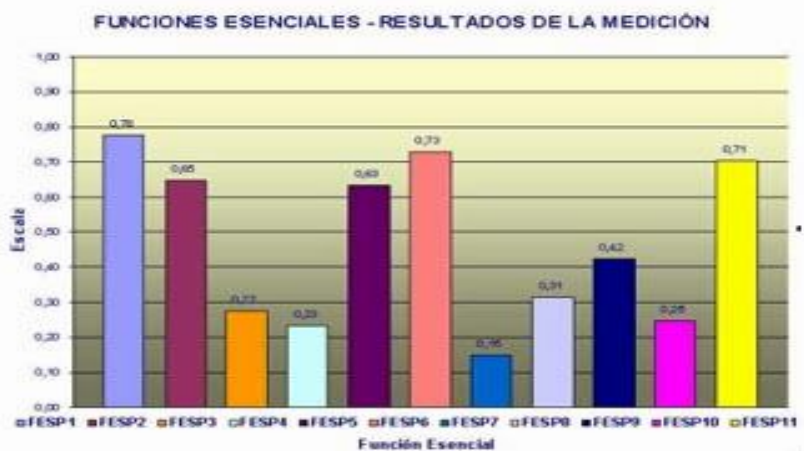
FESP 11 Reducción impacto emergencias y desastres (71%)
FESP 2 Vigilancia de Salud Pública (63%)
FESP 1 Monitoreo, evaluación y análisis (57%)

Menor desempeño:

FESP 9 Garantía y mejoramiento de la Calidad de los Servicios (21%)
FESP 8 Desarrollo de RRHH (36%)
FESP 10 Investigación en SP (35%)

Posteriormente, año 2007, el instrumento fue aplicado en la provincia de Buenos Aires.

MEDICIÓN DE LAS FESP- PROVINCIA DE BUENOS AIRES



Aquí, el mejor desempeño fue para:

- FESP 1:** Monitoreo , evaluación y análisis
- FESP 6:** Regulación y fiscalización
- FESP 11:** Reducción impacto emergencias y desastres

El peor desempeño resultó para:

- FESP 4:** Participación social
- FESP 7:** Promoción y evaluación del acceso equitativo a los servicios
- FESP 10:** Investigación y desarrollo

La definición y medición de las FESP se concibió como una contribución al desarrollo institucional de la práctica de la salud pública y al mejoramiento del diálogo entre la salud pública y otras disciplinas involucradas en el quehacer de la salud. Por otra parte, una mejor definición de lo esencial debe contribuir a mejorar la calidad de los servicios, así como a definiciones más precisas de las responsabilidades institucionales presentes en la entrega de estas intervenciones.

Una mejor medición de las FESP debería permitir también una mejor cuantificación de los recursos que se requieren para asegurar una infraestructura de salud pública adecuada, información que resulta esencial para gobiernos, tomadores de decisión y agencias de cooperación internacional.

Finalmente, la definición y medición de FESP son fundamentales para contribuir al fortalecimiento de la educación en salud pública en la región, actividad que hoy vive una crisis que tiene bastante que ver con la falta de definición de roles mencionados.

2) Comisión sobre determinantes sociales de la salud (SDHC)

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la Comisión sobre determinantes sociales de la salud (SDHC), con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo.

El reconocimiento que los factores sociales y medioambientales influyen decididamente sobre la salud de las personas es antiguo. Las campañas sanitarias del siglo XIX y gran parte del trabajo de los fundadores de salud pública moderna reflejaron la poderosa relación entre la posición social de personas, sus condiciones de vida y sus resultados de salud. En el siglo XX, varios países hicieron notables esfuerzos orientándose hacia las dimensiones sociales de salud en los años noventa y primeros 2000. Las raíces directas de los esfuerzos contemporáneos para identificar y atacar las desigualdades de salud socialmente-determinadas se encuentran en el Informe Lalonde de Canadá (1974) y el Informe Negro en el Reino Unido (1980).

Los **Determinantes Sociales de la Salud** (DSS) son definidos como condiciones sociales y económicas (y a veces ambientales) que afectan la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándolos con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad. Incluyen:

Determinantes de salud señalados por la Organización Mundial de la Salud

1. *Gradiente social*
2. *Estres*
3. *Infancia temprana*
4. *Exclusión social*
5. *Condiciones de trabajo*
6. *Desempleo*
7. *Apoyo social*
8. *Adicciones*
9. *Alimentación saludable*
10. *Transporte*

Como producto final, en el año 2008, la Comisión generó el documento **“Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”**.

Allí se establece que la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes

estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud - el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan - es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales. Las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario.

La comunidad internacional puede corregir esa situación, pero para ello debe actuar con carácter urgente y de forma sostenida a nivel internacional, nacional y local.

En este informe final, la Comisión hizo un llamamiento a la OMS y a todos los gobiernos para que tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria en el lapso de una generación.

Para ello, la Comisión estableció:

Tres principios de acción

- 1) **Mejorar las condiciones de vida**
- 2) **Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos**
- 3) **Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones**

Antecedentes

La Promoción de la Salud

En 1974, en Canadá, el documento conocido como Informe Lalonde definió las bases de el movimiento por la Promoción de la Salud. Estableció el modelo de "campo de la salud" compuesto por cuatro polos: la biología humana, que incluye la madurez y el envejecimiento, sistemas internos complejos y herencia genética, el sistema organizado de servicios, que contempla los componentes de recuperación, curativo y preventivo; el ambiente, que envuelve lo social, lo psicológico y lo físico; y, finalmente el estilo de vida, en el cual pueden ser considerados la participación en el empleo y los riesgos ocupacionales, los estándares de consumo y los riesgos de las actividades vinculadas al ocio. Propone como estrategias considerar la gravedad de los problemas de salud, la

prioridad de los tomadores de decisión, la disponibilidad de soluciones efectivas con resultados mensurables, los costos y las "iniciativas federales" centradas en la promoción de la salud, en la regulación, en la investigación, en la eficiencia de la atención de salud y el establecimiento de objetivos.

Sobre la base de estos principios y estrategias, se implantó en varias provincias de Canadá una red de centros comunitarios de salud y servicios sociales, efectivamente integrados a un sistema de medicina socializada, que representa una síntesis de los modelos de atención precedentes.

La Carta de Ottawa (Canadá 1986), documento oficial que institucionaliza el modelo canadiense, define los principales elementos discursivos del movimiento de Promoción de la Salud: a) integración de la salud como parte de políticas públicas "saludables"; b) participación comunitaria en la gestión del sistema de salud; c) reorientación de los sistemas de salud; d) énfasis en el cambio de los estilos de vida.

El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprensivo para los determinantes de salud - incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud. Desde entonces, mucho se ha avanzado en la refinación y profundización desde este marco conceptual básico. En particular, existe importante evidencia de que *otros factores diferentes de la medicina y la atención de la salud (cuya contribución es limitada)*, son crucialmente importantes para tener una población sana. Hasta la actualidad, el Ministerio de Salud de Canadá ha definido doce, pero advierte que esta lista puede evolucionar a medida que la investigación en salud de la población progresa. Forman parte de lo que se denomina "abordaje de salud de la población", que considera el rango completo de factores y condiciones individuales y colectivos –y sus interacciones –que han demostrado estar correlacionadas con el estado de salud. Comúnmente llamados "determinantes de salud", estos factores incluyen:

Determinantes de salud señalados por el Ministerio de Salud de Canadá.

1. *El ingreso y el estatus social*
2. *Las redes de apoyo sociales*
3. *La educación*
4. *El empleo/ las condiciones de trabajo*
5. *Los ambientes sociales*
6. *Los ambientes físicos*
7. *La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse*
8. *El desarrollo infantil saludable*
9. *La biología y la dotación genética*
10. *Los servicios de salud*
11. *El género*
12. *La cultura*

3) Renovación de la APS en las Américas

En 2003, OPS planteó la necesidad de renovar la APS. En 2007, se presentó el Documento de Posición “La renovación de la Atención Primaria en las Américas”

Se consideró que desde hace más de un cuarto de siglo la Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes claves de un Sistema de Salud efectivo.

Sin embargo, existían diversas razones para justificar la renovación de la APS; entre ellas se incluían: la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS; y el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para lograr los compromisos de la Declaración del Milenio, afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para cada persona.

Los aspectos centrales de la propuesta, se consideran a continuación.

- ◆ Se evidenció que, aún hoy, la APS representa una fuente de inspiración y esperanza no sólo para el personal de los servicios de salud sino para la comunidad en general.
- ◆ Debido a los nuevos desafíos, conocimientos y contextos es necesario renovar y revitalizar la APS en la Región.
- ◆ La renovación de la APS supone reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano.
- ◆ La renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud.
- ◆ Las experiencias exitosas en APS han demostrado que se requiere una reorientación de los sistemas de salud, por lo que es preciso un enfoque renovado de la APS, razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada.
- ◆ **El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central.**
- ◆ **Un sistema de salud basado en la APS:**
 - ◆ supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, guiado por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.
 - ◆ está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario

con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

- ◆ requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

- ◆ La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere un mayor énfasis en la promoción y la prevención.

- ◆ El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos.

- ◆ El paso siguiente para renovar la APS estriba en constituir una coalición internacional entre las partes interesadas. Las tareas de dicha coalición serán abogar porque la renovación de la APS sea una actividad prioritaria, desarrollar el concepto de los sistemas de salud basados en la APS, presentándolos como una opción políticamente factible y atractiva.