

Filosofía del bienestar y la atención primaria de la salud

Carlos Viesca T., Facultad de Medicina, UNAM.

Durante las últimas dos décadas se han planteado una serie de cambios de importancia capital en la atención de la salud, o, mejor dicho, para la salud, dado que la salud en sí misma se preserva, se promueve, se pierde, pero no se atiende.

En primer término, los conceptos de higiene y sanidad que se habían gestado a principios del presente siglo, condujeron a una crisis en la que se opusieron los criterios de curación y prevención. En efecto, si bien con anterioridad la medicina había tomado casi exclusivamente el quehacer de curar como el propio, la consideración de la existencia de gérmenes patógenos orientó hacia la posibilidad de encontrar remedios específicos para enfermedades asimismo específicas. Medio siglo después de que Koch expresara sus célebres postulados esto empezaría a ser verdad al culminar con el descubrimiento de la penicilina los intentos de utilizar con buena efectividad y un buen margen de seguridad varias sustancias con propiedades bacteriostáticas. Pero simultáneamente el modelo de la vacuna contra la viruela desarrollado empírica e intuitivamente por Jenner había sido desarrollado intencionalmente por Pasteur al llevarlo exitosamente al control de otras enfermedades, primero animales, y después, con la rabia, al de aquellas que afectan a la especie

humana. Sin embargo, esto no era prevención, sino protección, y aunque en el contexto actual podríamos forzar los términos para hacerlos sinónimos, el significado de ambas presenta diferencias históricas esenciales.

Entonces, el concepto de protección se refería directamente a la acción contra una amenaza de muerte inminente, como lo eran las grandes epidemias de viruela, de tifo, de cólera, y formaba parte del **continuum terapéutico** en la lucha contra la enfermedad. Poco a poco se fue transformando y se aplicó al hecho de tratar de evitar una posible enfermedad. A partir de esta modificación en la definición, se va considerando la amenaza como distante, aún remota y las acciones contra ella van perdiendo el sentido directo de ser terapéuticas para conformar el nuevo grupo de aquellas que son preventivas. Criterio fundamental en este contexto es el de la existencia de enfermedades ausentes a cuya aparición el médico debe adelantarse.

Por otra parte, la higiene y los criterios sanitaristas que, como señalaba anteriormente, cobraron especial importancia a fines del siglo XIX, fueron enfocados hacia la lucha por modificar el medio. Se insistió en muchos aspectos de carácter individual, como el baño, el cambio de ropa, el cuidado de las condiciones de la habitación... y

en otros que eran definitivamente colectivos, como el cuidado del aprovisionamiento de aguas potables, el manejo de excretas y desechos, la urbanización, la desecación de pantanos, etcétera. El fantasma de los gérmenes rondaba alrededor de todas estas medidas, y no es de extrañar que a falta de medicinas efectivas, el esfuerzo se volcara a lograr un cambio de condiciones que les impidiera invadir a los seres humanos así protegidos. El ejemplo de los estudios de Snow acerca de los mecanismos de infestación del cólera había sido ejemplar aún sin conocer al agente causal. Después, las campañas sanitarias como aquella organizada en nuestro país en los últimos años de siglo pasado y en la primera década del presente, fueron también ejemplares. Su método consistió en atacar al vector modificando el medio ambiente, olvidando por lo pronto al agente causal, del que solamente se intuía que era un virus.

Lo que hasta aquí de dicho pudiera resumirse mediante el concepto de lucha contra la enfermedad. Es evidente que el modelo médico imperante en los primeros tres cuartos del siglo actual se ha basado en la enfermedad y la lucha contra ella, en la medicalización de la vida y en la definición de la salud como ausencia de enfermedad.

Sin embargo, estos conceptos no cubren la integridad del problema. Bienestar no es solamente ausencia de enfermedad, e incluso pudiera hablarse de él, de manera relativa por supuesto, en su presencia. Considerado como el antónimo de malestar, el bienestar adquiere implicaciones mucho más amplias que esto, aún cuando nos limitáramos a la aplicación del término en el campo de la salud. Dentro del sufrimiento mismo que implica la enfermedad se encuentran indicadores de un estado positivo que mantiene mínimos siquiera de calidad de vida.

Con la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud, institución que en su nombre mismo expresa un cambio conceptual de base, las cosas se vinieron a esclarecer por una parte y a complicar más, por otra. La preocupación de la medicina se dividió en aquellas acciones que llevaban adelante la lucha heroica contra la enfermedad, y aquellas que se preocupaban por conservar la salud. Más tarde se agregaría el criterio cuantitativo de mejoramiento, de promoción, y con ello se haría patente una vez más la importantísima función social inherente a las acciones médicas; se haría también sentir su influencia política al establecerse como metas de acciones de salud la consecución del bienestar humano y se establecía la necesidad de definir políticas de salud cuyo carácter general involucraría nada menos que a toda la humanidad.

En su definición de salud, la OMS pretendía nada menos que el bienestar total de género humano, llevando esto de lo físico a lo psíquico y de lo económico a lo cultural. Ahora lo esencial no era ya la ausencia de enfermedad, sino la satisfacción de necesidades. El bienestar entonces adquiriría el nivel de positividad al ser confrontado con satisfactores y con la anulación de necesidades concretas. Los recursos se dividieron entre la curación y la prevención, aunque con la balanza fuertemente cargada hacia la primera, intentándose alcanzar la salud mediante una guerra total contra la enfermedad e implementándose para ello las condiciones de sofisticación tecnológica e intelectual propias de la medicina altamente especializada que tan bien conocemos, y cuyo campo de acción ciertamente de fundamental importancia, solo se extiende a un mínimo porcentaje del total que significan la existencia de enfermedades banales y de malestares de la más diversa índole.

Este intento, definitivamente no pudo otorgar salud a la humanidad, pero sí contribuyó a ello dentro del área de su incumbencia. Pero también dejó ver que el campo de la salud era mucho más amplio y se interconectaba con todos los campos de la actividad humana. Salud dejaba de ser una función médica en el sentido estrecho del término, para adquirir una dimensión englobante y totalizante al extender su posibilidad de acción a todo lo relacionado con el hombre. Medicina dejaba de ser la lucha contra la enfermedad, para convertirse en la lucha por el bienestar y adquirir dimensiones sociales antes inusitadas.

Como en buena parte de los casos, las consideraciones filosóficas desembocan en propuestas con contenido político, y en este, la aparición del concepto de bienestar como un concepto médico básico estuvo preñada de significados nuevos.

Para ser realistas, fue imposible el considerar de inmediato la posibilidad de satisfacer todas las necesidades del género humano, como la definición de salud lo pedía. Fue también imposible el resolver satisfactoriamente la avalancha de problemas médicos concretos y complejos que la investigación moderna ha puesto sobre la mesa. Fue necesario detectar necesidades y aprender que las había evidentes, pero que otras permanecían ocultas y no por ello eran menos importantes. Fue necesario empezar por alguna parte y, arbitrariamente a veces establecer prioridades. Ante la imposibilidad de alcanzar por decreto el bienestar absoluto, se definieron mínimos a través de los cuales la promoción de la salud pudiera colaborar en su consecución. En fin, se volcó el interés

hacia la definición de una salud primaria, que tiene que ver con problemas resueltos o en vía de resolverse y no con enfermedades mas o menos banales, como muy frecuentemente se cree.

Por el momento los indicadores son cuantitativos, pero ya no se limitan a estadísticas de morbilidad y mortalidad, sino incluyen distribución de recursos, criterios de reproducción de ellos, cálculos de costo-beneficio, de

accesibilidad de servicios, ya no solo médicos, sino de desarrollo integral. Y es así como el bienestar amplía sus fronteras, convirtiéndose en una vía y una meta al mismo tiempo, camino y fin de la utopía de la salud con que los tiempos en que vivimos buscan para la humanidad cambios cualitativos que permitan y garanticen el ejercicio de su dignidad.