
Desafíos de la Salud Pública Para el Nuevo Siglo

ANNETTE B. RAMÍREZ DE ARELLANO, DrPH*

La historia de la salud pública ha seguido diversas trayectorias, dependiendo de las teorías de causalidad que imperan y las intervenciones que éstas sugieren. Desde la teoría miasmática hasta la de del germen, seguidas por el énfasis sobre los estilos de vida y el interés actual en la interacción entre salud, bienestar socio-económico, y status social, las distintas etiologías implican diversas estrategias para mejorar la salud del

Cuando era estudiante en la Escuela de Salud Pública, tenía un professor que, cada vez que ocurría algo que consideraba desfavorable a la disciplina y a la práctica de la salud pública, decía, "Esto es lo peor que ha pasado desde la teoría del germen." La primera vez que lo oí decir esto, me quedé sorprendida y confusa. Cómo era posible que mi professor considerara la teoría del germen nociva a la salud? No era ésta teoría la que había abierto el camino a los grandes adelantos en la prevención de las enfermedades, identificando no sólo a los patógenos, sino también las formas de combatirlos? No marcaba ésta la primera etapa en el desarrollo de las vacunas y antibióticos que tantas vidas habían salvado? No resultaba responsable por las campañas contra la viruela y el sarampión alemán, y la profilaxis contra la rabia y el polio, para mencionar sólo algunos de los males que podíamos combatir? (1).

Con el tiempo y la confianza, le pregunté a mi profesor a qué se refería cuando usaba este hito histórico como uno que había perjudicado a nuestra forma de conceptualizar la salud. La teoría del germen, me explicó, dio paso al concepto de etiología específica. Éste a su vez originó la creencia, muchas veces equivocada, de que cada enfermedad tiene una causa particular. De ese momento en adelante, la práctica de la salud pública enfocó en la búsqueda de agentes específicos, y fue éste el concepto de etiología, investigación, e intervención que dominó la disciplina. Antes de que se pensara en términos de etiología

público. Actualmente, cuando la evidencia epidemiológica sugiere la implantación de intervenciones abarcadoras, las políticas de salud siguen enfocadas en poblaciones y condiciones específicas, y en medidas dirigidas a los servicios médico-hospitalarios.

Palabras clave: Historia de la salud pública, Ideologías de salud, Estrategias de intervención

específica, las enfermedades se consideraban causadas por miasmas: entes misteriosos que resultaban de la descomposición de materiales en el ambiente (2). La manera indicada de intervenir era entonces ambiental, dirigida a limpiarlo todo, a veces con métodos poco convencionales pero que eliminaban muchos de los riesgos colectivos a la salud. Este remedio tan general sería poco eficiente, pero ciertamente era efectivo.

Indudablemente, explicó mi professor, la idea de etiología específica tuvo una serie de consecuencias que se perciben hoy en día. En primer lugar, recalcó la potestad de los científicos, que crearon la disciplina de la microbiología y enfatizaron la importancia de la investigación básica. La etiología específica también afianzó el modelo biomédico en toda la conceptualización de la salud. Además, eclipsó la idea de multicausalidad, un concepto útil que permite el desarrollo de una variedad de estrategias, sean estas individuales o concurrentes. Por último, la etiología específica modificó el modelo epidemiológico, enfocándose predominantemente en el agente y descuidando los roles del huésped y del ambiente. Con este esclarecimiento, aprendí que lo que uno considera *etiología* está íntimamente atado a la *ideología*. Es decir, cómo vemos la salud y la enfermedad, y cómo intervenimos en estos procesos, depende en gran medida de nuestros valores y de nuestra visión del mundo.

Aunque han habido numerosos intentos para corregir el reduccionismo de la teoría del germen, la realidad es que ésta todavía mantiene su hegemonía sobre el pensamiento salubrista en muchos círculos (2). Así, seguimos en la búsqueda de agentes específicos, considerándolos no sólo necesarios, sino también suficientes, para combatir los problemas de salud.

* Directora del Programa de Becas Kellogg; National Medical Fellowships; Washington, DC.

Dirigir correspondencia a: Annette B. Ramírez de Arellano, DrPH, 3745 Winfield Lane, NW; Washington, DC 20007.

Una nueva perspectiva se difunde desde Canadá. Hace tres décadas, este concepto empezó a ser desplazado por un esquema alterno que logró imponerse en poco tiempo. El llamado “*health field concept*” debutó en un informe publicado por el gobierno de Canadá (3), titulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” pero mejor conocido como el Informe Lalonde, por llamarse así el ministro de salud bajo cuya administración se desarrolló y adoptó. El informe Lalonde postulaba que los determinantes de salud se podían agrupar en 4 categorías: biología, ambiente, estilos de vida, y servicios de salud.

Cada enfermedad o causa de mortalidad y morbilidad se podía analizar en términos de cuánto contribuía cada uno de estos cuatro factores a la condición. Por ejemplo, la mortalidad causada por accidentes automovilísticos se veía principalmente como el resultado de los riesgos asumidos por individuos. Otros factores, tales como el diseño de los autos y del sistema vial, y la disponibilidad de servicios de emergencia para atender a las víctimas, se consideraban menos importantes como soluciones al problema. El factor biológico no intervenía en absoluto en la condición. O sea, en orden de importancia, se calculaba que un 75% de los casos era atribuible a los estilos de vida, un 20% al ambiente, y un 5% a la organización de los servicios de salud. Así, los factores de cada causa de mortalidad se podían desmenuzar en términos de los cuatro componentes, sugiriendo cuáles eran las estrategias de prevención primaria o secundaria que podrían emplearse para evitar o controlar cada condición (3).

El esquema canadiense tenía una serie de características que lo hacían sumamente atractivo en el análisis de los problemas de salud y en el establecimiento de prioridades de acción. En primer lugar, equiparaba los factores de ambiente, estilos de vida, y biología al de servicios de salud, restándole atención a este último, considerado hasta entonces el principal instrumento de intervención. También era abarcador, ya que consideraba toda condición de salud. Permitía además aquilatar la importancia relativa de cada factor, y así identificar las entidades responsables por cada componente de las causas. De esta manera, con gran sencillez y elegancia, el esquema Lalonde tenía el potencial de contribuir a las tres actividades básicas de la salud pública: describir, explicar, e intervenir.

Todas estas bondades hicieron el concepto canadiense muy popular. Como Canadá contaba con un seguro nacional de salud que le daba igualdad de acceso a toda la población, las intervenciones en el área de los servicios de salud (foco de gran parte de la política de salud) pasó a un segundo plano. Se destacó sobre todo la importancia de la nutrición, el tabaquismo, y el ejercicio como áreas que tenían una importancia determinante sobre muchas

condiciones de salud. Además, se recalcó que muchas de las condiciones incapacitantes o letales estaban asociadas a conductas individuales sobre las cuales la persona podía ejercer control. Como consecuencia, la noción de estilos de vida como causa fundamental en mucha de la morbilidad y mortalidad prevalente en los países desarrollados cobró gran importancia, sobre todo en la promoción de la salud. Canadá calculó que más de la mitad de las condiciones que afectaban su población eran atribuibles a los estilos de vida, y el gobierno lanzó campañas para controlar aquellos riesgos a la salud que dependían en gran medida de cambios en los patrones de comer y fumar, en otras conductas adictivas, y en la vida sedentaria.

El esquema no tardó en difundirse a otros países. Muchos adoptaron la modalidad del esquema Lalonde para analizar sus datos y las causas de sus problemas de salud. Inglaterra siguió el camino trazado por su antigua colonia. En 1976 el Departamento de Salud y Seguridad Social publicó un informe titulado *Prevention and health: everybody's business*, (Prevención y salud: asunto de todos) subrayando así la responsabilidad del individuo, y de las decisiones cotidianas que éste toma para proteger su salud (4). El informe indicaba que “las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco, el alcoholismo y otras dependencias a drogas, la obesidad y sus consecuencias, y las enfermedades de transmisión sexual constituyen algunos de los problemas de salud evitables de nuestros tiempos, y en cada una de ellos el individuo toma sus decisiones por sí mismo” (4: 38).

Aún en Estados Unidos, donde no existía un acceso universal a los servicios de salud y era éste el problema apremiante ante la opinión pública, se despertó un gran interés en los estilos de vida. Cambios en éstos no sólo sugerían la clave para una mejor salud individual y colectiva, sino que también prometían alcanzar ahorros en las inversiones dedicadas a los servicios asistenciales. Además, muchos problemas sociales del momento se vinculaban a estos estilos de vida nocivos a la salud. De ahí que cualquier intento por modificar los patrones de conducta podía lograr alteraciones favorables en ámbitos más allá de la salud, por ejemplo: la criminalidad.

Aunque el informe canadiense explícitamente reconocía que los estilos de vida eran producto de factores ambientales y socio-económicos, y que muchos riesgos a la salud estaban atados a conductas adictivas en las cuales el individuo perdía la posibilidad de decidir por sí mismo, fue la idea de la conducta personal y de la responsabilidad individual la que predominó. Ésta “pegó” sobre todo en Estados Unidos, donde las adicciones, la obesidad, y la vida sedentaria habían llegado a niveles sin precedentes. Además, coincidió con la epidemia del SIDA, enfermedad en la cual la conducta sexual y el uso de jeringuillas

compartidas eran dos de los principales factores de infección y propagación. En adición, el concepto resultaba compatible con mucho del conservadurismo político que imperó entre el 1970 y 1990. El énfasis en los estilos de vida no implicaba grandes inversiones del erario público, parecía mantener el sistema de prestación de servicios de salud sin alterarse, y limitaba el rol del gobierno en la salud del público. De ahí que surgiera un libro ampliamente citado que declaraba que la nación norteamericana “estaba mejor pero sintiéndose peor” en cuanto a la salud. En éste, el Dr. John Knowles, presidente de la Fundación Rockefeller y director del reconocido centro médico Massachusetts General, declaraba categóricamente que “el control de los problemas de salud en los Estados Unidos depende directamente de modificaciones en la conducta individual y en los estilos de vida” (5: 61).

En Puerto Rico, los estilos de vida también fueron estudiados y señalados como riesgos a la salud (6). Hubo conferencias que giraron en torno al tema. Pero las discusiones de los salubristas no se tradujeron en medidas concretas. Y las recomendaciones del Secretario de Salud no trascendieron los informes oficiales ni se plasmaron en cambios legislativos ni de otra índole.

Amenazas al esquema. Pero si bien la nueva perspectiva tuvo muchos seguidores, con el tiempo y la experiencia el esquema canadiense fue perdiendo su arraigo. A mediados de la década de los '80, surgieron dos factores que debilitaron los atractivos del énfasis en los estilos de vida: primero, las medidas instituidas para promover la salud apelando a los cambios individuales no lograron lo esperado; y segundo, epidemiólogos y otros estudiosos de la salud pública empezaron a re-plantearse las causas fundamentales de los riesgos a la salud. Se acumuló bastante evidencia de que los estilos de vida eran el *efecto*, no la *causa*, de otros factores, y lo que había que hacer era identificar y modificar estos otros factores en aras de una mejor salud.

Los estilos de vida resultaron ser mucho más tenaces de lo que se anticipábamos hace 25 años. Proliferaron las campañas educativas, y gran parte del la ciudadanía aprendió el vocabulario del colesterol, los triglicéridos, el estrés, y los ejercicios aeróbicos. Pero esto no produjo cambios conductuales. Las exhortaciones del Cirujano General, el ejemplo de Primeros Ejecutivos trotando, el uso de figuras populares de la farándula y de los deportes para promover hábitos saludables, y las metas trazadas para lograr una población mejor nutrida, con menos fumadores y personas obesas, y un mayor número de personas practicando el ejercicio, no produjeron resultados a la par con el esfuerzo invertido. Los logros en estas áreas han sido limitados. Como consecuencia, los Estados Unidos, y me sospecho que Puerto Rico también,

están en medio de una epidemia de diabetes debido al sobrepeso, a una prevalencia de obesidad de 24% entre niños de 2 a 17 años de edad, y a la vida sedentaria, manifestada cada día más en el aumento en las horas que pasa el ciudadano promedio frente a la pantalla de televisión o la computadora.

Sólo en dos renglones se han registrado logros en los patrones de morbilidad y mortalidad debido a cambios en los estilos de vida, y en ambos casos los cambios fueron consecuencia de cambios ambientales o legislativos y no de decisiones individuales. En donde se han reducido los accidentes automovilísticos, éste se ha debido a dos medidas fundamentales: las leyes que hacen obligatorio el uso del cinturón de seguridad, y una reducción en la velocidad máxima permitida. De menor importancia han sido cambios en el diseño de los vehículos y una mayor vigilancia sobre el uso del alcohol entre conductores (7). Pero en todos los casos, los cambios pueden atribuírsele a la implantación de medidas globales a nivel de la sociedad y no del individuo.

Similarmente, los logros en el control del tabaquismo han sido parciales, y no han afectado a todos los grupos por igual. Pero, análogamente a lo ocurrido en el caso de los accidentes, la reducción en la prevalencia del fumar no ha sido resultado de los cambios de conducta que surgen como resultado de decisiones individuales. Tampoco pueden atribuírsele a las exhortaciones del Cirujano General ni a las campañas de grupos como la Asociación del Pulmón o compañías como *Smokers*. Las tasas de fumar han disminuído debido a los aumentos en el precio de los cigarrillos que resultaron de la imposición de mayores impuestos sobre este producto, al establecimiento de zonas libres de fumar en edificios y lugares de empleo, al aislamiento y hasta rechazo al cual son sometidos los fumadores en restaurantes y demás lugares públicos, al control y la prohibición de los anuncios publicitarios, y a los casos legales que han fallado en contra de las compañías tabacaleras. Es dentro de este ambiente de vigilancia y control que los fumadores han sido incentivados a dejar el hábito y los no-fumadores a no empezar a fumar (7). Aún así, las compañías tabacaleras parecen anticipar y contrarrestar muchos de las medidas restrictivas, identificando nuevas oportunidades y creando nuevos mercados para sus productos, o simplemente trasladando su comercio a áreas menos restrictivas.

Irónicamente, el creciente énfasis en las campañas educativas para modificar los estilos de vida tuvo el efecto perverso de acentuar los diferenciales de salud entre una clase social a otra. Por una serie de razones, incluyendo un mayor acceso a información y a los medios para adoptar modificaciones en las conductas de salud, fueron los de mayor ingresos, niveles educativos, y status ocupacional

los más propensos a cambiar sus estilos de vida, creando así mayores disparidades entre clases (8).

La búsqueda de nuevos factores etiológicos. Reconociendo que muchas de las ideas sobre los estilos de vida que habían parecido tan acertadas en la década anterior no habían dado el fruto esperado, a mediados de la década de los 80 hubo un replanteamiento del tema de los determinantes de la salud. Y en ésto, estuvo nuevamente Canadá en la vanguardia, lo cual no es una mera coincidencia. En 1986 se celebró una conferencia en Ottawa que resultó en un nuevo pronunciamiento sobre la promoción de la salud (9). Una vez más, los aires árticos del norte parecían alterar los lineamientos ideológicos de la salud pública. La Carta de Ottawa redefinió y amplió el ámbito de la promoción de salud, incluyendo como estrategias una serie de medidas que trascendían los lindes tradicionales de la educación individual y colectiva. La Carta esbozaba como requisitos a la salud una gama de valores y metas globales, como la paz, la justicia social, la estabilidad ambiental, y la equidad en la distribución de los recursos, sin los cuales no podría garantizarse la salud. Partiendo de esta base, la promoción de la salud se veía como una responsabilidad que iba más allá del sector de los servicios de salud para abarcar la vivienda y los asentamientos urbanos, las condiciones ocupacionales, y la conservación ecológica, entre otros. También definía los instrumentos de promoción de la salud para incluir la legislación, las medidas fiscales e impositivas, y el cambio organizacional. Así, la carta de Ottawa se alejó de la "nueva perspectiva" del Informe Lalonde, enfocando en vez en cambios abarcadores en el contexto y en el entorno en el cual se toman las políticas de salud.

Casi simultáneamente con esta declaración, un grupo interdisciplinario de estudiosos ingleses y canadienses comenzó a plantearse el porqué unos son más saludables que otros, y a ampliar el análisis de los determinantes de la salud. Las investigaciones longitudinales provenientes de Inglaterra planteaban interrogantes que ameritaban una reconceptualización de las causas de la salud (8:x-xi). Por muchos años, Inglaterra había estado a la vanguardia de la epidemiología social, recogiendo datos que permiten atar la mortalidad y morbilidad de la población a factores sociales como ingreso y ocupación, lo cual arroja luz sobre los determinantes de la enfermedad. Desglosando la población en 5 clases sociales, las estadísticas de salud permiten identificar las diferencias entre una clase y otra, sugiriendo así los factores que pueden estar interviniendo en el estado de salud de la población (4). Estos datos se han estado recogiendo desde 1911, por lo cual proveen una serie que no está sujeta a eventos episódicos o temporeros. Los datos nos dicen consistentemente que las personas que pertenecen a la Clase I, denominada como

la Clase Profesional, tienen una mortalidad 24% menor que las que pertenecen a la Clase V, la de Trabajadores No Diestros. Y las diferencias son escalonadas, cada escalafón social mostrando una mortalidad peor que el nivel superior. O sea, como han apuntado los investigadores, la muerte es democrática, pero su posición obedece a rangos y categorías (10). Estas diferencias no son atribuibles a diferencias en ingresos, ya que muestran que los miembros del clero, por ejemplo, tienen una menor mortalidad que los médicos y los abogados. Tampoco pueden acharcársele a diferencias en el acceso a los servicios de salud, ya que la inmensa mayoría son usuarios del Servicio Nacional de Salud.

Estos datos claramente establecen que el nivel social está vinculado con la salud, algo que no es sorprendente. Pero no nos dicen nada acerca de qué exactamente hay en el status social que protege a unos y hace a otros más vulnerables al riesgo de morir. Para contestar esta pregunta, los epidemiólogos ingleses han estado estudiando los empleados del servicio civil, sobre los cuales es fácil obtener una amplia gama de datos sociales y de salud (11). Los estudios longitudinales llevados a cabo por Michael Marmot y sus colegas han analizado las condiciones de la población masculina entre las edades de 40 y 64, encontrando que la mortalidad entre los que ocupaban los rangos inferiores era aproximadamente 3.5 veces mayor que la registrada entre los que ocupaban los escalafones superiores (12). Nuevamente, como los datos anteriores, había una relación inversa escalonada entre rango ocupacional y mortalidad, de manera que, a mayor el rango, menor la mortalidad. Esto no sólo se reflejaba en las tasas de mortalidad general, sino que también se manifestaba en unas 10 causas específicas, tan variadas como el cáncer, las enfermedades del corazón, la bronquitis y demás condiciones respiratorias, los accidentes y el suicidio.

Esto de por sí no es novedoso. Lo que sí fue inesperado es que estos diferenciales no eran atribuibles a factores como acceso a los servicios de salud, ni a pobreza y privación, puesto que se trataba de funcionarios públicos que no sufrían privaciones en términos de necesidades básicas. Y las diferencias tampoco se podían explicar por diferencias en los estilos de vida, pues persistían aún cuando se controlaba el efecto de éstos. Tampoco podían explicarse por el ambiente ocupacional o 'gajes del oficio', ya que la inmensa mayoría trabaja en oficinas. Luego de contemplar y examinar todas las variables que podían explicar este fenómeno, Marmot y sus asociados concluyeron que es la jerarquía ocupacional de por sí la que explica las diferencias en mortalidad masculina, y que aquellos con mayor poder o mayor control sobre su trabajo tienen mejor salud y mayores oportunidades de sobrevivir

(13). Y el hecho de que esta relación haya persistido por décadas, aún cuando los patrones de mortalidad por causa y los servicios de salud han cambiado, sugiere que el factor que está en juego se manifiesta en una diversidad de condiciones y opera independientemente de los servicios medico-asistenciales.

Luego de examinar lo que se sabía hasta la fecha en cuanto a los determinantes de la salud, el grupo en Canadá, que incluía al epidemiólogo Marmot así como a peritos en las áreas de la genética, la medicina, y las ciencias sociales, concluyó que hay “factores en el ambiente social, más allá de los servicios de salud, que ejercen una fuerte pero potencialmente modificable influencia sobre la salud de las poblaciones” (13: 23). Y éstas se manifiestan a través de cambios en los sistemas inmunológicos y neurológicos “mediante trayectorias biológicas que apenas hemos empezado a entender” (13: 23).

En los Estados Unidos, el interés en los determinantes de salud ha enfocado en las diferencias raciales y étnicas más que en las de clase o estado socio-económico. Los datos sobre el estado de salud de las llamadas ‘minorías’ reflejan que estas poblaciones tienden a exhibir tasas de morbilidad y mortalidad tercermundistas. El dato más citado y que logró insertar esta situación en la agenda política nacional es el hecho de que un hombre afroamericano en Harlem tiene una menor probabilidad de sobrevivir hasta los 65 años de edad de la que tiene su contraparte en Bangladesh (14). Muchos datos menos dramáticos pero igual de penosos reflejan desigualdades persistentes en el estado de salud de la población negra y en menor grado, de otras minorías.

Independientemente del indicador utilizado, la población negra tiene una mayor morbilidad, menor acceso a seguros de salud, y muestra una mayor desconfianza hacia los servicios médicos. Y las desigualdades comienzan en el útero y desembocan en una esperanza de vida al nacer 6 años menor que la de la población blanca (15). Actualmente hay más de 800 estudios que documentan que, en igualdad de condiciones, la población minoritaria tiende a recibir menos servicios preventivos, menores tratamientos, menos consejos, intervenciones más tardías, y peor seguimiento que el resto de la población, lo cual sugiere que el sector salud ha sido parte del problema y no la solución (16).

La combinación de datos contundentes y las presiones políticas de parte de una población en aumento le han dado realce político a estas inequidades, culminando con la adopción de asignaciones presupuestarias y otras medidas para encarar el problema. Así, en el año 2000 el Departamento de Salud federal se comprometió a eliminar estas diferencias en las próximas 2 décadas, meta que vale la pena mantener aún cuando las probabilidades de éxito sean remotas por tratarse de desigualdades arraigadas y

manifestadas en muchas áreas que impactan sobre la salud pero que no están bajo en control del Departamento.

Y ahora....qué? Resumiendo a grandes rasgos, y enfocando sobre los determinantes de la salud colectiva, los estudios epidemiológicos concluyen que: en general, es mejor ser rico que pobre, que es mejor ser cacique que indio y que es mejor ser miembro de la mayoría que de una minoría.

Pero, para los que se están preguntando si ¿Se necesitan investigaciones costosas para documentar esto?. También hay que apuntar que la realidad es más complicada y matizada que lo que sugieren estas aseveraciones, y que también tenemos datos que nos dicen que la relación entre bienestar económico y salud no es automática y un país puede mostrar mejoras en su producto bruto nacional y otros indicadores de prosperidad económica sin tener éste un efecto favorable sobre la salud. No es el nivel de ingresos de por sí lo que está asociado con la salud, sino lo que éste representa en términos de procurarse bienes y servicios que acojinen los riesgos (17). Además, hay una creciente literatura que sugiere que las sociedades más egalitarias en términos económicos, donde la riqueza está mejor distribuida, tienen mejores indicadores de salud, aún cuando el nivel de bienestar general sea bajo (17). En otras palabras, no es el ingreso promedio, sino como éste está concentrado o disperso entre una colectividad, el que determina las condiciones de salud de una población (17).

Tampoco es inmutable y determinista la relación entre salud y jerarquía ocupacional. Los efectos del estrés relacionados al trabajo son susceptibles a cambios. Factores tales como el apoyo social, las oportunidades de desligarse del ambiente causante, y modalidades de trabajo que le dan mayor participación decisional a los empleados pueden amortiguar los efectos de la jerarquía sobre la salud (18).

La relación entre salud y raza es más problemática, y va a requerir estrategias particulares a cada cultura específica (incluyendo, y casi podríamos decir, sobre todo, la cultura mayoritaria) y a los problemas de salud de cada grupo (19). Las diferencias son menos susceptibles a intervención, ya que requieren esfuerzos abarcadores a todos niveles: desde el individual hasta el de política nacional. Y esto es así debido a que, en sociedades racistas, las diferencias en pigmentación, apariencia, acento e idioma, y cultura categorizan a la población en castas inferiores, y éstas tienden a mantenerse como parte integral de los sistemas educativos, ocupacionales, y hasta jurídicos prevalecientes. Esto limita el control que ejercen las minorías sobre su ambiente, reduciendo así su auto-eficacia *vis-à-vis* la salud y la enfermedad (20).

La expansión de los lindes de salud puede considerarse

un replanteamiento y refinamiento sustentado con mayor evidencia, de la ideología que imperaba en la era anterior a la teoría del germen. Pero si bien es cierto que los estudiosos nos han dado nuevas las herramientas para describir y explicar, no es menos cierto que nos hemos quedado algo trunco en cuanto a intervenir. La salud pública de hoy día nos provee cada vez más con información que va desde el nivel microbiológico y genético hasta el global e internacional, y el cambio de la etiología biomédica a la sico-social subraya la necesidad de esclarecer las relaciones y desenredar la madeja entre lo micro y lo macro (21). Es ese el mayor reto que confrontamos en el área de los conocimientos y de la investigación.

Cuando se trata de intervenir, esto es, cuando llega el momento de actuar, los retos son más complicados. Mientras las disciplinas de la salud pública apuntan hacia la necesidad de intervenciones dirigidas hacia crear ambientes en los cuales la población pueda convivir, trabajar, recrearse, y compartir en formas más propensas a la salud, el foco de los esfuerzos continúa centrado sobre los servicios de salud. Esto responde no sólo a las demandas de la población, sino también al hecho de que las responsabilidades programáticas que impactan sobre la salud están fragmentadas en una multiplicidad de agencias, cada una de las cuales tiene su propio presupuesto y su propia agenda. Y los fondos son asignados para acciones concretas y específicas, preferiblemente con resultados visibles en el corto plazo. Y éste, como bien sabemos, suele definirse como 'antes de las próximas elecciones'.

Así, hay una creciente brecha entre lo que nos dicen los datos y lo que estamos practicando. La evidencia de que las causas de las causas de la morbilidad y mortalidad son socio-sociales y no médicas no ha significado que los recursos se hayan desplazado de un renglón a otro. Por el contrario, hay varias tendencias que apuntan hacia una mayor prioridad al sector médico-asistencial, puesto que el espiral ascendente de los costos de los servicios no parecen detenerse. Aún más, son los servicios clínicos para individuos y no los preventivos para poblaciones los que acaparan y seguirán acaparando una mayor tajada del gasto dedicado a la salud. El aumento vertiginoso en el gasto dedicado a los medicamentos, un alza de 17% en el último año, se debe a los avances en la tecnología farmacológica y al mercadeo agresivo de la industria farmacéutica, ambos de los cuales seguirán en aumento en el futuro. En adición, la prioridad dada a la protección contra el bioterrorismo, inicialmente acogida con beneplácito por los salubristas porque veían en ésta la posibilidad de fortalecer la infraestructura de la salud pública (e.g., la vigilancia epidemiológica, los sistemas de información y

comunicación, y las respuestas de urgencia) comienza a dar señas de perpetuar el desequilibrio a favor de la medicina clínica a expensas de otras necesidades. Y el hecho de que una mayor proporción de los dólares dedicados al sector salud en los Estados Unidos se estén canalizando a través del Departamento de Estado y de las Fuerzas Armadas es preocupante.

Para la salud pública, el momento actual representa una encrucijada. Por un lado, la evidencia disponible nos provee las herramientas para argumentar a favor de soluciones abarcadoras, que van a la raíz de los valores que nos definen como sociedad. Por el otro, las decisiones se están tomando de manera incremental y oportunista, dándole escasa atención a lo que significan para la salud pública. Espero que esta ponencia, y el diálogo que ésta estimule, contribuya a re-establecer y a afirmar nuestro compromiso colectivo hacia una sociedad más equitativa y propicia a la salud.

Summary

The history of public health has followed different trends, depending on the prevailing theories of disease causality and the interventions that these suggest. From the concern with miasmas to the germ theory, to the stress on lifestyles and the current interest on the linkages between health, economic welfare, and social status, the proposed policies are contingent on how health and disease are conceptualized and explained. Ironically, now that there is increasing evidence on the socio-economic determinants of health, interventions continue to focus on specific target groups or disease categories, we well and on the medical sector.

Agradecimiento

La autora agradece la ayuda de Betsy Brigantti y Sandra Echeverría en la identificación de referencias sobre los temas tratado, y el asesoramiento editorial del Dr. Servando Ortoll.

Referencias

1. Turshen Meredith. *The politics of public health*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1989:20-23.
2. Diez-Roux Ana V. On Genes, individuals, society, and epidemiology. *Am J Epidemiol* 1998;148:1027-1032.
3. Lalonde Marc. *A New perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, April 1974.
4. Department of Health and Social Security. *Prevention and health: everybody's business —A reassessment of public and personal health*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1976.

5. Knowles John H. The responsibility of the individual, en Knowles, John H, ed. *Doing better and feeling worse: Health in the United States*. New York: W.W. Norton and Co., 1977.
 6. Puerto Rico Department of Health. *Preliminary State Health Plan: 1980-1985*. Office of Planning, Evaluation, and Development, 1980:1-7,8.
 7. Trafford Abigail. *Second Opinion: It takes a village to cut the pork*. The Washington Post, March 2002.
 8. Evans RG y Stoddart G L. Producing health, consuming health care, en Evans Robert G, Barer Morris L, y Marmor Theodore R, eds. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine De Gruyter. 1994:50.
 9. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: Salud y Bienestar Social, 1986.
 10. Preface, In: Evans, Barer, y Marmor, eds. (nota 8): x-xi.
 11. Marmot, MG, Davey Smith G, Stansfeld S A, et al. Health inequalities among british civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-93.
 12. Hertzman C, Frank J y Evans RG. Heterogeneities in health status and the determinants of population health, In: Evans, Barer, y Marmor, eds. (nota 8):69.
 13. Evans RG. Introduction, In: Evans, Barer, y Marmor, eds. (nota 8):12-15
 14. McCord C y Freeman, HP. Excess mortality in Harlem. *N Engl J Med*. 1990;322:173-177.
 15. Scott Collins Karen, Tenney Katie, y Hughes Dora L. Quality of health care for african americans. *The Commonwealth Fund, Publication #524*. March 2002.
 16. Geiger H Jack. Bias-related racial and ethnic disparities in diagnosis and treatment.(Lecture). 2001.
 17. Wilkinson Richard G. Putting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare, In: Marmot Michael y Wilkinson Richard G, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999:257-258.
 18. Marmot M, et al, Health and the psychological environment at work, In: Marmot y Wilkinson, eds. (note 17):126.
 19. Shaw Mary, Dorling Danny, y Davey Smith George. Poverty, social exclusion, and minorities, In: Marmot y Wilkinson, eds. (note 17):226-227.
 20. Ramírez de Arellano Annette B. Al extremo norte del puente aéreo: las puertorriqueñas en los Estados Unidos. *P R Health Sci J* 1998;17:43-48.
 21. Diez-Roux Ana V. Bringing context back into epidemiology: Variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998;88:216-222.
-