

Claves para una Política de Salud Pública: un Nuevo Enfoque Sociosanitario que Supere el Pauperismo Decimonónico Español

Keys for a Public Health Policy: a New Social and Medical Approach to Overcome Spanish's Nineteenth Century's Poverty

Teresa Sánchez-Sagrado¹

¹Residente de Cuarto Año de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Ramón y Cajal, Madrid (España).

Resumen / Abstract

Resumen

El informe de la Fundación Foessa "**Exclusión y desarrollo social en España. Perspectivas 2012**", presentado por Cáritas en febrero de 2012, pone de manifiesto que en el siglo XXI, en España, "la pobreza es más extensa, más intensa, más crónica y crea una sociedad dual y polarizada, en la que la distancia entre ricos y pobres es cada vez mayor". La interrelación entre pobreza y salud es una cuestión obvia, es más se puede decir que está de moda a pesar de las dificultades que encuentra el desarrollo de los aspectos socio-sanitarios en las políticas reales. El estado del bienestar se tambalea hoy y situaciones denunciadas por Concepción Arenal en el siglo XIX vuelven a resurgir en nuestra sociedad. Los profesionales dedicados a la Salud Pública no han cesado de repetir la necesidad de estrategias distintas para mejorar la salud de los individuos desde un enfoque distinto al curativo: Concepción Arenal, Lalonde, Back, Marmot, etc. Sin embargo, a pesar de más de un siglo de experimentos salubristas, no hemos avanzado lo suficiente para poder afirmar que en las políticas reales los planteamientos

(buenos pero descolocados hoy) del pauperismo decimonónico del siglo XIX hayan sido superados.

Abstract

Fundation Foessa's document **"Exclusión y desarrollo social en España. Perspectivas 2012"** -Exclusión and social development in Spain. 2012 Projections – presented by Cáritas in February 2012 outlined that in the 21st century in Spain, "poverty is wider, deeper, persistent and produces a dual polarized society in where the gap between the richest and the poorest gets wider". Relationships between poverty and health is a obvious enquiry, what is more, it may be said that it is fashionable in spite of the difficulties faced by the development of both social and medical aspects in current policies. Welfare state is shaking today and facts reported by Concepción Arenal in the XIXth century keep arising nowadays in our society. Public health supporters have not stopped reiterating the need of different approaches in order to improve individuals' health from a different point of view than the curative: Concepción Arenal, Lalonde, Buck, Marmot, etc. However, in spite of more than one hundred years of public health try-outs, we have not advanced enough to state that, approaches in current policies (good but shifted today) have conquered XIXth's pauperism.

Introducción

En el momento actual en España preocupa, cada vez más, el aumento de la pobreza. El 22 de febrero de este año 2012, se presentó en Cáritas el último informe realizado por la Fundación Foessa con el título *"Exclusión y desarrollo social en España. Perspectivas 2012"* (1). Supuso un toque de atención y contribuyó a elevar inquietud. Los titulares de prensa dedicados a la presentación mencionada apuntaban a cómo el análisis de los datos mostrados desde una perspectiva social dejaban constancia de que en nuestro país, en el siglo XXI, *"la pobreza es más extensa, más intensa, más crónica y crea una sociedad dual y polarizada, en la que la distancia entre ricos y pobres es cada vez mayor"* (2). Ese fue también el diagnóstico del secretario general de Cáritas española, Sebastián Mora, en una entrevista concedida a radio nacional en el mes de octubre de este mismo año (3).

La prensa se hace eco de que, además, los analistas

coinciden en que se ha producido *"un retroceso evidente del estado del bienestar, un riesgo constante para la cohesión social y un crecimiento permanente de las desigualdades"* (2). La interrelación entre pobreza y salud es una cuestión obvia, es más se puede decir que está de moda a pesar de las dificultades que encuentra el desarrollo de los aspectos socio-sanitarios en las políticas reales.

En el siglo XIX Concepción Arenal ya hablaba de la pobreza y su relación con la salud, o mejor dicho, con la falta de salud (4). La crisis nos devuelve hoy a una situación muy parecida a la que existía en España hace menos de dos siglos. La publicación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones refuerza esta sensación. En uno de sus puntos (el artículo 1 que modifica al artículo 3.2 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) nos devuelve a la intran-

quilidad de saber que si nos quedamos sin trabajo – por razones de salud u otras- no tendremos derecho a la asistencia sanitaria pública porque nuestro derecho está ligado a nuestra afiliación al sistema de la Seguridad Social y no a nuestra condición de ciudadanos (5).

Los aspectos socio-sanitarios se abordan, como un aspecto fundamental y vertebrador, desde la Salud Pública. Una disciplina que ha intentado demostrar, con más o menos éxito, su eficacia en aquellos países cuyas políticas la han favorecido. Concretamente en Reino Unido como consecuencia del "Black Report" en los años 80, y los sucesivos documentos relacionados con el tema, "The Acheson report" en 1997 y más recientemente con el documento de Michel Dermot, "Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review", del que hablaré más adelante(6,7,8,9).

La financiación de la Salud Pública es uno de los puntos débiles en España. Tan sólo le corresponde el 2% del presupuesto sanitario, mientras que las actividades clínicas se llevan casi la totalidad del gasto en sanidad (10). Seguimos invirtiendo mucho dinero –más del que nos podemos permitir– en curar y muy poco en prevenir. Eso a pesar de que conocemos la eficiencia de determinadas políticas de salud pública en áreas no relacionadas de manera directa con el sistema sanitario (11,12). Además, en España las habilidades de los profesionales de salud pública no eran las adecuadas para introducir cambios en las políticas de salud favorables a estrategias distintas de la mera provisión de servicios sanitarios curativos a personas enfermas. En el año 2006, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) decidieron elaborar un documento conjunto sobre competencias de los profesionales de la Salud Pública para mejorar su credibilidad en el conjunto de la sociedad (13).

Políticas de Salud Pública en el Siglo XIX: Concepción Arenal

Una figura importante de la Salud Pública en el siglo XIX fue Concepción Arenal. En su libro *El pauperismo* plantea un enfoque que corresponde a la situación española de aquel momento histórico. Los datos que aporta en este libro del XIX, *El pauperismo*, se parecen mucho a los del último informe de Cáritas, recogidos en el siglo XXI (1,4).

Concepción Arenal construyó su visión de la Salud Pública desde una serie de percepciones que concluían la interrelación entre la falta de salud y el pauperismo. En la introducción del libro mencionado, el problema de la miseria se enmarca en la cuestión social. En el siglo XIX era un 'problema social', por lo que se esperaba una solución, no inmediata, pero sí ligada al desarrollo de las ciencias sociales. Ya no se podía acallar más el grito de los pobres mediante la fuerza, sino que el problema había de resolverse por medio de la aplicación de la razón científica. Hoy, en pleno siglo XXI, la pobreza se puede seguir enmarcando dentro de la cuestión social ¿qué elementos hemos de aplicar en la actualidad para resolver ese grito que ha vuelto a resurgir? Arenal era hija del optimismo científico propio de la Modernidad. También pertenecía a la modernidad su visión del reparto de la riqueza por medio del trabajo. La pobreza, como carencia del mismo, era la correspondencia lógica según exponía en el capítulo primero de su libro.



Hoy la pobreza se puede seguir enmarcando en la cuestión social ¿qué elementos hemos de aplicar en la actualidad para resolver ese grito que ha vuelto a resurgir?



Esa visión es la base de la tesis que desarrolla en el capítulo segundo de su libro. En él habla de la falta de salud como una de las causas de la miseria, debido a que la condición de enfermedad es la que impide el trabajo. El eje central de su tesis es ese: la falta de salud conlleva la miseria. La miseria, además, trasciende el plano meramente físico para convertirse también en causa de degradación espiritual de la persona. Es como un círculo cerrado: falta de salud, miseria, degradación espiritual de la persona, vicios e ignorancia, falta de salud.

Las soluciones que propuso Arenal han sido algunos de los logros del estado del bienestar en las sociedades desarrolladas. Hasta

hace poco era difícil, en nuestros ambientes, encontrar un hogar reducido a la miseria por la enfermedad del 'cabeza de familia', tal y como lo describe la autora en el libro. Pero hoy se ha disparado el paro y cada vez es más frecuente encontrar hogares en condiciones miserables

por la falta de trabajo de todos los miembros que componen la unidad familiar. Siempre hubo lagunas en aspectos determinados que se pueden asemejar a varios de los detalles característicos del siglo XIX descritos por la autora, sin embargo el progreso –en lo que se refiere al tema enfermedad y miseria– era palpable en todas las sociedades en las que se ha implantado el estado del bienestar (un progreso que se hace más manifiesto aún cuando empieza a temerse por su continuidad debido a la sensación de que el estado del bienestar empieza a tambalearse).

Políticas de Salud Pública en el Siglo XX: Lalonde

El informe del ministro de salud canadiense Marc A. Lalonde del año 1974 "*A New Perspective on the Health of Canadians*" (14), propone un nuevo marco conceptual de análisis de los problemas y determinantes de salud. Su enfoque es distinto al de Concepción Arenal pero el objetivo es el mismo. Con este informe nos trasladamos ahora desde el siglo XIX a las décadas finales del siglo XX. Un siglo en el que los avances tecnológicos en la ciencia y en la medicina consiguieron reducir la mortalidad temprana y alargar la duración

de la vida pero no tanto su calidad. En su informe, Lalonde propone un modelo en el que los elementos generales de la salud –biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de salud– tienen, cada uno de ellos, su peso específico en el paso

Las recomendaciones Lalonde se orientan a la mejora de los factores ambientales, que, a su vez, influirán en la biología, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención sanitaria. Miseria y pauperismo ya no son consecuencia de la falta de salud que impide trabajar, sino que los factores ambientales y el estilo de vida del individuo son los que inciden en el proceso de transición de la salud a la enfermedad

de la salud a la enfermedad. A pesar de los avances científicos y tecnológicos, el informe refleja que no ha disminuido la importancia de los factores ambientales en el desarrollo de la enfermedad. Pero Lalonde plasma el análisis del paso de la salud a la enfermedad desde una perspectiva diferente. Por esta razón las recomendaciones del ministro de salud canadiense se orientan a la mejora de los factores ambientales. Esa mejora influirá, a su vez, en la biología, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención sanitaria. Miseria y pauperismo ya no son consecuencia de la

falta de salud que impide trabajar, sino que los factores ambientales y el estilo de vida del individuo son los que inciden en el proceso de transición de la salud a la enfermedad (14).

Carol Buck criticó la política del ministro diez años después del informe Lalonde. En un artículo, publicado en el *Boletín Epidemiológico* (15), la autora hace un análisis de los factores ambientales ligados a las causas de la enfermedad en el siglo XX. También concluye la influencia decisiva del medio ambiente aunque, en la línea de Concepción Arenal, las razones que justifican su influjo sean diferentes. Buck acusa a Lalonde de contradictorio. Por una parte hace buenas recomendaciones para mejorar el medio ambiente por el primordial peso específico que el medio ambiente tiene en la causalidad de la enfermedad, pero después es demasiado blando a la hora de realizar reformas políticas.

Ya se ha dicho que en las sociedades desarrolladas la pérdida de la salud no tiene por qué llevar a la miseria y al pauperismo. Además en la situación del siglo XX la pérdida de salud, en muchas ocasiones, está causada por determinantes ligados a los nuevos peligros de las mal llamadas 'mejoras de las condiciones ambientales'. En una época en la que se ha conseguido que los avances tecnológicos alarguen la vida en cantidad (de años) pero no en calidad (percibida en o de salud), la causa principal de la pérdida de salud son, a nivel laboral y a nivel individual, esas mismas condiciones ambientales desfavorables. Muchas de las 'mejoras en las condiciones de vida' son trampas a corto, medio o largo plazo para la salud: condiciones de trabajo menos insalubres, pero en puestos de trabajo que alienan mental y físicamente a los individuos y que derivan en insatisfacciones disfrazadas de depresiones; alimentación industrial que soluciona problemas de tiempo pero que genera problemas de contaminación alimentaria, obesidad, etc.; comodidades que facilitan la vida –cale-

facciones, automóviles, etc.– pero que provocan contaminación ambiental... Son la consecuencia de una transformación errónea de condiciones ambientales que desde la situación del siglo XIX podían ser vistas como mejoras, pero que son 'mejorables' cuando volvemos la vista atrás desde el siglo XXI.

Políticas de Salud Pública en el Siglo XXI: Marmot

"People with higher socioeconomic position in society have a greater array of life chances and more opportunities to lead a flourishing life. They also have better health". Esta es la introducción que escribe el profesor Sir Michael Marmot en su último informe publicado en 2012 en Reino Unido *"Una sociedad justa es una sociedad saludable"* (9). El documento habla de políticas concretas para reducir las desigualdades y con ello aumentar la salud de los ciudadanos: maximizar las capacidades de los niños y jóvenes para que sean capaces de tomar decisiones, un empleo justo y para todos, un estándar mínimo de vida saludable, desarrollo de lugares de vida y comunidades saludables y fortalecer el papel de la prevención de la enfermedad. Marmot es también un hombre de su tiempo y su informe se basa en una trayectoria profesional desarrollada a finales del siglo XX y principios del XXI.

En este siglo, el XXI, han surgido nuevos problemas que han dado un giro y un nuevo rostro a la miseria y a la enfermedad. En nuestras sociedades desarrolladas de hoy, no podemos decir que la falta de salud y la miseria material estén ligadas de la misma forma que en el siglo XIX, o incluso en el XX. Otras pobrezas, relacionadas más con lo que Concepción Arenal denominaba 'miseria espiritual', siguen azotando la salud de muchos ciudadanos. En el análisis de Arenal, la miseria

material es causa de la miseria espiritual. Hoy la miseria espiritual, presente sobre todo en el mundo de la riqueza, es la causa de que no se sepa gestionar la abundancia y ésta sea una de las causas que conduce a las desigualdades y a la enfermedad. La situación de crisis global en la que vivimos, y que percibimos día a día en la sociedad española, es un ejemplo real de una gestión de la abundancia injusta y manipulada que está abocando a los ciudadanos más desfavorecidos a situaciones de pobreza

extrema y de enfermedad. La economía de mercado ha desarrollado un consumismo falto de ética que, con el único objetivo de la ganancia inmediata, se está convirtiendo en la causa directa de las

nuevas plagas que minan la salud de los ciudadanos. Ésta destrucción de la salud se produce en un doble nivel: por una parte la publicidad desmedida y la posibilidad de recursos favorecen la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, la bulimia, la anorexia, la permisiva intoxicación con drogas de diseño, etc.; por otra la producción sin control y el consumo energético desproporcionado son causa de contaminaciones ambientales, alimentarias, etc., fuentes todas ellas de innumerables enfermedades. A esto se añade que el desarrollo, bueno sin duda, de la salud pública y los avances tecnológicos nos ha llevado a la situación paradójica de un aumento en nuestras expectativas de vida, pero... con peor salud.

Además nos enfrentamos a lo que los expertos denominan el fin de la modernidad (16). Una de las características de la misma es que parece romperse la relación entre distribución de la riqueza y trabajo (17).

Concepción Arenal describe el surgir de la cuestión social cuando la vieja sociedad feudal, con un sistema de producción rural, fue sustituida por la moderna sociedad industrial. Los burgueses dueños del capital se aprovecharon de los ejércitos de mano de obra barata que llegaron desde el campo que ya no necesitaba sus brazos. Aquella explotación salvaje produjo las condiciones insalubres descritas por Arenal. También esto, en buena medida, pareció corregirse en el siglo XX con

el logro de los derechos laborales y sociales gracias a las organizaciones obreras. Pero el problema hoy es que la mano de obra es excedente y tampoco es necesitada ya por la industria y, de momento,

no parece que surja una alternativa hacia la que dirigir la fuerza de trabajo. La economía financiera que nos hizo 'ricos' produciendo plusvalías de papel también se tambalea. Hemos de preocuparnos por la falta de trabajo. Pero lo preocupante hoy es que sobran recursos, no faltan medios, más bien sobreabundan, pero lo que se tambalea es el canal tradicional de reparto.

Las líneas descritas en los puntos anteriores son esenciales para entender el papel que ha de jugar hoy la Salud Pública en el mundo desarrollado. Sigue siendo cierto que existe un universo inmenso de subdesarrollo material en el que la salud física sigue siendo fundamental para poder acceder al alimento y los bienes básicos de subsistencia, pero también es verdad que en el mundo desarrollado se han generado otras dinámicas que siguen siendo un peligro para la salud: el trabajo no es el canal de distribución de los bienes necesarios para la vida y la abundancia ha ge-



Sigue siendo cierto que existe un universo inmenso de subdesarrollo material en el que la salud física sigue siendo fundamental para poder acceder al alimento y los bienes básicos de subsistencia, pero también es verdad que en el mundo desarrollado se han generado otras dinámicas que siguen siendo un peligro para la salud



nerado nuevas 'epidemias' que hay que prevenir para que no se conviertan en pandemias y hay que tratar para evitar su contagio.

Por todo lo dicho hay que plantear las nuevas políticas de Salud Pública desde una perspectiva en la que prime la salud integral del individuo como objetivo en sí mismo y no como medio para otros fines. Pero las políticas de Salud Pública de la Unión Europea del año 2006 '*Health in all Policies*' siguen manteniendo como una de sus premisas que '*A Healthy economy depends on a healthy population*' (18).

Los profesionales de la Salud Pública seguimos girando continuamente como una peonza alrededor del mismo terreno —la importancia de la Salud Pública en los factores ambientales y en un reparto de la riqueza en función del trabajo—, sin percatarnos de que, aunque sigamos girando, la peonza ha cambiado, ya no se trata de plantear nuevas políticas sino de derribar los muros necesarios para que esas políticas se pongan en funcionamiento. La Unión Europea, en el '*Health in all Policies*' de 2006, sigue uniendo el objetivo económico al saludable, haciendo indivisible economía y salud. Aún no nos creemos en que el objetivo es la salud integral de los individuos(17). Y que eso 'dará por añadidura' un descenso en el coste sanitario. Por eso, además, la peonza se mueve fuera del círculo, porque el momento social que vivimos se está dando una transformación profunda hacia una nueva situación socio-sanitaria. Los avances de la tecnología nos han proporcionado nuevas herramientas, pero también un nuevo círculo a causa de los diferentes canales estructurales de reparto de la riqueza.

¿No sería inteligente en lugar de mirar la peonza, enfocar y no perder de vista el círculo para ver si es posible seguir 'bailando' con la misma peonza? No se puede seguir creyendo siempre que la solución está en el diseño de nuevas políticas, cuando lo que es nece-

sario es eliminar los obstáculos que impiden que esas políticas se pongan en marcha. Y será difícil eliminar esos obstáculos si andamos despistados creyendo que son los mismos del siglo XIX o, incluso, del XX. Este artículo ha querido apuntar a una serie de claves que se han de tener en cuenta para afrontar el desarrollo bien enfocado de políticas actuales de Salud Pública y que pasan por un nuevo enfoque socio-sanitario. Ya no estamos en el pauperismo del siglo XIX, las respuestas diseñadas para el mismo no dieron los resultados esperados con las condiciones medioambientales del siglo XX. Tampoco las respuestas diseñadas para el XX van a servirnos en el XXI. Pero lo malo es cuando al desenfocar en la elaboración de respuestas se suma la poca voluntad política de ponerlas en práctica. Seguir con el cortoplacismo electoral en el diseño de las políticas de salud nos está saliendo, además de ineficaz en salud, también ineficiente. Es decir que gastar poco en Salud Pública resulta enfermizo y además muy caro.

AGRADECIMIENTOS

A José Magaña por la lectura y revisión del manuscrito.

Bibliografía

1. Fundación Foessa. Exclusión y desarrollo social. Análisis y perspectivas 2012. [consultado el 5 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/4314/EXCLUSION%20Y%20DESARROLLO%20SOCIAL.%20Versi%C3%B3n%20digital.pdf>.
2. Más de 11 millones de personas están en riesgo de pobreza en España. [consultado el 15 octubre 2012]. <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/02/22/solidaridad/1329916988.html>
3. Prensa RTVE. [consultado el 15 octubre 2012]. <http://www.rtve.es/rtve/20121005/sebastian-mora-secretario-general-caritas-este-lunes-dia-menos-pensado-rne/567760.shtml>
4. C. Arenal. El pauperismo. Madrid: Librería de Victoriano Suárez, 1897 (Estab. Tip. Sucesores de Ribadeneira).
1. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. L.N. 16/2012 [consultado 14 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOEA-2012-5403.pdf>.
6. Macyntire S. The black report and beyond: what are the issues?. *Social Science and medicine*. 1997;44(6):723-745.
7. Exworthy M, Blane D, Marmot M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and the pitfalls of policy. *Health Serv Research*. 2003;38(6pd2):1905-1922.
8. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health (the Acheson Report). London: HMSO, 1998.
9. Marmot M. Fair society, healthy lives. The Marmot review. *Strategic Reviews of health inequalities in England post-2010*. [consultado 14 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
10. Gérvas J, Meneu R. Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*.2010; 24(Supl.1):33-6 - vol.24 núm Supl.1.
11. Manzanares-Laya S, López MJ, Sánchez-Martínez F, Fernández E y Nebot M. Impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en la prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Barcelona. *Gac Sanit*. 2011;25(6):495-500.
12. Galán I, López MJ. Tres años con "Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo": aire más limpio pero no lo suficiente. *Gac Sanit*. 2009;23(2):87-90.
13. Benavides FG, Moya C, Segura A et al. Las competencias profesionales en salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20(3):239-43.
14. Lalonde, Marc A. *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Information Canada, 1974.
15. Buck, Carol. "Después de Lalonde: hacia la generación de salud". *Boletín Epidemiológico/OPS* 1986; 7(2):10-15.
16. Guillebaud, Jean-Claude. *Le commencement d'un monde*. París : Seuil. 2008.
17. Luyckx Ghisi, Marc. *Surgissement d'un nouveau monde*. Alphée – Jean Paul Bertrand. 2010.
18. European Observatory on Health Systems and Policies. *Health in All Policies. Prospects and potentials*. [Consultado el 7 de octubre 2012] Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf



RevistaeSalud.com es una publicación electrónica que intenta promover el uso de TICs (Tecnologías de la Información y las Comunicaciones) con el propósito de mejorar o mantener la salud de las personas, sin importar quiénes sean o dónde estén.

Edita: FESALUD – Fundación para la eSalud
Correo-e: cperez@fesalud.org
ISSN 1698-7969



Los textos publicados en esta revista, a menos que se indique lo contrario, están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 de Creative Commons. Pueden copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente, siempre que se citen el autor y la revista digital donde se publican, RevistaeSalud.com. No se permite su uso comercial ni la generación de obras derivadas. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.es>