

- lud.
17. Idem.
 18. Werner, David y David Sanders. *Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, 2000, Health Wrights.
 19. Díaz Mérida, F., “Elementos fundamentales para el abordaje en salud de los trabajadores”, *Salud y seguridad en el trabajo*, 2005, Editora Geminis.
 20. Zurro M., *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*, 1999, Harcourt Broce, IV edición.
 21. Werner, David y David Sanders. *Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, 2000, Health Wrights.
 22. Idem.
 23. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 24. López Piñero, J.M., “Los estudios históricos sociales sobre medicina”, en Lesky, E., *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, p 29.
 25. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 26. Rosen, G., “Análisis histórico del concepto medicina social”, en: Lesky, E., *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984, p. 21
 27. Health Canadá, OPS, *Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense*. Washington, D.C., OPS, 2000, p. 8,13
 28. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 29. Sarmiento, L., *Sistema mundo capitalista. Fábrica de riqueza y miseria*, Bogotá, Ediciones Desde Abajo, 2004. y Gray, J., *Falso amanecer. Los engaños del capitalismo global*, Barcelona, Piados, 2000, p. 266.
 30. Hayek, F., *Los fundamentos de la libertad*, Madrid, Unión Editorial, 1998.
 31. Monsalve A., *Estado, sociedad internacional y derecho humanos en un mundo globalizado. Un estudio desde la ética argumentativa*, Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1998.
 32. Echavarría, J., *Telepolis*, Barcelona, Destino, 1994.
 33. Giraldo A., Franco, Presentación realizada en el IV Congreso Internacional de Salud Pública: Globalización Estado y Salud, organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia, noviembre 2005.
 34. González, N., “Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México Ponencia presentada en el XXII Congreso de ALAS, celebrado en octubre de 1999, Concepción, Chile.
 35. Aguirre, M., “La globalización en el espejo de la salud”, *El País*, 18-04-01, p. 12.
 36. Palomo, L., *La globalización de la salud*, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005.

¿QUÉ ES UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD?*

Vicente Navarro**

Desafortunadamente, la mayoría de los estados nación han interpretado “política de salud” como homologables a “política de atención médica”. La política de atención médica es sin embargo una sola variable dentro de la ecuación de la salud nacional. El artículo describe cuales deben ser los principales componentes de una política nacional de salud, incluyendo, 1) los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud que son los más importantes en cualquier país en explicar el nivel de salud de un país, 2) los estilos de vida que son los componentes más visibles de las políticas de promoción de la salud y 3) la socialización y el empoderamiento (empowerment) del individuo y de la población y que unen los primeros con los segundos componentes de una política nacional de salud, es decir, las intervenciones individuales y colectivas. El autor discute

*Este artículo es una versión de la intervención realizada ante la Asociación Internacional de Políticas en Salud en Barcelona, España el 21 de agosto de 2006, beneficiado con los aportes de Bo Burstrom y Margaret Whitehead. Traducción de Giovanni Apráez Ippolito.

**Profesor de Política Pública, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona y Johns Hopkins University, Baltimore.

cuales deben ser los indicadores para cada componente y para cada intervención. La viabilidad de este enfoque depende en gran manera en la voluntad de las autoridades nacionales así como de la amplitud del conocimiento existente sobre los determinantes de la salud. Un buen ejemplo es el Plan Nacional de Política de Salud que desarrolló el gobierno sueco a principios de los años 2000. Este artículo se construye y se expande sobre dicho modelo.

Un objetivo fundamental de una política nacional de salud debe ser el crear las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población. Ni que decir tiene que todos los sectores y las agencias de la sociedad deben ser responsables de crear esas condiciones, pero la responsabilidad primera de asegurar las condiciones para tener buena salud recae en las agencias o instituciones colectivas que representan los intereses de la población (expresada libremente a través de instituciones democráticas) –esto es, las autoridades públicas y su administración pública. El Gobierno (en el nivel nacional, regional y local), por tanto, es la agencia primaria responsable del desarrollo de una política nacional de salud.

¿Cuáles son los principales componentes de una política nacional de salud? Son tres tipos principales. El primer componente incluye intervenciones públicas dirigidas al establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de los *determinantes estructurales de la buena salud*; a saber intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a mejorar la salud. Son llamados estructurales porque ellos forman parte de la estructura política, social y económica de la sociedad y de la cultura que los determinan. Rara vez están incluidos en la mayoría de los planes nacionales de salud a pesar de que son las políticas públicas más importantes en la determinación del nivel de salud de la población. Existe una robusta evidencia científica que muestra por ejemplo, que países con menores desigualdades de clase, género y raza en los estándares de vida tienen mejores niveles de salud.¹ Las políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales son, por tanto, componentes de una política nacional de salud.

El segundo tipo de intervenciones incluye políticas públicas dirigidas a individuos y están enfocadas en lograr cambios en el comportamiento individual y de los estilos de vida.

Estos estilos de vida determinantes son también muy importantes y han tenido mayor visibilidad en las políticas de salud. Una razón de la mayor visibilidad de las intervenciones de este tipo es que quienes formulan las políticas de salud los perciben como determinantes más manejables y más fáciles de acordar que los del primer tipo, los determinantes estructurales. No podemos excluir la posibilidad de otra razón para esta diferencia de visibilidad y frecuencia, y es que los estilos de vida enfocan la responsabilidad de la salud de la población en el individuo en vez de hacerlo sobre las instituciones públicas que son primariamente responsables de los determinantes estructurales. Esta es una razón del porqué gobiernos conservadores y liberales (y también, en muchas ocasiones, gobiernos progresistas) tienden a enfatizar el segundo tipo de intervenciones sobre las del primer tipo (las cuales son actualmente las más efectivas para lograr el mejoramiento de la salud de la población)

El tercer tipo de intervención pública, a la cual yo denomino como socialización y empoderamiento determinantes conectan el segundo tipo (estilos de vida) con el primer tipo (determinantes estructurales). Las intervenciones de socialización y empoderamiento establecen la relación entre las responsabilidades colectivas e individuales para la creación de las condiciones que aseguren buena salud. Este tipo de intervención incluye el alentar y animar a los individuos para llegar a involucrarse en los esfuerzos colectivos para mejorar los determinantes estructurales de la salud, como lo es la reducción de la desigualdades sociales en nuestras sociedades o la eliminación de las condiciones de opresión, discriminación, explotación o marginalización que producen enfermedad. Por ejemplo, animar a individuos que están explotados a responder a la explotación, no solo individualmente sino también colectivamente (con otras personas quienes son similarmente explotadas) es una intervención de política de salud extremadamente importante uniendo el mejoramiento de la salud individual con el mejoramiento de la salud de la población explotada.

Ejemplos de estas socializaciones y empoderamientos determinantes son muchos. Por ejemplo, cuando las Panteiras Negras controlaron parte de los barrios negros de Balti-

more (una ciudad con una población de un 75 por ciento afroamericana), en la década de 1960 y principios de la década de 1970, movilizándolo jóvenes negros desempleados, declinó la adicción a las drogas dramáticamente entre los jóvenes, y también en toda la población negra del oeste de Baltimore.² Otro ejemplo es el que ocurrió entre los mineros del carbón en *Appalachia* (zona occidental de Virginia) en la década de 1970, cuando ellos se movilizaron y fueron a la huelga para protestar contra las insalubres condiciones de trabajo.³ Paralizaron las operaciones mineras durante varios meses creando una situación en la cual los propietarios de la mina y los empleados estuvieron cerca de perder el control y llamaron al ejército para que asumieran el control de las minas. En aquella movilización, cada minero luchó no solo individualmente sino también colectivamente para mejorar la situación de salud de todos los mineros del carbón y en esa lucha su propia salud mejoró como también mejoró la salud de la población entera. Como ambos casos muestran, facilitar la unión de los individuos que luchan por mejorar la salud con la lucha colectiva por mejor salud es una intervención pública extremadamente importante para lograr este objetivo. El empoderamiento de poblaciones vulnerables es entonces un componente esencial de una política nacional de salud. Educar a la gente para actuar no solo individualmente sino colectivamente, hace que ellos tomen conciencia de lo común de sus problemas y los alienta a actuar tanto individual como colectivamente para resolverlos, es una importante dimensión de una política nacional de salud. Además, la unión del individuo con la colectividad es una importante función de las intervenciones públicas de salud. Permítanme ahora analizar cada tipo de intervención en mayor detalle.

I. Determinantes estructurales: políticos, económicos, sociales y culturales en las intervenciones de política de salud

Los agentes que llevan a cabo las intervenciones de este tipo son colectivos (no son personas individuales) con personalidad institucional incluyendo partidos políticos, sindicatos, asociaciones vecinales y otros. Los sujetos de estas intervenciones tampoco son individuales, pero son las institu-

ciones públicas y privadas cuyas acciones afectan las condiciones que aseguran una buena salud para toda la población. Estas acciones pueden resumirse como sigue.

Políticas públicas dirigidas a promover la participación y la influencia en la sociedad. Estas intervenciones extremadamente importantes están dirigidas a facilitar el desarrollo de instituciones y prácticas que creen las condiciones para que las personas (como miembros de clases sociales, géneros, razas, etnias, regiones y naciones) tomen decisiones sobre ellos y sobre el control de sus propias vidas. Intervenciones de este tipo están dirigidas al establecimiento de instituciones y prácticas que minimicen la alienación de la población y la pérdida de su poder –condiciones que causan una enorme cantidad de patología y enfermedad.⁴ De particular importancia son las intervenciones dirigidas a proveer instrumentos políticos y sociales (como partidos políticos, los sindicatos, las asociaciones de vecinos, movimientos sociales, grupos de pacientes) a la población y a sus diferentes componentes. Estos instrumentos facilitan y estimulan que la población se involucre activamente en sus órganos políticos y en la vida social, decidiendo sobre las materias que afectan sus vidas.

De especial importancia es la existencia de instrumentos políticos y sociales que permitan a los grupos que padecen marginación, discriminación, opresión y explotación para poder defender sus intereses lo cual es un elemento clave para su completa realización (alcanzando la salud de estas poblaciones). Es importante para estos grupos, establecer alianzas con otros grupos que experimentan similares condiciones, por tanto ensanchando su base social para fortalecer sus poderes. En este respecto, la segregación de las acciones políticas en movimientos sociales como es el caso de EEUU, en donde muchos “movimientos orientados a un tema específico” como los movimientos feministas, de adultos mayores, de minorías étnicas y otros pero sin estar basados fuertemente en un movimiento de clase o partidos como los partidos políticos que pueden relacionar diferente tipos de explotación, pueden tener menores resultados en el mejoramiento de la salud que si fueran un gran movimiento y partido político que puede movilizarse a través de diferentes temas.

Movimientos de mujeres, de adultos mayores, de afroamericanos y de otras minorías en EEUU han conseguido menores derechos de salud y peores indicadores de salud que sus contrapartes en países con menor poder de los movimientos femenino, de adultos mayores o de minorías pero están basados fuertemente en movimientos y partidos de clase, como en Suecia por ejemplo.⁵ Hacer esta observación (empíricamente comprobable) no es caer en un reduccionismo de clase sino clarificar que la mayoría de las mujeres, los adultos mayores y las minorías están entre las clases trabajadoras y que si estos grupos combinan su lucha por mejor salud, trabajando en instrumentos sociales y políticos comunes, ellos pueden llegar a tener mayor influencia y poder que hoy tienen automatizados en movimientos sociales. Actualmente, existe una robusta evidencia científica que muestra la directa relación entre la duración del gobierno de un país por partidos (comprometidos con la redistribución de los recursos orientados hacia la disminución de las desigualdades sociales y el mejoramiento de las condiciones de salud de su población).⁶

Indicadores de estos determinantes de salud son:

1. Indicadores de poder de clase, género grupo poblacional, como años de gobierno de partidos políticos progresistas, fortalecimientos de los sindicatos de clase y otros.
2. Tipos de instituciones democráticas que facilitan la representatividad como la representación proporcional (basados en una persona un voto).
3. Ausencia de barreras para la participación electoral.
4. Diversidad y pluralidad ideológica en los medios de información y accesibilidad a los medios para todos los sectores de la población.

La limitada existencia de estos elementos (como es el caso de EEUU) restringe considerablemente la posibilidad de una población fragmentada y alienada para lograr buena salud. En los países desarrollados, de hecho, la evidencia muestra que cuánto más democrática es una sociedad, más sana es.⁶ Los pobres indicadores de salud en EEUU están basados tam-

bién en su muy limitada democracia.⁷ Si la población siente que tiene buenas instituciones e instrumentos de representación, ellos sienten mayor confianza en que pueden tener el control de sus propias vidas y mejorar su propia salud. El hecho de que la mayoría de las personas en Suecia confíen en sus instituciones representativas (con una alta participación electoral) mientras que la mayoría de la población en EEUU se siente negativa frente a sus instituciones representativas (con una muy baja participación electoral) explican las bajas tasas de alienación y de impotencialidad (*powerlessness*) de la población en Suecia en contraste con EEUU.⁸ Esto tiene enormes consecuencias para la salud de las poblaciones que viven en estos países: con muy buenos indicadores en Suecia e indicadores muy pobres en EEUU.

Determinantes económicos y sociales.

Estas son intervenciones que se dirigen al desarrollo de seguridad y que facilitan su realización. Incluyen: Políticas de pleno empleo dirigidas a crear buenos puestos de trabajo, bien pagados y satisfactorios. Políticas de pleno empleo que son buenas para la salud de todos, incluyendo para quienes no están empleados. Acceso a trabajos en cantidad suficiente da a todos una sensación de seguridad incluyendo a quienes actualmente no tengan trabajo (porque ellos sienten que pueden conseguirlo fácilmente si buscan uno, lo que no sería posible con altas tasas de desempleo o bajas tasas de empleo). No llegar a trabajar porque no se pueda conseguir un empleo genera enormes problemas de salud.⁹ Estas son las no saludables consecuencias del desempleo que no solo genera falta de recursos sino también la sensación de inseguridad que conlleva el desempleo en sí mismo. Indicadores de estas políticas incluyen:

1. Porcentaje de población adulta que trabaja e indicadores de dispersión salarial
2. Niveles de desempleo
3. Niveles de empleo

Las políticas de seguridad social y del Estado de bienestar de tipo universal proveen una sensación de seguridad a quienes están en riesgo, proveyéndoles de instrumentos, cono-

cimientos, prácticas y recursos que hacen que se sientan seguros y que tienen oportunidad de progresar. Los indicadores de estas intervenciones son los derechos sociales que están desarrollados en una sociedad (acceso a la atención médica, educación, atención domiciliaria en el hogar, atención infantil, servicios sociales, vivienda pública y pensiones para adultos mayores y discapacitados) y los recursos para el desarrollo de estos derechos. Las poblaciones de los países con mayores derechos sociales y mayores recursos públicos sociales (incluyendo fondos públicos y legislación para el ejercicio del poder social) están más sanas que aquellas poblaciones de países con menores protecciones sociales. Son indicadores de estas políticas:

1. Porcentaje de la población de ancianos y población con discapacidad que tienen adecuadas pensiones públicas.
2. Porcentaje de la población cubierta por la atención médica pública y cantidad de recursos públicos para la atención médica.
3. Porcentaje de niños con atención pública infantil y en educación primaria, secundaria, terciaria (incluyendo educación vocacional y universitaria) y recursos públicos invertidos en estos servicios.
4. Porcentaje de población de ancianos y población con discapacidad que reciben servicios de atención en el hogar y cantidad de recursos públicos invertidos en estos servicios.

Políticas de reducción de las desigualdades.

Las políticas para reducir las desigualdades sociales (incluyendo las inequidades en el ingreso de la renta) por clase, género, raza, etnia y región. Las desigualdades sociales pueden causar patologías y reducir las oportunidades para que las personas lleguen a ser más sanas.¹⁰ Las políticas para la reducción de las desigualdades deben incluir las medidas orientadas a la reducción de las diferencias sociales entre todas las clases y los grupos sociales, y no solo entre ricos y pobres. Existe una fuerte evidencia empírica que indica que la política pública más efectiva para salvar vidas y disminuir la mortalidad, en cualquier país, es aquella que garantizara

una tasa de mortalidad para todas las clases sociales igual que la mortalidad de las clases más favorecidas.¹¹ En este sentido, los programas anti-pobreza y los dirigidos a la prevención de la exclusión social (enfoque que ha caracterizado el Gobierno de Blair para reducir las desigualdades en Gran Bretaña) son muy importantes como componente de la reducción de las desigualdades, pero son solo uno de los componentes de estas políticas públicas y no son las más efectivas. Las estrategias dirigidas a la reducción de las desigualdades entre todos los sectores de la población (esto es políticas universales o generales para todos en vez de políticas anti-pobreza o anti-exclusión) como aquellas que son llevadas a cabo por los gobiernos socialdemócratas en Suecia son más efectivas en reducir mortalidad y morbilidad (incluyendo entre los pobres y los grupos excluidos) que las políticas orientadas a los pobres.¹² Los principales indicadores para este tipo de políticas son:

1. El impacto redistributivo de las intervenciones públicas del estado de bienestar (por ejemplo, cambios en la distribución del ingreso medidos por el coeficiente de Gini o el indicador de Theil, antes y después de las intervenciones del estado de bienestar). Estas políticas públicas, promulgadas para reducir las desigualdades sociales, deben ser parte de una política amplia dirigida a las causas de estas desigualdades, incluyendo la reducción y eliminación de las relaciones de opresión, explotación y discriminación.
2. Cambios en el porcentaje del ingreso nacional proveniente de los salarios. Evidencia empírica muestra que países con mayor cantidad de ingreso nacional atribuido a la propiedad y menor cantidad derivado del trabajo tienen peores indicadores de salud. A este respecto EEUU y Suecia representan los dos extremos del espectro.¹³ Políticas dirigidas a disminuir el porcentaje de renta nacional derivada del capital y a incrementar el porcentaje de distribución derivado del trabajo así como también políticas económicas y fiscales orientadas a la redistribución de los recursos son efectivas en el mejoramiento de la salud de la población.

Intervenciones culturales.

Las intervenciones culturales saludables están dirigidas a la creación de una cultura de la solidaridad en vez de a una cultura de la competición. Una fuerte sensación de competición crea una inseguridad y estrés enormes, lo cual produce muchas de las patologías. Esto fue lo que se mostró cuando las políticas liberales de Thatcher fueron establecidas y desarrolladas en Gran Bretaña, con la consecuente caída de las tasas de reducción de la mortalidad, tasas que disminuyeron en todos los grupos de edad.¹⁴ Una cultura de la alta competición se enfoca en la competitividad individual (reflejada en el eslogan “cada cual debe volar por su cuenta” (*everyone should fly on their own*) es insano, y esto crea ansiedad y frustración. Algunos rasgos culturales también pueden ser muy insanos, como lo es la excesiva comercialización en la sociedad y la preponderancia de valores como el egocentrismo, narcisismo, violencia y hedonismo, lo cual también crea estrés y frustración.

La contaminación de valores insolidarios y egocéntricos es uno de los nuevos retos de salud pública en la sociedad, siendo necesario que las autoridades de salud pública intervengan en establecer valores solidarios y sociales favorables a la salud, iniciándose ya en la escuela e incluyendo los medios de comunicación desalentando y eliminando valores insanos. Entre ellos, la definición de belleza como “joven y *sexy*”, por ejemplo, es muy explotadora, genera gran frustración entre la mayoría de las personas que no son jóvenes ni *sexys* (pero que sienten que deben esforzarse para parecerlo para ser aceptados en nuestra sociedad). También la ubicua presencia, en la mayoría de los países, de miembros de clase media alta como las principales personajes en los programas de televisión también crean frustración entre los televidentes, la mayoría de los cuales son de la clase trabajadora (y cuya vida es raramente presentada en los medios). Los indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Número de programas educativos que se basan en la solidaridad en vez de la competencia.
2. Grado de violencia en los programas de televisión.
3. Grado de reproducción de estereotipos de clase, género o raza en los medios.

Intervenciones para una vida laboral saludable

Estas intervenciones se dirigen a crear un trabajo seguro, satisfactorio, creativo y agradable. Existe una fuerte evidencia que indica que la naturaleza, las condiciones y el tipo de trabajo están entre las variables más importantes que determinan el nivel de salud de una población.¹⁵ Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Autoreporte del trabajo relacionando con el nivel de salud.
2. Indicadores de acumulación de factores de riesgo en el trabajo
3. Indicadores de condiciones de trabajo insalubres
4. Indicadores de satisfacción de los trabajadores con su trabajo.
5. Autopercepción de los trabajadores del nivel de control de sus condiciones de trabajo.

Protección ambiental y de los consumidores.

La protección está dirigida a mejorar el ambiente físico de trabajadores, consumidores y residentes, asegurando las condiciones que protejan y promuevan la salud. Indicadores de tales intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de la población expuesto a niveles insanos de ruido.
2. Niveles de dióxido de nitrógeno en lugares al aire libre.
3. Niveles de sustancias químicas persistentes en la leche materna.
4. Incidencia de accidentes de trabajo y en otros lugares (muertes y número de lesiones tratadas en instituciones de atención médica) por 100.000 personas en diferentes ambientes.

Condiciones durante la infancia y la adolescencia.

Intervenciones de este tipo están entre las más efectivas para reducir la pobreza y prevenir la exclusión social. Existe plena evidencia de que los niños y adolescentes de familias que son pobres serán pobres en edad madura.¹⁵ De ahí que sea de gran importancia proveer una buena educación reparadora desde el nacimiento a los 18 años (incluyendo buenos

servicios de atención infantil) y buenos trabajos para sus padres (especialmente madres solteras) para prevenir la exclusión social. Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de niños (0-3 años) en centros públicos de atención infantil por clases sociales.
2. Nivel de la educación pre-escolar.
3. Porcentaje de jóvenes que finalizan la educación primaria y secundaria y que entran y completan la educación terciaria, por clase social.
4. Indicadores de la influencia de estudiantes y profesores en la escuela.

Intervenciones de atención de salud que promueven la salud.

Estas políticas deben enfatizar las intervenciones de salud pública, tanto fuera como dentro de los servicios médicos que cubren toda la población. Los servicios de atención médica deben estar diseñados de una manera que faciliten el acceso, confort y satisfacción de los usuarios y de la población en general. También, la promoción de la salud debe ser un elemento clave del sistema de atención médica y de todo el personal de salud (particularmente de médicos y otros profesionales de la salud) que deben ser entrenados en los determinantes políticos, sociales, económicos y culturales de la salud como también en las intervenciones del estilo de vida. Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de la población cubierta por el sistema público de atención médica y por los servicios de salud pública.
2. Porcentaje de la población adulta que trabaja en el sistema de salud.
3. Porcentaje del presupuesto público de la atención en salud que se gasta en atención primaria.
4. Indicadores de accesibilidad a los servicios de atención de salud.
5. Indicadores del poder que tienen las agencias públicas para sancionar conductas insalubres de agencias, grupos empresariales y corporativos.
6. Porcentaje de la población que es fumadora o alcohólica.
7. Porcentaje de embarazos no deseados.

8. Porcentaje del tiempo de radio y televisión dedicado a promover la salud.
9. Tasas de intoxicación alimentaria en la población.
10. Niveles de satisfacción de los ciudadanos con la atención de salud recibida y la información proveída.
11. Porcentaje de la población vacunada contra enfermedades transmisibles.
12. Tasas de VIH-Sida.

II. Intervenciones de los estilos de vida.

Las intervenciones del estilo de vida, como su nombre lo indica, están orientadas al cambio de los comportamientos no saludables de los individuos. Estas son las intervenciones más clásicas y los más visibles componentes de la promoción de la salud, incluyen:

Intervenciones en comportamientos de buenas prácticas sexuales y buena salud reproductiva

Estas intervenciones están dirigidas a desarrollar la sexualidad como un derecho humano, separando lo agradable y placentero de la reproducción. La sexualidad debe ser vista como una actividad agradable y un componente del cuidado humano. La información sobre sexualidad debe estar disponible para todos los grupos de edad empezando por los jóvenes. Las personas deben ser capaces de expresar su identidad sexual libremente, sin discriminación. La información y la atención sobre salud sexual y reproductiva debe estar disponible para todas las personas que puedan beneficiarse de ello. Indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Número de embarazos y abortos por 1.000 mujeres menores de 20 años.
2. Incidencia de infecciones por clamidia en los grupos de edad entre 15 y 29 años.
3. Porcentaje de la población que recibe información sobre sexo y sexualidad.
4. Disponibilidad de métodos de anticoncepción para la población.
5. Análisis de los contenidos en los medios de información para evaluar programas de radio y televi-

sión. Evitar la comercialización, explotación y estereotipos de comportamientos sexuales.

6. Redefinición de los estándares de explotación de la belleza (como cuando se los equipara a joven y *sexy*) que crean frustración en la población.

Incremento de la actividad física

Esta es una intervención importante que previene, entre otras enfermedades, la hipertensión y la diabetes mellitas tipo 2, las cuales están incrementadas entre las personas obesas y sedentarias. Las autoridades públicas deben promover la actividad física en jardines, escuelas, centros de trabajo y formación y deben alentar el uso de bicicletas y del caminar. Indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de la población físicamente activa por al menos 30 minutos al día.
2. Porcentaje de jóvenes (15-29 años) que han tenido examen físico.
3. Porcentaje del espacio físico en un centro urbano que es dedicado a la actividad física.
4. Disponibilidad de centros de ejercicio físico por 10 mil habitantes/año.
5. Disponibilidad de centros de ejercicio físico adaptados para ancianos y personas con discapacidad.
6. Porcentaje de la población que usa el caminar o la bicicleta del total de los métodos de transporte personal.

Buenos hábitos de alimentación y comida segura

Esta intervención se orienta a uno de los aspectos más importantes para mejorar la salud, pues al menos 30 por ciento de las enfermedades están relacionadas con comportamientos alimenticios, siendo hoy el sobrepeso uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. Es imperativo, por tanto, que a) buena y saludable alimentación este ampliamente disponible para toda la población, incluyendo una amplia variedad de opciones alimenticias, b) la comida debe ser higiénica y saludable, con una fuerte penalización para el comportamiento delincidental corporativo como es el caso de restaurantes responsables de intoxicaciones alimen-

tarias, c) el público debe ser informado sobre el contenido calórico y la composición de todos los productos alimenticios, d) el público debe ser informado de la relación existente entre alimentos y salud. Los indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Índice de masa corporal de la población.
2. Porcentaje de la población que consume al menos 500 gr. de frutas y/o vegetales todos los días.
3. Porcentaje de lactancia infantil (exclusiva hasta la edad de 4 a 6 meses).
4. Incidencia de la infección por campilobacter y salmonela.

Reducción del consumo del tabaco y alcohol, uso de drogas y exceso del juego

El tabaquismo es una adicción que debe ser curada ayudando al control individual de la adicción y debe prohibirse que la industria del tabaco aliente esta adicción. La publicidad del tabaco dirigida a los jóvenes debe ser ilegal, la publicidad debe estar restringida a ciertos foros con restricción de los anuncios comerciales de radio y televisión. El tabaco debe tener altos impuestos que permitan recolectar fondos y asignarlos a programas de curación del tabaquismo. Las contribuciones de la industria del tabaco a partidos políticos o candidatos o causas sociales o políticas deben ser prohibidas. El fumar debe estar prohibido en todos los espacios públicos como restaurantes, calles, teatros y lugares de trabajo. El consumo de alcohol debe ser reducido. Las bebidas deben ser objeto de una tasa impositiva proporcional a su contenido alcohólico. El consumo de alcohol solo debe permitirse en áreas restringidas y no en lugares públicos como calles, teatros o foros deportivos.

Los individuos adictos a las drogas deben ser asistidos y no penalizados (excepto cuando son consumidores de drogas en lugares públicos). Es la distribución de drogas la que debe ser fuertemente penalizada. Los indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Autoreporte del consumo del tabaco.
2. Autoreporte de la exposición a ambientes con humo de tabaco.

3. Porcentaje de restaurantes y lugares públicos que violan las restricciones para el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
4. Consumo total de alcohol.
5. Mortalidad y lesiones debidas al consumo de alcohol.
6. Porcentaje de conductores intoxicados por alcohol.
7. Porcentaje de la población que consumen drogas (autoreporte e informes policíacos).
8. Mortalidad debida a enfermedades o lesiones relacionadas con narcóticos.
9. Prevalencia de juego excesivo (azar)

III. Estrategias de empoderamiento

Las estrategias de empoderamiento deben ayudar a los individuos a unir su lucha personal por el mejoramiento de la salud con la lucha colectiva por el mejoramiento de la salud de todos. Existe una fuerte evidencia que muestra que los individuos que son conscientes de sus limitaciones en salud y de las causas de esas limitaciones, pueden mejorar su salud si ellos unen su lucha por mejorar la salud con la lucha de otras personas que comparten sus limitaciones. Como ya señalé antes, jóvenes que eran adictos a las drogas se convirtieron en Panteras Negras en las décadas de 1960 y 1970 mejorando su propia salud (suspendieron el consumo de drogas) y la salud de sus vecindarios: las áreas controladas por las Panteras Negras llegaron a estar libres de drogas. Y los mineros del carbón de Virginia Occidental cuando se fueron a la huelga para mejorar sus condiciones de trabajo, mejoraron tanto su propia salud como la de su comunidad.

El compromiso personal para mejorar la salud de otras personas mejora la propia salud. Esto es, compromiso y solidaridad son parte de la buena salud. Compromiso significa el deseo de servir a otros y solidaridad significa desarrollar redes de apoyo para luchar unidos por la causa de mejorar la salud individual y colectivamente. Lo que es más, una respuesta colectiva alimenta los esfuerzos individuales para ganar poder, logrando, por lo tanto, el empoderamiento individual. Estas conexiones entre la respuesta individual y colectiva basadas en compromiso y solidaridad son elementos cri-

ticos para llegar a los determinantes estructurales de una buena salud. La acción colectiva (el empoderamiento político, usando el término político en el sentido amplio de la expresión colectiva del poder) es de extrema importancia en la conformación de una sociedad sana. Estas políticas públicas se oponen tanto a la aceptación conformista de la situación como a la alienación (individual y colectiva)*. La aceptación, de una realidad de explotación, sin embargo, puede no ser insana si la persona que es explotada fuera inconsciente de su explotación. Una persona puede creer que ella vive en la pobreza, por ejemplo, porque Dios quiere que ella sea pobre (lo que Madre Teresa llamaba el regalo de la pobreza). La pobreza es vista como una etapa bienvenida que ayuda a los individuos a llegar al cielo, su final y más importante destino (su estado en la tierra es meramente transitorio). Esta situación es altamente improbable hoy en el mundo, puesto que, la pobreza y la desigualdad no son bienvenidas por aquellos que las sufren. En realidad, pobreza y desigualdad deben ser resistidas porque toda la información disponible muestra que las desigualdades (y la distancia social que ésta crea) está basada frecuentemente en la explotación. Esto es, las clases ricas son más saludables porque las clases pobres tiene menos riqueza y menos salud. La percepción de la distancia social como explotación es la base de la amplia opinión en las sociedades occidentales que la sociedad no es justa y que en ellas hay una excesiva desigualdad. Las encuestas de opinión muestran que las grandes mayorías de los países desarrollados creen que existen demasiadas desigualdades en sus sociedades.¹⁶ Es de esperar que el 20 o 25 por ciento de la población con más altos ingresos (que tienen enorme poder e influencia en las sociedades occidentales y que son los sectores de la población con mayor salud) quieren que el otro 75 a 80 por ciento de la población crea que ellos están en la cima por mérito y que ellos merecen estar ahí, que la distancia en el estatus es un evento natural y que el orden social actual requiere de esa aceptación para el mantenimiento del ser social. El problema para ellos es que hay un número creciente de per-

*Alienación: Proceso mediante el cual el individuo o una colectividad transforman su conciencia hasta hacerla contradictoria con lo que debía esperarse de su condición. (N del T)

sonas que no creen que el mérito condicione la jerarquía social. La concienciación de la explotación es una de las mayores amenazas para aquellos quienes están en esa cima del poder.

La respuesta de una concienciación de la explotación puede ser doble: una puede ser individual, lo cual puede crear serias patologías (tanto a nivel individual como colectivo) como consecuencia de la frustración. Contrario a las ideas culturales prevalentes, como la imagen del cowboy solitario que solo con sus manos se deshace de una banda de chicos malos, la respuesta individual es insuficiente y de valor limitado. La respuesta individual de las personas negras en el este de Baltimore frente a la explotación es insana; toma la forma de enojo, frustración, alcoholismo, drogadicción y crimen. Esta enorme energía individualmente canalizada es de limitado valor y es improductiva para la sociedad. La otra posible respuesta a su condición de explotación es que las personas jóvenes se junten en un grupo para responder y luchar juntos contra esa explotación. Esta es una alternativa saludable.

El sentido de compromiso, lucha, solidaridad y esperanza en un futuro mejor son las coordenadas que unen los determinantes individuales del estilo de vida con los determinantes estructurales.

Esta larga tradición de conexión de la lucha individual con la colectiva (la cual ha caracterizado la historia del movimiento obrero y de otros movimientos progresistas) precede al defectuoso concepto de “capital social” usado por algunos investigadores en el campo de la desigualdad, concepto que trivializa el concepto de solidaridad. La famosa visión Putnam¹⁷ de alentar al capital social a fin de ser aun mejores capitalistas (es una de las frases usadas en el título de sus capítulos) y ganar en un mundo competitivo, es diferente del concepto de solidaridad. Eso es lo opuesto a lo que debe ser el comportamiento social sano y es lo opuesto por lo que abogamos aquí. Nosotros proponemos facilitar la conexión entre la lucha por la salud a nivel individual con la lucha colectiva. El objetivo no debe ser la realización de la competitividad en nuestras sociedades sino la realización de la solidaridad.¹⁸ También estoy en desacuerdo con el amplio uso del concepto de “cohesión social”, al cual yo considero como profundamente conservador. De hecho, este concepto fue establecido por

los tradicionales conservadores y las democracias cristianas como respuesta al movimiento obrero que luchaba para cambiar la sociedad.¹⁹ La cohesividad social puede existir, uno al lado del otro, con enorme explotación. Existen muchas sociedades cohesivas donde el orden social es ampliamente aceptado, pero donde la cohesividad enmascara una enorme explotación y altos niveles de enfermedad. De hecho, una intervención saludable puede ser el facilitar una respuesta colectiva de aquellos quienes son explotados y romper con aquella cohesión. Esto muestra la necesidad de favorecer el concepto y uso de la solidaridad y de una sociedad solidaria como alternativa a una sociedad altamente competitiva en la cual el capital social ayuda a los individuos a competir mejor.

Las ideas resumidas en este artículo presentan una alternativa para la visión dominante y hegemónica en nuestras sociedades. Aún más, nosotros hemos sido recientemente testigos de algunos desarrollos que son alentadores, entre ellos el Plan Nacional de Salud del Gobierno sueco, el cual incluye muchos de los determinantes estructurales e individuales de la salud y representa un paso gigante en la dirección correcta. Es importante expandirse más en estas líneas resumidas de este artículo, como incluir las estrategias de empoderamiento referidas también aquí. El Plan Nacional de Salud sueco es el más progresista de los planes existentes. Aquí lo expando en el intento de romper con una visión errónea y reduccionista de lo que es un plan de salud limitando este a planes de asistencia médica. Todavía se necesita hacer más y yo espero que este artículo ayude a poner puntos de trazo para una carrera hacia una mejor salud.

Notas bibliográficas

1. Navarro, V., y C. Muntaner, (eds.), *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being*. Baywood, Amityville, N.Y., 2004.
2. Navarro, V., *The Health Situation of East Baltimore*, Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 1978.
3. Navarro, V. “Crisis, Work and Health”, en *Crisis, Health and Medicine: A Social Critique*, ed. V. Navarro. Tavistock, London, 1986.
4. Marmot, M., *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, Owl Books, New York, 2004.
5. Navarro, V., et al., *The Politics of Health Policy*, Lancet, 2006.
6. Navarro, V. (ed.), *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood, Amityville, N.Y., 2005, p.234.

7. Navarro, V., *Dangerous to Your Health: Capitalism in Health Care*. Monthly Review Press, New York, 1998.
8. Vagero, D., "Do health inequalities persist in the new global order? A European perspective", en *Inequalities in the World*, ed. G. Therborn, Verso, London, 2006.
9. Burström, B., et al., *Winners and losers in flexible labor markets: The fate of women with chronic illness in contrasting policy environments – Sweden and Britain*. Int. J. Health Serv. 33:199-218, 2003.
10. Wilkinson, R., *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New Press, N. Y., 2005.
11. Benach, J., "Analysis of Mortality Differentials by Social Class", *Papers of the Department of Health Policy*, Pompeu Fabra University, Barcelona, 2005.
12. Whitehead, M., B. Burström, *Evaluation of the UK and of the Swedish Health Policies*, Seminar on Health Inequalities, Johns Hopkins University Fall Institute, Barcelona, 4 de noviembre de 2005.
13. Navarro, V. (ed.), *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood, Amityville, NY, 2005.
14. Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London, 1996.
15. "A Child Centered Social Investment Strategy", en *Why We Need a New Welfare State*, ed. G. Esping-Andersen, Oxford University Press, Oxford, 2002.
16. The International Value Survey, 2003 y 2005.
17. Putnam, R. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York, 2000.
18. Navarro, V., "A critique of social capital", en *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, ed. V. Navarro. Baywood, Amityville, NY, 2002.
19. Navarro, V., *Why Some Countries Have National Health Insurance, others Have National Health Services, and the United States Has Neither*, Int. J. Health Serv. 19:383-404, 1989.

LA SALUD ¿UN BIEN SOCIAL O UN BUEN NEGOCIO?

Julio A. Osorio B.*

I. Marco ideológico

El mundo se debate entre dos visiones filosóficas por más de una centuria. Una cree que el libre mercado es capaz de regular eficientemente todas las esferas de la vida cotidiana. La otra cree en un mundo más justo, para lo cual es necesario un Estado con leyes que protejan a los más débiles de la sociedad.

La primera, corresponde a la visión de un Estado neoliberal, que premia el esfuerzo, competitividad, eficiencia y capacidad de los emprendedores (empresarios grandes y pequeños). Cree que el bienestar proviene del esfuerzo individual. Considera que el Estado paternalista premia la holgazanería y a los vagos y desincentiva a los emprendedores al crear leyes que protegen a los trabajadores. La segunda,

*Médico, especialista en medicina interna y cuidados intensivos en el Hospital Regional de Chiriquí, miembro directivo de la Comisión Médica Nacional (COMENENAL) y presidente de la Asociación de Médicos del Hospital Regional de Chiriquí (AMEHR)