

Ágora

La definición de la salud

Lydia Feito Grande

Desde la situación actual de nuestra sanidad —y los conceptos vigentes en la sociedad en general— que adolece de una excesiva medicalización, se hace necesario plantearse la misma definición de la salud, como aclaración conceptual imprescindible para valorar los esfuerzos destinados a «conducir a todos los pueblos al nivel de salud más elevado posible» que es, así expresado, el objeto de la OMS.

Precisamente la definición de esta organización —*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades*— se toma como punto de apoyo para el análisis de un concepto que, entre otras cosas, no explicita la distinción entre salud y sanidad.

Tras mostrar que el concepto de salud es múltiple, complejo y relativo, y que a lo largo de la historia se ha entendido de muy diversos modos, se contemplan las virtudes y deficiencias del binomio salud-bienestar que opera en la definición actual propuesta por la OMS.

1.- Introducción

Corónide, hija de Flegias, rey de los lapitas, fue amante de Apolo. Quedó encinta y dio a luz un niño al que Apolo puso el nombre de Asclepio, que significa «incesantemente benévolo» (luego fue llamado Esculapio por los romanos). Asclepio aprendió el arte de la curación de Apolo y de Quirón, el centauro. Llegó a ser príncipe de Tesalia y médico excelso, venerado por su habilidad en la cirugía y en el empleo de los medicamentos. Se le considera el fundador de la Medicina.

La historia continúa, pero valga tan sólo mencionar aquí que Asclepio fue el primer médico, el primero que veló por la salud de los mortales y convirtió esta filantrópica ocupación en un arte, el arte de sanar.

Enfermo desde siempre, el ser humano se ha debatido contra el malestar y el dolor, en un intento por mantener un mínimo digno que le permitiera realizar su vida. Y cada época histórica ha entendido este mínimo de modos diversos, atendiendo a un aspecto u otro, ensalzando o ignorando la salud, dependiendo de los modos y costumbres de cada cultura. Pero la preocupación ha sido constante. La salud, a la que ahora apelamos continuamente, ha tenido que encontrar su articulación entre otros intereses humanos, pero siempre ha gozado de excelsos privilegios, pues parece ser un pilar fundamental para toda la vida. En la medida en que la pérdida de la salud, esto es, la enfermedad, hace patente la finitud y fragilidad de la existencia humana, recoge su importancia y la transforma en preocupación para algunos, ocupación para otros.

Por todo ello, es de suma importancia atender al problema de su definición: desde las concepciones naturalistas de los antiguos griegos hasta la actual identificación de la salud con el bienestar, ha sido grande el cambio no sólo conceptual, sino también y primariamente contextual. Lo cual nos lleva a la necesidad de realizar un análisis de esos cambios y a replantearnos una vez más si la excesiva medicalización actual de nuestra sociedad no estará llevando el concepto «salud» mucho más allá de sus posibilidades reales; si el bienestar, propugnado por la OMS no será un máximo, más que un mínimo de igual aplicación para todos y, por tanto, no estará exigiendo demasiadas cosas para «estar sano», con la consiguiente escalada progresiva en las exigencias de salud, dado el aumento imparable de conocimientos, nuevos métodos de diagnóstico y elementos circunstanciales coadyuvantes a la consecución de un nivel aceptable de calidad de vida.

Las definiciones de la salud son importantes porque indican algunas cosas¹: (1) una actitud hacia la salud: aprobación, desaprobación, o cualquier otra; (2) una profesión, la de la medicina, que tiene la primera responsabilidad en el asunto; (3) ciertos patrones para enfrentarse a los asuntos de la salud y la enfermedad: en el caso de individuos enfermos, implicará el «rol del enfermo»², en el caso de la salud pública, implicará la posibilidad de reforzar las medidas coercitivas, etc. Dicho de otro modo, la noción de salud (y de enfermedad) implica una cierta respuesta a las siguientes cuestiones: ¿qué debemos hacer? ¿quién tiene que hacerlo? ¿cómo debe hacerse?, que son de suma importancia.

2.- Sobre el concepto de salud

A la hora de definir qué entendemos por salud, las variaciones históricas son importantes. También lo son las diferencias ineludibles entre la que po-

¹ Según opinión de P. STEINFELS (1973).

² Con respecto al rol del enfermo, cfr. TALCOTT PARSONS.

dríamos llamar salud física o biológica (más objetiva y cuantificable con indicadores de medición consensuados), y la salud considerada subjetivamente, donde introducimos otras variables tales como un nivel de vida aceptable, una situación emocional estable y satisfactoria, el no padecimiento de injusticias o sufrimientos morales de cualquier tipo, o incluso la no agresión por parte de los agentes externos que nos rodean continuamente en el ejercicio de nuestra vida cotidiana (en donde la medición atiende a perspectivas difícilmente expresables en números). Entre la salud y la enfermedad, ofrecer una definición es poco menos que imposible. Veamos cómo pueden articularse estos aspectos para lograr una definición aceptable.

A. La definición de la salud: entre la sanidad y la felicidad

A la hora de definir la salud, debemos tener en cuenta que no es posible identificarla —al menos sin una fuerte justificación— con el placer, la felicidad, la paz civil, la virtud, la sabiduría o la verdad, aunque muchos de estos conceptos estén directamente relacionados con ella o, incluso, la modifiquen o condicionen.

Tendremos que caer en la cuenta de que la salud es posible para los seres mortales, que pueden ver amenazada su existencia por obra de un mal que puede ser pasajero, letal o con secuelas. Así pensamos en la enfermedad como un estado transitorio y en la salud como un estado permanente dentro del cual se inscribe su modificación temporal. Sin embargo, en rigor, sería más lógico pensar en la enfermedad como el estado más habitual, dada la dificultad existente para contabilizar sujetos sanos y la imposibilidad para considerarlos *totalmente* sanos.

Unido a esto, hay que tomar en consideración el dominio que atribuimos a la salud: ésta puede ser propiedad del cuerpo, del alma o de ambos. En sentido estricto, nos referimos a la salud al hablar de los organismos físicos, dejando sólo un sentido analógico para otras concepciones de la salud. Es evidente que ese primer sentido restringido es condición indispensable para que pueda darse, a posteriori, el otro más amplio y complejo.

Además, la salud es cuestión de grado, puesto que se refiere a personas y al tiempo de la vida de éstas. Ya decía Aristóteles «*La salud admite grados sin ser indeterminada*»³. Lo cual quiere decir que la salud no es un estado permanente, sino algo cambiante y variable, que admite grados en cuanto a su cantidad, calidad y valoración (personal o grupal). Esto se intensifica si tenemos en cuenta que puede ser considerada como una condición positiva o, meramente, como una ausencia de una cualidad o condición negativa (la enfermedad). En este trabajo, apoyaré una concepción más positiva, consi-

³ Esta frase es citada por L.R. Kass (1975). En estos párrafos tomo en consideración las ideas por él expresadas en este artículo.

derando la salud no como una privación de un mal, ni una noción simétrica contrapuesta a la de enfermedad, sino como un estado pasajero de cierta plenitud que tendemos a conservar y promover para su mejor y mayor realización.

Con todo esto, hemos ido mucho más allá de la habitual concepción de la salud que se tiene en los círculos médicos, donde se considera que descubrir las leyes de la enfermedad significaría descubrir las leyes de la salud. En buena parte de las definiciones, como hemos dicho, se tiende a establecer un par de contrarios: salud y enfermedad. Identificando, de este modo, la salud con la ausencia de enfermedad, malestar o dolor. Es éste un concepto negativo que ha tenido, sin embargo, gran auge, porque las investigaciones (etiológicas, en buena parte) que más se han llevado a cabo, han sido aquellas que, desde el análisis patológico, han intentado descubrir las causas, síntomas y métodos de curación de las enfermedades, en orden a lograr la salud, esto es, teniendo como objetivo alcanzar un estado de no-enfermedad, o lo que es lo mismo, no-sintomatología de ninguno de los males recogidos en los tratados de patología. Esto, que tiene su indudable validez es, sin embargo, sumamente pobre para definir la salud. Además implica una cierta concepción naturalista de la salud, como atenuamiento a un orden natural establecido. No podemos quedarnos, pues, con una salud como no-enfermedad, por las razones apuntadas y por las que a continuación expondré.

B. Características del concepto de salud

De la salud tendremos que decir, como notas que le son propias, que es un concepto *múltiple* (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), *relativo* (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancia de quien lo defina y para quien lo aplique), *complejo* (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), *dinámico* (porque es cambiante y admite grados) y *abierto* (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción).

Al margen de la definición de salud que adoptemos (amplia o restringida), en general suele reconocerse que la salud y la enfermedad existen en un contexto dado, en una relación ya establecida entre el individuo y su ambiente. La salud es interacción con el medio y fruto de la concepción que de la enfermedad se tenga en el grupo. Está, pues, ligada al ámbito y los modos en que se realiza la vida.⁴ Así las mismas enfermedades o deficiencias pueden ser consideradas defectos serios en algunas sociedades, mientras que en otros grupos culturales son tomadas como nimiedades que no afectan al normal transcurso de la vida de una persona. Sin embargo, hay

⁴ Cfr. P. STEINFELS (1973).

La definición de la salud

que precisar aún más, diciendo que las actitudes culturales sobre la salud dependen, a su vez, de condiciones sociales, de los niveles de educación presentes en ese grupo, del estatus socio-económico y del estadio de desarrollo tecnológico, entre otros, y todo esto con dos perspectivas: la individual y la social. La primera incluirá la situación en concreto del sujeto enfermo, su condición psico-física, su ambiente y su grupo restringido, su personalidad, etc.

El distinto punto de vista que se adopte en cada uno de los casos modificará, en gran medida, la definición a la que se llegue, por eso, no es difícil darse cuenta de que el concepto «salud» es un concepto relativo. Además, hay que decir que la cuestión del concepto no es baladí, porque de ella dependen los objetivos y los dispositivos que pueden ponerse o no en marcha para alcanzarla. Incluso el derecho o deber de poseerla están implícitos en el concepto de salud que tengamos.

C. Los criterios de la salud

Como se ha dicho, la salud puede contemplarse conforme a diversos criterios. Uno de los más interesantes y que permite darse cuenta de la relatividad y complejidad del término es aquel que hace referencia a la respuesta a la cuestión acerca de la significación de la expresión «estar sano». Hablaremos, así, de un criterio objetivo (que hace referencia a lo cuantificable, a los datos físicos, observables y medibles, en mayor o menor grado. Este criterio se refiere más bien a la salud biológica o física). Y de un criterio subjetivo (que hace referencia a la percepción de la salud por parte de quien la disfruta. Sería el «sentimiento de estar sano». Aquí los problemas a la hora de ofrecer definiciones generales son múltiples, dada la complejidad de los seres humanos implicados en el asunto. Las perspectivas variarán, fruto de circunstancias personales. Entramos así en una concepción de la salud más «biográfica», como indica D. Gracia⁵). Finalmente, tanto uno como otro, pero especialmente el segundo, deberán articularse en un medio social. Este tercer criterio nos dará la pauta para poder encontrar una articulación de todos los aspectos en la definición de salud. Si antes surgían la complejidad y la relatividad, ahora, además, aparecerán el dinamismo y la variabilidad en apertura del término.

P. Laín Entralgo ha estudiado con detalle este asunto.⁶ Según este autor, los criterios objetivos que nos permitirían acercarnos al significado de «sano» son: (1) un criterio morfológico, que se refiere a la ausencia de lesiones o alteraciones físicas; (2) un criterio etiológico: según el cual, la salud consistiría en la inexistencia de taras genéticas y/o agentes patógenos en el organismo.

⁵ Cfr. D. GRACIA (1991a).

⁶ Cfr. P. LAÍN ENTRALGO (1988) y (1978a).

mo del sujeto; (3) un criterio funcional: por él consideramos sano al hombre que puede considerarse «normal» en cuanto a las actividades orgánicas y a las funciones propias de la especie; (4) un criterio utilitario: por él se piensa como sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño; y (5) un criterio comportamental o conductual: según el cual es sano quien está integrado socialmente.

Se trataría, pues, de no mostrar síntomas de enfermedad. La OMS en su Informe Técnico del Comité de Expertos de la OMS, n.137 de 1957 definía la salud (en cuanto objetiva) en los siguientes términos: salud es «*el grado de conformidad que no exceda de los límites de valoración tolerables con las normas establecidas para determinadas características, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la colectividad y la región*».

En cuanto a los criterios subjetivos, el «sentimiento de estar sano» respondería a los siguientes motivos psicológicos: conciencia de la propia validez; sentimiento (no absoluto) de bienestar psicoorgánico (que puede ser un simple «silencio del cuerpo», es decir, la ausencia de manifestaciones corporales en sentido tanto negativo como positivo, o un verdadero sentimiento de bienestar que puede incluso llegar a ser placentero); cierta seguridad de poder seguir viviendo, es decir, no sufrir ninguna amenaza vital, aunque siempre quede cierta conciencia de la fragilidad de la vida humana; libertad respecto del propio cuerpo, es decir, que no obligue a actuar de un modo determinado o a prestarle atención, sino «poder contar con él», en sentido fuerte, para realizar los proyectos que uno tiene; sentimiento de básica semejanza vital con los demás hombres, de tal modo que no existan anomalías importantes con respecto al grupo y, finalmente, la posibilidad de gobernar de manera «suelta» el juego vital de la soledad y la compañía, es decir, ser capaz de alcanzar, en este aspecto, una cierta madurez.

Sin embargo, este criterio subjetivo requiere algunas matizaciones importantes: por una parte, todos estos «motivos psicológicos» están modulados por las condiciones propias de cada uno de los individuos, es decir, tendrán crucial importancia datos tales como la edad, el sexo, la raza, el biotipo, la situación histórica, social, cultural, económica, la personalidad propia, las experiencias pasadas, y, en definitiva, la circunstancia y ocasión biográficas. Por otra parte, en este sentimiento de estar sano se mezclan, como es obvio, los criterios subjetivo y objetivo, de tal modo que alguien objetivamente enfermo puede sentirse «sano» en un cierto sentido —si la enfermedad le sirve como modo de crecimiento personal, por ejemplo— y, viceversa, una persona aparentemente sana puede sentirse enferma, ya sea por causas externas o internas, o incluso por alguna «enfermedad» no de importancia o no manifiesta, como una incipiente neurosis.⁷ Ambos criterios son pues necesarios simultáneamente para poder hablar de la salud de una persona, y aun-

⁷ Las enfermedades mentales requerirían un capítulo aparte por su complejidad a la hora de que el individuo afecto pueda discernir su estado de salud.

que algunos autores tienden a pensar que el criterio objetivo ostenta cierta primacía, ya que presenta feacientemente un estado de no-salud, ninguno de ellos es suficiente, porque la salud no es la mera ausencia de enfermedad, no es su contrario, e implica muchos otros aspectos que es necesario tener en cuenta. «Estar sano» se presenta así como algo problemático.

A todo lo dicho debemos añadir ese tercer criterio, el socio-cultural, que ya fue apuntado. En él han de considerarse elementos tales como la franja socio-económica a la que el individuo o el grupo pertenece y la percepción que de la salud y la enfermedad se tiene en dicho contexto; las características histórico-culturales, en las que se define, por ejemplo, la normalidad de los estados y los comportamientos; el grupo social, la situación y la sensibilidad personal dentro de ese grupo; y la estimación de la salud que una sociedad tiene en un momento histórico determinado.

D. El valor de la salud y la salud como valor

Con todo esto e intentando no dejar de atenernos a todos estos criterios podemos hacer unas primeras afirmaciones:

Quizá el aspecto que más interesante y esclarecedor nos resulta de la salud es aquel que hace referencia a su relatividad. Suscribo, sin dudarlo, la frase de F. Nietzsche⁸: «*No hay salud en sí*. Toda salud es relativa a lo que se encuentra en el cuerpo del sujeto, al modo como éste lo vive y a lo que con ello quiere y/o puede hacer. Si encontramos cierta generalidad en el criterio objetivo o biológico, no es esto así en el criterio subjetivo o biográfico, en este caso, podríamos hablar de una cierta «salud moral»⁹, lo cual implica una búsqueda de una cierta «perfección» (entiéndase ésta como se entienda, esa es otra cuestión), que, evidentemente, no podrá ser universalizable (como sí lo es la salud física, al menos en unos ciertos «mínimos») sino que será, eminentemente, *mi* perfección (en donde se juegan los «máximos»).

Otra afirmación que me parece inexcusable hacer es que estar sano es poder estar enfermo, es decir, la enfermabilidad es característica inherente a la propia condición del ser humano, finito y falible. La salud total es una utopía de la que, sin embargo, nos cuesta librarnos. La aspiración a la salud, constante en la historia de la humanidad, ha de quedar minimizada en buena parte por un aspecto «proyectivo» de la vida humana. La salud es un medio para la consecución de unos fines y no un fin a conseguir en sí mismo. Porque «*No vivimos para estar sanos, sino que estamos y queremos estar sanos para vivir y obrar*», dice Siebeck¹⁰. La teleología debe caer del lado de los proyectos vitales, de los valores más importantes del ser humano. La sa-

⁸ Citada por P. LAÍN ENTRALGO (1978a) p. 199.

⁹ Cfr. D. GRACIA (1991a).

¹⁰ Cit. por SERRANO (1990) p. 6.

lud será el vehículo, o, mejor, uno de los soportes, para que puedan ser realizados, pero no es el único, ni imprescindible. De hecho *«la vida es una enfermedad que la muerte cura»*¹¹, el objetivo ha de ser llevar a cabo una vida plena, en donde las enfermedades puntuales, si existen, sean acicates para la realización personal, estímulos para la investigación científica médica, y catalizadores para una confrontación con la propia condición limitada humana.

Es claro que resulta imposible —tampoco sería deseable— establecer unos patrones fijos. La tendencia a la salud y a la felicidad (como expresión de un valor último) parece ser una constante en prácticamente la totalidad de los seres humanos, pero qué entiendan por salud, felicidad o bienestar será diferente en cada caso. Por otra parte, lo que confiere dignidad al hombre, según R. Dubos¹², es valorar algunos ideales por encima de la comodidad o incluso de la propia vida. El ser humano se expone deliberadamente a los peligros, tratando de escapar de su confinamiento biológico en la tierra. Por eso *«dondequiera que vaya, emprenda lo que fuere, encontrará siempre nuevos retos y nuevas amenazas a su salud y a su bienestar»*¹³.

En cualquier caso, un nivel mínimo de salud parece imprescindible para realizar la propia vida y, por ende, aquello que proporcione «la felicidad» del individuo. Sin embargo, el máximo quedará al arbitrio de ese ser que gusta de la libertad y de la variedad aún a costa de su dolor. El cómo de la comprensión de la salud y la enfermedad y, sobre todo, su integración dentro del proyecto vital de cada individuo, es propio de cada ser humano, y por tanto diverso, complejo y múltiple. La salud es, así un valor, que depende, en última instancia, de los objetivos que cada ser humano (privada o grupalmente) se haya propuesto.

A esto se añade el progreso tecnológico: la mejora en los métodos de diagnóstico, cada vez más rápida y eficaz, impide pensar en la posibilidad de que haya alguien totalmente sano. Esto nos introduce de lleno en el modo de concebir la salud en la actualidad. A finales del siglo XX, en la sociedad occidental, la salud presenta los siguientes rasgos: (a) tiene una estimación muy alta; (b) es producto de una operación técnica (aquí entra en juego el quehacer médico, la prevención, la intervención estatal en materia de higiene pública, etc.); (c) es objeto de derecho y de saber (implica a numerosas instancias que componen ese amplio conjunto llamado la «sanidad pública»); (d) tiene una relación, cada vez mayor, con cuestiones ecológicas, que tanto preocupan a nuestro mundo hoy en día.¹⁴

3.- Historia de la salud

Pero no siempre ha sido así. La historia de la salud es, en buena medida,

¹¹ Cfr. M. ARNOLD (1988).

¹² Cfr. R. DUBOS (1959) p. 301

¹³ Idem. p. 304.

¹⁴ Cfr. P. LAÍN ENTRALGO (1978a) pp. 200 ss.

la historia de la medicina. Saber y arte de la curación, es, desde su fundador Asclepio, insigne oficio de hombres dedicados a la filantrópica misión de la ayuda a los demás en sus penurias físicas y psíquicas por medio de una técnica, cada vez más lejos de aquella *techné* griega y más cerca de la tecnología punta actual.

Desde los códigos de higiene en el Levítico hebreo en el 1500 a.C., hasta los más avanzados métodos de diagnóstico y/o curación en los que interviene la informática, el médico ha sido siempre el sector más cercano a esa preocupación repetida por la salud. Sobre él han recaído responsabilidades y reclamaciones de quienes querían milagros más que curaciones, sobre él también las alabanzas, sobre él las acusaciones de intromisión y paternalismo, sobre él, finalmente, la sociedad y sus muchas y variadas instituciones, rodeando, mediatizando, influyendo y modificando su medio, convirtiendo el acto médico en algo muy otro de lo que comenzó siendo, pasando de una moral hecha de sentido común, como código deontológico básico e inapelable, a la continua puesta en duda de sus decisiones por instancias alejadas, pero relacionadas, con su actividad.

Sin embargo, los médicos siempre han salido airosos. La salud sigue siendo preocupación importante, tanto que se habla incluso de la excesiva medicalización actual de nuestra sociedad. Pero ¿cómo hemos llegado hasta este punto?

A. La medicina griega y su ideal de salud como equilibrio y ateniimiento al orden natural

En Grecia tenía su morada Higia, diosa de la salud, allá por el siglo IV a.C.. Hija de Asclepio, fundador de la medicina, dio lugar, entre otras cosas, a que la cultura helénica tomara como principal cometido para la prevención de la enfermedad, el cultivo del cuerpo. Los Asclepiades, sacerdotes de Asclepio, cuidaban de la salud del pueblo, en una civilización donde los deportes, el culto a un canon perfecto de belleza, la luminosidad y los sistemas matemáticos hacían furor. Uno de esos médicos fue Hipócrates (460-377 a.C.), que empezó a dar una base científica a la higiene y ha sido el paradigma de la profesión médica durante 25 siglos, en el mundo occidental¹⁵.

En el mundo griego, la enfermedad deja de ser vista como un castigo de los dioses, para empezar a ser comprendida como algo que es regido por leyes naturales. Hipócrates hace comprender a sus contemporáneos que el cuerpo enfermo pone en juego determinadas fuerzas naturales que tienden a restaurar el equilibrio perdido y, por ende, a restablecer la salud. El médico sólo debe aprovechar esta tendencia natural, para ayudar al enfermo a su curación.

¹⁵ R. DUBOS (1959) p. 150.

La salud permite al ser humano realizar su *Bios* propio, la vida en el mundo a que es llevado por su talento, su condición social y, en definitiva, su destino. La salud, es así, aunque frágil, un estado habitual que, a veces, se pierde, entrando en un estado morboso: la enfermedad. La salud queda, pues, en el mundo griego, identificada con la *justicia* (porque supone un buen orden de la *physis* humana, mientras que la enfermedad supone una alteración del buen ajuste de las cosas al cosmos ordenado), con la *pureza* (o limpieza, porque la impureza de la enfermedad es como una mancha en la *physis* individual y, por extensión, en la *physis* universal o macrocosmos), con la *belleza* (porque al perder el orden armónico y bello del cosmos la enfermedad, se convierte en desproporción, desmesura, pérdida del equilibrio y de la recta proporción)¹⁶. La salud es, así, un estado de la vida deseable y valioso y, también, un peculiar orden de la naturaleza (de la naturaleza humana), que es posible explicar racionalmente, e incluso científicamente. El médico no debe sino restablecer y conservar la justicia, pureza, belleza y recta proporción, constitutivos esenciales de la salud, cuyo último sentido y fundamento se halla en la *physis*.

Todo esto es lo que se refleja en los famosos *Tratados Hipocráticos* o «Corpus Hipocraticum»¹⁷. Escritos a finales del siglo V y principios del IV a.C., son obra de Hipócrates o de otros médicos de su generación que escribieron, bajo el influjo de ese interés en la regularidad y orden de la naturaleza, tratando de explicitar los fundamentos teóricos de su arte y confirmando la validez de su ciencia.

El médico dedica su tiempo a tratar al enfermo como lugar donde restablecer un equilibrio natural, pues la enfermedad es algo anti-natural, incomprensible y, en la medida en que rompe el orden del Cosmos, inmoral. Así, el acto de la asistencia médica cobra una especial dimensión ética. El médico se convierte en un moralista: si el justo medio, el equilibrio o la neutralidad, es el principio rector de las virtudes morales, esto se da también en la medicina en forma de restablecimiento del equilibrio moral del paciente. Es decir, el médico vela por el mayor bien del enfermo: su rectitud moral¹⁸. Esto se convierte en imperativo ético, ya expresado en los *Tratados hipocráticos*: se trata de «favorecer o no perjudicar» (que en este momento se entienden como sinónimos), una regla que es, aún más, un problema técnico y moral. El médico adopta una actitud paternalista en la que el mayor bien del enfermo es el principio rector, aun cuando la voluntad del afectado sea contraria. La autonomía moral no tiene sentido en este contexto.

En Roma, los ideales griegos se transforman en medidas de higiene pública. El urbanismo cobra un papel estelar en cuanto al saneamiento del medio. Sin embargo, la época medieval y sus grandes epidemias, convierten en

¹⁶ Tomamos, en estos párrafos, como base, la obra de IAIN ENTRALGO (1970).

¹⁷ La historia de la medicina griega es mucho más larga y compleja. Sobre los *Tratados hipocráticos* y el comienzo de la ética médica cfr. D. GRACIA (1989b).

¹⁸ Cfr. D. GRACIA (1989b).

inútil todo el esplendor anterior. La asistencia sanitaria se convierte en una actividad caritativa, los hospitales y albergues funcionan como almacenes de enfermos donde la falta de cuidado en cuanto a contagios, etc. no hace sino ser un foco de proliferación de las enfermedades. En 1348 se empiezan a aplicar las cuarentenas, pero no se conocen los agentes ni los mecanismos de infección. Sólo en el siglo XVIII comienzan a utilizarse medios de profilaxis que originan todo un nuevo modo de concebir la medicina.

B. Los cambios en la concepción de la tarea médica. El paso del principio de beneficencia al principio de autonomía

Si para el griego era natural que las cosas fueran sanas y la explicación la necesitaban los procesos de enfermedad, el hombre moderno piensa que la enfermedad es algo natural, y lo no natural, mero concepto ideal, es el estado de «perfecta salud»¹⁹.

Esto implica que el principio de beneficencia va siendo complementado (no sustituido) por otro nuevo principio, definitorio de la Modernidad: el principio de autonomía. El ser humano empieza a definirse, no como un elemento más de la naturaleza, sino como alguien que está por encima de ella. El hombre no es un ser natural, es un ser moral. Y el orden moral es un orden humano, no natural. Es, como dice D. Gracia²⁰ un «ordo faciendus» y no un «ordo factus» o natural. La tarea del hombre está en su dimensión moral; sólo es auténticamente humana la moral autónoma, frente a la heteronomía del orden natural.

En este clima en el que se tiene plena conciencia de que todo ser humano dispone, en principio, de libertad completa para ordenar sus actos y su persona según su voluntad, surgen las primeras declaraciones de los derechos humanos²¹.

Una vez que queda establecida esta nueva manera de entender la moral humana, quedan implantadas las bases para entender la salud de un nuevo modo: la salud se convierte en un derecho, al que todos tienen acceso; se empieza a comprender que el Estado debe, en justicia, posibilitar ese acceso a la salud de manera igualitaria; el enfermo no queda a disposición y obediencia del médico, sino que aprende a reclamar sus derechos como paciente autónomo con capacidad de decisión; la salud se tecnifica de tal mo-

¹⁹ Cfr. D. GRACIA (1989b) p. 41.

²⁰ D. GRACIA (1989b) p. 122-3.

²¹ Habría mucho que decir sobre el tema de los derechos humanos y, en concreto, sobre el derecho a la salud. La brevedad de este escrito impide extenderse más allá de unos someros comentarios. Puede verse a este respecto, por ejemplo: DÍAZ, Elías; (1973) *Estado de derecho y sociedad democrática*. Edicusa. Madrid. FERNÁNDEZ, Eusebio; (1984) *Teoría de la justicia y derechos humanos*. Debate. Madrid. DE LORENZO, A.; (1976) «Los derechos humanos y el derecho a la salud». *Tribuna médica*. n. 676-679, 1-8-15-22. NICOLÁS ORTIZ, C. (1983) *El derecho a la salud y los derechos humanos*. Madrid. Encuentro.

do que la medicina es cuestión de ciencia y tecnología avanzadas... Todo esto es la salud en nuestros días.

C. La Medicina social. El principio de justicia. La igualdad y el derecho a la salud

Una vez que se ha empezado a hablar de derechos y de autonomía, la salud empieza a aparecer como un derecho fundamental, unido al del trabajo. En 1883 surge la medicina socializada en Alemania y en 1911 aparece en Reino Unido. La vida natural, regida por la vida moral, empieza a encontrar una tercera instancia a tener en cuenta: la vida social. Cultura, economía, sociedad, política, son términos que empiezan a caminar de la mano. Ya no será posible hablar de la salud sin tener en cuenta la situación del individuo dentro del grupo, la planificación sanitaria de la sociedad en la que se integra o la distribución de recursos para el conjunto de la población.

La ideología liberal de finales del siglo XVIII (con Adam Smith al frente) se impone, desde la economía, a todos los ámbitos de las sociedades modernas. Se busca la libertad económica con el objetivo de obtener el máximo beneficio para todos. Y este liberalismo encuentra su expresión política en el sistema liberal, democrático y parlamentario, regido por la carta de derechos humanos civiles y políticos.

El nuevo modo de ordenación de la sociedad implica un intervencionismo estatal en materia de salud. Aun cuando se separan claramente la moral privada (conquista notable de la modernidad) y la moral pública (nuevo ámbito jamás antes distinguido de lo privado), la salud pasa a ser asunto no sólo de cuidado personal y responsabilidad individual, sino también de preparación, por parte del Estado, de unos ciertos mínimos que se hacen ampliables a todo el conjunto de la sociedad, sin distinción, y que encuentran su materialización en los planes de salud colectiva, lo que se ha dado en llamar la «Medicina social». La sanidad se convierte en un derecho, en el que conviven igualdad y justicia. Aquí hace su aparición un nuevo e importantísimo concepto: la justicia social.

El recorrido del concepto de justicia es largo²², para nuestro somero «paseo por la historia», valga tan sólo decir que será necesario llegar a una concepción de la justicia como igualdad social para que la salud sea un derecho estricto, exigible en justicia.

Los derechos empiezan a recogerse en las constituciones de los países en 1848, en Francia. El seguro médico dentro del sistema general de seguros sociales es, como se ha dicho, una conquista de 1883, hecha por Bismarck y su idea de las «*Krankenkassen*», recogida después en la constitución de Wei-

²² Cfr. D. GRACIA (1989b).

La definición de la salud

mar de 1919 y, desde entonces, en las constituciones de todas las naciones democráticas.

Desde el derecho a la salud, protegido por el Estado, y especificación del principio de libertad, hemos pasado al derecho a la asistencia sanitaria, promovido por el Estado y deducido del principio de igualdad. Y desde el momento en que podemos hablar de igualdad social, hemos pasado a otro modo de concebir la justicia: ahora se trata de justicia social. Sin embargo, aún hay que dar algunos pasos más hasta llegar a la justicia social de nuestros días:

Una vez que podemos hablar de salud para todos, se plantean innumerables problemas de recursos limitados, falta de aprovechamiento o incluso mal uso de aquellos de los que se dispone, etc. Si la salud había empezado a parecer «un negocio» en cuanto que las inversiones en cuestiones de sanidad siempre eran rentables a largo plazo por los beneficios obtenidos de horas laborales no perdidas, etc., ahora empieza a surgir la preocupación por un exceso de asistencia sanitaria. En éste, como en tantos otros casos, el bien del individuo no puede superponerse a los beneficios, a la utilidad de los sistemas que se pongan en marcha para articular ese bien. Por eso empieza a buscarse una solución intermedia entre la utilidad y la felicidad: surge un nuevo objetivo que es, a la vez, económico y político. Su nombre: *bienestar*.

La maximización de la utilidad y la búsqueda del mayor bien (felicidad) para el mayor número constituyen el bienestar, la consigna de las primeras décadas del siglo XX. La justicia ha quedado como mera utilidad pública. «La «economía del bienestar» (*Welfare Economy*) y el «estado de bienestar» (*Welfare State*) han sido, de algún modo, el resultado de esta convergencia del liberalismo y el socialismo bajo el principio rector del bienestar.»²³

D. La salud en el momento actual

Desde los primeros sistemas de seguros ya mencionados, las *Krankenkassen* de Bismarck, se fueron sucediendo otros semejantes hasta una nueva crisis económica: la de 1929. Para salir de ella, una de las alternativas que se puso en práctica fue el llamado *New Deal* de F.D. Roosevelt, que, poco después, se vio complementado por las teorías económicas de J.M. Keynes.

Keynes propugnaba un cambio de algunos puntos de la economía liberal clásica, como modo de salir de la crisis. Frente al *laissez-faire* del juego de la oferta y la demanda, es necesario —según él— recurrir a un nuevo e importante intervencionismo estatal en economía, que permita corregir, cuando sea requerido, las tendencias del consumo. Se trata de un control estatal de la economía que se conoce con el nombre de *neocapitalismo*²⁴. Frente al ahorro para la posterior inversión de la economía liberal clásica,

²³ Idem p. 262.

²⁴ Cfr. para este apartado el artículo de D. GRACIA (1984c).

con su ética conservadora, se plantea la necesidad, o mejor, la virtud, del consumo. El centro de la economía debe radicar en el consumo, puesto que éste es el móvil económico más fuerte para los seres humanos. Sólo así puede lograrse el progreso en materia pecuniaria. Ahora bien, si los ciudadanos deben consumir, para ello requieren una serie de seguridades que les permitan librarse de la preocupación por el futuro o los accidentes de la vida. Por eso, ahora, es el Estado el que se encarga de establecer un buen sistema de seguridad social. Así, la teoría económica encuentra su proyecto político; una idea que se llevó a cabo, sobre todo, a partir de la segunda guerra mundial.

El *neocapitalismo* en economía, es *sociedad de consumo* en el campo social y *estado de bienestar* (*Welfare State*) en el nivel político. Se busca el bienestar de los ciudadanos de una sociedad porque, entre otras cosas, la salud es un «bien de producción».

Cambia así, la definición de salud, y, por ende, se produce una modificación en el modo de entender la función y objetivo de la medicina. La ética utilitarista que subyace a los planteamientos económicos de la salud, se dirige, en última instancia, a una reivindicación de la salud como bien de consumo. La ética del bienestar no puede sino producir una medicina del bienestar, en la que la salud sea identificada con el bienestar. Esto es lo que sucede cuando se constituye la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) en 1946.

Después de la segunda guerra mundial, con el miedo al potencial destructor que el mismo hombre ha creado, anulado el sistema nazi (la otra alternativa a la salida de la crisis económica) y con el WELFARE STATE reinando por doquier en las democracias occidentales, el nuevo organismo que surge dentro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para velar por la salud y el bienestar de la humanidad, la OMS, recoge, en su documento de Constitución, la siguiente definición:

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»

La salud, identificada, como nunca antes lo había estado, con el bienestar, en un sentido mucho más amplio que la mera positividad contraria al estado de enfermedad, amplía su perímetro de tal modo que toda la vida humana queda invadida por su influjo. La medicina se convierte en un nuevo poder, capaz de dictaminar lo normal, lo bueno y lo justo en diversos ámbitos, pues casi todos ellos, en una u otra perspectiva, pueden considerarse relacionados con la salud, cuando ésta es concebida de un modo tan amplio. Y, puesto que la enfermedad es universal, este poder se cree también con alcance para toda la humanidad. Esto implica un exceso de medicalización de nuestra sociedad (en todos los ámbitos: política, economía, ética...), que afecta, lógicamente, a ese Estado benefactor y protector que ahora queda preocupado, casi en exclusividad, por la asistencia sanitaria y la higiene pública.

La definición de la salud

El nuevo objetivo económico, social, político y cultural que es el logro del perfecto bienestar en todos los ámbitos no define una situación de hecho sino una tendencia deseable, un deber ser, una norma de moralidad. Por eso, podemos hablar de la nueva moral del siglo XX: la moral del bienestar.

Esto origina toda una reestructuración de la sociedad: los nuevos y diversos avances del saber médico no hacen sino establecer las bases sobre las que una sociedad, que ya ha superado sus necesidades básicas, puede encaminarse hacia la consecución del bienestar social. La importancia de la salud adquiere cotas jamás alcanzadas antes, pues alrededor de ella gira toda la sociedad. La salud se convierte en uno de los derechos, reconocidos en la legislación internacional, de mayor peso. Sin embargo, el optimismo inicial se ve vencido por el cotidiano discurrir de la salud de nuestras sociedades. Más aún cuando, sin que nadie hubiera pensado en ello, sobreviene, inesperadamente, una nueva crisis económica, la de 1973. Fruto de un «error de cálculo» en las interminables cálculas en que han invertido su tiempo los economistas respecto a la relación coste/beneficio. En el campo sanitario hay fuertes inversiones y exiguos beneficios. El estado de bienestar está en crisis.

La salud es un derecho, claro está. Pero también se ha convertido en una obligación en cuanto que cada individuo debe hacerse responsable de la suya propia para no «defraudar» a la sociedad que se preocupa, vía seguro sanitario, de ella. Quien no se ocupe de estar sano resulta un marginado social por no atender a lo que tan importante y tan caro resulta para su comunidad. Pero, ¿hasta dónde llega la obligación, «por justicia» de atender sanitariamente? Como bien socializado y como objetivo, que acaba por «perder el Norte» buscándose a sí misma como fin, y no como medio, la salud, ideal de inversión estatal, empieza a ser criticada por su insostenible crecimiento en gastos: se denomina la *explosión de costes*.

El desempleo fomenta que el número de contribuyentes para sostener el erario público sea cada vez menor, además, las prestaciones son cada vez mayores, aumentando el gasto. El desequilibrio es inmediato. Sin embargo, la solución no es fácil, porque las reformas que se introduzcan deben asegurar a toda costa que las personas que dependen de su sistema de asistencia no dejen de percibir su ayuda, pero que no sean remisos, por falta de motivación, a buscar un buen trabajo, y que quienes soportan los gastos no tengan que aportar cada vez más. Todo esto hace que la sanidad sea un problema por resolver y que las soluciones tiendan a lo más básico: asegurar unos niveles mínimos de asistencia primaria.

Esta es la política de la OMS con su programa «Salud para todos en el año 2000», con el que se busca el grado más alto posible de salud para toda la humanidad. El completo bienestar se convierte ahora en la búsqueda un nivel mínimo indispensable de salud, que permita una vida económicamente productiva. La justicia social se olvida de procurar el perfecto bienestar, basta con una atención primaria que permita la productividad y el rendimiento económico, la medicina vuelve a ser bien de producción.

Sin embargo, algo hemos perdido por el camino: Los pacientes tuvieron que pasar por ser cuasi esclavos de los médicos durante mucho tiempo, en el cual el paternalismo bien intencionado de los «hacedores de la salud» quedaba merminado por su absolutismo a la hora de decidir sobre la suerte de los enfermos, que no tenían derecho a protestar ante un bien avalado profesional que dominaba su arte. Les costó mucho empezar a ser considerados seres moralmente autónomos, dueños de sus vidas y de su salud y, por tanto, con capacidad de decisión sobre los tratamientos, intervenciones, etc. que se practicaran en sus cuerpos. Hubo que pasar por tribunales y juicios para conseguir que se respetara un derecho que ahora nos parece evidente, como es el consentimiento informado²⁵. Finalmente, se reconoció la capacidad del individuo enfermo incluso para pedir reparaciones y demandar a su médico, no ya si había agresión o negligencia en el ejercicio de su profesión, sino, incluso, si se pasaban por alto las exigencias o deseos previamente expresados por parte de un paciente en pleno uso de sus facultades. Todo esto, articulado con el principio de justicia que viene a racionalizar el uso de los recursos sanitarios y a integrar el quehacer médico y la relación médico-paciente dentro del grupo social, con todo lo que ello implica, pareció ser un ideal más cercano ya a nuestras posibilidades reales, es decir, a su realización práctica. Y de hecho, en muchos casos, así es. Sin embargo, ¿hemos acabado con el paternalismo feroz?

El enfermo, que había conseguido ser considerado autónomo, ve ahora cómo el Estado se apodera de su capacidad de decisión y domina el ejercicio de la medicina de tal manera que incluso obliga, como mencioné antes, a estar sano. El Estado de bienestar se ha convertido en «Estado benefactor» o «Estado de beneficencia».

Surge ahora una nueva manera de enfocar el tema. La salud depende de su contexto. Crear unas condiciones ambientales que propicien una vida sana es un objetivo no sólo médico sino incluso ecológico. La salud empieza a convertirse en materia de unos planteamientos mucho más globales en los que, por una parte, el sujeto enfermo, en sentido total, es el que debe ser tratado, ya que *«es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente»*²⁶, y, por otra, puesto que las características del medio determinan la enfermedad, sus tipos, manifestaciones e incidencia, es necesaria toda una filosofía social que considere el modo de articular el desarrollo económico con un medio ambiente sano que propicie la salud. Esta es la nueva consig-

²⁵ Sobre el tema de derechos de los enfermos cfr. por ejemplo: D. GRACIA, «Los derechos de los enfermos»; L. SANJUANBENITO, «Carta de los derechos de los enfermos»; N. AGUILERA, «La lesión de los derechos de los enfermos: una enfermedad crónica», todos ellos recogidos en J. GAFO (ed.) (1986); también el monográfico sobre derecho sanitario de la revista *Jano* nº 664 - H, vol. XXIX, de Nov. 1985.

²⁶ Osler. Cit. por R. DUBOS (1959) p. 158.

La definición de la salud

na: no se trata de consumir mucho, sino de consumir bien²⁷. Se trata de buscar la *calidad de vida*.

Precisamente a analizar la idoneidad de este nuevo concepto de salud, propugnado por la OMS, dedicaré las próximas páginas.

4.- La definición de salud de la OMS: analisis

A. La OMS y su definición de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una institución especializada de las Naciones Unidas, con sede en Ginebra. Fundada en Nueva York el 22 de Julio de 1946, ha continuado la heredad de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones y de la Oficina Internacional de Higiene Pública, que se ocupaba de la defensa contra las epidemias²⁸.

El objeto de la OMS es, según su constitución, «conducir a todos los pueblos al nivel de salud más elevado posible». Para ello lleva a cabo planes de defensa contra epidemias, programas de estandarización biológica, prevención de enfermedades, coordinación de investigaciones internacionales, etc.²⁹

En esa primera Conferencia Internacional de la Salud, en la que se constituyó la OMS, se establecieron sus bases y objetivos³⁰. Vela por la salud y el bienestar de la humanidad, desde su situación de organismo dependiente de la ONU. Su definición de aquello que va a ser su preocupación fundamental: la salud, aparece en ese documento inicial, como declaración de principios sobre los que se sustentará todo su trabajo: *La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*³¹.

Como se ha dicho anteriormente, aparece por primera vez una identificación entre salud y bienestar. Nunca antes había sucedido esto. Nunca antes un organismo internacional de la importancia de la OMS se había declarado tan a favor de un concepto que amplía su círculo más allá de lo físico, hacia lo psíquico y lo social, y que tiene innegables connotaciones económicas y políticas. Esto sólo es comprensible en el ámbito del *Welfare State* y

²⁷ D. GRACIA (1985).

²⁸ Cfr. P. CORTINA, «Organismos internacionales en relación con la salud» en PIEDROLA Gil. (1991).

²⁹ Cfr. MORICHAU-BEAUCHANT (1967).

³⁰ La Constitución de la OMS se ratificó el 7 de Abril de 1948, por 26 Estados miembros de las Naciones Unidas, por ello, cada año se celebra, en esa fecha, el Día Mundial de la Salud. (Dedicado siempre a un problema sanitario de interés general). España entró a formar parte de la OMS en 1951, durante la IV Asamblea Mundial de esta Organización.

La Constitución de la OMS adoptó algunas modificaciones en 1976 (XXVI Asamblea Mundial de la Salud) y en 1984 (XXIX Asamblea).

³¹ OMS (1990) p. 1.

en el contexto de una lucha por el reconocimiento de los derechos del individuo, entre los que se cuenta el derecho a una «vida sana».

B. Crítica de la definición de la OMS

Una de las características más sorprendentes de la definición de la OMS, es que establece, de algún modo, una relación intrínseca entre aquello que puede ser un bien para el cuerpo y lo que puede serlo para el yo, digamos, lo interno. Esto desbarata cualquier posible dualismo e introduce una interesante relación, aceptada casi de manera unánime, entre la persona física, la persona que siente, piensa y padece y la persona que convive en un medio social, un mundo en el que integrarse y que lo modifica y se deja modificar.

El modo de estar el ser humano en su medio es alterándolo, pero también siendo modelado por él. Por eso, es importante y loable que la definición de salud que ofrece un organismo como la OMS, atienda a este contexto amplio en el que se desarrolla y muestra lo humano. Así, la definición asume que la salud es una parte de la vida, aunque una parte sumamente importante y que su logro equivale a obtener una parte de la felicidad; también toma en cuenta el hecho de que los seres humanos son libres y responsables de su salud. Por otra parte, reconoce que la medicina tiene un gran papel que ejercer en el tema de la salud, pero que no es absoluto, sino limitado; que no puede resolver todos los problemas sociales, políticos, económicos y/o culturales, relacionados con la salud, porque la medicina no es norma de moralidad, sólo un ejercicio necesario y deseable que permite que los individuos estén sanos, base importante para la realización posterior de sus proyectos. La medicina salva vidas, pero no salva sociedades. Y la salud es algo tan amplio, complejo y relativo que la medicina no puede decir la última palabra. Ni siquiera puede hacerlo una definición como la que aquí analizo.

Sin embargo, la definición peca de optimista, a la par que de exceso de confianza. Sus expectativas son demasiado amplias. El ideal de la salud perfecta, hace tiempo que quedó como mera utopía. La salud, ya no considerada como lo opuesto a la enfermedad, sino como algo mucho más amplio en lo que entra a tomar parte lo social, se convierte en un ámbito extenso que se superpone a casi toda la vida y que la acapara, introduciendo una nueva y terrible servidumbre: la esclavitud a la sanidad, con todas las deficiencias que esto produce y que ya he destacado anteriormente.

Como opina D. Callahan³², la asociación de salud y bienestar como ideal positivo ha dado lugar a no pocos inconvenientes. Entre ellos la tendencia a definir todos los problemas sociales en términos de salud, la desaparición

³² D. CALLAHAN (1973).

de la separación entre las responsabilidades de los médicos y el orden político, etc. «Así, la lucha contra la injusticia se convirtió en la esperanza de una justicia total, la lucha contra la enfermedad y la pobreza se convirtió en la esperanza de una salud y una riqueza totales, la lucha contra el malestar se convirtió en la exigencia de un bienestar óptimo»³³.

El Dr. Andrija Stampar, profesor y rector de la Universidad de Zagreb, y quien propuso la definición de salud que recogió la OMS en 1946, introdujo un idealismo optimista que coincidía con el contexto postbélico y los afanes de reconstrucción y escarmiento a partir de los errores pasados. Pero su ideal choca con la realidad. El derecho a la salud se concreta en el derecho a la asistencia sanitaria y se encuentra con la limitación de recursos, con políticas cuyos valores máximos presiden una distribución de medios quizá no acorde con la búsqueda del mayor grado posible de salud, con lugares donde no existen siquiera las estructuras básicas donde empezar a colocar el empeño por lograr un mínimo de salud. El derecho a la salud es exigible por justicia social, pero faltan medios, previsiones... La pobreza, las frustraciones, la incultura, la falta de educación sanitaria, son causas de la poca salud de nuestro mundo. Y las metas de la OMS son difícilmente alcanzables, tanto por causas prácticas (condiciones económicas y psicológicas) como por otras como el hecho de que la frontera entre salud y enfermedad no es rígida, sino que cambia con los avances de la medicina³⁴ y depende del sistema de valores de una sociedad.

En el fondo, la definición de la OMS aboga por un ser humano socializado, cuya felicidad depende en buena parte de la sanidad. Sin embargo, esto no deja de ser una restricción en la medida en que no parece haber ninguna razón de peso para pensar que la medicina puede hacer más que una pequeña contribución a la felicidad de las personas. La medicina no es productora de bienestar social y felicidad, por mucho que así se nos quiera hacer creer. Y, desde luego, tampoco es criterio de moralidad. La salud no puede convertirse —aunque de hecho lo hace— en obligación o imposición, sino tan sólo en posibilidad.

C. Alma-Ata. El Programa «Salud para todos en el año 2000». Atención primaria de salud

Después de haber chocado con estos inconvenientes, la OMS convocó, en 1978, una Conferencia Internacional en Alma-Ata (Unión Soviética) en la que se ratificaba la definición de salud establecida en 1946, contrariamente

³³ De Wachter (1985) cit. por M. ARNOLD (1988) p. 31.

³⁴ El progreso metodológico posibilita una comprensión cada vez mayor y más exacta de las posibles desviaciones de lo considerado «norma», de tal modo que aumenta el volumen de enfermos objetivos, por mucho que mejore la medicina curativa. Los márgenes de actuación se amplían, los pacientes aumentan.

a lo que pudiera pensarse (a causa de la crisis de 1973 y el duro golpe sufrido por el Estado de bienestar). Esto es lo que dice:

«La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

(...) Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social³⁵.

La utopía del «completo bienestar» queda aquí suavizada por el establecimiento de unos niveles de salud (primario, secundario y terciario), dentro de los cuales, se establece como mínimo indispensable a ser garantizado por todos los Estados, el de la atención primaria, que se define como asistencia sanitaria esencial conducente a establecer el mínimo que permita llevar una vida social económicamente productiva. La salud como bienestar, se ha convertido ahora en salud como productividad. Los Estados, tras la crisis económica de 1973, ya saben que no pueden alcanzar ideales muy altos en materia de salud. Por eso establecen un objetivo más alcanzable: el proyecto «Salud para todos en el año 2000», que no es sino el logro de ese mínimo, considerándolo como el más alto grado de salud posible para toda la humanidad.

Este proyecto, adoptado en 1977 en la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA30.43, tomado después como suyo por la ONU (en 1979) y aprobado por otros organismos que colaborarán con la OMS en su consecución, es el que ahora se está llevando a cabo. Va dejando claro, con el tiempo, que la salud es cuestión de política y de economía, como ya sospechaba en su momento R. Virchow.

Aún con estas considerables restricciones al ideario inicial, los problemas son muchos porque, por ejemplo, hay un gran número de países que no pueden sufragar los gastos de una infraestructura adecuada para ofrecer,

³⁵ OMS/UNICEF; (1978) *Atención primaria de salud*. Alma-Ata. OMS. Ginebra.

La definición de la salud

al menos, esa asistencia primaria. La salud dependerá ahora de la distribución de los recursos escasos, de la toma de decisiones conforme al baremo coste/beneficio, y de una determinada política sanitaria. Para asegurar unos mínimos que garanticen la producción (es decir, tomando la salud como «capacidad de trabajo») establece unas metas mínimas del nivel sanitario (Asamblea XXVII de Octubre de 1980), tales como la esperanza de vida, el índice de mortalidad, y otros criterios semejantes. Conforme a ellos, cada Estado establece sus propias estrategias regionales, para adaptarlas a sus necesidades y posibilidades. De este modo, se contempla la posible diversidad, habiendo establecido unos mínimos comunes.

Esto quiere decir, por otra parte, que la salud se puede medir. ¿Cómo? Mediante unos «indicadores de salud» estandarizados. Estos indicadores, útiles, pero no explicativos, permiten una evaluación que, sin embargo es cuestionable. Las conclusiones gratuitas que se obtienen de unos datos que sólo son auxiliares de una valoración más amplia y pormenorizada, son peligrosos porque se transmiten a la opinión pública sin matizaciones que permitan apreciarlos con mayor perspectiva. Así se introducen imágenes del mundo ciertamente alejadas de la realidad que son instrumento de posibles manipulaciones ante las cuales es necesario estar prevenido.

Pero, al margen de su posible mal uso, los indicadores tienen una inexcusable utilidad. En el programa «Salud para todos en el año 2000», la OMS propuso (en 1981) también los suyos, que permitirán ir rectificando las actuaciones que se vayan llevando a cabo hasta el fin de siglo.

Propone cuatro categorías de indicadores³⁶: indicadores de la política sanitaria; indicadores sociales y económicos; indicadores de la prestación de atención de salud; e indicadores del estado de salud, incluida la calidad de vida. Justifica asimismo su utilización por la definición de «salud para todos»: «grado de salud que permita a todos los ciudadanos del mundo llevar una vida social y económicamente productiva». Destaca, además, la importancia de la información necesaria para cada uno de los indicadores, las fuentes de datos, los métodos para compilarlos, el análisis de esos datos, sus criterios de selección (conforme a la viabilidad del acopio de información requerida), así como la necesidad de que estas evaluaciones y vigilancia se efectúen en todos los países y también a nivel internacional. Los indicadores permiten medir los cambios, siempre y cuando cumplan ciertos requisitos de validez, objetividad, sensibilidad a los cambios y especificidad en su rango de medición.

D. Algunas conclusiones

La declaración de Alma-Ata está especialmente dedicada a las áreas de-

³⁶ *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. OMS Ginebra 1981.

primidas, ya que en lo que se refiere a asistencia primaria, son estas zonas las que producen una mayor preocupación. Sin embargo, además de la falta de recursos en estas poblaciones, en muchos casos se trabaja con grupos de personas que son pasivas en cuanto a la construcción de un sistema sanitario, porque son excesivamente dependientes de él y no tienen iniciativas o porque no han pasado por una educación sanitaria, en la que se les haya insistido en la necesidad de la participación responsable de la población. La salud es problema de toda la sociedad; del Estado en cuanto a acciones y normativas, del individuo en cuanto responsable de su propia salud y participante activo de la salud global.

El intento es importante, el objetivo difícil. Mientras que los países ricos (que constituyen un tercio de la población mundial) tienen como preocupación fundamental poner los medios para lograr una mayor duración de la existencia y, en algunos casos, una mejor calidad de vida; en los países más pobres (que son mayoría creciente de población) la preocupación fundamental es la subsistencia. Hablar de la salud en términos de crecimiento personal, realización de proyectos, etc. no deja de ser un discurso inconsistente cuando el clima adverso, la falta de recursos, la desnutrición y el analfabetismo tienen a la mayor parte de la población en un estado en el que, si cabe, se puede hablar sólo de salud física, entendida como condición mínima de supervivencia.

¿Ha entrado entonces en contradicción la OMS pretendiendo un objetivo basado en la utilidad pero generalizable al contexto global de la población?

Los criterios utilitaristas y economicistas del mundo occidental desarrollado son fruto de su historia. El modo actual de organización socio-político-económica no permite otro planteamiento. La planificación sanitaria se realiza conforme a aspectos tales como la distribución justa de recursos, pero esto no quiere decir lo mismo en un país rico que en uno que carece de casi todo. La «utilidad» de la salud, como medio de producción, encuentra su aplicación sólo en las sociedades en las que un trabajador produce y consume para seguir produciendo. Es evidente que «la mayor salud para el mayor número» no puede ser la máxima de actuación. La OMS se ha dado cuenta de ello, y aboga por una salud para todos, al menos un mínimo indispensable. Por eso no podemos decir que haya apostado por un criterio utilitarista, aunque sí tenga un interés excesivamente economicista en algunos aspectos. Más bien tiende a argumentos generalizables, basados en una cierta solidaridad, en los que, sin embargo, se traslucen las diferencias brutales entre las distintas poblaciones. Y, esto sí, tiende, cada vez más, a introducir elementos «planetarios».

La salud, como casi todos los aspectos de nuestra vida actual, quedan ya escasamente restringidos a nuestro ámbito particular. Frecuentemente tienen consecuencias que, inmersas en un marco global, producen resultados también a escala más amplia. Por eso, las actitudes que se van imponiendo tienden a plantearse en términos mundiales, internacionales, multilaterales, interdisciplinarios, en este sentido «planetarios». Y la palabra no es azarosa. Porque el desarrollo, desigual y mal repartido, ha originado una preocupa-

ción común por el futuro. Y el futuro lo es del planeta entero. La superpoblación, la escasez de materias primas, la contaminación o la destrucción de los bosques, asuntos todos que, en definitiva, afectan a nuestra salud, son problemas de todo el planeta y revierten en desgracia colectiva si escapan de nuestras posibilidades de control³⁷. Por eso, los discursos éticos contemporáneos (y en ellos se sitúan las reflexiones sobre la salud) no pueden sino hacer ética para el futuro. Porque las decisiones de hoy producirán frutos en el mundo de mañana.

A pesar de las deficiencias, la OMS hace un esfuerzo considerable. Millones de personas, movidas por un afán solidario y humanista, también. La salud es problema de todos. La responsabilidad nos atañe a cada uno de nosotros.

Bibliografía citada en las notas

- ARNOLD, Michael; (1988) «Salud para todos. Derechos y realidades». *Jano* vol.35, n.extra p. 29-42 .
- CALLAHAN, Daniel; (1973) «The WHO Definition of 'Health'». *Hastings Center Studies*. vol. 1, nº 3, pp. 79-87.
- DÚBOS, René; (1959) *Mirage of Health. Utopias, Progress, and Biological Change*. Harper & Row. [Trad. esp.: *El espejismo de la salud. (Utopías, progreso y cambio biológico)*. FCE. México, 1975.]
- GAFO, J. (ed.); (1986) *Dilemas éticos de la medicina contemporánea*. UPCM. Madrid.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1984c) «Medicina social». *Avances del Saber*. Labor. Barcelona, pp. 179-211.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1985) «Ética de la calidad de vida» *Jano* 645, pp. 47-56.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1989b) *Fundamentos de Bioética*. Eudema. Madrid.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1991a) «Modelos actuales de Salud. Aproximación al concepto de salud». *Labor Hospitalaria*. nº 219, vol. XXIII, pp. 11-14.
- KASS, Leon R.; (1975) «Regarding the End of the Medicine and the Pursuit of Health». En Beauchamp, Tom L. & Walters, Leroy (eds.) *Contemporary Issues in Bioethics* Wadsworth Pb. Co. Belmont, California. (1978) pp. 99-108.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro; (1970) *La medicina hipocrática*. Revista de Occidente. Madrid.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro; (1978a) *Antropología médica*. Salvat. Barcelona
- LAÍN ENTRALGO, Pedro; (1988) «Qué es la salud». *Jano* (n. extra)
- MORICHAU-BEAUCHANT, J.; (1967) *La santé dans le monde*. Presses Univ. de France. [Trad. esp.: *La salud en el mundo*. Oikos-Tau. Barcelona, 1971.]
- OMS; (1990) *Documentos básicos. (Con modificaciones adoptadas hasta 31*

³⁷ Sobre la postura de la OMS frente a los problemas ecológicos, cfr. Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo, *Nuestro futuro común*. Alianza. Madrid, 1988. En esta misma línea, destacando la importancia de la educación en estos temas: F. MAYOR ZARAGOZA, *Mañana siempre es tarde*. Espasa Calpe. Madrid, 1989.

- oct. 1990). OMS. Ginebra.
- PARSONS, Talcott; (1958) «Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure» en Jaco, E.G. (ed.) *Patiens, Physicians and Illness*. Nueva York. The Free Press.
- PIEDROLA GIL, Gonzalo et. al.; (1991) *Medicina preventiva y salud pública*. Salvat. Barcelona.
- SERRANO GONZÁLEZ, M.I.; (1990) *Educación para la salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodológica*. Díaz de Santos. Madrid.
- STEINFELS, P.; (1973) «The Concept of Health. An Introduction». *Hastings Center Studies*, vol. 1, n. 3, pp. 3-6 y 88.

Bibliografía complementaria

- ARTELLS, J.J.; (1985) «Economía de la salud: una perspectiva». *Jano* 652-H, pp. 53-67.
- BANKOWSKI, Z./BRYANT, J.H. (eds.); (1985) *Health, ethics and human values: an international dialogue*. CIOMS. Ginebra.
- BRESLOW, Lester; (1972) «A Quantitative Approach to the WHO Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-Being». *International Journal of Epidemiology* 1, pp. 347-355.
- CANGUILHEM; (1988) «La santé, concept vulgaire et question philosophique». *Cahiers du Seminaire de Philosophie*. 8, pp. 119-33.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1984a) «El orden médico. Los orígenes de la ética médica». *Asclepio* 35, pp. 227-55.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1984b) *Ética de la calidad de vida*. Fundación Santa María. Madrid.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1988) «Salud, ecología, calidad de vida» *Jano* n. extra.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1989a) «Los cambios en la relación médico-enfermo» *Medicina clínica*. 93, pp. 100-2.
- GRACIA GUILLÉN, Diego; (1991b) *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema. Madrid.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro; (1978b) *Historia de la Medicina*. Salvat. Barcelona.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro; (1988) «Qué es la salud». *Jano* (n. extra)
- MECHANIC, David; (1973) «Health and Illness in Technological Societies». *Hastings Center Studies* vol. 1, nº 3, pp. 7-18.
- RISSE, Guenter B.; (1978) «History of the Concepts» en Reich, Warren T.(ed.) *Encyclopedia of Bioethics*. Nueva York. Free Press. vol. 2. «Health and Disease» pp. 579-585.
- SAN MARTÍN, H.; (1982) *La crisis mundial de la salud: Problemas actuales de Medicina Social*. Madrid. Karpós.
- VIRCHOW, Rudolf; (1958) *Disease, Life and Man: Selected Essays by Rudolf Virchow*. Stanford Univ. Pres. California.