

ENSAYO SOBRE LA RELACIÓN SALUD-ENFERMEDAD: CONCEPTOS, CONTEXTOS HISTÓRICOS Y RETOS EN LA SALUD PÚBLICA DE ARGENTINA, CHILE, MÉXICO Y BRASIL

ENSAIO SOBRE A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA: CONCEITOS, CONTEXTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS NA SAÚDE PÚBLICA DA ARGENTINA, CHILE, MÉXICO E BRASIL

ESSAY ON THE HEALTH-DISEASE RELATIONSHIP: CONCEPTS, HISTORICAL CONTEXTS AND CHALLENGES IN PUBLIC HEALTH IN ARGENTINA, CHILE, MEXICO AND BRAZIL

Mario Angelo Cenedesi Júnior¹

RESUMO: Este ensaio traz ferramentas para uma discussão sobre a relação entre Saúde e Doença, que, desde o início do mundo, sempre caminharam juntas, lado a lado – em muitas culturas, de formas diferentes, mas sempre juntas. No entanto, se é importante conhecer a relação entre eles, é importante primeiro conhecer bem suas definições e os contextos históricos por trás delas, para então ter condições de fazer uma análise concreta e justa sobre o assunto.

Palavras-chave: Contexto histórico. Saúde pública. Relação- saúde- doença.

ABSTRACT: This essay brings tools for a discussion about the relationship between Health and Disease, which, since the origin of the world, have always walked together, side by side – in many cultures, in different ways, but always together. However, if it is important to know the relationship between them, it is important first to know their definitions and the historical contexts behind them, in order to make a concrete and fair analysis on the subject.

Keywords: Historical context. Public health. Relationship- health-disease.

RESUMEN: Este ensayo trae herramientas para una discusión sobre la relación Salud y la Enfermedad, que, desde el origen del mundo, siempre han caminado juntas, lado a lado – en muchas culturas, de diferentes maneras, pero, siempre juntas. Sin embargo, si es importante conocer la relación entre ellas, es importante primero conocer sus definiciones y los contextos históricos por detrás de ellas, para, después, tenerse condiciones de se hacer un análisis concreto y justo sobre el tema.

Palabras clave: Contexto histórico. Salud pública. Relación-salud-enfermedad.

¹Doutorado direto em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) de Buenos Aires, Argentina. Possui pós-graduação/MBA em Gestão em Saúde, pela Universidade de São Paulo, com conclusão em 2020 (Área de Concentração: Políticas de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS)), MBA em História da Arte pela Universidade Estácio de Sá, com conclusão em 2021 e pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Estácio de Sá, também com conclusão em 2021. Atualmente. Foi bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do programa brasileiro 'Ciência sem Fronteiras', sendo aluno de graduação-sanduíche na Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá, em Alcalá de Henares-Madrid, Espanha. E- mail: mariocenedesi@outlook.com

INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud refleja el contexto social, económico, político y cultural de un pueblo específico, a lo largo de la Historia. En otras palabras: la Salud no representa lo mismo para todas las personas – dependerá del lugar, de la clase social y de la época analizada. Aun así, dependerá de valores individuales, concepciones científicas, filosóficas e incluso religiosas.

Lo mismo puede decirse de las enfermedades. Lo que se considera una enfermedad es muy variable, dependiendo de la época, las personas e incluso la religiosidad aplicada a ese contexto. Por ejemplo, hubo momentos en que la masturbación se consideraba una conducta patológica que podía resultar en desnutrición (debido a la pérdida de proteínas contenidas en los espermatozoides) y trastornos mentales. La masturbación fue tratada por dieta, por infibulación (oclusión de los orificios genitales), por inmovilización del "paciente", por dispositivos eléctricos que daban un choque cuando se manipulaba el pene e incluso por la ablación de los genitales. Aun así, algunas religiones pueden considerarla un pecado en ciertos contextos (la masturbación es una negación directa del principio bíblico de que "la mujer no tiene poder sobre su propio cuerpo, sino el marido; y también, de manera similar, el marido él no tiene poder sobre su propio cuerpo, sino sobre la mujer" (1 Corintios 7:4). Además, al masturbarse, la persona suele contemplar fotografías pornográficas o imaginar escenas eróticas, inconsistentes con los altos principios de pureza moral y espiritualidad del Cristianismo (1 Pedro 2:11).

También hubo un tiempo en que el deseo de escapar del esclavo se consideraba una enfermedad mental: drapetomanía (del griego *drapetes*, esclavo). El diagnóstico fue propuesto en 1851 por Samuel A. Cartwright, un médico del estado de Louisiana, en el esclavista sur de los Estados Unidos. El tratamiento propuesto fue el de la flagelación, también aplicable a la "disestesia etiópica", otro diagnóstico del Dr. Cartwright, que explica la falta de motivación para el trabajo entre los negros esclavizados.

Otro tema sería el nacimiento de niños con síndrome de Down, por ejemplo – muchas iglesias hacen de la anomalía una alusión al pecado, generando culpa en los padres, usando el siguiente versículo bíblico como base 'Señor, ¿quién pecó? ¿Él o sus padres?', considerando la Trisomía del 21 como un pecado de los padres, o incluso del

niño, que acaba de nacer (Juan 9 - aunque en los otros versículos, Cristo responde '*Ni él pecó ni sus padres; pero era para que las obras de Dios se revelaran en él*').

A partir de esto, surge la pregunta: "¿qué es Salud, qué es enfermedad y cuál es la relación entre los dos?"

En el pasado se pensaba que "tener salud" era exactamente "no tener enfermedades" (entendiendo que las enfermedades podían ser alteraciones biológicas del ser humano, manifestadas por un conjunto de síntomas perceptibles o no). O más: que tener enfermedad (y, en consecuencia, no tener salud) se consideraba "pecado" o incluso "culpa por algún error". Con el paso del tiempo, se vio que tal idea no contemplaba la verdadera explicación.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS, cuya creación explicaremos más adelante) definió la Salud como "completo bienestar físico, mental y social", y no solo la ausencia de enfermedad. Sin embargo, a lo largo de los años, y estudiando más el tema, se encontró que esta no era una definición correcta, siendo irreal y desactualizada - es una definición irreal porque, aludiendo al "bienestar perfecto", hay una utopía. ¿Qué es el "bienestar perfecto"? ¿Es posible caracterizar la "perfección"?

En este sentido, Freud, en más de una ocasión, buscó mostrar cómo la felicidad perfecta de un individuo dentro de la civilización constituye algo imposible. Para él, la civilización nació cuando los hombres hicieron un pacto entre ellos, por el que intercambiaban una parte de su libertad por un poco de seguridad. De esta manera, la propia organización social y la propia condición de la existencia del hombre en grupos se basan en una renuncia que, si bien asegura al individuo ciertos beneficios, genera un constante sentimiento de "malestar". No es posible escapar de esta condición, lo que significa que entre el individuo y la civilización siempre habrá una zona de tensión. Incluso se puede situar el malestar en un momento anterior a la constitución de esta "civilización" mencionada por Freud. Después de todo, el hombre lo construyó exactamente para escapar de la incomodidad de la inseguridad en la que vivía, resultado de su exposición a un estado de cosas no exactamente sin leyes, sino dictado por la ley del más fuerte, que sigue siendo una especie de ley, incluso así de salvaje e injusto. Por esto, y en estas condiciones, ciertamente no será posible hablar de "perfecto bienestar social".

Así, la mejor definición que encontramos, para Salud, sería 'el estado de equilibrio dinámico entre el organismo y su entorno, que mantiene las características estructurales y funcionales del organismo dentro de los límites normales para su forma de vida y para su fase de desarrollo del ciclo de vida'. No hay perfección, sino más bien equilibrio entre el ser vivo (en nuestro caso, el ser humano) y el entorno en el que se inserta.

Desde el momento en que ya sabemos qué son "Salud" y "Enfermedad", comencemos a comprender la relación trazada entre ellos, en los diferentes (y rápidamente) contextos de la Historia Global.

Real o imaginaria, la enfermedad, y especialmente la enfermedad transmisible, ha sido algo que ha estado con la especie humana desde sus inicios, como lo demuestran las investigaciones paleontológicas. Así, las momias egipcias muestran signos de enfermedad (ejemplo: la viruela del faraón Ramsés V). No es de extrañar que la Humanidad siempre se haya esforzado por hacer frente a esta amenaza, y de diversas formas, basándose en diferentes conceptos de lo que es la enfermedad (y, en consecuencia, la Salud). Así, la concepción mágico-religiosa partió, y parte del principio de que la enfermedad resulta de la acción de fuerzas externas al organismo y que se introducen en él a causa del pecado o la maldición. Para los antiguos hebreos, la enfermedad no se debía necesariamente a la acción de demonios o espíritus malignos, sino que representaba, en todo caso, un signo de la ira divina ante los pecados humanos. Dios también es el Gran Médico: "*Yo soy el Señor, Él que los trae la Salud*" (Éxodo 15:26) y "*De Dios viene toda curación*" (Eclesiastés 38:1-9). Además, la enfermedad era un signo de desobediencia al mandato divino. La enfermedad anunciaba el pecado, casi siempre de forma visible, como en el caso de la lepra. Es una enfermedad contagiosa, que sugiere, por lo tanto, contacto entre cuerpos humanos, contacto que puede tener evidentes connotaciones pecaminosas. El libro bíblico de Levítico habla mucho sobre cómo diagnosticar la lepra, pero no adopta un enfoque similar para el tratamiento (por supuesto, porque no había tratamiento en ese momento, pero no debemos olvidar el factor "pecado") – ese tema será retomado en la Edad Media, donde varias enfermedades fueron catalogadas como 'lepra', y la necesidad de este leproso de aislarse de la sociedad.

En el Judaísmo, religión basada en los primeros 5 libros de la Biblia (Torá o Pentateuco), el propósito más evidente es mantener la cohesión grupal, acentuando las diferencias entre los hebreos y otros pueblos del Medio Oriente. Estas disposiciones eran sistemas simbólicos, diseñados para mantener la cohesión del grupo y la diferenciación con otros grupos, pero pueden haber funcionado en la prevención de enfermedades, especialmente las transmisibles. Por ejemplo, un animal no puede ser sacrificado por una persona con una enfermedad de la piel, lo cual tiene sentido: las lesiones cutáneas pueden contener microbios. Se prohibieron los moluscos para prevenir determinadas enfermedades, como la hepatitis transmitida por las ostras. Esto no significa que la prevención se ejerciera conscientemente, ya que se desconocían las causas de las enfermedades infecciosas. Por ejemplo, sería muy difícil asociar la carne de cerdo con la transmisión de la neurocisticercosis en ese momento. Para eso, hay una explicación ecológica y geográfica, además de la explicación de la 'suciedad y mugre' del animal, en una referencia religiosa. La cría de cerdos en Oriente Medio sería absurda. Es una región árida, sin el agua que necesitan estos animales como forma de mantener su equilibrio térmico. Además, a los pueblos nómadas les resultaría difícil mantener un animal que se mueva poco, como un cerdo. Finalmente, a diferencia del ganado, que sirve como animales de tiro y que proporciona leche, el cerdo sólo suministra la carne; aquí, nuevamente, la relación religiosa con la lujuria, por lo tanto, una tentación que fue evitada por la rígida disposición de la ley.

En el Chamanismo (término atribuido al conjunto de prácticas etnomédicas, religiosas, de brujería e incluso filosóficas, que traen el trance, la transmutación y el contacto entre el ser humano y los espíritus ancestrales (de otros chamanes) como factor desencadenante de la curación), era el hechicero tribal, o chamán, que se encargaba de expulsar, mediante rituales, a los espíritus malignos que se habían apoderado de la persona, provocando la enfermedad; aquí el objetivo es reintegrar al enfermo al universo total, del que forma parte.

Entre los indios Sarrumá, que viven en la región de la frontera entre Brasil y Venezuela, el concepto de muerte por causa natural o incluso por accidente prácticamente no existe: siempre resulta de la maldición de un enemigo. O bien, por

una conducta imprudente: si alguien se come un animal tabú, el espíritu del animal se venga provocando enfermedad y muerte.

La medicina griega representa una inflexión importante en la forma de afrontar la enfermedad. Es cierto que, en la mitología griega, varias deidades estaban vinculadas a la Salud. Los griegos adoraban, además de la divinidad de la Medicina, a Asclepio o Esculapio (que se menciona como figura histórica en el libro poético de Homero La *Ilíada*), a otras dos diosas, Higieia (salud) y Panacea (curación). Ahora bien, Higieia era una de las manifestaciones de Atenea, la diosa de la razón, y su culto, como sugiere el nombre, representa una apreciación de las prácticas "higiénicas"; y si Panacea representa la idea de que todo se puede curar -una creencia básicamente mágica o religiosa-, cabe señalar que la cura, para los griegos, se obtenía mediante el uso de plantas y métodos naturales, y no solo mediante procedimientos rituales. Esta visión religiosa anticipa la llegada a la escena de un personaje importante: el padre de la Medicina, Hipócrates de Cos (460-377 a.C.). Poco se sabe de su vida (podría ser una figura imaginaria, como tantas en la antigüedad, pero hay referencias a su existencia en textos de Platón, Sócrates y Aristóteles). Los diversos escritos que se le atribuyen, y que componen el *Corpus Hipocráticus*, fueron probablemente obra de varias personas, quizás durante un largo período de tiempo. El *Corpus Hipocráticus* fue uno de los primeros intentos de pensar en las enfermedades no como un castigo de los dioses, sino como un desequilibrio entre el hombre y el medio ambiente. Aunque no era sofisticado para los estándares actuales, fue un paso importante en la difusión del conocimiento. Al considerar la posibilidad de que la enfermedad esté asociada a factores ambientales o desequilibrios en la dieta o el comportamiento personal, el *Corpus* también abrió la posibilidad de intervenir para prevenir la enfermedad o tratarla. Lo importante es que tales escritos traducen una visión racional de la Medicina, bastante diferente a la concepción mágico-religiosa, descrita anteriormente. El texto titulado "*La enfermedad sagrada*" comienza con la siguiente declaración: "*La enfermedad llamada sagrada, en mi opinión, no es más divina ni más sagrada que cualquier otra enfermedad; tiene una causa natural y su origen supuestamente divino refleja la ignorancia humana*".

En Oriente, siguieron las concepciones de Salud y enfermedad y, hasta el día de hoy, siguen un camino diferente, pero, en cierto modo, análogo al de la concepción

hipocrática. Se habla de fuerzas vitales que existen en el cuerpo: cuando funcionan armoniosamente, hay Salud; de lo contrario, hay enfermedad. Las medidas terapéuticas (acupuntura, yoga) tienen como objetivo restaurar el flujo normal de energía ("*chi*" en China; "*prana*" en India) en el cuerpo.

En la Edad Media europea, la influencia de la religión cristiana mantuvo el concepto de enfermedad como resultado del pecado y la curación como una cuestión de fe: el cuidado de los enfermos se daba, en gran parte, a las órdenes religiosas, que incluso administraban la hospital (u hospicio, diferente del contexto exclusivo para el tratamiento de enfermedades mentales, como hoy), una institución que el cristianismo desarrolló no como un lugar de curación, sino de refugio y consuelo para los enfermos. Sin embargo, al mismo tiempo, las ideas hipocráticas se mantuvieron, a través de la templanza en la comida y la bebida, en la contención sexual y en el control de las pasiones. Intentamos evitar "*contra naturam vivere*", vivir en contra de la naturaleza. El advenimiento de la modernidad cambiará esta concepción religiosa.

(Aquí hay que recordarnos la 'peste negra', la pandemia más devastadora de la historia, que mató a 75-200 millones de personas en Eurasia, causada por la bacteria *Yersinia pestis*, que estaba relacionada con las precarias condiciones de higiene y vivienda de la época).

A partir de la caída de Constantinopla y, en consecuencia, del final histórico de la Edad Media, llega la Edad Moderna, con aires de alquimia, química y el consiguiente desarrollo de la Medicina, con importantes figuras como Paracelsus, René Descartes e incluso personajes del Renacimiento (período artístico, de origen italiano, que estuvo presente en la transición de la Edad Media a la Edad Moderna, como Leonardo da Vinci y su gran contribución al campo de la anatomía y, en consecuencia, el avance de la Salud - entendiendo el correcto funcionamiento del cuerpo ayudó a comprender la fisiopatología de las enfermedades, a continuación). Aun así, enfermedades como la tuberculosis, la sífilis y otras diezmaron a miles de personas, sin entender las causas y, a su vez, los tratamientos - lo que queremos explicar aquí es que aunque el mundo vivía el movimiento de Iluminismo (con fe en la razón), con los ojos abriéndose a la llegada de la Ciencia, esto no implicó grandes avances en la lucha contra las enfermedades, que incluso fueron aceptadas con resignación: Pascal dijo que la enfermedad es una forma de entender lo que es la vida,

para la aceptación de muerte, principalmente de Dios. Más tarde, los románticos no solo aceptarían la enfermedad, sino que también les gustaría: morir temprano (de tuberculosis, sobre todo) era el destino habitual de poetas y músicos, como Castro Alves y Chopin. Para el período romántico alemán, por ejemplo, la enfermedad refinaba el arte de vivir y el arte mismo; la Salud, en estas circunstancias, era incluso prescindible.

Sin embargo, la Ciencia siguió avanzando y, a finales del siglo XIX, se registró lo que luego se conoció como la 'Revolución Pasteuriana': en el laboratorio del francés Louis Pasteur, y en otros laboratorios, el microscopio, creado en el siglo XVII, pero hasta entonces no muy valorado, estaba revelando la existencia de microorganismos patógenos y posibilitando la introducción de sueros y vacunas. Fue una revolución porque, por primera vez, se identificaron factores etiológicos, hasta entonces desconocidos; las enfermedades, ahora, se podían prevenir y curar: a partir de este conocimiento, sobre todo del modo de transmisión de las enfermedades (de forma endémica y epidémica), era necesario estudiar, de manera más focalizada, las enfermedades, su curación, pero, también, su prevención.

Fue en este período histórico que han descubierto América y, en consecuencia, nuevos pueblos, historias, culturas y costumbres, que discutiremos más adelante.

En la primera mitad del siglo XIX también nació la epidemiología, basada en el estudio pionero del cólera en Londres, realizado por el médico inglés John Snow (1813-1858), y que se enmarcó en un contexto de “contabilización de enfermedades”. Si la salud del cuerpo individual pudiera expresarse por números - los signos vitales - lo mismo debería suceder con la salud del cuerpo social: tendría sus indicadores, el resultado de esta mirada contable a la población y expresada en una ciencia que luego comenzaron a surgir las estadísticas (Snow también fue una de las primeras en realizar analgesia del parto en la propia reina Victoria, en el nacimiento de su octavo hijo). En ese momento, Londres estaba en pleno apogeo industrial, viviendo los últimos años de la Revolución Industrial, y Snow estudió la relación entre el cólera y las condiciones de higiene y saneamiento de la población (que vivía en contacto con los desechos fecales, que terminaron conteniendo la patógeno), descartando su transmisión aérea - Snow murió de un derrame cerebral a los 45 años sin ver su

teoría completamente aceptada, ni el correcto funcionamiento del sistema de alcantarillado de Londres (que comenzó a construirse después de su muerte).

Hablando de la Revolución Industrial (que se originó en Inglaterra a mediados de 1760 y se extendió, en los años siguientes, a Europa Occidental y, más tarde, a Estados Unidos y América Latina), debemos recordar que trajo una explosión de desarrollo, para esta época. Hubo nuevas formas de trabajo (la transición del trabajo artesanal al trabajo con máquinas), nuevos empleos (especialmente en las ciudades), nuevos bienes y un mayor comercio. Sin embargo, también trajo nuevos problemas a Europa.

La expansión de la población y la migración masiva provocaron un crecimiento explosivo y descontrolado de las ciudades. Los trabajadores pobres a menudo se alojaban en habitaciones estrechas y totalmente inadecuadas. Las condiciones de trabajo fueron difíciles y expusieron a los empleados a muchos riesgos y peligros (además de largas jornadas), incluyendo áreas de trabajo estrechas, mala ventilación, traumatismos en las máquinas, exposiciones tóxicas a metales pesados, polvo y solventes, entre otros. Como resultado, el progreso ha traído consigo un nuevo conjunto de problemas de salud que se generalizaron en Europa y, más tarde, en América.

Sin embargo, aunque con el advenimiento de la Revolución Industrial y la 'preocupación' del contagio masivo (preocupación por el hecho de que la gente se enfermara y, en consecuencia, dejara de producir, provocando una caída de la productividad y, en consecuencia, una disminución del lucro), el concepto y la aplicabilidad de la salud pública son anteriores a esto. Aquí, debemos recordar todo lo que tenemos hasta ahora, con equipaje: la presencia de comunidades precolombinas (como mayas, aztecas y otras poblaciones nativas americanas) y el cuidado de su población; el cuidado de los aborígenes australianos con la propagación de la contaminación y los riesgos de incendio, además del uso de pantallas como protección contra las moscas; los pueblos griegos y romanos antiguos aprendieron a cuidar de sus soldados (incluso fuera del campo de batalla), especialmente de su bienestar, para que, en consecuencia, tuvieran buenos resultados, entre otros ejemplos; los pueblos orientales y su preocupación por la salud del cuerpo físico y espiritual.

Todo esto culminó para que, a principios del siglo XIX, como lo experimentó el propio Snow, empezase, en Europa (Inglaterra (en Londres), Francia (en París) y, más tarde, en Alemania) la necesidad de cuidado en Salud como 'población' (en respuesta a la Revolución Industrial, pero aún no con el sentimiento de 'cuidar exclusivamente a la gente', sino más bien como 'cuidar a quienes producirán, para el buen funcionamiento y enriquecimiento de la Nación') - nuevamente, vemos la acción de la Ilustración, que predicaba que la reducción de la mortalidad y las mejoras en la salud tenían un valor económico para la sociedad (los trabajadores sanos están más capacitados para contribuir a la economía del estado. Implícita en el utilitarismo estaba la noción de que se puede medir el "mal" por el grado de miseria que fue creado (o aliviado) por una acción en particular).

En 1842, Sir Edwin Chadwick, un reformador social, publicó un informe titulado *"Informe sobre las condiciones de salud de la población trabajadora de Gran Bretaña"*, demostrando que la esperanza de vida era mucho menor en las ciudades que en el campo. Chadwick argumentó que era posible que el gobierno mejorara la vida de las personas mediante reformas; creía que una población más sana podría trabajar más y costaría menos mantenerla. Finalmente, concluyó que lo que realmente faltaba ya no eran los médicos, sino los ingenieros civiles para drenar las calles e idear formas más eficientes de distribuir el agua potable y retirar las aguas residuales y otras sustancias nocivas. Todos estos desarrollos sociales, económicos, políticos y filosóficos contribuyeron a la idea emergente de que la salud pública era un interés legítimo del gobierno.

Es interesante notar que muchos de los defensores de la "Idea Sanitaria", incluido Sir Edwin Chadwick, eran miasmistas que se aferraban a la creencia de que la enfermedad se debía a la inhalación de vapores inmundos. Como el alcantarilla/esgoto y la basura apestaban, se asociaban con enfermedades, por lo que los miasmistas presionaron para limpiar el medio ambiente. Y a pesar de que su creencia en los miasmas resultaría incorrecta, el resultado final fue que se eliminaron muchas de las fuentes de enfermedades infecciosas. Chadwick jugó un papel decisivo en la creación de una administración central de Salud Pública, que allanó el camino para el drenaje, el alcantarillado, la recolección de basura, las regulaciones de vivienda y las regulaciones con respecto a negocios ofensivos y disturbios. Esta "idea

sanitaria" resultó en notables mejoras en la salud y el bienestar. Gracias a sus esfuerzos, se ha aprobado legislación histórica, que incluye:

- 1846: se aprobó la "Ley de mudanzas por molestias", que otorga a los jueces locales el poder de enjuiciar y multar a los propietarios por infracciones relacionadas con el saneamiento (viviendas deficientes, basura, desagües y desagües defectuosos);
- 1848: la "Ley de Salud Pública" creó un Consejo General de Salud en Londres, que podría orientar a las localidades a crear consejos locales habilitados para lidiar con la suciedad ambiental.

En la década de 1850, se formó la Sociedad Epidemiológica de Londres, compuesta por médicos locales, ex comandantes militares y oficiales que presentaban trabajos relacionados con temas de salud pública.

Estados Unidos, en cierto modo, presentó sucesos similares a los del Reino Unido, en la secuencia. También pasaron por una rápida transición de una sociedad rural y agrícola a una intensamente urbana e industrial. Invenciones como la desmotadora de algodón, que promovió la producción agrícola, pero también redujo la necesidad de trabajadores agrícolas, llevando a muchos a trabajar a las ciudades. El crecimiento económico y las invenciones han dado lugar a fábricas textiles en las ciudades estadounidenses.

En 1798, el Congreso estadounidense aprobó la "Ley para el alivio de marineros enfermos y discapacitados" y autorizó la formación del Servicio de Hospitales Marinos de los Estados Unidos (MHS), que fue el precursor del Servicio de Salud Pública. Los marineros a menudo se enfermaban mientras estaban en el mar y a menudo no podían encontrar atención médica adecuada en las ciudades portuarias. Su salud se consideraba esencial para el país en desarrollo, y en 1798 el Congreso estableció una red de hospitales marítimos, principalmente en ciudades portuarias, para atender a los marineros enfermos y discapacitados. Los marineros pagaban impuestos de 20 centavos al mes para recaudar fondos para pagar a los médicos y apoyar a la cadena de hospitales. Este impuesto fue abolido en 1884. De 1884 a 1906, los fondos se recaudaron mediante un impuesto a los buques mercantes y, después de 1906, los fondos fueron asignados por el Congreso de los Estados Unidos.

Pero, después de esa explicación, ¿qué sería exactamente la Salud Pública como la conocemos hoy?

En 1920, Charles-Edward A. Winslow definió la Salud Pública como *"la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia a través de esfuerzos comunitarios organizados para limpiar el medio ambiente, controlar las infecciones en la comunidad, la educación del individual en los principios de la higiene personal, la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de enfermedades, y el desarrollo de la máquina social que garantizará a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"*. Aunque la mayoría incluye la Salud Mental como un aspecto importante de la salud pública en la actualidad, la definición de Winslow sigue siendo relevante.

La Salud depende de una interacción compleja entre una serie de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Como resultado, la Salud Pública se basa en el conocimiento y las habilidades de muchas áreas, incluidas Biología, Ciencias Ambientales y de la Tierra, Sociología, Psicología, Gobierno, Medicina, Estadística, Comunicación y muchas otras. Esta complejidad dificulta que el público en general comprenda exactamente qué es la salud pública y qué hace. Además, la Salud Pública ha tenido tanto éxito que algunas personas de la población general pueden no estar al tanto de la experiencia y el arduo trabajo que se necesita para garantizar la salud y la seguridad de su comunidad. La vida de una persona que desarrolla una enfermedad cardíaca grave puede prolongarse mediante un procedimiento médico dramático y muy costoso, como una cirugía cardíaca. Sin embargo, la salud pública se ocupa de las intervenciones que pueden prevenir la aparición de enfermedades, por lo que los beneficios tienden a ser menos obvios. Además, la prevención de enfermedades prolonga y mejora la calidad de vida. En cierto sentido, la Salud Pública es la enfermedad cardíaca que nunca se desarrolló, la epidemia que no sucedió, el brote de una enfermedad transmitida por los alimentos que nunca ocurrió, el niño que habría desarrollado asma, pero no sucedió. Por tanto, la Salud Pública es el desastre que no ocurrió.

En 1948, el mundo vio la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO), como un brazo en Salud de la Organización de las Naciones Unidas

(ONU). Su contexto histórico ocurre después del final de la Segunda Guerra Mundial, el período nazi alemán y la creación de los Derechos Humanos. Integrado por 193 países, tiene como objetivo promover y desarrollar, en la máxima medida, la Salud en todos los pueblos, colaborando con la difusión de la Salud Pública, fomentando la investigación (por ejemplo, en enfermedades transmisibles y enfermedades tropicales), acompañando situaciones de Salud propias de los pueblos. y países, desarrollando políticas éticas, estableciendo estándares y promoviendo y monitoreando su aplicación práctica, además del apoyo técnico y la capacitación.

Pero ¿y Latinoamérica?

Los países latinoamericanos fueron colonizados por países europeos (Inglaterra, Francia, España y Portugal, pero con influencias alemanas, holandesas, africanas, y otros). Desde su descubrimiento, los países de Latinoamérica han sido utilizados, única y exclusivamente, como fuente de productos enviados a Europa. No había ningún interés social en estos países, exclusivamente el interés de carácter económico. Sin embargo, a partir del siglo XIX, algunos cambios en Europa hicieron con que los países de Latinoamérica recibieran otro enfoque. Un ejemplo fue Brasil, que necesitó que su familia real portuguesa, huyendo de Napoleón Bonaparte, aterrizara en su suelo tropical para, después de este hito, iniciar una serie de cambios en la colonia (el Rey vivía en una tierra que necesitaría escuelas de Medicina, mejoras en las condiciones de Salud, Educación, y otros).

Sin embargo, antes de centrarnos en Brasil, vamos a conocer 'quién es Latinoamérica'.

Latinoamérica comprende todos los países de América, con la excepción de Estados Unidos y Canadá. Tiene aproximadamente 586 millones de habitantes, lo que representa aproximadamente el 13,5% de la población mundial, de los cuales 42 millones son indígenas. Cuenta con 20 países y 10 instalaciones.

De lo anterior, y tomando en cuenta toda la herencia social que heredamos, la Salud Pública en Latinoamérica tiene un reto superior debido a la inequidad social que se presenta en estas sociedades, en las cuales, la Salud poblacional está marcada por factores socioeconómicos, educativos y políticos, los cuales terminan siendo desfavorables para la Salud y el progreso de grandes subgrupos de población

marginalizada. Por lo anterior, no solo se requieren políticas de Salud, sino, también, de ingeniería social que contribuyan a equilibrar esas condiciones desfavorables.

A fines de la década de 1970, ya en el período de la Guerra Fría, nos encontramos con una serie de problemas sociales, políticos y económicos en todo el mundo, que terminaron reflejando en la Salud de los países (especialmente en los países más pobres o en desarrollo, como los países de Latinoamérica). En cuanto a Salud, se observa que era generalmente aceptado, en ese momento, que las condiciones de Salud dependían de la alimentación, la vivienda y las medidas preventivas, sin que, sin embargo, aún no se hubieran establecidas las implicaciones prácticas de esta afirmación. La satisfacción de las necesidades básicas de Salud implicaría en medidas como: la reasignación de recursos, privilegiando las acciones preventivas; la integración de los servicios de Salud con los “servicios de desarrollo en su conjunto”; la adecuación de las acciones de Salud a las circunstancias específicas, aprovechando al máximo los recursos disponibles localmente. Un servicio público orientado a las necesidades básicas debe apoyarse en una descentralización radical que favorezca la participación de las comunidades y que deba ser apoyado por una “red de trabajadores de la Salud” y en unidades locales responsables de la mayor parte de la atención. La investigación científica en Salud debe enfocarse en problemas a todos los niveles, según la especificidad de cada sociedad, “desde el centro de salud local hasta el hospital universitario”. No solo en la OMS, sino también en foros como el UNICEF se propugnaron nociones muy similares sobre la relación entre la Salud y las necesidades básicas.

Así, en septiembre de 1978, tuvimos la Conferencia Internacional de Alma-Ata, celebrada en Kazajstán, entonces país perteneciente a la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), considerada un hito en la Atención Primaria de Salud, promoviendo el ideal internacional de '*Salud para todos en el año 2000*'. Con la reunión de 134 países, expresó la “necesidad de una acción urgente de todos los gobiernos, todos los que trabajan en los campos de la salud y el desarrollo y la comunidad mundial para promover la salud de todos los pueblos del mundo”. Aun así, hizo hincapié en la necesidad de un enfoque especial en los países en desarrollo.

Ante esto, la mayoría de los países del mundo comenzó a reformular sus Políticas de Salud, con el objetivo de acercarse a lo expuesto en la Conferencia de

Alma Ata – esto sucedió con los países de Latinoamérica, como veremos a continuación – con el propósito de encurtarnos el tiempo, nos ceñiremos a la Salud Pública de Argentina, Chile, México y Brasil.

ARGENTINA

En 1943 Argentina dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se transformó en Ministerio. Esa década fue testigo de un doble nacimiento: del Estado “responsable-garante” del derecho a la protección de la salud y de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde dieron origen al sistema de OS. Esto dio lugar a la expansión de los derechos sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, y la ampliación de la seguridad social, pero institucionalmente se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores que atienden a tres categorías de usuarios: a) los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social; b) los trabajadores asalariados y los jubilados, y c) la población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga de su bolsillo al recibir atención. Entre las dos primeras categorías se ubican los beneficiarios de las pensiones no contributivas.

En las últimas décadas, se han implantado en Argentina diversas políticas y estrategias que parten del reconocimiento del creciente deterioro de la eficiencia operativa y la equidad distributiva tanto del sector público como del sector de las Obras Sociales (OS). A esta situación se sumaba la necesidad de optimizar los recursos disponibles para afrontar la problemática derivada de los cambios en el perfil epidemiológico. En la década de los noventa, se llevó a cabo una reforma del sector salud que se implantó a través de diversos decretos presidenciales. El conjunto de medidas tenía como objetivos fundamentales el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección siguiendo los criterios de focalización hacia los grupos vulnerables, y la redefinición del papel del estado en los procesos de federalización y descentralización. Además, dado que el financiamiento de los servicios ofrecidos tanto por la seguridad social como por el sector público se había basado en el subsidio

a la oferta y la modalidad de pago era por unidad de servicios, la reforma se orientó también hacia la disminución del gasto y el aumento de la eficiencia a través de un esquema de subsidio de la demanda.

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. El sector privado incluye: a) a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a OS específicas o a sistemas privados de medicina prepagada; b) los establecimientos asistenciales, contratados también por las OS, y c) las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de Salud, pero no operan ni como OS ni como medicina prepagada.

Como vimos anteriormente, el modelo argentino constituye un caso particular por su alta fragmentación, con una escasa coordinación entre subsectores, que ofrecen beneficios muy heterogéneos. Es por ello que su principal desafío es diseñar medidas que aumenten el acceso equitativo a los servicios integrales de salud mediante la reducción de los enormes costos asociados a la atomización financiera, así como que la figura de un Estado garantice el bienestar de la población. En este contexto, se requiere que el Estado nacional cumpla con las condiciones para debatir la implantación de sistemas provinciales integrados a los esquemas de seguridad

social de acuerdo con la jurisdicción. Finalmente, debe existir la creación de un sistema de seguro universal que garantice el acceso a un paquete de beneficios comunes y que reduzca considerablemente los gastos de bolsillo.

CHILE

En la segunda mitad del siglo XX, el acontecimiento de mayor relevancia en Salud Pública chilena fue la creación en 1952 del *Servicio Nacional de Salud* (SNS).

El SNS tenía el carácter de una institución estatal de administración autónoma, encabezada por un Director General designado por el Presidente de la República con acuerdo del Senado de la República, lo que garantizaba la idoneidad del líder en salud del país. Se vinculaba con el poder ejecutivo a través del *Ministerio de Salud* y contaba con la asesoría de un *Consejo Nacional de Salud* que presidía el Ministro y en el que había una amplia participación social, educacional, gremial y política: representantes del Presidente de la República, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del Colegio Médico, del Parlamento y de organizaciones patronales y obreras. Este importante cuerpo colegiado fue eliminado al reestructurarse el SNS en 1979 por el gobierno militar, lo que afectó seriamente su autonomía institucional, cohesión, estructura y organización originales.

Este escenario cambió drásticamente con la llegada del Gobierno Militar y las reformas neoliberales que tuvieron lugar entre 1973 y 1990, en Chile. Las reformas del sistema global de Salud, ocurridas en este período, reflejaron las políticas económicas y sociales generales del gobierno militar, destacando las reformas neoliberales que subestimaron la importancia del Estado en el país y promovieron el sector privado. Hubo una disminución significativa en el gasto social y la financiación del NHS entre 1973 y 1979, manteniendo la misma organización y funcionamiento anterior. Considerando la anterior tasa de crecimiento del SNS y el buen pronóstico de incrementar la cobertura del Sistema para los más desfavorecidos, en este período el retroceso fue evidente, generando gran descontento público e insatisfacción generalizada.

Un cambio significativo en la Política de Salud de Chile se produjo a comienzo de los años 80, cuando el régimen militar dio un fuerte impulso a la *atención médica privada*. Creó las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES),

intermediarios financieros para la atención médica que captan la cotización mensual obligatoria previsional de Salud que afecta a todos los asalariados (7% del sueldo imponible) y el gasto de bolsillo de sus usuarios, variable según los beneficios del programa convenido. El sistema ISAPRES, que cubre alrededor de 15% de la población, se ha caracterizado por serias restricciones de acceso al sistema (preexistencias), multiplicidad de planes de atención de variable, pero de alto costo para quienes han optado por afiliarse a este subsistema, incremento anual inconsulto del costo de los programas de atención y desmesuradas ganancias corporativas.

En marzo de 1990, se declaró el fin del régimen militar chileno tras la cesión del poder por parte del general Pinochet al presidente democráticamente electo. El período que siguió, conocido como período de gobiernos de “concertación”, asumió la responsabilidad de gestionar el sistema de Salud heredado y ampliarlo, ampliarlo y adaptarlo a la situación política y la reforma del sector. Las propuestas de reforma se basan en aspectos relevantes, tales como: políticas y planes nacionales, económicos y sociales; la búsqueda de mejorar la gestión del sector público e incrementar el proceso de descentralización; la búsqueda para resolver la crisis del sector de Salud Pública y buscar el equilibrio público/privado en este sector mixto; la adecuación del sistema a las necesidades de Salud de la población, salvaguardando los intereses de los diferentes grupos poblacionales en cuanto al acceso al sistema.

El sistema de salud chileno está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, que se denomina FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud, y el privado, ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional). En 2014, Chile ocupó el tercer lugar en Latinoamérica, perdiendo ante México y Ecuador, y el decimoséptimo en el mundo en uso eficiente de los recursos de Salud.

MÉXICO

La Salud Pública mexicana se consolidó, teóricamente, con la Constitución Mexicana de 1917, que discutía varios derechos de los trabajadores, incluida la Salud. La implementación práctica de un sistema nacional de Salud comenzó, sin embargo, recién, en 1943, cuando el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) fue creado para trabajadores de entidades no-gubernamentales. En 1959, los funcionarios recibieron su propio sistema de seguridad social en Salud con la fundación del

ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado). Juntos, IMSS e ISSSTE cubren aproximadamente al 60% de los mexicanos, mientras que para los demás, que no se ajustan a los criterios de estos dos programas, existen opciones de cobertura provenientes directamente de la Secretaría de Salud (SSA) y del IMSS Solidaridad, entre otras instituciones más expertas. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) es una institución pública de investigación, desarrollo de políticas públicas y educación dedicada al mejoramiento de la Salud Pública en México. Dependiente de la Secretaría de Salud de México, fue fundada en 1987.

Hay tres tipos principales de prestación de servicios de Salud en este país:

1. Seguridad Social, dividida entre la atención a los trabajadores del sector privado, representada por el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), y la destinada a los del sector público, ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). El IMSS atiende al 44.5% de los mexicanos, mientras que el ISSSTE, al 10.6% de los asegurados.

2. Seguro Popular, cuyas principales instituciones son la SSA, el Programa IMSS-Solidario y el DDF. Estos brindan servicios al 40% de la población no asegurada. Los usuarios en general son de bajos ingresos, residentes de áreas rurales y urbanas, así como trabajadores de la economía informal. Además de estos dos con mayor cobertura, otros fondos de seguridad social completan los programas de salud y servicios sociales que mantienen empresas e instituciones, como PEMEX (Petróleos Mexicanos), SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional) y Secretaría de Marina.

3. Sector privado, que generalmente opera de manera operativa, como consultorios médicos, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades médicas ambulatorias.

El Sistema de Salud Mexicano tiende a ser muy valorado por su población. Una votación realizada en 2009 por el IMSS indica que el 77% de sus usuarios están "satisfechos" o "muy satisfechos" con los servicios que reciben, y el 85% recomendaría este servicio.

BRASIL

Durante el período de la colonización y el imperio de Brasil, de 1500-1808, no hubo políticas públicas dirigidas a la Salud. Al inicio de la colonización, muchos indígenas murieron debido a las "enfermedades del hombre blanco", las traídas por los europeos y por las cuales los indígenas no presentaban inmunorresistencia.

El acceso a la Salud estaba determinado por la clase social del individuo. Los nobles tenían fácil acceso a los médicos, mientras que los pobres, esclavos e indígenas no recibían ningún tipo de atención médica. Esta parte de la población dependía de la filantropía, la caridad y las creencias.

Una de las formas de obtener asistencia fue a través de centros médicos vinculados a instituciones religiosas, como las Santas Casas de Misericordia. Estos espacios se mantuvieron a través de donaciones de la comunidad y, durante mucho tiempo, representan la única opción para personas sin condiciones económicas.

El año 1808 marca la llegada de la familia real a Brasil y también marca la creación de los primeros cursos de Medicina en suelo brasileño. Así se formaron los primeros médicos brasileños, que poco a poco empezaron a reemplazar a los médicos extranjeros.

Después de la independencia de Brasil, en 1822, D. Pedro II determinó la creación de órganos para inspeccionar la Salud Pública, como una forma de prevenir epidemias y mejorar la calidad de vida de la población. También, se adoptaron medidas encaminadas al saneamiento básico, pero no muchas.

A finales del siglo XIX y principios del XX, la ciudad de Río de Janeiro, entonces capital de Brasil, tuvo varias acciones de saneamiento básico y una campaña de vacunación contra la viruela – incluso la aparición del movimiento titulado 'Revolta da Vacina (Revolución de la Vacuna)', ocurrido en 1904, explica el contexto de la época (cambios sociales y estructurales en Río de Janeiro, asociados a las medidas de vacunación obligatoria, acompañadas por Oswaldo Cruz, médico que estaba a cargo del saneamiento de la ciudad, además de proponer la conjunto de leyes que obligarían a la población a vacunarse (la revuelta incluso se extendió a otras ciudades y estados). Finalmente, se suspendió la vacuna obligatoria.

En ese momento, la alcantarilla/esgoto (aguas residuales) fluían al aire libre y la basura no tenía el destino adecuado, por lo que la población estaba sujeta a una serie de enfermedades.

Así, el Ministerio de Salud fue creado en 1953, cuando, además, comenzaron las primeras conferencias sobre Salud Pública en Brasil. De ahí surgió la idea de crear un sistema nacional de Salud que pudiera atender a toda la población.

Sin embargo, con la dictadura militar, un golpe de Estado en 1964, la Salud sufrió recortes presupuestarios y muchas enfermedades se intensificaron nuevamente.

En 1970, sólo el 1% del presupuesto de la Unión estaba destinado a la salud, al mismo tiempo que surgió el Movimiento Sanitario, formado por profesionales de la salud, intelectuales y partidos políticos. Discutieron los cambios necesarios para la Salud Pública en Brasil.

Uno de los logros del grupo fue la realización de la VIII Conferencia Nacional de Salud, en 1986. El documento elaborado al final del evento fue un esquema para la creación del Sistema Nacional de Salud, que en el futuro se denominaría SUS (Sistema Único de Salud).

Con el fin de la dictadura, en 1985, la llegada elecciones directas y mayor participación popular, la constitución de 1988 (la vigente hasta hoy) trae la Salud como un derecho ciudadano y un deber del Estado. Otro logro importante fue que el sistema de Salud Pública debe ser gratuito, de calidad y accesible a todos los brasileños y / o residentes en Brasil – como se señala en los artículos 196-200 de la Constitución Federal – fue el nacimiento oficial del SUS.

La Ley Federal 8.080 de 1990 regula el SUS. Según la legislación, los objetivos del SUS son:

- Identificar y dar a conocer los determinantes y determinantes de la Salud;
- Formular la política de Salud para promover los campos económico y social, para reducir el riesgo de problemas de salud;
- Realizar acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, integrando acciones asistenciales y preventivas.

El SUS fue un gran logro para la población brasileña, siendo reconocido como uno de los más grandes del mundo y utilizado como modelo en muchos otros países.

Sin embargo, la Salud Pública en Brasil sufre desafíos de mala gestión y falta de inversiones financieras. Como resultado, tenemos un sistema al borde del colapso, que en la mayoría de los casos es insuficiente y de menor calidad de lo esperado, para atender a la población.

Los principales retos de Salud Pública en Brasil son:

- Falta de médicos: el Consejo Federal de Medicina estima que hay 1 médico por cada 470 personas.
- Falta de camas: en muchos hospitales, faltan camas para pacientes. La situación es aún más complicada cuando se trata de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).
- Falta de inversiones financieras: En 2018, solo 3.6% del presupuesto del gobierno federal se destinó a salud, el promedio mundial es 11.7%.
- Larga espera para recibir atención: programar citas con médicos especialistas puede llevar hasta meses, incluso para los pacientes que necesitan atención inmediata. Lo mismo ocurre con la programación de exámenes.

Las personas que necesitan atención médica a menudo sufren retrasos o abandonan la atención y regresan a casa. En muchos hospitales, es común ver personas atendidas en pasillos, largas colas y / o malas condiciones de estructura e higiene.

Aliado a esto, muchos hospitales y centros de investigación se ven amenazados de poner fin a sus actividades debido a la falta de inversiones y mano de obra.

Como vía de acceso a la atención médica, muchas personas recurren a la ‘Salud Suplementar’, es decir, planes de Salud privados, que también están estipulados por ley (y están por debajo de los lineamientos del SUS, ya que, como su nombre lo dice, es el Sistema Único de Salud Brasileño). Sin embargo, los precios son altos, lo que significa que el 75% de la población depende solo de la Salud Pública.

A pesar de ello, el SUS brasileño no solo presenta malas características. Hay que tener en cuenta el brillante calendario nacional de vacunación, el Programa Nacional de EST/SIDA (pionero en el mundo), la universalidad de la atención (te atenderán independientemente de si eres trabajador o no), el sistema de Trasplante

de Órganos (extremadamente bien organizado), un sistema sin costos adicionales de consultas, cirugías, hospitalizaciones y acceso a medicamentos (incluso a alto costo), todo esto sin costo adicional para el ciudadano, que ya paga sus impuestos.

¿Y a dónde queremos llegar con Salud Pública?

Luego de lo expuesto en este ensayo, desde la comprensión de la Salud, la Enfermedad, la llegada de la Salud a diferentes pueblos, la formación en Salud Pública es de suma importancia para sustentar los puntos positivos ya existentes y luchar por la mejora de los puntos negativos.

La gente debe ser el centro. La gente debe ser la meta. Contribuir al fortalecimiento de la salud pública de calidad debe ser el día a día de todo profesional de la salud, que debe buscar mejores condiciones de vida para sus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

BELLÓ M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex 53 supl 2:S96-S108, 2011

BERGSON H. *As duas fontes da religião e da moral* (1932). São Paulo, Abril Cultural, 1979.

BOUZA Suárez A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública, 26(1): 150-6, 2000

CASTORIADIS C. *L'institution imaginaire de la société*. Paris, Seuil, 1975.

COLACRAI M, Kern A, Vallone M . Escenarios y desafíos de la cooperación sur-sur: a 30 años de la declaración de Buenos Aires. In: Argentina, Ministério de Relaciones Exteriores, Comércio Internacional y Culto (MRECIC). Documentos de trabajo sobre cooperacion sur-sur. Buenos Aires: MRECIC; 2008.

CUBELLI GR. Salud, Enfermedad y Culpa. Editorial Dunken, 2018.

CUETO M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health, 94(11):1864-1874, 2004

DÉJOURS C. *A loucura do trabalho*. São Paulo, Cortez, 1980.

DRG Brasil. *Gestão da saúde pública: o que podemos aprender e ensinar com outros países?* Brasil, 2021.

FOCAULT M. *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva, 1972.

FREUD S. *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna* (1908). Rio de Janeiro, Imago, (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas v. 9), 1980.

- FREUD S. *O mal-estar na civilização* (1930). Rio de Janeiro, Imago, (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. 21), 1980.
- FUNASA. Cronologia Histórica da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2017.
- GARCÍA-Ramírez JA y Vélez-Álvarez C. Latin-American public policy regarding social determinants of health. Universidad Nacional de Colombia, 2013.
- GELFAND T, The history of the medical profession. In: BYNUM, W. F.; PORTER, R. (Eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge. p. 1.119-1.121, 1994.
- GILMAN N. The New International Economic Order: a reintroduction. *Humanity* 2015; 6(1):1-16.
- GOIC GA. The Chilean Health Care System: The task ahead. *Rev. méd. Chile* vol.143 no.6 Santiago jun. 2015
- HELMAN CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MCVAUGH MR. *Medicine in the Latin Middle Ages*. In: LOUDON, I (Org.). *Western Medicine* Oxford: Oxford University Press, 1997.
- ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas (ONU). XVI Asamblea General. Decenio de las Naciones Unidas para el desarrollo: programa de cooperación económica internacional (I). New York: ONU; 1961. [Resolución 1710].
- PAIVA CHA, Pires-Alves FA, Ferreira VN, Cueto, M. *História da atenção primária à saúde no Brasil: de modalidade de atenção à saúde a política prioritária*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz; 2015. [Projeto de pesquisa].
- PÉREZ OGR, González NC, González ZP, Iribarren HL. Public Health in Latin America and the Caribbean. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech, *Rev Cubana Salud Pública*, 2003.
- PHMM. *A Brief History of Public Health*. Public Health Museum in Massachusetts. USA, 2001
- PIRES-ALVES FA, Cueto M. The Alma-Ata Decade: the crisis of development and international health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2135-2144, 2017
- SCLIAR M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007
- SEGRE M, Ferraz FC. The health's concept [ponto de vista]. *Rev. Saúde Pública* vol. 31 no. 5 São Paulo Oct. 1997
- YEPES Parra A. El derecho a la salud. La necesidad de repensar los derechos sociales. *Rev Cubana Salud Pública* 25(2): 112-22, 1999