

Emergencias y desafíos contemporáneos de la salud pública: una retrospectiva hasta nuestros tiempos

Mundo Fesc
No.11, Enero-Junio
2016
ISSN:2216-0353
E-ISSN:2216-0388
PP:56-61

Emergency and contemporary challenges of public health: a retrospective to our times

Carmelo Miguel Galván-Doria¹; Katerine Galván-Sarabia²

Resumen

A medida que transcurren los años podemos evidenciar que es inevitable que todo lo que se encuentra a nuestro alrededor se renueve, cambie o transforme. Indiscutiblemente se trata de un proceso que sigue su curso afrontando las condiciones de vida que al pasar los años cada vez se tornan más exigentes inducidos por la competencia y la calidad del servicio; pero al referirnos al concepto de Salud Pública, nos enfocamos aún más en estos cambios, que muchas veces son necesarios para lograr una armonía, equilibrio y salud en las poblaciones quienes esperan mejorar su calidad de vida a partir de un servicio acorde a sus necesidades.

Palabras Clave: Salud Pública. Higiene, Salud en las poblaciones, calidad de vida.

Abstract

As the years pass we can show that it is inevitable that everything that is around us renew, change or transform. Unquestionably it is a process that is ongoing facing the living conditions over the years increasingly become more demanding induced by competition and quality of service; but when referring to the concept of Public Health, we focus even more on these changes, which are often necessary to achieve harmony, balance and health in populations who hope to improve their quality of life from a service according to their needs.

Keywords: Public Health, Hygiene, Health in Populations, Quality of Life.

¹Msc. Psicología de la Familia y la Pareja, mitogd@gmail.com, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá-Colombia.

²Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá-Colombia.

Recibido: 30 oct 2015

Aceptado: 2 dic 2015

Forma de citar: Galván, C.M.; Galván, K. (2016). Emergencias y desafíos contemporáneos de la salud pública: una retrospectiva hasta nuestros tiempos. Mundo Fesc, 11, 56-61.

Emergencias y desafíos contemporáneos de la salud pública: una retrospectiva hasta nuestros tiempos

1. INTRODUCCIÓN

Al hacer un análisis retrospectivo de la evolución de la salud pública, determinamos que desde siempre ha tenido que afrontar emergencias y desafíos que a diario se somete a cambios siendo necesario partir desde la antigüedad, y justo ahí, en el texto de Emilio Quevedo: “Cuando la higiene se volvió pública”. Se realiza un recuento de la higiene privada hipocrática durante la antigüedad clásica, los procesos sociales y las enfermedades que dieron origen a la higiene pública durante la edad media y las modificaciones en la práctica de la higiene privada que generaron las mismas, citando a Alcmeón de Crotona en el siglo VI a.c., quien fuera el primer hombre en hablar de la Isonomía, que hacía referencia a un estado de equilibrio-armonía con el estado de salud, y explicó en términos naturales el estado de salud. Posteriormente surgió la teoría de Empedocles, lo cual generó controversia con los demás presocráticos debido a que él hablaba de 4 elementos con sus cualidades correspondientes (agua: humedad, tierra: sequedad, fuego: calor y aire: frío), considerando los verdaderos principios constitutivos de la naturaleza (Quevedo, 2004).

Sin embargo, los hipocráticos, luego de varios años retoman lo dicho anteriormente pero elaborando un concepto un poco más amplio, en donde hablan de 4 humores que se correlacionan con los 4 elementos y sus cualidades, y se encargan de explicar la naturaleza del cuerpo humano (la sangre, la bilis amarilla, bilis negra y la flema), generando un concepto de salud entendido por la armonía o equilibrio de estos humores de cada persona y las causas externas o la naturaleza en general, representada por lugares, clima, agua, dieta; y un

concepto de enfermedad como un exceso en el régimen de vida que pueden ocasionar un desequilibrio entre las causas internas y externas (Quevedo, 2004). Los antecedentes de la Salud Pública en el mundo El equilibrio en el cual se basaba la salud, era muy exclusivo, es decir, que solo muy pocas personas podían lograrlo, era un modelo destinado para las personas de clase social alta que podían llevar un modelo de higiene privado y elitista, lo cual predominó en Europa durante la Grecia clásica hasta el siglo XIX, sufriendo modificaciones durante la edad media y el siglo XVIII debido a la presencia de diversas enfermedades, tales como la peste bubónica y la muerte negra, que obligó a implementar prevenciones sanitarias para controlar el crecimiento de las enfermedades. Con ayuda de las juntas de sanidad que se encargaban de informar y aislar cualquier epidemia para lograr mantener un control en la población.

Ya, en el año 147 aparece Galeno, quien fuera un gran médico griego destacado en la antigüedad, hijo de Aecolios Nicon, llegó a ser la autoridad dominante durante el renacimiento y mucho después de este. Sus diferentes ideas se encargaron de liderar la medicina europea durante más de mil años. Cuando Galeno tenía 17 años, su padre soñó que su hijo sería médico y en aquellos tiempos los sueños eran tomados con seriedad, debido a que se suponía que eran inspirados por los dioses y poseían un significado que debía ser descifrado (Sigerist, 1981). Tal como se soñó, Galeno comenzó sus estudios con los maestros locales y era muy aplicado y estudioso, tanto así, que llegó a enfermarse por trabajar en exceso, lo que en ese momento generó un concepto de higiene en él, de modohigiénico de vida: el reconocimiento de que un esfuerzo menor puede llevar a mejores

resultados a la larga (Sigerist, 1981). Rondando el año 160, cuando Galeno tenía 20 años, su padre murió y desde entonces se dedicó a viajar por diferentes lugares, puesto que se tenía la tradición de que el conocimiento era adquirido a través de la visita a los centros de la ciencia y la educación.

Luego de largos años de estudio y viajes, Galeno retornó a su ciudad natal Pérgamo, en donde debía supervisar el entrenamiento de los gladiadores, su dieta y modo de vida, lo cual fue un impulso para que el centrara su atención de la higiene, en otras palabras llegó a ser tal como lo dice el texto uno de los escasos higienistas que viven con arreglo a sus propias enseñanzas (Sigerist, 1981).

Para comprender la higiene de esa época, tenían que tener presente que se originaba en diferentes raíces, la primera hablaba de la experiencia, ya que la gente sabía por experiencia que comer en exceso, no dormir lo suficiente, exponerse a temperaturas bajas no favorecían la buena salud; la segunda raíz hacía referencia a los antiguos cultos, es decir que quienes ingresaban al templo de su divinidad debían estar puros, con esto se intentaba decir que requerían de limpieza y vestimenta immaculada y que ciertos procesos fisiológicos como la menstruación o el parto eran sinónimo de impureza, y todo aquel que estableciera contacto con estas personas, perdía su limpieza y debía someterse a ritos purificatorios; un tercer componente hablaba sobre la concepción de las personas acerca de la salud y la enfermedad, puesto que el estado de perfecta armonía entre el cuerpo y el espíritu generaba higiene natural, Deduciendo que la higiene y la salud pública dependen del conocimiento tecnológico que se disponga en cada época, y también de las acciones gubernamentales de cada lugar, es decir un fuerte poder estatal.

La salud, la civilización y el estado, de Dorothy Porter (1998), abarca un tema relacionado con la pestilencia y el orden público, en donde hace referencia a la época medieval con tradiciones grecorromanas y los médicos árabes y persas se encargaban de ir las modificando al pasar el tiempo. Hubo una expansión de conocimiento con ayuda de la universidad de París en el siglo XII y XIII,

todas las universidades pertenecían a la iglesia, que era una de las entidades más influyentes de la época y se dictaban carreras como teología, leyes y medicina; y a su vez los estudiantes de medicina tenían que presentar exámenes complejos para obtener su título y poder acreditarse para ejercer la profesión.

Se realizan métodos de limpieza retados por enfermedades como la sífilis, lepra, peste negra, tuberculosis, influenza, lo que ayuda en gran parte con la salud pública de la época, logrando así una gran expansión de la población europea, que se triplicó en 500 años. Se implementa un tratamiento de aislamiento de 40 días durante la edad media, para evaluar la severidad y cronicidad de las enfermedades; vale la pena aclarar que antes se realizaba un aislamiento de solo 7 días.

Sin embargo muchas de las enfermedades provenían de los muelles y puertos, debido al comercio y a las pocas medidas de higiene, que desde una concepción teológica y popular, ase asume la idea de que las enfermedades como la lepra, se producían por un castigo divino, debido a la promiscuidad. Esto conlleva a la estigmatización de las personas que la padecieran, a quienes se les obligaba a vestir con mortaja, botas, capucha y en el cuello unas campanas para anunciar que estaban cerca de personas sanas; no se les permitía el ingreso a los bares, mercados públicos y únicamente los días festivos podían salir a las calles a pedir limosnas.

En el siglo XV cuando los españoles empiezan a conquistar nuevas tierras, transportan enfermedades a poblaciones sin experiencia inmunitaria, estas enfermedades fueron la viruela y el sarampión, pero a diferencia de estas, la sífilis la transmitieron a Europa, y en América no era venérea, pero en Europa debido a una mutación del virus se convirtió en una enfermedad venérea. Mediante varias vías se daba la transmisión de las enfermedades, y eran: por esclavos africanos que transmitieron la malaria, por barriles de agua en los cargamentos de los barcos que facilitaban la formación de larvas y a su vez mosquitos que transmitían la fiebre amarilla, y la contaminación que se generaba por

las pobres medidas de higiene con la que se transportaban los alimentos. En el siglo XVI aparece la fiebre tifoidea que es una enfermedad infecciosa intestinal, asociada al hacinamiento y pobreza, además de los viajes interoceánicos comerciales.

Comienza siendo una epidemia y se convierte a una enfermedad endémica. En este siglo se empiezan a realizar censos y niveles de alfabetización. En el siglo XVII se observa un gran aumento del mercantilismo, salud y enfermedad. Se implementan las nuevas comisiones de la policía médica en Alemania, encargadas de velar por los niveles de salubridad y de identificar las nuevas enfermedades rápidamente para evitar epidemias.

Se considera el siglo XVIII como el siglo de las luces, debido a la ilustración, y hay un análisis científico social en poblaciones desarrolladas, innovaciones en saneamientos e inmunización.

En la lectura de Michel Foucault, Estrategias de poder se trata de demostrar el desarrollo del sistema médico y del modelo seguido por el médico occidental desde el siglo XVIII, abarcando así, 3 puntos importantes:

- La biohistoria, que analiza las enfermedades infecciosas que han desaparecido a través de los años, y la significativa reducción de casos mortales de las mismas, en los siglos XVIII y XIX. Debido a múltiples factores como el cambio de las condiciones socioeconómicas, los fenómenos de adaptación, los de resistencia del organismo, debilitamiento del bacilo, medidas de higiene y de aislamiento (Foucault, 1999).
- La medicalización, Cuerpo humano se vio englobado en una red de medicalización para disminuir los niveles de mortalidad (Foucault, 1999).
- La economía de la salud. Integración del mejoramiento de la salud, servicios y consumo de esta en sociedades privilegiadas (Foucault, 1999).

La medicalización en el siglo XIX, específicamente el nacimiento de la medicina social, trae consigo la medicina de los pobres, donde se prioriza el esta-

do, luego la ciudad y por último los pobres. Es decir, la medicina social le restó importancia a la población más vulnerable, puesto que consideraban que ellos no eran un objeto peligroso para la salud pública. Pero surge un interrogante muy importante en esta época, y es: ¿por qué a los pobres no se les consideró como un peligro para la salud pública en el siglo XVIII? Y la respuesta está en que el número de personas pobres no era tan grande en las ciudades como para que la pobreza significara un peligro real, además que eran ellos los que se encargaban de recoger las basuras, acarreo de agua, y por tal razón se consideraban útiles.

En el siglo XIX todo cambió, en cuanto a la percepción que se tenía de los pobres, debido a que en la revolución francesa la población necesitada se reveló y participó de las revueltas; se encontró un servicio que sustituyera las funciones de la plebe, como por ejemplo el código postal y un sistema de transporte. Y en esta época se decidió dividir el recinto urbano en sectores ricos y pobres (Foucault, 1999), porque se consideraba un peligro sanitario y político para la ciudad. Sin embargo se creó la ley de pobres que consistía en un control médico del indigente, el cual era obligatorio y se sometían a asistencias médicas, para evitar contagios a la población adinerada.

Los antecedentes de la Salud Pública en Colombia. En Colombia, Durante 1920 el 80% de las exportaciones de Colombia se hacían con Estados Unidos, y empresas de ese país se encargaban de las poblaciones cafeteras, pero 2 años antes, en 1918 se realiza una invitación a la fundación Rockefeller por parte del gobierno Colombiano. Sin embargo mientras la fundación llegaba, los hacendados eran los encargados de velar por la salud de los obreros que tenían a su cargo.

Con el decreto 281 de 1975 del Ministerio de Salud de Colombia, se estableció que la fundación escogía un departamento que representara al país para poder realizar los estudios y empezar con las campañas, por tal razón fue escogido Cundinamarca, y al empezar la campaña se le suministraba un purgante salino a la población enferma y se obligaba a los trabajadores a asistir a las campañas me-

dicas que hacían, supervisores se encargaban de visitar hogares y verificar si existían o no letrinas y también se realizaban censos. Se presentaron varios obstáculos, tales como las costumbres e ignorancia de las personas, el consumo de bebidas fermentadas, desaseo de casas y necesidad de sistema de desagüe.

Al final dice que se hizo gran trabajo social con ayuda de la iglesia que tenía una gran influencia sobre la población y hacían propagandas de las campañas de salud, además de la colaboración de los dueños de las haciendas donde habían cultivos de café cuyos intereses eran más empresariales, se logro una gran difusión y educación a la población analfabeta.

Para finales de 1926 el total de tratamientos ascendió a 1.892.956 cifra que superaba toda las naciones donde había trabajado la fundación, puesto que fue una campaña estable y permanente. La fundación siguió colaborando y no retiro su apoyo como inicialmente habían pactado y en 1932 se amplió a luchar contra enfermedades como la fiebre amarilla, el paludismo y enfermedades prevalentes en los puertos.

2.CONCLUSIONES

A manera de síntesis a partir de la retrospectiva desarrollada sobre las emergencias y desafíos contemporáneos de la salud pública, de los siglos XII y XIII se concluye, que las enfermedades se encargan de modificar a las ciudades, se recuerda por la lucha clínica contra la plaga que dejo más de 20 millones de europeos muertos, lo que correspondía al 60% de la población europea y las personas huyen de las ciudades.

Esto es considerado según los cristianos la ira de Dios contra la humanidad, y para arrepentirse o sanarse, se implementan castigos como la flagelación, para que Dios se apiade y genere paz en la población, descubriéndose también el contagio de enfermedades por contacto, ocasionando la creación de casas de peste a las afueras de las ciudades, para evitar el crecimiento de las enfermedades.

En términos generales se puede decir, que en el siglo XIX, sobretudo en Inglaterra apareció una medicina que consistía en el control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, con el fin de hacerlas más aptas para trabajar y menos peligrosas para los ricos; de acuerdo con la lectura “Café y gusanos, mosquitos y petróleo” – El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953. Durante el siglo XIX y el siglo XX, se presento un interés económico, social y político notable por parte de Estados Unidos a diferentes países, y por medio de la fundación Rockefeller establecieron diferentes objetivos, tales como la erradicación de las enfermedades tropicales, especialmente la Uncinariosis, puesto que afectaba los intereses que tenía el gobierno y a largo plazo generarían pérdidas considerables.

Respecto a la situación en Colombia, como conclusión podemos resaltar, que los intereses de la fundación se centraron en las áreas donde era mayor la producción de café, y se descuidaron zonas donde también habitaba la uncinariosis, que eran casi toda la totalidad del territorio colombiano. Tal como lo refirieren Quevedo et al. (2004). “Esto muestra de alguna manera que para la fundación lo importante era que los departamentos que de ella dependían lograsen los objetivos propuestos: que la demostración de las posibilidades de la salud pública como forma de control de las enfermedades fuese efectiva; que los programas sanitarios se realizaran en las zonas de interés económico y político de la fundación y que los técnicos y políticos locales aceptasen la intervención extranjera como un hecho positivo”.

3.REFERENCIAS

Quevedo, E. (2004). Cuando la higiene se volvió pública. Revista de la Facultad de Medicina, 52(1), 83-90.

Sigerist, H. (1981). La higiene del Galeno. En Hitos en la historia de la salud pública (pp.13-34). México: Siglo XXI Editores.

Porter, D. (1998). Health, Civilization and the State. London: Routledge.

Foucault, M. (1999). Estrategias de poder. Volumen II. Editorial Paidós.

Quevedo, E.; Borda, C.; Eslava, J.C.; García, C.; Guzmán, M.P.; Mejía, P.; Noguera, C.E. (2004). Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia..

Mundo Fesc
No.11,Enero-Junio
2016
ISSN:2216-0353
E-ISSN:2216-0388
PP:56-61