

LAS TRES FASES DE LA MEDICINA PREVENTIVA EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA¹

Dr. George Pickett²

La meta más importante de la salud pública en Estados Unidos ha sido siempre la prevención de enfermedades, traumatismos e invalideces; con todo, en los últimos 100 años el concepto de "prevención" ha ido evolucionando. Este artículo tiene el propósito de presentar de qué manera el concepto y la naturaleza de la labor preventiva en salud han cambiado en el curso de un siglo y de qué manera es posible que estén sujetos a cambios con el devenir del tiempo.

En todo el mundo la prevención de enfermedades, invalideces y traumatismos ha sido y continuará siendo la meta más importante de las organizaciones de salud pública. En los últimos 100 años el verdadero concepto de prevención en Estados Unidos ha ido evolucionando y en cada nueva fase se le han incorporado progresivamente nuevas dimensiones. Mirando retrospectivamente se puede observar que el concepto ha pasado por tres fases principales que, si bien se han superpuesto en muchos aspectos, cada una de ellas posee atributos singulares.

La primera fase importante fue de naturaleza institucional, autoritaria y mercantilista y se ocupó especialmente de la prevención primaria de enfermedades contagiosas mediante las actividades de control del ambiente y la inmunología aplicada. La segunda fase, que es la actual y ya se encuentra en el ocaso, se caracteriza por la industrialización e intervención de la medicina y por la intensificación de las inversiones en fuerza laboral y equipo. Se distingue, en especial, por su tarea realizada en cuanto a la prevención secundaria y terciaria. Ha sido una fase de heroísmo en la reconstrucción biológica, pero de escaso mejoramiento de la calidad o el vigor de la vida en nuestra sociedad. La ter-

cera fase, todavía en ciernes, reafirma en cierto modo las cuestiones institucionales de la primera fase, aunque con una nueva percepción de todo el proceso de interacción social. Se caracterizará por una vacilante y aprensiva reconsideración del medio ambiente que el propio hombre se ha creado. Será la fase más ardua y relevante en la evolución del concepto de la prevención y se ocupará más de los valores y decisiones de orden social que de la tecnología o la medicina.

Primera fase: saneamiento y autoritarismo

Difícilmente se puedan exagerar las contribuciones de los especialistas en ciencias naturales a la ciencia social de la salud pública. Athanasius Kircher, quien es posible que ya en 1658 haya observado organismos bacterianos, formuló una interesante teoría del contagio (1). En el decenio de 1850 John Snow contuvo un brote de cólera en Londres gracias a la epidemiología aplicada con autoridad (2). Sin embargo, la labor de Pasteur en el decenio de 1870 marcó de manera más definida los comienzos de la primera fase de la prevención. Durante esa época Rudolph Virchow (1821-1902) hizo los primeros aportes reales a nuestros conocimientos de la patología. Lister (1827-1912) publicó su primer trabajo sobre antisepsia en 1867 (3) y Robert Koch (1843-1910) expuso por primera vez sus famosos postulados en 1882. La rapidez con que se sucedieron estos des-

¹ Trabajo preparado para ser presentado a la XXXIV Reunión de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud Pública, celebrada en Hermosillo, Sonora, México, en marzo de 1976. Se publica también en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. XI, No. 2, 1977.

² Director, Departamento de Salud y Bienestar Social, Condado de San Mateo, California; Presidente, Asociación Americana de Salud Pública.

cubrimientos debe haber parecido vertiginosa en aquella época y, a no dudarlo, lo fue. En efecto, los descubrimientos de fines del siglo XIX fueron tan extraordinarios que llevaron a Sir William Osler a expresarse en los siguientes términos:

Durante innumerables generaciones los profetas y reyes de la humanidad han deseado ver las cosas que los hombres han visto y oír las cosas que los hombres han oído en el curso de este maravilloso siglo XIX. La llamada de los vigías en las torres de progreso ha tenido una triste respuesta—el pueblo ha permanecido en la tiniebla y en la sombra de muerte. La humanidad ha mejorado política, social y moralmente, pero para la unidad, para el individuo, muy poca esperanza había. La fría filosofía arrojó un destello de luz sobre su camino y la religión en sus diversas formas iluminó su triste corazón, pero ninguna fue suficiente para redimir la maldición del sufrimiento del hijo de Adán, fruto del pecado. En la culminación del tiempo, tras larga espera y gran demora, la ciencia finalmente volcó sobre él, con el cuerno de Amaltea, tantas bendiciones que no podrían numerarse, bendiciones que han hecho a este siglo por siempre memorable, y que se han sucedido con una rapidez tan asombrosa que ya no sabemos qué nos cabe esperar (5).

Con estos nuevos conocimientos la salud pública salió de las tinieblas para entrar en la sociedad de la vida industrial metropolitana y empezar una era de cambios sin precedentes y sin continuidad. Los dirigentes de la salud pública de todo el mundo, actuando con un alto grado de autoritarismo, se apoderaron del poder de policía del estado con el fin de:

- purificar y proteger nuestras aguas;
- limpiar y desviar nuestros efluentes;
- sanear e inspeccionar nuestros alimentos, y
- demoler los barrios de tugurios más pestíferos.

Poco antes de que esto ocurriera, en 1864, el jefe del departamento de barrido y limpieza de calles de la ciudad de Nueva York nombró "guardianes de salud" que, por lo común, eran taberneros. Durante una investigación, un legislador preguntó al guardián de salud qué medidas tomaba cuando se le avisaba que se había manifestado un caso de

enfermedad contagiosa. El guardián de salud respondió así: "Me presento en la casa y hago salir a la calle a sus habitantes, donde les doy mis órdenes, que consisten en que quemem azufre; nunca entro en la vivienda" (6). En 1866 el Dr. Stephen Smith era Comisionado del Consejo Metropolitano de Salud de Nueva York, puesto que ocupó hasta 1875. Las mejoras experimentadas fueron realmente extraordinarias. La esperanza de vida al nacer de las mujeres blancas en Estados Unidos pasó de 40 años en 1855 (7) a 55 años en 1920.

Como se había observado una y otra vez, los mejoramientos básicos fueron de tipo ambiental—pasteurización de la leche, cloruración del agua y control de las aguas servidas. Es más, casi todos los progresos en materia de longevidad se lograron con el mejoramiento de las probabilidades de que el recién nacido sobreviviera la vulnerable edad de los primeros meses y años. Pocos o ningún cambio hubo en la esperanza de vida de quienes llegaban a una edad mediana. En 1855 se podía esperar que una persona de 45 años de edad en Massachusetts viviera otros 24.6 años. En 1910, las cifras de Estados Unidos le daban una esperanza de vida de 25.5 años más (8).

Además de la actividad en pro del saneamiento, los adelantos de la inmunología ejercieron—y continúan ejerciendo—una decidida influencia sobre la supervivencia. La difteria, la tos ferina, la viruela—y más recientemente el sarampión y la poliomielitis—han sido radicalmente reducidos, si no totalmente dominados.

Al principio esta era se caracterizó por el heroísmo y la iniciativa individuales, así como por la creación de la legislación de salud. La inversión monetaria real en salud pública era limitada, y raramente los cambios implicaban una acción voluntaria por parte de la población expuesta. Salvo por las actividades de inmunización, ninguno de los progresos se basaba en la atención o el tratamiento individuales de un caso de enfermedad física o mental. La prevención era esen-

cialmente pasiva: unos pocos funcionarios de salud pública adoptaban medidas para modificar las condiciones de vida de la masa. Las razones en que se sustentaban estas acciones no eran simplemente románticas o humanitarias. Se fundaban en las ideas mercantilistas que se habían introducido tardíamente en Estados Unidos. Sus defensores—los mercantilistas de la salud pública o los “prevencionistas” de la primera fase—percibieron que las riesgosas condiciones de salud debilitarían al pueblo y, por consiguiente, a la nación. La clave de un crecimiento y poder nacionales satisfactorios era una población no afectada por enfermedades evitables, por lo menos durante sus años de vida productiva. Las características significativas de esta fase de la prevención fueron:

1. Que estaba basada en el descubrimiento científico,
2. Que la filosofía fundamental era acorde con las ideas mercantilistas (8); la buena salud para el individuo no era la meta principal; más bien el fin de la prevención era mantener el vigor de la población de manera que mejorara la producción, la formación de capital y el crecimiento nacional estable.
3. Que los resultados fueron obtenidos por unas pocas personas de autoridad que utilizaron el poder gubernamental para modificar la comunidad y actuar en su nombre. La comunidad, de una manera general, adoptaba una actitud pasiva. Y así fue hasta el punto que esta primera fase constituyó un verdadero “movimiento”: fue un verdadero movimiento de la mayoría logrado por la minoría.

Segunda fase: tecnología y capitalismo

Los albores de la segunda fase en la evolución de la prevención pueden realmente hallarse antes de los comienzos de la primera fase—en el descubrimiento de la anestesia y la antisepsia. Aunque el primer descubrimiento fue anunciado en 1846 (10) y el segundo en 1867 (4), la cirugía y la intervención médica solo avanzaron lentamente hasta las dos guerras mundiales. Poco podía hacerse para tratar una enfermedad como no fuera la aplicación de medidas para aliviar los síntomas y, ocasionalmente, la bárbara ex-

cisión o amputación de una parte del cuerpo.

Sin embargo, la Primera Guerra Mundial hizo necesaria la cirugía mayor en una escala extraordinaria; para el tiempo de la Segunda Guerra Mundial ya se conocían las sulfamidas (1935) y la penicilina (1940). Estos primeros medicamentos antibacterianos estimularon un enorme crecimiento de la industria farmacéutica que culminó en una estructura de mercado mundial. Con este gran mercado, las investigaciones químicas y bioquímicas—de las que se derivaron técnicas de producción sintética—pronto permitieron obtener medicamentos revolucionarios en enormes cantidades y dieron origen a la era de la tecnología y de la inversión de capital en el campo de la salud.

Con esa empresa obviamente provechosa a la vista de todos, la búsqueda de pociones y procedimientos mágicos para curar las cardiopatías, escoliosis, hipertensión, diabetes, artritis y esquizofrenia despegó con la velocidad de un proyectil y, si bien su trayectoria se ha desacelerado en alguna medida, a causa de una serie de accidentes sensoriales, prosigue la concentración de capital en la comercialización de la atención médica. En realidad, es posible que la nave espacial de la salud se haya acelerado hasta superar la velocidad necesaria para escapar a las restricciones comunes de la gravitación y acaso no sepamos cómo hacer para que vuelva a tierra.

Poco después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946, el Congreso de Estados Unidos sancionó la Ley Hill-Burton. Esta medida comenzó a inyectar recursos fiscales en apoyo de una industria de hospitales en rápida expansión. Desde entonces hasta ahora aumentó el número, la dimensión y la complejidad de los hospitales de Estados Unidos a tal punto que estos representan hoy una de las más poderosas y extensas concentraciones de capital conocidas en la historia del país. Durante todo este tiempo, la producción y venta de la atención médica se convirtió en una actividad provechosa por sí misma.

En la primera fase de la prevención, se

había considerado que la producción de salud era un medio de mantener una población vigorosa que pudiera incrementar el poder y la riqueza del país. Pero en esta segunda fase, la meta de la buena salud de la población quedó eclipsada al adquirir vida propia la industria de la salud. Los planificadores de hospitales y los consultores se multiplicaron y prosperaron al mismo ritmo que la industria que producía nuevos equipos radiográficos, sistemas de ensayo de laboratorio, programas de informática para la prescripción de medicamentos, equipo desechable—también máquinas para eliminar el equipo desechable—sistemas de servicios de alimentos previamente envasados y un gran número de nuevas inversiones en instrumentos electrónicos, telemetría, bioquímica, medicina nuclear, láseres y de fibroóptica.

En suma, teniendo a la vista éxitos espectaculares e importantes, la ola de inversiones en la atención de salud creó una concentración de esfuerzo, interés, capital y recursos humanos sin igual en ningún otro fenómeno de nuestra historia. En Estados Unidos los gastos en salud aumentaron de EUA\$3,800 millones anuales en 1940 (11) a más de EUA\$118 billones en 1975 (12). Más de 4,000,000 de personas están hoy día directamente relacionadas con la producción de atención médica (11) y muchas más se dedican a producir instrumentos y suministros empleados para proporcionar atención médica. Todo ello da lugar a una enorme y esencialmente involuntaria transferencia, controlada por el proveedor, de \$562 anuales por cada hombre, mujer y niño de Estados Unidos, a la industria de la salud—una industria en la cual la mayoría de las decisiones acerca del gasto de esos recursos son adoptadas por unos 300,000 médicos, casi todos los cuales actúan independientemente unos de otros y en mayor o menor medida independientemente de todos los demás componentes de la atención de salud.

Sin embargo, pese a toda esta inversión, que ha convertido a la producción de la atención médica en la industria mayor y de más

rápido crecimiento de Estados Unidos, la duración media de vida que le resta a un niño de cinco años solo ha aumentado en 2.9 años desde 1940—de 61.7 a 64.6 años (12). Además, ya se han puesto de manifiesto los límites de la medicina heroica. Por ejemplo, los cálculos efectuados por el autor, basados en técnicas de diagramas de vida estándar, muestran que eliminando el cáncer del cuello uterino, como causa de defunción, solo añadiría 3/10 de un año de vida (3.6 meses) a los setenta años que ahora puede vivir la mujer norteamericana. Y si, después de 50 años de exploración ginecológica, debe vivir esos 3.6 meses más hospedada en una pequeña institución que la atiende, con un ingreso mensual de \$250, la ayuda limitada del seguro médico oficial (Medicare) y unos pocos cupones para la obtención de alimentos, bien cabe preguntarse si la mujer norteamericana desea realmente esa medicina heroica.

Si bien durante esta segunda fase se ha hablado constantemente de prevención, las medidas preventivas—salvo por los esfuerzos ocasionales de las asociaciones y los trabajadores de salud pública—se han aplicado con poca frecuencia. Se han logrado ciertos avances importantes. El constante progreso y aplicación de técnicas inmunológicas ha contribuido a dominar la poliomielitis y ahora prometen erradicar la viruela de todo el mundo. La fluoruración del agua potable, a pesar del retraso de su aplicación promete mucho para la prevención de las enfermedades dentales. Una perspectiva análoga presentan las medidas para la detección y el tratamiento precoz de la hipertensión.

Sin embargo, gran parte de la importancia atribuida a la prevención ha seguido la trayectoria establecida por los tecnócratas entusiastas. Así por ejemplo, programas de exámenes múltiples han alejado una cuantía considerable de tiempo y esfuerzos de actividades institucionales más importantes para dedicarlas a un mayor desarrollo, aplicación y comercialización de la tecnología. Las industrias se han lanzado al mercado con

nuevas técnicas para explorar, detectar y tratar toda suerte de padecimientos—a menudo sin preocuparse mucho por la prevalencia, importancia y posibilidad de prevención o tratamiento de la enfermedad misma.

Además, los diferentes políticos han mostrado una tendencia a hablar de prevención, mientras que por otro lado practican la retirada. Para ser específicos, durante los últimos ocho años, hemos presenciado en Estados Unidos una constante erosión del apoyo a la salud pública. Se ha prestado un gran apoyo a la lucha contra ciertas enfermedades y a algunos proyectos favoritos, pero poco a la salud pública. En términos generales, esta segunda fase en la evolución de la labor preventiva se ha caracterizado por lo siguiente:

1. Descubrimientos científicos y adelantos tecnológicos;
2. Intensificación de los trabajos consagrados a obtener avances muy modestos en materia de salud;
3. Una enorme inversión y concentración de capitales en el campo de la salud; y
4. La conversión de una energía social en pro del fomento de la salud en una campaña sostenida para promover el crecimiento de la industria de la salud.

La naturaleza del cambio de la primera fase a la segunda se refleja en los trabajos publicados por la Asociación Americana de Salud Pública. En el libro titulado *A Half Century of Public Health* (14) publicado en conmemoración del primer cincuentenario de la Asociación, los trabajos fueron dedicados a sistemas de cuarentena, purificación del agua, eliminación de desechos, programas de control de los alimentos, de leche, vivienda, protección de la infancia y ventilación. Una reciente recensión (15) de los artículos publicados entre enero de 1973 y junio de 1975 mostró un pronunciado cambio, pues la mayor parte de los trabajos está dedicada a la organización de los servicios de salud.

Tal como esos trabajos lo indican, el apasionado interés en tratar enfermedades y traumatismos ha reducido notablemente las inversiones en la prevención primaria. La realidad es que, en la prevención primaria,

son relativamente pocas las sumas que cambian de mano. A decir verdad, la verdadera prevención puede, en realidad, reducir la transferencia de fondos de la mayoría a la minoría. La ironía de la segunda fase consiste en que ha presenciado—siendo, naturalmente, parte interesada—la creación de un medio ambiente cada vez más riesgoso para nuestra salud y ha cambiado el tipo de la prevención que se busca. A medida que economistas, legisladores y consumidores han adquirido más conciencia del enorme gasto involuntario en salud, su descontento con los resultados obtenidos ha ido en aumento. Así, la prevención, tal como lo destacan los dirigentes políticos, se refiere hoy día con más frecuencia a la prevención de nuevos gastos más que a la prevención de enfermedades.

Desviándonos por un momento del tema concreto, nuestro humanitarismo posterior a la Segunda Guerra Mundial acaso haya creado un falso objetivo para la salud pública. Los redactores de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud declararon que un buen estado de salud, a más de *ausencia* de enfermedad significaba también la *presencia* de un completo estado de bienestar mental, físico y social. Con este concepto, la salud pública ya no necesita concentrarse en la prevención (que es un concepto negativo), sino en un concepto positivo—fomentar una vida de mejor calidad. Sin embargo, esta orientación no permite establecer objetivos válidos para la organización de la salud pública que sean pasibles de realización mediante la práctica de la salud pública, ya que la calidad de la vida interesa legítimamente a todas nuestras instituciones. Aunque puede contribuir a la realización de esa meta, la salud pública solo puede hacerlo ajustándose a su propio objetivo: la prevención de la enfermedad, la invalidez y la mortalidad prematura.

Tercera fase: salud y medio humano

Parece probable que los últimos treinta años, aunque interesantes y onerosos, hayan

contribuido más a la generación de enfermedades (y, de esta manera, a una sostenida inversión en la atención médica) que a la salud. Cuando se les dice a los médicos en ejercicio que la prevención es la clave de la buena salud, suelen adoptar una actitud escéptica. Consideran, correctamente, que los problemas importantes son la conducta humana, el medio ambiente y las condiciones socioeconómicas. Pero, incorrectamente, se desvinculan de su propia responsabilidad en esos tres aspectos. Los proveedores de salud, aduciendo que los factores extramédicos están rigiendo nuestro estado de salud, se ponen al margen de la situación en estos términos: "No he recibido formación para resolver esos problemas, por consiguiente, no son de mi incumbencia, sino de la de otros".

Es cierto que evitando el consumo de alcohol y de tabaco, o restringiendo el uso de los automóviles se podrían prevenir más enfermedades, invalideces o muertes prematuras que con cualquier aumento de los gastos en la atención de la salud. Pero *no* es cierto que la responsabilidad deba recaer exclusivamente en el comportamiento del individuo, ni tampoco lo es que los médicos y otro personal de salud nada puedan hacer al respecto.

Victor Fuchs, que ha recibido el aplauso popular en Estados Unidos por su libro titulado *Who Shall Live?* (16), propone la tesis, que si bien no es original está muy bien enfocada, de que el individuo es quien elige y quien tiene la facultad de abusar de sí mismo o de respetarse y, por lo tanto, de influir en su salud. Esta es una manera fácil de rehuir la responsabilidad. También es una tesis ingenua que equivale a decir: "Yo estoy bien, pero tú estás mal: ¡arréglate como puedas!" Esto permite que el médico, la enfermera, el sacerdote, el político, el inversionista y el administrador puedan, todos ellos, ignorar la prevención porque se trata de un problema que incumbe al individuo. Sin embargo, los hechos, la historia, el empirismo y el sentido común nos dicen que el comportamiento peligroso es una consecuencia de decisiones

sociales, ya que existe una interacción recíproca entre las necesidades sociales y las personales. Los automóviles que conducimos, el tabaco que fumamos, así como el alcohol y los alimentos que consumimos—todos constituyen parte del medio que nos hemos creado. Lo mismo ocurre con los incendios en apartamentos para familias de bajos ingresos y hogares para ancianos, las riñas con armas de fuego, los ataques con armas blancas y los suicidas que se arrojan desde los puentes o de los edificios altos. Tales actos, ya sean personales y sociales, tienen un impacto importante sobre nuestras vidas.

Haber vivido en una sociedad que deifica el consumo y el crecimiento económico significa haber participado en la creación del medio físico y social que nos amenaza; no basta, pues, con decir "Yo estoy bien . . . tú eres una calamidad". Debemos cambiar la situación o perecer. Irónicamente, quienes más partido han sacado de la creación de esa sociedad pueden ahora permitirse el lujo, por el tiempo que vivan, de retirarse y protegerse. Pero la mayoría de los habitantes del mundo no puede hacerlo.

Si la primera fase de la prevención se caracterizaba por el mercantilismo y un pueblo pasivo, y la segunda fase por la inversión de capital y un cierto grado de colaboración entre consumidores de salud y proveedores, la tercera fase muestra una necesidad por parte de esa masa popular de asumir una función activa—de hecho la función dominante—en la prevención. Nuestra tarea como técnicos, científicos y trabajadores de salud consiste en definir, con mayor precisión, cuál es la razón de los problemas de salud y qué se debe modificar en caso que la sociedad deseara hacer tales cambios en recompensa por los beneficios de salud.

Empero, es un problema ser preciso cuando se trata de la prevención. En una monografía de proposición que fue aceptada en principio por la Asociación Americana de Salud Pública en 1975 se afirmaba: ". . . sabemos ahora que las técnicas de prevención se pueden emplear para evitar totalmente la

enfermedad o bien para influir de manera significativa en su avance . . .". Si bien la mayoría de los trabajadores de salud pública concuerda con esa afirmación, los documentos de trabajo de la reciente Conferencia Nacional de Medicina Preventiva (17) describen, con gran realismo, los límites de algunos de nuestros pretendidos conocimientos. Aunque no cabe duda de que se han identificado numerosos factores de riesgo y que se pueden hacer grandes progresos, no ha ocurrido así. Esto es porque el proceso de la tecnología y los descubrimientos—que no incluye una comprensión de lo que la población desea, valora y está dispuesta a hacer por lo que valora—está incompleto.

En esa misma monografía se señala que los organismos públicos deberían:

1. presentar . . . proyectos de ley . . . que reflejen la necesidad y factibilidad de aplicar medidas preventivas . . .
2. establecer presupuestos suficientes . . .
3. controlar los programas de prevención en curso . . .
4. educar al público . . .
5. establecer normas para los profesionales de la salud que garanticen su conocimiento y dominio de los métodos más modernos de prevención .

La monografía continúa en el mismo tono general. Creo que las autoridades electivas en Estados Unidos están interesadas en efectuar inversiones en la prevención. Pero se sienten desanimadas y desilusionadas por nuestra retórica y nuestras pretensiones en años recientes. Es importante que procedamos con profesionalismo absoluto a separar la paja del trigo, de modo que podamos concentrarnos en lo que funciona, dejando para futuras investigaciones una lista seleccionada de prioridades de problemas acerca de los cuales no nos sentimos tan seguros. Con respecto a cada problema deberíamos formularnos las siguientes preguntas:

1. ¿Qué importancia tiene?
2. ¿Sabemos cuáles son sus causas?
3. ¿Qué podemos hacer para resolverlo?
4. ¿Con lo que estamos haciendo se obtiene un beneficio pronosticable y significativo?

5. ¿Estamos haciendo bien las cosas u otro podría hacerlo mejor?

6. ¿Desea la sociedad que lo hagamos?

En un análisis de esta naturaleza mucho de lo que estamos haciendo no resultaría del todo bien. En cambio, algunas cosas que no hacemos saldrían airoas. Por ejemplo, las conferencias sobre el bienestar del niño, en el contexto de la población general, no saldrían airoas. Con una mayor especificidad en cuanto a los grupos destinatarios y un programa más completo de evaluación, tratamiento y asesoramiento, se podría hacer mucho más de lo que se hace. Los servicios de salud a domicilio han sido apoyados con vehemencia por la enfermería de salud pública; sin embargo, solo en unos pocos casos hemos identificado importantes problemas acerca de los cuales se podría hacer algo previsiblemente eficaz para evitar una invalidez innecesaria. Los servicios odontológicos para toda la población reciben, en general, un apoyo entusiasta por parte de salud pública. Con todo, es evidentemente imposible obtener todas las caries dentales de los adolescentes y de los grupos de más edad. En cambio, sí es evidentemente posible reducir la prevalencia futura de enfermedades dentales a niveles razonables mediante la fluoruración universal, como asimismo por medio de la educación en la salud dental y el mantenimiento con un carácter progresivo.

La mayoría de las personas pasan por numerosas crisis existenciales y muchas las superan sin que les dejen consecuencias debilitantes. Poco sabemos acerca de nuestra capacidad para intervenir con eficacia pronosticable, y aún menos sabemos acerca de los efectos secundarios de la asistencia en higiene mental durante todo el ciclo vital. No obstante, muchos de nosotros presionaríamos a nuestra abultada industria para que produjera más y más servicios para más y más personas con menos problemas y de menor magnitud. Algunas crisis producen verdaderos trastornos funcionales respecto de los cuales mucho es lo que podemos hacer. Debemos encargarnos de mejor manera de

estos últimos servicios y dedicarnos a los primeros.

A medida que entramos en la tercera fase y tal vez la última de la prevención, nuestra industria de salud ha llegado a una situación de excesivo crecimiento y de inmadurez. Amenaza con consumirnos en lugar de que seamos nosotros los consumidores. La prevención es un concepto válido. Merece más precisión, investigaciones y aplicación. Pero ello tendrá que acaecer mediante el difícil desarrollo reconstructivo—y no el desarrollo adquisitivo—proceso que resulta aún más arduo por la amenaza real de que el costo del seguro de enfermedad impida asegurar la salud.

Además de la labor que debemos realizar como trabajadores de salud pública, hay una tarea todavía más grande que incumbe a la sociedad que nos apoya y nos dirige. Los riesgos de salud más importantes que tiene ante sí la humanidad son de su propia creación. Mientras en la primera fase intentamos proteger al ser humano frente al medio y en la segunda fase hemos alterado ese medio, en la tercera fase debemos proteger ese medio de los estragos de nuestra propia actividad. Y a medida que avanzamos hacia la planificación o la guerra globales en la búsqueda de una nutrición o energía adecuadas, el coste de un error pasa a ser mucho más devastador. Además, los individuos no están realmente en libertad de elegir a su gusto. Los fabricantes de alcohol, tabaco y automotores han colaborado con nosotros en la creación de un medio ambiente colmado de esperanzas con poderosos motores sociales. Es posible que el control de nuestras vidas ya haya pasado a un nuevo orden social—aquél en el que nuestros instintos adquisitivos nutridos con nuestro poder productivo hayan creado una nueva abstracción—es decir que haya pasado a manos de un “tercero” ecológico que nos empuja más hacia la limitación y, con el tiempo, hacia la pérdida del propio ser. Se debe evitar este resultado social a todas luces malsano. Así es que podemos agregar que la prevención en la tercera fase, en relación con la

salud pública y con la tarea de toda nuestra sociedad, consiste en el fondo en una sola cosa esencial: la afirmación del propio ser.

Resumen

Desde sus comienzos, la meta principal de la salud pública en Estados Unidos de América ha sido la prevención de enfermedades, traumatismos e invalideces; con todo, en el curso del siglo pasado hemos cambiado nuestro concepto sobre el significado del término “prevención”.

Hace 100 años, aproximadamente, en la cumbre de una ola de descubrimientos científicos, se empezaron a aplicar, por primera vez, medidas preventivas eficaces en gran escala. Estas medidas estaban orientadas a mejorar las condiciones de salud—no tanto en el sentido de mejorar la salud del individuo como de fortalecer la salud del pueblo y proporcionar una base firme para lograr un crecimiento nacional estable. La comunidad, de una manera general, adoptaba una actitud pasiva. Los resultados fueron obtenidos por algunas personas de autoridad que utilizaron el poder gubernamental para modificar la comunidad y actuar en su nombre.

Esta situación cambió en los decenios de 1930 y 1940. Se obtuvieron enormes cantidades de medicamentos revolucionarios y se puso en acción una era de tecnología y de inversión de capital en el campo de la salud. Aumentó el número, la dimensión y la complejidad de los hospitales en Estados Unidos a tal punto que estos representan hoy una de las más poderosas y extendidas concentraciones de capital conocidas en la historia del país. Más de 4,000,000 de personas están hoy día directamente relacionadas con la producción de la industria de la atención médica y muchas más se dedican a producir instrumentos y suministros empleados para proporcionar atención médica.

Sin embargo, pese a toda esta inversión, que ha convertido a la producción de la atención médica en la industria mayor y de más rápido crecimiento en Estados Unidos, los

avances han sido muy limitados. Por ejemplo, la esperanza media de vida de un niño de cinco años solo ha aumentado en 2.9 años desde 1940. Y así, en tanto que se ha hablado constantemente de "prevención", poco se ha insistido realmente sobre las medidas preventivas orientadas a lograr una salud pública mejor. En términos generales, esta segunda fase en la evolución de la labor preventiva en salud se ha caracterizado por los descubrimientos científicos y adelantos tecnológicos; por la intensificación de los trabajos consagrados a obtener avances muy modestos en materia de salud; por una enorme inversión y concentración de capitales en el campo de la salud, y por una conversión de la energía social en pro del fomento de la salud

en una campaña sostenida para promover el crecimiento de la industria de la salud.

La tercera fase de la prevención, en la cual estamos ahora sumergiéndonos, nos hace retornar de alguna manera a las preocupaciones de tipo institucional de la primera fase—si bien con una nueva conciencia de todo el proceso de interacción social. Esta fase se caracterizará por un nuevo examen vacilante y total del medio que nos hemos creado. Será la fase más difícil e importante en la evolución del concepto de prevención y, comparada con la segunda fase, se preocupará mucho menos de la tecnología y la medicina, y mucho más de los valores y determinaciones sociales. □

REFERENCIAS

- (1) Kircher, Athanasium. *Scrutinium Pestis*. Rome, 1658, citado en F. H. Garrison, *History of Medicine*. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1929.
- (2) Snow, J. On the pathology and mode of communication of cholera. *The London Medical Gazette*, 9:730-732, 745-752, y 923-929, 1849.
- (3) Lister, J. On the antiseptic principle in the practice of surgery. *Lancet*, Vol. ii, pág. 353, 1867.
- (4) Koch, R. *Berliner klinische Wochenschrifte*, págs. 221-230, 1882, No. XIX.
- (5) Citado en Foreword to *A Half-Century of Public Health*, editado por M. P. Ravenal, APHA, Nueva York, 1921.
- (6) Smith, Stephen. "The History of Public Health" in *A Half-Century of Public Health*, vide supra, P. 7.
- (7) Hoffman, F. L. "American Mortality Progress" en *A Half-Century of Public Health*, vide supra, págs. 105 y 116.
- (8) Rosen, G. *From Medical Police to Social Medicine*. Science History Publications, Nueva York, 1974.
- (9) Bigelow, H. J. *Boston Medical y Surgical Journal* 35: 309 y 379, 1846-1847.
- (10) Rice, P., y B. S. Cooper. National health expenditures, 1929-1970. *Social Security Bulletin*, Vol. 34, pág. 5, enero, 1971.
- (11) *Special Analysis: Budget of the United States Government, Fiscal Year 1977*. United States Government Printing Office (Stock No. 041-001-00108-5), Washington, 1976, págs. 193-194.
- (12) *Vital Statistics of the United States*, Volume 2, Section 5, Life Tables. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Washington, 1971, pp. 5-13, Table 5-4.
- (13) American Public Health Association. *Washington News Letter* (Febrero), Washington, 1976.
- (14) Ravenal, M. P. (ed). *A Half-Century of Public Health*, American Public Health Association, Nueva York, 1921.
- (15) Podell, R. N. y K. Keller. The American Journal of Public Health: Relevance to the nation's public health problems. *Am J Public Health* 66(1): 67-69, 1976.
- (16) Fuchs, V. R., *Who Shall Live?* Basic Books, Nueva York, 1974.
- (17) Documentos presentados durante The National Conference on Preventive Medicine, patrocinada por The Fogarty International Center of the National Institutes of Health and the American College of Preventive Medicine, junio, 1975.

Three phases of prevention in the United States (Summary)

From the beginning, the main goal of public health in the United States has been prevention of disease, injury, and disability; but over the past century we have changed our concept of what this term "prevention" means.

Roughly a hundred years ago, on the crest of a wave of scientific discovery, effective large-scale preventive measures were undertaken for the first time. These measures were directed at improving sanitary conditions—no so much to improve the health of individuals as to invigorate the populace and provide a firm foundation for sound national growth. The community, by and large, was passive. Results were obtained by a few authoritative leaders.

This situation changed in the 1930's and 1940's. Revolutionary drugs became available in enormous quantities and opened up an era of health technology and capital investment. U.S. hospitals grew in number, size, and complexity, until today we find them to represent some of the most powerful and extensive concentrations of capital the country has ever known. Over four million people are now direct participants in the medical care industry, and many more are involved in producing the instruments and supplies used to provide medical care.

Yet for all that investment, which has made the

medical care industry the largest and fastest-growing in the United States, the gains have been very limited. For instance, the average expected life-span of a five-year-old has increased only 2.9 years since 1940. And while "prevention" has been mentioned constantly, little real stress has been placed on preventive measures designed to better public health. In general, this second phase in the evolution of "preventive" health work has featured scientific discoveries and technological developments; intensification of work devoted to producing modest health gains; enormous investment and concentration of capital in the health field; and the conversion of social energy for promoting health into a sustained drive to promote the growth of the health industry.

The third phase of prevention, into which we are now emerging, returns us in some ways to the organizational preoccupations of the first phase—but with a new awareness of the whole process of social interaction. This phase will be characterized by a hesitant and apprehensive reexamination of the environment we have created for ourselves. It will be the most difficult and important phase in the evolution of the concept of prevention; and compared to the second phase, it will be concerned far less with technology and medicine, far more with social values and social decisions.

As três fases da medicina preventiva nos Estados Unidos da América (Resumo)

Desde sua instituição, a principal meta da saúde pública nos Estados Unidos da América tem sido a prevenção de doenças, lesões e incapacitações; contudo, nos últimos 100 anos mudamos de idéia sobre o significado da palavra "prevenção".

Há cerca de um século, no auge de uma onda de descobertas científicas, adotaram-se, pela primeira vez, medidas efetivas de prevenção em grande escala. Essas medidas visavam à melhoria das condições sanitárias—não tanto no sentido da melhoria da saúde do indivíduo como do fortalecimento da saúde geral e da criação de firmes bases para um crescimento nacional hígido. De um modo geral, a atitude da comunidade era passiva: os resultados foram obtidos por algumas autoridades empenhadas em agir em seu nome.

A situação mudou nas décadas de 1930 e 1940. Com a copiosa disponibilidade de drogas revolucionárias, abriu-se uma nova era de tecnologia sanitária e de investimentos de capital em saúde. Em número, dimensões e complexidade, tamanho foi o crescimento dos hospitais nos Estados Uni-

dos, que estes hoje representam uma das mais poderosas e extensas concentrações de capital conhecidas na história do país. Mais de quatro milhões de pessoas participam hoje diretamente da indústria da atenção médica e muitas mais trabalham na produção de instrumentos e equipamentos utilizados nessa atividade.

Mas apesar de todo esse investimento, que fez da atenção médica a indústria maior e que mais cresce nos Estados Unidos, os avanços foram muito limitados. Assim, o aumento da expectativa de vida ao nascer, no caso de uma criança de cinco anos de idade, foi de apenas 2,9 anos a partir de 1940. E, embora a palavra "prevenção" seja constantemente mencionada, escassa é a ênfase que tem sido atribuída às ações preventivas destinadas a melhorar a saúde pública. Em geral, essa segunda fase de evolução da atividade preventiva em saúde caracterizou-se por descobertas científicas e avanços tecnológicos; pela intensificação de um trabalho dedicado à consecução de modestos resultados em matéria de saúde; pelos extraordi-

nários investimentos e a concentração de capital no campo da saúde; e pela conversão da energia social de promoção da saúde em incessante campanha em prol da promoção do crescimento da indústria da saúde.

A terceira fase de prevenção, que recém acaba de despontar, faz-nos remontar, de certa forma, às preocupações de natureza institucional da primeira fase—embora com nova consciência sobre o

processo geral de interação social. Essa fase será caracterizada por um reexame vacilante e crítico do ambiente que criamos para nós próprios. Será a fase mais difícil e importante da evolução do conceito de prevenção. É, comparada à segunda fase, considerará muito menos a tecnologia e a medicina, e muito mais os valores e as decisões sociais.

Trois phases de prévention aux Etats-Unis (Résumé)

Depuis ses débuts, la santé publique aux Etats-Unis a pour principal objet la prévention de la maladie, des blessures et des incapacités. Toutefois, ces cent dernières années, nous avons changé notre concept de ce que nous appelons "la prévention".

Il y a un siècle à peu près, au sommet d'une vague de découvertes scientifiques, de véritables mesures préventives ont été prises pour la première fois sur une vaste échelle. Ces mesures étaient axées sur l'amélioration des conditions sanitaires—non pas tant sur l'amélioration de la santé des individus que sur le renforcement de la santé du peuple et la création d'une base solide pour obtenir une croissance nationale saine. Dans son ensemble, la collectivité était passive. Les résultats étaient obtenus par un petit nombre de responsables dotés de l'autorité nécessaire.

Cette situation a changé dans les années trente et quarante. La population pût en effet se procurer d'énormes quantités de médicaments révolutionnaires et assista à une ère de technologie et d'investissement en capitaux dans le domaine de la santé. Le nombre, la taille et la complexité des hôpitaux aux Etats-Unis augmentèrent à tel point que ceux-ci représentent aujourd'hui quelques-unes des concentrations les plus puissantes et les plus importantes de capitaux dans l'histoire du pays. De nos jours, plus de 4 millions de personnes participent directement aux travaux de l'industrie des soins médicaux et davantage encore se consacrent à la production des instruments et des fournitures utilisés pour leur prestation.

Et pourtant, malgré tous ces investissements qui

ont fait des soins médicaux l'industrie la plus importante et celle dont l'expansion est la plus rapide aux Etats-Unis, les progrès ont été très limités. Par exemple, l'espérance moyenne de vie d'un enfant de cinq ans n'a augmenté que de 2,9 années depuis 1940. Et tandis qu'on mentionnait constamment le terme "prévention", on n'insistait guère sur les mesures préventives destinées à améliorer la santé publique. En règle générale, cette deuxième phase de l'évolution du travail préventif de santé s'est caractérisée par des découvertes scientifiques et des progrès technologiques, par l'intensification des travaux consacrés à l'obtention de progrès très modeste, en matière de santé, par d'énormes investissements et une ample concentration de capitaux dans ce domaine et par la transformation de l'énergie sociale pour le développement de la santé en une campagne soutenue afin de promouvoir l'expansion de l'industrie de la santé.

La troisième phase de la prévention dans laquelle nous sommes aujourd'hui plongés, nous ramène d'une certaine manière aux préoccupations de type institutionnel de la première phase, mais avec une nouvelle prise de conscience du processus total de l'interdépendance sociale. Cette phase se caractérisera par un réexamen hésitant et complet de l'environnement que nous avons créé. Ce sera la phase la plus difficile et la plus importante dans l'évolution du concept de la prévention et, par rapport à la deuxième phase, elle portera beaucoup moins sur la technologie et la médecine et beaucoup plus sur les valeurs et les décisions sociales.