



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Gómez A., Rubén Darío

La noción de salud pública : consecuencias de la polisemia

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 20, núm. 1, enero-junio, 2002

Universidad de Antioquia

.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020109>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002; 20(1): 101-116

La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia

The concept of ‘public health’: consequences of polysemy

Rubén Darío Gómez A.¹

Resumen

Este ensayo examina la polisemia alrededor de la noción de salud pública y las implicaciones de este hecho para la formulación y análisis de políticas públicas de salud. Se sustentan los siguientes argumentos centrales: a) al igual que ocurre con otros términos y conceptos, usados tanto en la vida cotidiana como en el *argot* de las ciencias, la noción de salud pública es polisémica y alberga por lo menos tres grandes grupos de significados: como saber, como práctica y como realidad social, b) la variedad de significados atribuidos al término “salud pública”, es el producto de situaciones históricas que se imponen a la construcción de la noción, y configuran núcleos de poder alrededor de imaginarios donde anidan intereses opuestos; la polisemia es entonces producto de procesos políticos, c) en el caso de la salud pública, la polisemia deja de ser un problema académico cuando se convierte en el fundamento de políticas públicas y asume entonces una dimensión ética y política. Es en este campo donde el artículo pretende suscitar una sana discusión.

Palabras clave

Salud, salud pública, teoría

Abstract

This essay examines polysemy in the notion of public health and its implications in the formulation and analysis of public health policies. The following core arguments are sustained: a) like other terms and concepts usually present both in daily life and in scientific jargon, the notion of public health is polysemic and implies at least three large groups of meaning —as knowledge, as praxis and as social reality—, b) the variety of meaning ascribed to the term of ‘public health’ is the product of historic situations imposed to the construction of the notion configuring nucleus of power around imaginary conceptions where opposed interest are present, so polysemy is then a product of process, and c) in the case of public health, polysemy is no more an academic problem when it becomes the

¹ Profesor, Grupo de Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: rubengomez00@hotmail.com

Recibido: 27 de noviembre de 2002. Aceptado: 23 de abril de 2002

foundation of public policies and then assumes an ethical and political dimension. It is in this point where this article tries to open a convenient discussion.

Key words

Health, public health, theory

Introducción

En todos los campos del saber, el significado que se confiere a los términos y conceptos es producto de procesos sociales de significación y legitimación, más conflictivos que pacíficos, cuyo resultado carga provisionalmente las palabras con aquellos intereses que predominan en el grupo. Lo anterior no es válido solamente para las representaciones ideológicas, sino también para el lenguaje científico, aunque las rutas de legitimación difieren en algunos aspectos. Lo propio ha ocurrido con el término ‘salud pública’, cuyo significado ha experimentado cambios marcados a lo largo de la historia.^{1, 2, 3} Las discusiones de la masa crítica que trabaja con la noción de *salud pública* evidencian un proceso de significación, aún en construcción,^{4, 5, 6} cuyo alcance se debate entre posiciones muy diferentes que, con fines didácticos, podríamos agrupar en dos categorías: aproximaciones *medicalizadas* centradas en la enfermedad como fenómeno individual y posiciones *holísticas* cada vez más cercanas a la noción de calidad de vida de los grupos humanos.⁷ Aunque estrechamente relacionados, los términos ‘salud’ y ‘salud pública’ se refieren a nocións diferentes. La segunda es subsidiaria de la primera y difícilmente puede entenderse sin hacer alusión a ella.^{8, 9}

La deuda de la salud pública con las nocións de salud y enfermedad

Profundamente ligadas a la realidad cotidiana de “sentirse bien” o “sentirse mal”, nuestras ideas actuales de salud son el producto inacabado de un proceso tortuoso de significación iniciado hace milenios, por medio del cual la experiencia cotidiana de disfrutar la vida se ha diferenciado progresivamente, en el seno de contextos más amplios constituidos por las valoraciones acerca del bien y del mal, y donde cada grupo va configurando representaciones y fijando matices alrededor de los valores y significados prevalentes. En su viaje a través del tiempo, la forma de imaginar y valorar la experiencia de vivir (la experiencia del proceso vital) se ha expresado en el marco de imaginarios, asumidos como utopías, donde se recogen los ideales del momento, asimilados en nocións que frecuentemente presentan dos caras opuestas, donde uno de los polos de la dicotomía se “comprende” y se “controla” mejor, mientras más intensa sea la vivencia, la comprensión o el control del extremo opuesto. En este sentido, la valoración de la experiencia de vivir ha sido expresada por diferentes sociedades en términos de “armonía-desarmonía”, “equilibrio -desequilibrio”, “premio-castigo”, “virtud-pecado”, “bendición-maldición”, “naturaleza-sobrenaturaleza”, “bienestar-malestar”, “normal-patológico”, “adaptación-desadaptación”,

“salud-enfermedad”, “regularidad-irregularidad”, “vida-muerte”... Sin embargo, los imaginarios no exigen que cada uno de los polos de la contradicción vaya acompañado siempre de su homólogo, pues puede haber sido utilizado por un grupo para facilitar la comprensión de otras nociones consideradas como contrarias (“equilibrio vs malestar”, “normal vs maldición”), o como equivalentes (“normal = virtud”, “salud = bienestar”). Los múltiples polos de la utopía y sus contradicciones pueden atraerse, confundirse, separarse, recombinarse, luchar y complementarse en un mismo grupo humano, dependiendo de sus condiciones de vida y de sus intereses, y sin que una determinada estructura de significados sea más “cierta” que otras, pues varias de ellas pueden coexistir simultáneamente. El hecho de que no podamos valorar estos constructos como “ciertos” o “falsos” no implica, sin embargo, que sea indiferente asumir cualquier posición al respecto, pues tras cada planteamiento se ocultan aquellas condiciones e intereses que cargan el término de significado y que confieren o restan fuerza a intereses que le son adversos.⁴

Uno de los productos de estos procesos de representación y significación de la experiencia vital es la noción de enfermedad, cuya construcción (mejor sería hablar de sus construcciones) presenta a lo largo de la historia grados variables de diferenciación frente a categorías inicialmente afines (desequilibrio, castigo, pecado, desadaptación, sufrimiento, irregularidad, anormalidad...).

La noción de enfermedad es realmente muy antigua y puede encontrarse ya en textos y tradiciones orientales; sin embargo, adquiere una identidad muy importante en el seno del discurso médico occidental positivista^{1, 10} en que la concepción de la enfermedad se hace orgánica y fisiopatogénica, y desde cuyo nicho comienza a ejercer, en casi todo el mundo, una marcada influencia sobre los demás componentes de la utopía; en especial sobre la salud pública y la gestión de políticas públicas de salud. La estrecha relación de mutua diferenciación que desde sus orígenes existe entre las nociones de “enfermedad” y “salud” hace muy difícil que podamos referirnos a una de ellas sin hacer alusión a la otra.¹⁰

En un contexto en que la tradición científica occidental nos impide confiar en otras formas de comprender la realidad, puede ser difícil aceptar que las nociones de salud y enfermedad son por naturaleza productos, permanentemente inacabados, de complejos procesos sociales de significación que pretenden dar cuenta de la experiencia vital y se muestran con frecuencia incapaces de aislar esta experiencia general de otras vivencias más específicas con las cuales se relacionan íntimamente (felicidad-infelicidad, autonomía-dependencia, satisfacción-frustración, poder-impotencia, placer-displacer...).

Tampoco es fácil precisar el origen de la noción de salud pública. En casi todas las comunidades primitivas y antiguas podrían reconocerse medidas de higiene e intervenciones sobre los procesos involucrados en el ciclo vital del grupo, y durante la antigüedad clásica y la edad media hubo en Europa desarrollos notables en el campo de la higiene y de las medidas de control ambiental. Sin embargo, estas concepciones y prácticas obedecían con frecuencia a intencionalidades míticas y urbanísticas más afines con la religión, la gestión de los bienes públicos y la seguridad de los estados que con el control de

enfermedades, por lo cual operaban con relativa independencia de las medidas de higiene y de las tecnologías médicas.

A pesar de estos antecedentes, la noción de salud pública, en su calidad de experiencia sistematizada, podría considerarse también una construcción moderna, y concretamente el producto de la concepción política europea del siglo XVIII, que perseguía el bienestar colectivo con fines utilitaristas y medicalizaba la familia y la ciudad desde la tradición teórica de la medicina occidental renacentista.¹¹ Este origen explica que la noción de salud pública haya estado ligada, durante muchos años, al control de la enfermedad orgánica, categoría desde la cual se definía y atendía la salud, tanto en el campo individual como colectivo.^{11, 12} Durante el siglo XIX y la primera parte del siglo XX, las discusiones de la medicina giraban también en torno a la enfermedad orgánica y sus diferencias con la fisiología normal.¹⁰ Adicionalmente, las enfermedades, especialmente de tipo infeccioso, representaban un serio problema para la sociedad del momento. Esta situación puede ayudarnos a comprender por qué el control de las enfermedades constituyó el centro de atención de las discusiones e intervenciones de la salud pública durante los siglos XVIII, XIX y principios del XX. Un análisis detallado de los planteamientos sanitarios de estos períodos, y de las condiciones históricas en que se formularon, podría llevarnos a comprender, y aún a justificar, el interés organicista y fisiopatogénico de la naciente noción de salud pública.

Pero en la historia de la salud pública confluyen también otras vertientes, y las aproximaciones holísticas, que propenden por actuar no solo sobre la enfermedad sino sobre la salud como dimensión positiva, forman también parte de su tradición. Varios planteamientos, originados en corrientes tan diferentes como algunas tradiciones orientales, el materialismo histórico y el liberalismo, se han opuesto abiertamente a la noción medicalizada de la experiencia vital que consideran fragmentaria y contraria a la experiencia cotidiana,^{8, 13, 14, 15} y propenden por una concepción más amplia en que lo orgánico, lo ambiental y lo social conformen sistemas indivisibles fuertemente integrados. Dichas reflexiones asumieron en occidente alguna fuerza cuando, a comienzos del siglo XX, los resultados de las investigaciones sobre la historia natural y social de las enfermedades revelaron para la ciencia su estructura multicausal, pusieron en evidencia las limitaciones de la concepción organicista y obligaron a los expertos a reconceptualizar la salud pública como una experiencia humana más amplia, que no se agota en la ausencia de las enfermedades comunes, y que compromete, de forma indisoluble y positiva, las dimensiones orgánica, psíquica, social y ambiental de los individuos y los grupos humanos.

En el marco de las diferencias descritas, la expresión ‘salud pública’ cobija entonces por lo menos tres grupos de significados diferentes:^{16, 17, 18} un saber, una práctica y un fenómeno colectivo.

La salud pública como saber

Para muchas personas, la salud pública es una disciplina teórica.^{3, 17} De acuerdo con esta concepción, el significado del término ‘salud pública’ se refiere a una forma de conciencia

que se organiza en un saber reglamentado (disciplina), cuyo interés radica en comprender y explicar la salud de los grupos humanos. Desde su comienzo, esta pretensión de disciplina conlleva implícitamente la admisión de una instancia reguladora del discurso y la exclusión de saberes que escapan a su control, como podrían ser las representaciones populares. En este caso, como en todas las disciplinas, la legitimidad del discurso la promueven sujetos que han depositado en él sus aspiraciones e intereses y confían en su utilidad como herramienta política. Aunque en principio pueda surgir de una bienintencionada pretensión de conferir a las reflexiones sobre la salud pública un cierto prestigio que le permita desempeñarse en el espacio de la ciencia, concebir como una disciplina conlleva serias implicaciones: la convierte en un lenguaje técnico de iniciados, la distancia del saber popular, la configura como un espacio más de poder y hace de sus conocimientos un bien que, como propiedad de un grupo, puede devenir en una mercancía sujeta a las influencias de la oferta y la demanda.

Por otra parte, una mirada más detallada a la salud pública como disciplina, nos permite descubrir en ella contenidos ideológicos, científicos y tecnológicos determinados por las condiciones históricas que se han impuesto al conocimiento y su transmisión a lo largo del tiempo. En este sentido, los cambios sociopolíticos que han influenciado el desarrollo de la ciencia y la tecnología afectan también la legitimidad de los compromisos teóricos asumidos por la masa crítica interesada en la salud. En el caso específico de la salud pública, el desarrollo del *corpus* teórico ha experimentado, en grado variable, la influencia de tradiciones divergentes.⁵ Corrientes filosóficas individualistas, que privilegian al sujeto, han entrado en pugna con corrientes colectivistas más interesadas en la dimensión social. Tradiciones positivistas y reduccionistas, apalancadas en las ciencias naturales y la tecnología médica, han luchado por imponer sus concepciones y reglas de legitimidad con frecuencia en contra de enfoques holísticos y dinámicos.^{13, 19} En este escenario conflictivo podríamos caracterizar tres grandes tendencias: la medicalizada tradicional, la holística de los modelos bienestaristas y la liberal.

Concepción medicalizada. La expresión ‘salud pública’ es, en sí misma, una concepción occidental sin equivalente exacto en otras culturas, generada en el seno del enfoque empírista y biológico de una medicina —también de corte occidental (europeo-americano)—, que expande una imagen de salud construida alrededor del individuo enfermo y de su riesgo personal, y cuyo corolario es la puesta en marcha de prácticas curativas centradas en el control de la patología clínica y basadas en tecnologías de tipo médico. En concordancia con la disciplina y la masa crítica en la que tuvo sus orígenes, la pretensión de la salud pública, como discurso técnico, consistió durante mucho tiempo en representar el fenómeno social de la salud en función de la negación o ausencia de enfermedades y trastornos de carácter orgánico e individual.²⁰ El desarrollo de la epidemiología y la aplicación de modelos estadísticos a la comprensión de la fisiología normal y a la dinámica de las enfermedades, fortalecieron aún más esta concepción. Ajustarse al paradigma fisiopatogénico ha conducido con frecuencia a la salud pública a zonas de oscuridad. La primera de ellas obedece a que la salud, como fenómeno colectivo, es mucho más complejo que la sumatoria de sujetos no diagnosticados como enfermos, y

cuya dinámica no se ajusta a los criterios utilizados usualmente por el clínico para clasificar y tratar casos aislados.⁶ En segundo lugar, diferentes estudios han mostrado que los perfiles de morbilidad y mortalidad responden mejor a intervenciones sobre el proceso económico de producción y la calidad del ambiente que a la tecnología médica, evidenciando la eficacia limitada de las intervenciones centradas en el manejo médico de la enfermedad.

En 1946, diferentes situaciones entre las que se destacan los intereses políticos alrededor de la reconstrucción europea, la concepción *bienestarista* predominante en la posguerra inmediata y la evidencia a favor del comportamiento multicausal de la salud y la enfermedad, llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a homologar la noción de ‘salud’ a la de ‘bienestar’, término que despertaba un especial interés para la época. La declaración de la OMS que equiparaba la salud al bienestar¹⁵ se constituyó en el soporte formal de las políticas públicas que orientaron por muchos años la gestión sanitaria en casi todo el mundo;²¹ dicho planteamiento enriqueció el significado del término ‘salud’ aproximándolo a una utopía sin aparentes fracturas,^{22, 23, 24} pero generó de paso una confusión y un debate sobre la relación específica que existe entre la salud y el resto del bienestar humano.

En contraposición a los enfoques medicalizados tradicionales, las aproximaciones holísticas consideran que la experiencia amplia de bienestar constituye un referente mucho más apropiado para valorar la dinámica del proceso vital, y que la naturaleza compleja e indivisible de la calidad de la vida obliga a la masa crítica a interesarse por sus dimensiones psicosociales y no solo por los condicionantes ambientales y orgánicos.²⁵ A partir de 1960, el interés de las ciencias sociales y de los gestores de políticas públicas en la noción de ‘bienestar’ se desplazó hacia la de ‘desarrollo’²⁶ y el nuevo énfasis repercutió sobre las discusiones y compromisos teóricos de la salud pública; este cambio de énfasis originó movimientos importantes. Los enfoques de la nueva salud pública se propusieron superar las concepciones organicistas.²⁷ El modelo canadiense de salud,^{28, 29} la carta de Ottawa y las declaraciones de Yakarta³⁰ y de Santafé de Bogotá³¹ fortalecieron el interés creciente en una concepción holística de la salud, cuyo límite se hace progresivamente más borroso y cuyo ámbito se identifica cada vez más con el proceso de desarrollo humano integral. Uno de los grandes problemas que giran alrededor de los enfoques holísticos radica en su nivel de exigencia al momento de actuar, pues no admiten ningún tipo de fraccionamiento en los análisis y menos aún en las intervenciones, condición difícil de mantener en una sociedad factorizada, en la que múltiples intereses y poderes propenden por su satisfacciones individuales.

A finales del siglo XX, procesos económicos y políticos, especialmente en relación con el auge del capital financiero y la globalización, generaron un fuerte impacto sobre la estructura y la dinámica social y también sobre la forma de entender la salud humana. La ideología liberal predominante en este período, invadió el discurso de la salud pública, con significados que le eran afines y que legitimaban los intereses políticos del capital internacional. Las políticas de las agencias internacionales y de los gobiernos que implantaban las reformas propuestas por los organismos financieros adaptaron entonces sus concepciones al lenguaje técnico de la economía liberal que considera la salud como un

mercado similar a otros; en consecuencia, formularon la noción de lo público desde los principios utilitaristas de la justicia distributiva y retomaron las aproximaciones medicalizadas de la salud, pues actuar con base en enfermedades facilita la configuración de industrias relacionadas con su atención (aseguramiento, provisión de medicamentos y suministros, tecnología diagnóstica y de intervención). En relación con la estructura de la calidad de vida de la población, los enfoques liberales proponen un análisis causal, en que los riesgos radican en el estilo de vida y, como tales, son responsabilidad del individuo. Los problemas sanitarios son explicados como una perversión del sistema social, relativa a la distribución del consumo, y no como la consecuencia necesaria de la apropiación y concentración de la riqueza por parte de unos pocos. En lugar de profundizar en la inequidad, el paradigma dominante propone la noción de transición epidemiológica y variación mecánica de las enfermedades y defunciones con la que se pretende explicar una historia natural de la salud de los pueblos.³² En este marco conceptual, la pobreza y el deterioro se consideran un fenómeno *lamentable pero natural*, que puede resolverse sin atacar la apropiación privada de los medios de producción. Desconociendo el deterioro en la calidad de vida de amplios sectores de la población que se deriva de la concentración de la riqueza, y el aprovechamiento individual que de ella hace el inversionista, estos enfoques suponen que no hay recursos suficientes para atender las necesidades de salud de la población y reducen la problemática sanitaria a la reducción del gasto estatal. El interés en la dimensión individual prima sobre el interés en lo público;³³ la salud se percibe más como un fenómeno individual que colectivo y los ciudadanos se consideran como consumidores de servicios. En la misma línea de pensamiento, el estilo de vida se concibe como una manifestación del fuero privado del individuo y de las familias, quienes deben asumir las consecuencias de su acción. Si la salud no es una resultante de la estructura social sino de la libre decisión de las personas, estas deben asumir también los gastos que demande su atención. Enfoques como los anotados conducen a la culpabilización del enfermo y eluden la responsabilidad de quienes, con sus acciones, deterioran el tejido social, la calidad del ambiente y los patrones culturales de comportamiento.

Relegadas a un segundo plano, las corrientes holísticas y de corte social se resisten a separar la salud de las demás dimensiones del disfrute de la vida; reafirman la indisoluble relación entre las condiciones sociales y económicas y la experiencia de salud³⁴ y propenden por enfoques y acciones integrales, en las que el control de las enfermedades es también importante pero no el componente fundamental de la experiencia vital.⁶

En los inicios del siglo XXI, el debate sobre los compromisos teóricos que deben caracterizar la salud pública proviene de cuatro vertientes —relativamente independientes y con frecuencia contrarias— que imponen al discurso sus propias terminologías y su racionalidad:

- La corriente médico epidemiológica positivista y su interés por las enfermedades, especialmente en el ámbito biológico. Su racionalidad reduce la salud a la ausencia de enfermedades, concebidas como epifenómenos dañinos, con sentido en sí mismos, cuya naturaleza es mensurable y comprensible con base en las evidencias empíricas de los ensayos controlados y la epidemiología clínica.

- La tradición paternalista, que admite la dimensión bio-psico-social del proceso vital, y reconoce la salud como una de las responsabilidades del Estado frente a las necesidades básicas colectivas, pero cuyo discurso desconoce las causas estructurales de la calidad de la vida. Perpetuadora de una sociedad clasista, sus aproximaciones nunca alcanzaron coherencia teórica, ni siquiera en los gobiernos bienestaristas en los que fueron incapaces de imponerse a otras racionalidades.
- La influencia de propuestas holísticas que, desde la concepción de un desarrollo humano equitativo y sostenible, llaman la atención sobre las potencialidades de los individuos y los grupos, la participación de la sociedad civil, la equidad social y el respeto por el ambiente.^{34, 35} Sus influencias provienen de movimientos en círculo, frecuentemente extra-estatales y contestatarios, que aún no han desarrollado un poder político suficiente como para impregnar las decisiones públicas y que propendan por análisis interdisciplinarios y transdisciplinarios que aprovechen los avances y aproximaciones de las diferentes disciplinas científicas.^{36, 37}
- Y finalmente, pero no menos influyentes, los enfoques liberales y neoliberales impulsados por el capital internacional y los organismos financieros, que expanden una particular concepción de salud pública desde las perspectivas del mercado y los intereses del inversionista, y que han originado las reformas sanitarias de las últimas décadas. Dichas aproximaciones consideran la salud pública como una externalidad que, siendo imperfecta como mercancía, debe ser asumida por el Estado.

Para complementar esta reflexión introductoria, podríamos considerar que el cuerpo teórico y conceptual de la salud pública presenta, en términos generales, las siguientes características:

- A semejanza de otras representaciones sociales consolidadas como ciencias e ideologías, la salud pública ha configurado un ámbito del saber, construido en condiciones históricas particulares desde las cuales se podría explicar por qué y para quién se han elaborado, fortalecido y desaparecido ciertos enfoques. Cada grupo humano, en su momento histórico, ha tenido una manera particular de entender la salud; nuestra forma actual de comprender la cuestión tampoco es la única, ni será la última.
- Las reflexiones elaboradas en el seno de la salud pública, como disciplina, presentan un alto grado de polisemia e incluyen, como todo discurso, inconsistencias internas, contradicciones, lagunas y fantasías.
- La polisemia no es casual. Como disciplina, el saber de la salud pública refleja y reproduce intereses económicos y políticos. Tras cada enfoque hay un interés particular identificable.

- En su calidad de aparato ideológico, el saber “salud pública” no ha sido nunca neutral y como instrumento político ha contribuido tanto a perpetuar como a modificar decisiones que afectan la calidad de vida de los colectivos.

La salud pública como quehacer

Con frecuencia, el término “salud pública” se utiliza para designar, no una teoría, sino un hacer, es decir, una práctica social.^{3, 34} Las propiedades de este quehacer (su intencionalidad, su objeto de interés y sus métodos) obedecen también al tipo de conciencia social en el que se sustenta la práctica. Si consideramos que nuestras acciones reflejan por lo general nuestra forma de imaginar la realidad, podríamos entender parcialmente la razón por la cual la “práctica de la salud pública” haya dado origen a ocupaciones y procesos de trabajo, relacionados con las “concepciones de salud pública” del momento. Sin embargo, las acciones no necesariamente coinciden con el discurso pues obedecen a dinámicas propias, históricamente explicables, que con frecuencia contradicen o ignoran el discurso formal y cuya naturaleza debería tenerse en cuenta al momento de realizar los análisis.⁵ Esta tarea no es sencilla; la historia de las ideas puede reconstruirse con apoyo en documentos; la historia de las praxias es más escurridiza.

En el ámbito técnico, el quehacer de la salud pública suele describirse desde las siguientes perspectivas:

- Como ocupación de los expertos en salud pública (salubristas).
- Como gestión de los servicios médicos estatales.
- Como gestión de políticas públicas relacionadas con la calidad de la vida.
- Como respuesta social a las necesidades relacionadas con la promoción, protección, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.

La salud pública como profesión

En muchos países, y bajo la influencia de la cultura occidental, la práctica de la salud pública ha asumido la forma de ocupación individual (profesión liberal), desarrollada en el seno del “sector de la salud”, sujeta al principio de la división técnica del trabajo y a las leyes de oferta y demanda del mercado laboral. Como resultado de ello, los salubristas (en sus diferentes subespecialidades) se conciben frecuentemente como profesionales con formación en medicina o disciplinas afines, responsables de la administración de los servicios médicos y usualmente vinculados al estado como servidores públicos. En cierta forma, la concepción del salubrista como experto en un saber y una tecnología específicas podría considerarse heredera de las posiciones organicistas, y contradice una concepción más integral de salud. El caso es que, a pesar de las críticas que desde diferentes sectores se han hecho a la capacidad de los profesionales de la salud pública para defender la salud como hecho público,^{38, 39} en esta masa crítica se ha conservado la regla de la disciplina y han surgido intervenciones colectivas de impacto importante. En las últimas décadas, el poder de este grupo de técnicos como gestores de una racionalidad en la concepción de la

calidad de vida, podría ser cada vez menor frente a la influencia de los economistas y administradores de negocios, y en la medida en que, reducido a su mínima expresión, el Estado abandone sus responsabilidades frente al colectivo. En una posición que nada tiene de derrotista, algunos salubristas adelantan en diferentes regiones del mundo movimientos por la vigorización y la defensa de la salud pública,³⁴ no solamente desde su campo profesional sino desde espacios transdisciplinarios y políticos.⁵

La salud pública como gestión de servicios médicos estatales

Estrechamente relacionada con las concepciones organicistas de las monarquías ilustradas que desde el siglo XVIII concibieron la salud de los súbditos como una razón de estado,¹¹
⁴⁰ y también bajo la influencia tayloriana de la división del trabajo, la acción de la salud pública se ha concebido con frecuencia como sinónimo de oferta estatal de servicios médicos básicos dirigidos al control de las enfermedades orgánicas.³ Esta aproximación suele reflejar y perpetuar el modelo médico-asistencial y, estrictamente hablando, más que en la salud, trabaja sobre *indicadores de atención médica a las enfermedades*, sin que se observe mucha relación entre sus modelos de servicios con el resto de la salud (entendida como bienestar) o con el desarrollo integral de las personas y de la sociedad. Las experiencias adelantadas en el marco de diferentes corrientes de la medicina (social, preventiva y asistencial) ilustran este enfoque. Lo anterior no impide, sin embargo, que las intervenciones estatales adelantadas con criterios de salud pública apliquen tecnologías no médicas dirigidas al control de la enfermedad (saneamiento ambiental, urbanismo, asistencia económica y social).⁴¹ Los mayores avances en el campo de la salud pública como gestión estatal de servicios médicos se han dado en el campo de la higiene, la medicina social y la medicina asistencial. No obstante, limitar las intervenciones de la salud pública a la gestión de servicios médicos básicos, a cargo del Estado, enfrenta dos dificultades:

La limitada vulnerabilidad de la salud a la tecnología médica. En el caso específico de la salud pública, la confianza en la tecnología médica —heredera de la división técnica del trabajo— ha entrado en crisis y genera en la práctica serios problemas cuando confronta a los expertos y especialistas con una dimensión amplia y compleja de la salud, que no se deja fragmentar ni se somete a los límites de una sola disciplina o tecnología. En términos generales, el efecto de las intervenciones sectoriales sobre la calidad de vida de la población deja mucho que desear.^{42, 43} Una visión superficial de la situación descrita podría hacernos pensar en superar las limitaciones de la tecnología médica, con intervenciones de carácter técnico, como organizar el trabajo de manera intersectorial y transdisciplinaria. La anterior podría ser una muy buena opción, si la división del trabajo fuera solo un problema técnico. Sin embargo, la forma como en nuestra sociedad se generan y regulan las ocupaciones y profesiones refleja también las condiciones sociales, intereses y aspiraciones de los grupos humanos hegemónicos. Desde esta perspectiva, la organización del trabajo no es sólo un fenómeno técnico sino también político, cuya gestión suele chocar con intereses gremiales y económicos de diversa índole.

El deterioro de la salud colectiva como consecuencia de las políticas internacionales dirigidas a reducir el Estado. La globalización propende por una reducción progresiva del Estado y por la participación del sector privado en todos los ámbitos de la producción, hecho que ha generado cambios profundos en la organización de los sistemas de servicios de salud, pues los intereses del inversionista en la rentabilidad económica predominan sobre los intereses y necesidades de los usuarios. La bondad de este tipo de políticas es controvertida.⁴⁴ En los países industrializados, la participación del sector privado puede, ocasionalmente, mostrar cambios favorables en la calidad de vida de la población.⁴⁵ En África, el sur de Asia y América Latina, las políticas de reducción del Estado han implicado un retroceso en el cuidado y atención de aquellas necesidades que el sector privado no considera rentables.

La salud pública como gestión de políticas públicas

Desde perspectivas holísticas que no se limitan a la curación de enfermedades, algunas organizaciones sociales han adelantado su intervención sobre la calidad de vida y proponen por una práctica en el campo de la gestión de políticas públicas que promuevan su mejoramiento, más que en el terreno de las disciplinas y los servicios médicos. La gestión de políticas públicas que afectan la calidad de vida de los grupos humanos, en su sentido más amplio, se revela entonces como el ámbito de acción de la salud pública, escenario donde intervienen múltiples actores sociales y se confrontan diferentes intereses.^{27, 46} Desde fines del siglo XX, al avance de la globalización, las políticas relacionadas con la salud pública han experimentado la influencia del gran capital y de los grupos económicos interesados en el negocio de la salud;⁴⁷ en tal sentido, las reformas sanitarias de este período expresan los intereses particulares de la banca internacional y de las industrias de medicamentos, de tecnologías diagnósticas y de aseguramiento, que conciben los servicios médicos como mercancías susceptibles del mismo manejo que se da a otros negocios.^{48, 49} Las políticas públicas privilegian entonces los intereses del inversionista sobre los intereses colectivos y limitan el concepto de salud pública a las políticas relacionadas con la higiene y el control de las enfermedades transmisibles, consideradas por el mercado como *externalidades*. En varias regiones del mundo, dicho interés puede ocultarse bajo la apariencia de discursos asepticos sobre ciudades y sociedades sanas completamente ahistóricas. La expansión del modelo neoliberal se ha impuesto a la gestión de políticas públicas de salud y su aplicación ha generado reacciones que denuncian el deterioro en las condiciones de vida de amplios sectores de la población.^{50, 51}

La gestión de la salud pública como respuesta social organizada

Este último enfoque se diferencia de los anteriores por cuanto propone que la salud pública, como quehacer, no se reduce al desempeño de los salubristas ni a la operación de los servicios médicos estatales, pues implica principalmente la participación libre, consciente y proactiva de las comunidades en las decisiones que afectan su calidad de vida en un sentido integral.³⁰ Considera que las “funciones de la salud pública [...] son aquellos procesos y

movimientos de la sociedad que constituyen condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una sociedad dada".⁵²

Dicha participación no se propone como resultado espontáneo de las voluntades individuales, sino como la búsqueda de consensos mayoritarios y la defensa de los intereses colectivos sobre los intereses particulares. La gestión social de la salud pública, inspirada en enfoques integrales, implica de una parte, el empoderamiento (*empowerment*) de los individuos y las comunidades alrededor de los diferentes factores que comprometen su calidad de vida —sean estos ambientales, económicos, sociales, ambientales y aún orgánicos— y de otra parte el fortalecimiento de instancias y mecanismos de control social que contribuyan al bienestar colectivo.^{53, 54, 55} Estos enfoques suponen que las prácticas libres, conscientes e intencionales dirigidas por las fuerzas sociales al mejoramiento de las condiciones que afectan la calidad de la vida forman parte del quehacer de la salud pública y nos obligan a prestar la debida importancia a prácticas malsanas, generadas también en el seno de las fuerzas sociales, que destruyen el ambiente y desarticulan las redes sociales de solidaridad y convivencia.

La diferenciación entre salud pública como discurso y como práctica suele ser obviada por algunos autores cuando la definen como ciencia y arte,³ términos que mantienen también compromisos teóricos y políticos importantes con otras tradiciones y núcleos de poder, cuyo análisis es ciertamente interesante.

El replanteamiento de nuestro quehacer frente a la salud —el quehacer de la salud pública— podría darse desde diferentes vertientes estrechamente relacionadas entre sí: a) las posiciones éticas, especialmente en lo que se relaciona con los valores aceptados por la sociedad y el valor comparativo que se confiere a la vida, la equidad, la justicia, la definición de prioridades, las responsabilidades individuales y colectivas y la concepción de los servicios de salud como mercancías o como derechos; b) los intereses políticos de los diferentes actores en el beneficio y el aprovechamiento de los recursos, los que se expresan en las competencias y responsabilidades del Estado y de los particulares, la participación social en las decisiones y el interés para reformar o mantener las estructuras que generan inequidad social y económica; y c) el aprovechamiento de los avances tecnológicos que ocurren no solo en medicina sino también en otras ciencias y disciplinas,³⁶ expresado en la definición de las tecnologías requeridas y más apropiadas, del costo beneficio y la rentabilidad de las intervenciones, de las responsabilidades y competencias de los agentes en el sistema y de los ámbitos de acción individuales o colectivos.^{49, 50}

La salud pública como hecho público

La noción de *salud pública* no se refiere solo a una disciplina, un oficio o un programa, sino también⁵⁶ a un hecho social constituido por aquellas experiencias vitales que han sido reconocidas y representadas por el grupo como “salud” y por las demás situaciones que se

articulen con ella. Es, en este sentido, una vivencia colectiva que se va experimentando y representando como resultado de la realización de múltiples necesidades, y donde las enfermedades, discapacidades y defunciones son solo componentes de un todo mayor, comprendido no como epifenómeno sino como una experiencia históricamente determinada que se relaciona de forma indisoluble con la valoración de la calidad de la vida y la capacidad y derecho a disfrutarla. Dicha experiencia y sus relaciones con otros eventos de naturaleza biológica, psíquica y social han sido objeto de discusión desde hace varios años. No puede aceptarse entonces que la salud pública sea un constructo sin referente real como lo proponen algunos autores.³

En su dimensión colectiva, la salud se asume como la valoración que una organización social hace de su experiencia vital. Valoración que se representa en la conciencia del grupo en función de dos elementos: las condiciones objetivas en que ocurre la experiencia (características del ambiente, condiciones de vida, proceso económico de producción...) y los procesos subjetivos de significación aplicados para valorarla (construcción de imaginarios). La salud colectiva es también un hecho público (salud pública) allí donde se reconoce su carácter de tal; es decir, allí donde el grupo ha asumido esta experiencia como un valor de interés para todos y la somete al manejo que se da a los bienes colectivos. Esta expresión suena paradójica, pero nos hace pensar que la salud colectiva no siempre ha sido un interés público y que este carácter, más que un dato, podría ser una tarea.⁵⁷

Como experiencia, la salud ocurre entre y por los seres humanos, inmersa en las demás condiciones sociales propias del proceso vital, la supervivencia y los procesos de producción y reproducción social, configurando una vivencia compleja que se resiste al fraccionamiento. Sometida a condiciones históricas que la determinan (salud colectiva determinada históricamente), genera también el acontecer histórico (salud colectiva como determinante histórico). Como bien de interés general, la salud puede adquirir una dimensión pública (salud pública) y en este punto podría radicar la incongruencia de modelos que, al referirse la salud pública, la tratan como un hecho sujeto al fuero privado.

Operativamente, la salud puede entenderse también como *un proceso continuo de experimentación y realización de necesidades (carencias y potencialidades) individuales y colectivas, cuya satisfacción determina la calidad de la vida de las personas y las organizaciones sociales.*

A pesar de esta concepción amplia, propuesta en algún momento por la OMS, y como reflejo de la influencia ejercida por los intereses de los inversionistas que operan en el mercado de los servicios —en especial de quienes defienden las industrias relacionadas con la curación— las *políticas públicas de salud* siguen reduciendo la salud de la gente a la ausencia de enfermedades, que se asumen, a su vez, como procesos de carácter individual.⁵⁸

Finalmente, cabría anotar el interés creciente que, en algunas regiones de América Latina y desde fines de los 90, suscita la comprensión de la salud como un derecho fundamental de los individuos y los grupos humanos a disfrutar la plenitud de la existencia, más allá de las ficciones del discurso.⁵⁹ El “derecho a la salud” y la lucha que libran diferentes colectividades por su defensa imponen un rumbo adicional a la significación del término en

sus tres acepciones de discurso, de práctica y de hecho público y revigorizan una controversia en las que los aspectos técnicos pasan a un segundo término frente a la importancia creciente de confrontar los valores éticos y los intereses políticos.

Comentario final

El término “salud pública” no tiene un significado unívoco, y es muy posible que no llegue a tenerlo en el futuro inmediato, pues es el producto de procesos sociales de legitimación, sujetos a su vez a diferencias y conflictos entre los individuos y los grupos humanos. En el fondo del debate pueden advertirse marcadas discrepancias de tipo ético, ideológico y conceptual, cuyo alcance va mucho más allá de una discusión de carácter teórico o abstracto. Las concepciones de salud pública que subyacen tras los debates aparentemente técnicos se configuran como instrumentos políticos, con profundas repercusiones sobre el bienestar común, pues su aplicación en el diseño y gestión de políticas públicas determina, para amplios sectores de la población, la diferencia entre sobrevivir o morir, entre disfrutar la experiencia de la vida o someterse a condiciones penosas de existencia.

Referencias

1. Sigerist HE. Historia y sociología de la medicina. Bogotá:Guadalupe;1974.
2. San Martín H. La noción de salud y la noción de enfermedad. En: Salud y enfermedad, ecología humana, epidemiología, salud pública, medicina preventiva, sociología y economía de la salud. 4 ed. México: La Prensa Médica Mexicana;1981. p. 7-13.
3. Piedrola G, Del Rey J, Domínguez M. Medicina preventiva y salud pública. 9 ed. Barcelona: Mason;1991.
4. Cardoso MH, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Cad. Saúde Pública 2000;16(2):499-506.
5. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. Rev Saúde Pública 1998;32(4):299-316.
6. McKinlay JB. Paradigmatic obstacles to improving the health of populations: implications for health policy. Salud Pública Mex 1998;40(4):369-379.
7. Globerman S. A survey of the concepts of health and illness. En: Towards a new perspective on health policy. Ottawa:Renouf Publishing;2001
8. San Martin H, Carrasco JL, Yuste J, Breihl J, Pastor V, Granda R. Salud, sociedad y enfermedad: estudios de epidemiología social. Madrid: Ciencia 3;1986.
9. Cardona J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. Rev Centroamericana Adm Pública 1987; (12):103-136.
10. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI;1993.
11. Foucault M. Saber y verdad. Madrid: La Piqueta;1991.
12. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I Eras and paradigms. Am J Public Health. 1996;86(5):668-673.

-
13. Nijhuis HGJ, Van der Maesen LJG. The philosophical foundations of public health: An invitation to debate. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:1-3.
 14. Vasco A. Salud, medicina y clases sociales. Medellín: La Pulga;1975.
 15. Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra: OMS;1948.
 16. Vásquez LS. Aproximación al objeto de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* 1993;12(2):9-25.
 17. Nájera E. La salud pública, una teoría para la práctica? Se precisa su reconstrucción? En: La crisis de la salud pública. Washington:OPS;1991. (Publicación científica, 540).
 18. Molina G. Introducción a la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia;1977.
 19. Vandenbroucke PJ. New public health and old rhetoric. *BMJ* 1994;308:994-995.
 20. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. p.5-85. En: Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Asesores;1992.
 21. Mahler H. El sentido de la salud para todos en el año 2000. *Foro Mundial de la Salud* 1981;2(1):5-15.
 22. Organizacion Mundial de la Salud. SPT2000. OMS. Geneve: OMS;1999.
 23. Oficina Sanitaria Panamericana. Salud para todos en el año 2000: Estrategias. Declaración de Alma Ata. Washington: OPS; 1980. p.98-105, 149-154. (Documento Oficial, 173).
 24. Organizacion Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Ontario:OMS;1986.
 25. Franco S, Nunes E, Brehil J, Granda E, Yepez J, Costales P, Laurell C. Debates en medicina social. Quito: OPS;1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 92).
 26. Sen A. La salud en el desarrollo. *Bol Org Mundial de la Salud. Recopilación de artículos.* 2000;(2):17-21.
 27. Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública: La experiencia de Liverpool. Barcelona: Masson;1990.
 28. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. Ministry of Supply and Services. Canada;1974.
 29. Organización Panamericana de la Salud. El concepto de "campo de salud"- una perspectiva canadiense. *Bol Epidemiol OPS* 1983;4(3):13-15.
 30. La Declaración de Jakarta. Acerca de la promoción de la salud en el siglo XXI. BIA: Boletín Información para la Acción 1997;(19):1-6.
 31. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Declaración de Santafé de Bogotá para la Promoción de la salud. Santafé de Bogotá:1992.
 32. Rothman KJ, Adami HO, Trichopoulos D. Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet* 1998;352:810-812.
 33. Murray CJL, Gakidou EE, Frenk J. Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿Qué debemos medir? *Bol Org Mundial de la Salud. Recopilación de artículos* 2000;(2):10-15.
 34. Beaglehole R, Bonita R. Reinvigorating public health. *Lancet* 2000;356(9232):787-788.
 35. WHO. Health Report 1999. World Health Organization. Geneve:WHO;1999.
 36. Gunning-Schepers JL, McPherson K. New Public health: Don't judge the rest on the rhetoric of new public health. *BMJ* 1994;309:55.
 37. De Wildt GR. Artificial divide is unhelpful. *BMJ* 1994;309:55.

-
38. Griffiths S, McWilliam J, Mayon D, Macfarlane A. Public health advocacy will remain. *BMJ* 1995;310:191.
 39. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads: Achievements and prospects. *BMJ* 1999;318:472.
 40. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. 4 ed. México: Siglo XXI;1978.
 41. Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos. (2: Nov 11-13 de 1998: México).
 42. Townsend P, Davidson N. Inequalities in health: The Black Report. Harmondsworth: Penguin;1982.
 43. McKewon T, Lowe CR. An introduction to social medicine. Oxford: Blackwell;1974.
 44. Giddens Anthony. Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas. Madrid: Taurus-Alfaguara;2000. 118 p.
 45. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part II. What are the health issues for global governance? *Bull World Health Organ* 2000;78(5):699-709.
 46. Millio N. Promoting health through public policy. Ottawa: Canadian Public Health Association;1986.
 47. Walt G. Health policy: An introduction to process and power. London: Witwatersrand University;1994.
 48. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Washington: Banco Mundial;1993.
 49. WHO. Health Report. Geneve: WHO;2000.
 50. Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina (Ponencia). En: Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Congreso de la Asociación Internacional de Política de Salud (8,3:jul 3-7 de 2000:La Habana).
 51. Navarro V. Topics for our times: “The Black Report” of Spain. The commission on social inequalities in health. *Am J Public Health* 1997; 97(3):334s.
 52. Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos. (2: Nov 11-13 de 1998:México).
 53. Ashton J, Seymour H. Op. cit. p. 111-114.
 54. Robertson J. Future work. London: Gower Temple, Smith;1985.
 55. McKnight JL. Regenerating community. Paper presented to the Canadian Mental Health Association Search Conference, Ottawa;1985.
 56. Max-Neef M, Elizalde A, Hoppenhayn M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Suecia: Fundación Dag Hammarskjold;1986. 94 p.
 57. Palmer S, Talbot M. From public health to the health of the public: Modern public health problems will not be solved by anything as simple as sewers. *BMJ* 1998;317:550-551.
 58. Murray C, Salomón J, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. *Bull World Health Organ* 2000;78(8):981-991.

-
59. Gaviria C. El derecho a la salud en Colombia. p. 97-103. En: Pensamiento en salud pública: El derecho a la salud. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez;2001.