



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Torres Tovar, Mauricio

El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 33, núm. 4, octubre-diciembre, 2007

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433412>

- 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

Rev Cubana Salud Pública v.33 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007
Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)

El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada*

Mauricio Torres Tovar¹

*Dedico este trabajo al querido compañero y amigo Edmundo Granda, médico pensador
ecuatoriano,
profundamente comprometido con la renovación teórica y práctica de la salud pública,
como vía
para defender la vida y el bienestar de las poblaciones de nuestro continente.*

Si no pensamos el futuro solo sobreviviremos el presente
Cornelio Castoriadis

*... las contrahegemonías, capaces de desafiar efectivamente la hegemonía dominante,
nacen de la realidad y de las vivencias cotidianas*
Antonio Gramsci

RESUMEN

Desde hace bastantes años se viene hablando de una crisis de la salud pública, por lo que hablar de su futuro se hace difícil. En una suerte de exegeta se podría decir que de no cambiarse las bases epistemológicas de la salud pública que lleven a una renovación teórico-metodológica y de la praxis, sumado a una renovación del Estado y tal vez lo más importante, a una renovación de la acción de la sociedad organizada en sus comunidades, el futuro de la salud pública será, como antinomia, la salud privada, es decir la responsabilidad de la salud del pueblo será un asunto individual, privado y de mercado. El artículo analiza el futuro de la salud pública apoyado en las voces y opiniones del campo de la medicina social, a partir de revisar en primer lugar asuntos de la historia de la salud pública para intentar ver los orígenes epistemológicos de este campo de conocimiento, en segundo lugar, ver los retos actuales de la salud pública y en tercer lugar plantear algunos posibles caminos para salir de la crisis y poder vislumbrar un futuro de la salud pública diferente al de una salud privada, mercantilizada, excluyente, que profundiza las inequidades sanitarias.

Palabras clave: Crisis de la salud pública, medicina social, salud colectiva, salud privada.

INTRODUCCIÓN

La reflexión sobre el presente y futuro de la salud pública viene siendo un tema reiterativo. Esto podría decirse que es sintomático: cuando uno se pregunta tan reiteradamente por su futuro, tiene que ver con una falta de claridad sobre su presente, asunto que ratifica lo que se ha reconocido claramente desde comienzos de la década de los años 90 del siglo XX en el sentido de que hay una crisis de la salud pública.

Ya en 1991 *Carlyle Guerra de Macedo* en el marco de la reunión del grupo de consulta sobre desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la región de las Américas en Nueva Orleans, planteaba al referirse a la situación de salud en la región:

...pienso que la explicación que cubre más el hecho de que los pobres o la población en general a través del dominio de alguna información, de cuya diseminación tampoco somos responsables, ha podido desarrollar estrategias de supervivencia que les ha permitido sobrevivir aún en condiciones de mayor dureza y de mayor marginalidad. Este hecho lo menciono para otra vez venir sobre uno de los puntos importantes del profundo cambio que es necesario introducir en las prácticas, y porque no decir en la teoría de la salud, que es la importancia de la participación, de la descentralización, de la democratización en la organización de las acciones sectoriales y más allá del sector. Es lógico que tenemos también que revisar los modelos de atención y las prácticas que conllevan, creo que hemos estado cambiando en el sentido de salir de la noción de salud identificada como actividad sectorial para crecientemente preocuparnos con la inter y la transectorialidad.¹

Así mismo, el ejercicio propuesto por la OPS a comienzos de los años 90 y recogido en el texto de la crisis de la salud pública dejó expreso que la vieja salud pública anclada en rancias técnicas se sacudía ante el insulto de su ineficacia, ante el fracaso de su intervención, ante la desorganización de su desempeño, ante su falta de legitimación, pero que a la vez esta crisis abría las compuertas a nuevas posibilidades.²

Y en 1993 en el marco de la reunión andina sobre salud pública se planteó claramente el hecho que la salud pública se encontraba en una encrucijada ya que la preocupación del Estado por la salud del pueblo empezaba a desaparecer dejando apenas un espacio para la dativa preventiva, como proponían algunos organismos financiadores en ese momento, a la vez que la acción curativa y rehabilitadora empezaban a ser atractivas mercancías para el sector privado. También se dijo allí que el neoliberalismo intentaba desaparecer al objeto de investigación y de acción y que desaparecieran los salubristas como posibles sujetos constructores de la historia de la salud pública, en tanto estaba la opción de continuar existiendo en cuanto objetos sin historia y sin ética o de desaparecer como sujetos.³

Lo planteado en estas reuniones y publicaciones y ratificadas durante los años posteriores en otros encuentros (entre los que destacan las dos Conferencias Panamericanas de Educación en Salud Pública, en Río de Janeiro 1994 y México 1998) y otras ejercicios de reflexión entre los que se destaca el impulsado por OPS a comienzos de este milenio con la iniciativa de salud pública en las Américas, ratificaron la situación de crisis de la salud pública, sus problemas en los aspectos teórico-conceptuales, sus debilidades en la práctica para responder a las necesidades sanitarias de la población y la nueva situación en el marco de las reformas de salud que

claramente debilitaron la labor del Estado y de la mano, profundizaron la crisis de la acción de la salud pública.

Pasados siete años del nuevo milenio se podría decir que esta situación no se resuelve a pesar de los esfuerzos de múltiples actores y de las oportunidades que se han tratado de ver en medio de la crisis. Por esto se podría decir que la situación para la salud pública es dramática por que no se han podido superar los problemas epistemológicos, ni dar un salto en las prácticas que permitan dar respuestas eficientes a los problemas y necesidades sanitarias de las poblaciones, a lo que se adiciona la amenaza de las políticas hegemónicas globales que han venido debilitando al Estado y su acción sobre los pueblos, en donde la salud pública ha perdido un enorme terreno.

En medio de este panorama por supuesto que hablar del futuro de la salud pública se hace bastante difícil, cuando el presente es tan frágil. En una suerte de exégeta se podría decir, como ya muchos otros lo han dicho tiempo atrás, que de no cambiar las bases epistemológicas de la salud pública que lleven a una renovación teórico-metodológica y de la praxis, sumado a una renovación del Estado y tal vez lo más importante, a una renovación de la acción de la sociedad organizada en sus comunidades, el futuro de la salud pública será, como antinomia, la salud privada, es decir la responsabilidad de la salud del pueblo será un asunto individual, privado y de mercado, en donde el tema de las externalidades será abordado por el Estado descentralizado pero sobre un campo muy reducido de acciones (seguramente la vacunación, el control de algunas epidemias y la salubridad).

Ayudado por las voces y opiniones del campo de la medicina social, se pasa la vista, a continuación, de manera muy rápida a asuntos de la historia de la salud pública para intentar ver los orígenes epistemológicos de este campo de conocimiento, en segundo lugar, ver los retos actuales de la salud pública y en tercer lugar plantear algunos posibles caminos para salir de la crisis y poder vislumbrar un futuro de la salud pública diferente al que se ha mencionado.

MARCO HISTÓRICO DE REFERENCIA: ATREVERSE A NAVEGAR OTROS RUMBOS

Para mirar el futuro necesariamente se debe ver el pasado y en este caso es de interés ver el pasado para reconocer las bases sobre las cuales se originó y se desarrolló el modelo de salud pública. El paradigma dominante desde la antigua Grecia era el paradigma higienista relacionado con los humores y las miasmas. La idea del aire contaminado hunde sus raíces en la Antigüedad Clásica, el texto “sobre los aires, las aguas y los lugares” de *Hipócrates* habla del “mal aire” (por eso el nombre de malaria) para explicar que el aire de mala calidad producía enfermedades, al igual que la mala agua y los malos lugares (Quevedo E. José Celestino Mutis ante la higiene pública: un oráculo periférico preso en un paradigma metropolitano contradictorio. En: El humanismo de Mutis: proyección y vigencia. s.f.).

Así mismo, desde la Edad Media y el Renacimiento, a partir de las concepciones humoralistas del galenismo medieval, se venía suponiendo que las enfermedades contagiosas eran producidas por los miasmas, misteriosa materia insalubre que se transmitía de ser humano a ser humano o de animal a ser humano (Quevedo E. José

Celestino Mutis ante la higiene pública: un oráculo periférico preso en un paradigma metropolitano contradictorio. En: El humanismo de Mutis: proyección y vigencia. s.f.).

En el siglo XVIII diversos médicos plantearon la necesidad de tomar en cuenta el punto de vista social en el manejo de los problemas de la medicina y la higiene. Resaltan *Johann Peter Frank* en la antigua Alemania quien planteó “el hambre y la enfermedad están pintadas sobre la frente de toda la clase trabajadora” y propuso crear un sistema con una política médica global, y los trabajos de *Bernardino Ramazzini* en Italia sobre enfermedades de los trabajadores, que le valieron el título del padre de la medicina del trabajo.

En el siglo XIX, *Thomas Sydenham* propone una teoría de la higiene partiendo de su clasificación de las enfermedades en dos tipos: las enfermedades agudas y las enfermedades crónicas. Las primeras causadas por los miasmas que atacan a las partes líquidas del cuerpo y, las segundas, consecuencia del régimen de vida de los seres humanos, es decir, del defecto o el exceso de sus costumbres cotidianas. Consecuentemente, la higiene se dividirá en dos ramas: la higiene pública, encargada de la profilaxis de las enfermedades agudas y por lo tanto del control del aire y el agua para evitar la proliferación de las miasmas; y la higiene privada, tendiente a estimular el autocontrol de las personas para evitar excesos en sus regímenes de vida.

Esta teoría conduce a establecer medidas higiénicas permanentes en lo referente a la salubridad pública como la pavimentación, el drenaje de aguas negras, la ventilación de los espacios, el evitar el hacinamiento y el desinfectar (Quevedo E. José Celestino Mutis ante la higiene pública: un oráculo periférico preso en un paradigma metropolitano contradictorio. En: El humanismo de Mutis: proyección y vigencia. s.f.).

Sydenham de esta manera rompe con el paradigma antiguo, que mostraba su total incapacidad ante el fenómeno de las epidemias al inaugurar dos líneas de trabajo: el empirismo clínico y la perspectiva epidemiológica, las cuales avanzaran con los desarrollos posteriores de la anatomía, la fisiopatología, la microbiología y la epidemiología, dándole fuerza a un nuevo paradigma moderno de la medicina (Quevedo E, Cárdenas H. Proceso salud-enfermedad. s.f.).

En el proceso de construcción del pensamiento hubo avances importantes pero que no lograron competir con el paradigma inaugurado por *Sydenham*, que se fue perfeccionando con los elementos dictados por *Edwin Chadwick* en Inglaterra en el mismo siglo XIX, quien profundiza la línea de higiene para el abordaje de las epidemias, y los impulsos posteriores de *Leavell* y *Clark* sobre la historia natural de la enfermedad, los niveles de prevención y la triada epidemiológica, en el siglo XX.

Entre esos trabajos y tesis que propusieron una mirada más social que higiénica vale la pena destacar los siguientes:

En el siglo XIX se dan los trabajos de *Salomón Neumann* en la antigua Alemania, quien valora que “la mayoría de las enfermedades que perturban el pleno goce de la vida no depende de condiciones naturales sino de condiciones sociales”, de *Rudolph Virchow* también en la Alemania antigua a quien se le pidió que estudiara la epidemia de tifus que en ese momento azotaba a la región y dice que “la epidemia tiene causas sociales y económicas relacionadas con la pobreza y que se requiere de medidas higiénicas y

sociales para prevenir nuevos brotes." La propuesta de *Virchow* consiste en una reforma social radical que, en términos generales, comprende *democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad*,⁴ tesis estas que le valen el título de padre de la medicina social.

Los trabajos de *Louis Villermé* en Francia, quien demuestra con datos estadísticos que la frecuencia de enfermedad y las tasas de mortalidad en París están relacionadas con las condiciones de vida de las diversas clases sociales, *William Farr* en Inglaterra, plantea en un informe estadístico oficial que el hambre es la responsable de muchas muertes, adicionalmente observa que el exceso de mortalidad entre los mineros se produce por sus condiciones de trabajo y su condición nutricional.

Ya en el siglo XX se destacan los aportes de *Henry Sigerist* quien opina que la medicina es el estudio y la aplicación de la biología en una matriz que es al mismo tiempo histórica, social, política, económica y cultural y expone una idea germinal de la comprensión de la salud como derecho humano y deber del Estado al esbozar que "el pueblo tiene derecho a la atención médica y la sociedad tiene la responsabilidad de cuidar a sus miembros". Importantes también los aportes de *Henrick Blum* al averiguar que la salud es la resultante de un gran número de determinantes ambientales, comportamentales, de la herencia y de los servicios de salud.

En Latinoamérica se destacan las contribuciones de *Juan Cesar García* de Argentina, en el análisis de la formación del recurso humano en salud, dice que "la salud-enfermedad-atención es la expresión de una determinada formación socioeconómica y cultural" y de *Sergio Arouca* de Brasil, quien aporta en la construcción del pensamiento en salud colectiva y tiene una destacada labor política en la defensa de la salud, plantea además, que "la reforma sanitaria brasilera no nace de un simple proceso gerencial, tecnocrático o burocrático. Nace de la defensa de valores como la democracia directa, el control social, la universalización de derechos, la humanización de la asistencia, teniendo como concepción el hecho que el ciudadano no es cliente, no es usuario, más es sujeto. La reforma sanitaria brasileña es un proyecto civilizatorio."

Este devenir histórico permite observar que la salud pública en su proceso de gestación tuvo su base epistemológica en la higienización que articulado a los avances en la microbiología, la fisiopatología y la epidemiología configuró el campo actual de la salud pública que como denomina *Edmundo Granda* es más de "Enfermología Pública⁵ en tanto traslado el análisis del fenómeno individual de la enfermedad al análisis de las situaciones colectivas, sin hacer un desprendimiento del fenómeno de la enfermedad para pasar al de la vida y el bienestar colectivo."

El devenir histórico es clave para intentar transformar la situación de la salud pública, porque en tanto se siga mirando con el mismo lente del paradigma,^{**} la constatación de los hechos no garantizará por sí misma la construcción de nuevas teorías explicativas de la realidad (Quevedo E. José Celestino Mutis ante la higiene pública: un oráculo periférico preso en un paradigma metropolitano contradictorio. En: El humanismo de Mutis: proyección y vigencia. s.f.). En la siguiente expresión de *Kuhn*, citada en la referencia anterior se ratifica lo arriba expuesto:

Ninguna parte del objetivo de la ciencia normal está encaminado a provocar nuevos tipos de fenómenos; en realidad, a los fenómenos que no encajarían dentro de los límites

mencionados frecuentemente ni siquiera se los ve. Tampoco tienden normalmente los científicos a descubrir nuevas teorías y a menudo se muestran intolerantes con las formulas de otros. La investigación científica normal va dirigida a la articulación de aquellos fenómenos y teorías que ya proporciona el paradigma.

En ese sentido la historia muestra la necesidad cierta de cambiar lo que se mira, es decir, ampliar el objeto de análisis y la forma de mirar, es decir, utilizar otro tipo de instrumentos de análisis de carácter integral y universal.²

Existe así un claro legado de la historia, y se debe entender que sólo si los salubristas se atreven a navegar otros rumbos que le han sido propuestos a la salud pública, le será posible salir de la crisis y la encrucijada. Baste entonces proponer como otro posible rumbo de navegación el que indicaron *Rudolph Virchow* y *Juan Cesar García* a través del pensamiento y movimiento de la medicina social.

LOS DESAFIOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA EN MEDIO DE SU CRISIS

El ejercicio desarrollado por la OPS en el marco de la iniciativa de salud pública en La América, llevó a definir 11 funciones esenciales de esta disciplina y a desarrollar un proceso de autoevaluación en 41 países de la región. Este ejercicio comprobó en todas las funciones un perfil de desempeño intermedio bajo, con un mejor desempeño en la función 11, referida a la reducción del impacto de emergencias y desastres, la segunda sobre vigilancia en salud pública y la función número uno sobre monitoreo, evaluación y análisis de salud. Las de peor desempeño fueron la función nueve que tiene que ver con la calidad de los servicios; la función ocho, sobre desarrollo de recursos humanos y la función diez, sobre investigación en salud pública.⁶

Este ejercicio y muchas otras realidades afirman que hoy la salud pública tiene enormes desafíos, pero tal vez el mayor, retomando las propuestas de *Virchow* y *García*, es la confluencia y articulación con las ciencias sociales, en un proceso de renovación de su objeto de estudio, sus enfoques y métodos, para afianzar una perspectiva que ayude a comprender mejor la realidad sanitaria de los países de América Latina y el Caribe y a su transformación, en un proceso de fortalecimiento de alternativas sociales democráticas e incluyentes (Jairo Ernesto Luna, miembro del núcleo de ALAMES, Colombia. Comunicación personal;2006). Lo anterior demanda reorientar el campo de la salud pública hacia la construcción del conocimiento para la vida y no para la enfermedad, ni para el mercado, lo que requiere hacer uso de otras herramientas teóricas-metodológicas (Alejandrina Cabrera, coordinadora del núcleo de ALAMES, México. Comunicación personal; 2006) y que se piense y se actúe en la salud como cuestión social y no sólo incorporar las ciencias sociales -una de ellas o todas- al pensamiento sobre la salud.⁷

Por lo tanto, si este gran desafío se asume, es necesario orientar la producción de conocimientos (investigación), la formación (educación formal), la acción político-técnica de la salud pública del siglo XXI (Mario Hernández, miembro del núcleo de ALAMES Colombia. Comunicación personal;2006), y la relación con los procesos sociales organizativos, construyendo conocimiento con ellos a partir del reconocimiento de otros “saberes” diferentes al científico, generando procesos de formación no formales recogiendo la rica tradición de la educación popular del continente y forjando procesos

de defensa y construcción del bien público de la salud, que no se hace solamente desde la esfera del Estado.

A su vez, otro gran reto que atraviesa la salud pública está en relación con los grandes cambios político-sociales impulsados por la denominada globalización que han impactado sobre la configuración de los Estados-nación y transformado sustancialmente las políticas sociales y el papel del Estado en ellos. En este marco se han dado reformas de la seguridad social y de la salud, que han determinado que los Estados deleguen la responsabilidad de la salud a los propios individuos y a sus familias y han dado un papel preponderante a los actores privados en la prestación de estos servicios, lo que ocasiona una enorme fragmentación en los sistemas de salud que han fortalecido el componente de atención individual a la enfermedad y debilitado los componentes de acción colectiva de promoción y prevención.

Este mismo contexto de la globalización concede otros tantos desafíos más a la salud pública fruto de los procesos que genera, entre ellos, la migraciones de importantes segmentos de la población y de talento humano en salud, la posibilidad de transmisión muy rápida de epidemias, los nuevos tipo de acuerdos comerciales entre naciones, los cambios en el mundo del trabajo y las nuevas configuraciones regionales.

Este contexto le proporciona, entonces, un enorme desafío a la salud pública, que es el de sobrevivir en escenarios de franco debilitamiento del Estado con una agudización de problemas sanitarios como la polarización socio-epidemiológica, debida en gran parte a la profundización de las iniquidades sociales; la regresión sanitaria, dada por el repunte de enfermedades anteriormente erradicadas y/o controladas; el envejecimiento de la población; el deterioro de la salud mental, el incremento de los diversos tipos de violencias tanto políticas como sociales; el mayor deterioro ambiental; el incremento de la pobreza y con ella de las hambruna; el aumento de las iniquidades y exclusiones sociales; el uso de la biotecnología en los asuntos de salud, entre otros temas de relevancia.⁸ (Luz Stella Álvarez y Esperanza Echeverri, asociadas del núcleo de ALAMES Colombia. Comunicación personal;2006).

Con este panorama de desafíos y claro reconocimiento al inicio del nuevo milenio de que a pesar de tantos ajustes y reformas, la situación económica y social de la mayor parte de países parece ser peor, las condiciones de salud y de servicios dejan mucho que desear y la mayoría de las sociedades continúan manifestando su incapacidad para promover y proteger su salud en la medida que sus circunstancias históricas requieren,² se hace indiscutible la necesidad de avanzar en la reconfiguración de la nueva salud pública que reconozca y valore los vacíos y aciertos anteriores y que pueda dar un salto epistemológico que posibilite su reconceptualización, conforme un nuevo campo disciplinar, reoriente la transmisión de conocimientos y a la vez, que redefina sus prácticas sociales.

NADA NUEVO, SÓLO ATREVERSE A NAVEGAR UN RUMBO DISTINTO: CONTRIBUIR A RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LA VIDA, NO LOS DEL MERCADO

A partir de la trayectoria histórica y del periodo de crisis que ha estado atravesando la salud pública, se han planteado múltiples cosas de tiempo atrás: que se requiere que aborde los asuntos de la salud y no de la enfermedad, que es necesario una mirada

multidisciplinaria, que la acción debe ser más allá de los servicios asistenciales y de carácter intersectorial, que se establezcan un conjunto de funciones esenciales que reorienten su acción, que es esencial la articulación con las ciencias sociales, entre otras cosas. Lo cierto es que los avances en esta dirección, a pesar del supuesto acuerdo, son escasos y de pobre impacto, que es cierto en tanto el modelo biomédico sigue muy presente en la formación y en la práctica y aún más grave porque se ha visto fortalecido por la perspectiva neoliberal de la salud, que la convierte en un bien privado de consumo individual.

Vale la pena decir, dado que el autor representa un sector de pensamiento y acción crítico de la salud pública, que a pesar del análisis radical y de las propuestas innovadoras teórico-metodológicas desde el campo de la corriente de la medicina social en América Latina, esta no ha logrado impactar significativamente el campo de la salud pública (Granda E. *¿Quo Vadis Salud Pública?* Ponencia presentada en el II Foro de la Sociedad Civil en Salud. Lima, 9-11 de agosto de 2004).

¿Cuál es el camino entonces para que el futuro de la Salud Pública no sea la Salud Privada? Indudablemente que se debe navegar por el camino de una nueva salud pública, recogiendo los ofrecimientos teóricos y metodológicos que se han hecho, las múltiples experiencias de avances y retrocesos. Es decir, que la salud pública tiene futuro en la medida en que se renueve, por que de otra forma perecerá dado que su esencia se subordinará incluso bajo su propia aprobación, como ocurrió ya cuando no tuvo reparos éticos en sumarse a las reformas de los años 90 que han sido nefastas para la vida de la salud pública.

Como una suerte de bitácora de navegación para emprender ese nuevo rumbo, entre muchas otras cosas se requiere:

- Configurar la nueva salud pública contrahegemónica (retomando la cita de *Gramsci*, al inicio de este artículo), que sea capaz de desafiar efectivamente a la salud pública hegemónica, es necesario parirla desde la realidad y de las vivencias cotidianas, lo que demanda un contacto diferente con la realidad, con la gente, con sus necesidades y de allí deben surgir nuevas formas de conocer y de actuar en el terreno de las prácticas de la salud de los pueblos.
- Recomponer el campo epistemológico y de acción de la salud pública, (Granda E. *¿Quo Vadis Salud Pública?* Ponencia presentada en el II Foro de la Sociedad Civil en Salud. Lima, 9-11 de agosto de 2004) con énfasis en:
 - La salud, la vida, el bienestar sin descuidar la enfermedad, pero eliminando el asunto de la rentabilidad económica producto de la atención curativa;
 - el empleo de métodos que integren diversas formas de entender y hacer, capaces de dar cuenta de las estructuras y de la acción social;
 - el impulso de prácticas sociales que integren diversos actores y poderes, desde el del Estado, pasando por los individuos, sus colectivos hasta los movimientos sociales.
- Reconocer que no son solamente los actores profesionales de la salud pública los que tienen que ver con ella, que existen experiencias como en el caso del sur de México y Guatemala que han formado promotores de salud con una conjugación de conocimientos tradicionales y conocimientos científicos y han tenido impactos muy positivos sobre la salud de sus comunidades (Albizu, JL. El

Efecto Guatemala. Un viaje con las promotoras y los promotores de salud a través de la vida. Ciudad de Guatemala;2005). Esto a su vez demanda que se descentralicen los focos y escenarios de formación, saliendo del ámbito exclusivo universitario y de los profesionales y técnicos, para pasar a uno no formal donde lo importante no es el título sino los conocimientos y capacidades para aportar efectivamente al mejoramiento de la salud de las comunidades. Lo anterior implica a su vez, aceptando que garantizar el derecho a la salud requiere actores y fuerzas sociales que lo militen y que lo concreten, que la nueva salud pública aporte a la preparación de cuadros técnico-políticos de sindicatos, partidos políticos, movimientos sociales y otros (Mario Rovere, miembro del Consejo Consultivo de ALAMES. Comunicación personal;2006). Se requiere educar, formar a muchos y muchas en todos los lugares, desde los espacios donde se realiza la vida todos los días; se trata también de definir procesos de trabajo, plazas para aprender desde la perspectiva de derechos humanos, desde la perspectiva de la promoción de calidad de vida. No se puede seguir pensando y enseñando desde la enfermedad, desde los riesgos, hay que enseñar desde y para la vida (María Urbaneja, consejera del Consejo Consultivo de ALAMES. Comunicación personal;2006).

- Reconocer que las comunidades también tienen capacidad de construir lo público y que en un escenario de debilitamiento del Estado las comunidades, en su legítima condición de autonomía, pueden avanzar en formas organizativas que logran atender los asuntos públicos de salud y desde esta nueva posición de poder reinventar y redefinir el Estado. Esto implica entonces que la nueva salud pública aporte a construir lo público más allá de la esfera estatal, más aun cuando hoy está en franco debilitamiento.
- Transformar el ámbito de la formación del personal como lo expresa *Edmundo Granda*:

La formación del salubrista adecuado para la enfermología pública se relacionaba con una imagen del salubrista interventor técnico-normativo, mientras que el momento actual, reclama, un sujeto interprete-mediador, es decir: intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y, mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida (Granda E. ¿Quo Vadis Salud Pública? Ponencia presentada en el II Foro de la Sociedad Civil en Salud. Lima, 9-11 de agosto de 2004).

- Valorar las alternativas que se han venido dando en el transcurso del tiempo y que debido al contexto y a las relaciones de poder en la esfera internacional, no han podido desarrollarse, en particular se trata de las propuestas de la atención primaria de salud (APS), la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la perspectiva del derecho a la salud.
- Reconocer explícitamente y sin vergüenza que la salud es un asunto de la política y que por lo tanto la nueva Salud Pública tiene que necesariamente establecer una proyección y relación distinta con las políticas, estructuras e instituciones existentes en el campo con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad (Granda E. ¿Quo Vadis Salud Pública? Ponencia presentada en el II Foro de la Sociedad Civil en Salud. Lima, 9-11 de agosto de 2004).

Lo político consiste en la reivindicación de lo público como la salud del público, la salud como bien público indivisible, no transable y por tanto universal, más allá de lo estatal y de la salud como derecho humano fundamental (Saúl Franco, miembro del Consejo Consultivo de ALAMES. Comunicación personal;2006).

- Orientar los sistemas de salud, lo que significa que la nueva Salud Pública es la orientadora de las políticas de salud, incluidas las relacionadas con la organización de los servicios de atención de enfermedades y sus formas de financiamiento. Esto implica una franca confrontación con la falsa separación entre bienes privados y bienes públicos en materia de salud, como pretenden los economistas neoclásicos y por lo tanto, el aseguramiento no debe ser más un campo separado de la salud pública, es sólo una forma de organización del financiamiento de los servicios de salud y es necesario dar la discusión a fondo para que deje de ser un asunto individual y se convierta en un verdadero mecanismo social y solidario de financiación para lograr universalidad (Mario Hernández, miembro de ALAMES Colombia. Comunicación personal;2006).
- Salir de la encrucijada de la vigilancia y la regulación, para avanzar en una visión más articulada de su acción alrededor de la generación de condiciones para mejorar la calidad de vida y no sólo prevenir enfermedades, esto es inscribirse en un enfoque promocional de calidad de vida.⁹
- Fortalecer el ejercicio de participación de la gente desde una perspectiva de ciudadanía, donde la gente se posiciona como titular del derecho a la salud, y no como usuario consumidor de servicios de salud que sólo reclama por un contrato ante el prestador de servicios.
- Fortalecer los pregrados y los posgrados en salud pública a partir de incorporar en la formación el enfoque de derechos, determinantes sociales de la salud y equidad.
- Trabajar por la integración regional. El futuro de la nueva Salud Pública se debe ver también desde los espacios de integración regional. Ante este movimiento que hoy recorre el continente americano hay que detenerse un poco para apreciarlo, para ver sus posibilidades de sumar esfuerzos, de encontrarse, de conocerse, para pensar conjuntamente los problemas comunes y también atreverse a pensar respuestas conjuntas (María Urbaneja, consejera del Consejo Consultivo de ALAMES. Comunicación personal;2006).
- El futuro de esta nueva Salud Pública depende, por un lado, de que forme parte de las agendas de la sociedad, especialmente de los sectores excluidos y por otro lado, que el Estado asuma el reto de la salud de los colectivos como un compromiso ético para garantizar respuesta a las necesidades sociales y de salud y para superar las profundas iniquidades sanitarias existentes.

Lo anterior son unos elementos de esta bitácora que es necesario discutirlos, ajustarlos, ampliarlos, consensuarlos. Pero lo cierto es, que para asumir esta nueva bitácora se requiere partir de reconocer que se ha estado navegando por rumbos equivocados y que sí es posible navegar rumbos claros que efectivamente respondan a las grandes necesidades y situaciones de salud pública por las que hoy atraviesa el mundo y en particular América Latina y el Caribe.

Summary

The challenge of developing public healthcare as opposed to private healthcare

Since many years ago, it has been talking about a crisis in public health and that is why, talking about the future in this field seems to be difficult. As a sort of exegesis, it might be said that if the epistemological basis of public health are not changed to lead to theoretical-methodological renovation and a change in praxis in addition to a renewal of the State, and the most important thing, renewed actions by the community-organized society, the future of the public healthcare will be, by antinomy, the private healthcare. This means that responsibility for the people's health will turn into an individual, private and market-level issue. The article analyzed the future of public health by taking into account the voices and the opinions in the field of social medicine and reviewing firstly the public health history issues in order to find out the epistemological origin of this field of knowledge, the present challenges and also to state some possible ways to overcome this crisis and be able to glimpse a future for public healthcare different from that of the mercantilist and exclusive private healthcare that makes health inequalities deeper.

Key words: Public health crisis, social medicine, public medicine, private medicine.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra de Macedo C. Marco de referencia. Reunión del grupo de consulta sobre desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la región de las Américas, octubre 21 al 24 de 2001. Nueva Orleáns: Grupo de consulta;1991.
2. OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación científica No. 540. Washington, D.C.: OPS;1992.
3. Escuela de Salud Pública-OPS. Salud Pública. Ciencia, política y acción. Memorias de la I reunión andina sobre desarrollo de la teoría y la práctica en salud publica. Quito: Escuela de Salud Pública-OPS;1993.
4. Rosen G. Da policia médica a medicina social. Rio de Janeiro: Editorial Graal;1979.
5. Granda E. La Salud Pública y las metáforas sobre la vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2001;18(2):83-100.
6. Feo O. La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Publica. 2006; 22(especial: IV Congreso Internacional de Salud Pública).
7. Testa M. Salud pública: acerca de su sentido y significado. En: OPS, editor. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación científica No. 540. Washington, D.C.: OPS;1992.p.205-29.
8. López O, Peña F. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. J Medicina Social. 2006;1(3):82-102.
9. De Negri A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. En: Girotti Sperandio AM, editor. O Processo de construção da rede de municipios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS;2004.p.15-55.

Recibido: 6 de julio de 2007. Aprobado: 6 de agosto de 2007.

Mauricio Torres Tovar. Coordinador General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia.

e-mail: maot99@yahoo.es

*Una primera versión de este escrito fue presentado en el Panel “Futuro de la Salud Pública” en el marco de la XXI reunión de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública – ALAESP. Río de Janeiro, agosto 20 de 2006 y esta versión ajustada se presentó en la Cátedra de Salud Pública “Presente y Futuro de la Salud Pública. Una Mirada Crítica Desde La Medicina Social” en la Universidad Libre de Cali, Colombia el 25 de mayo de 2007.

**Según Thomas Kuhn, un paradigma científico consiste en un conjunto de realizaciones que comparten dos características: de un lado, definen para generaciones sucesivas de científicos un conjunto de problemas y métodos legítimos, y de otro lado, son lo bastante incompletas para dejar muchos problemas para ser resueltos por el redelimitado grupo de científicos. Entonces, un paradigma es un modelo aceptado (por la ciencia normal) que intenta obligar a la naturaleza a que encaje dentro de los límites pre-establecidos por dicho modelo aceptado (Quevedo E. José Celestino Mutis ante la higiene pública: un oráculo periférico preso en un paradigma metropolitano contradictorio. En: El humanismo de Mutis: proyección y vigencia. s.f.).

1Coordinador General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

© 2008 1999, Editorial Ciencias Médicas

Calle 23 # 177 entre N y O (Edificio Soto), Piso 2
Vedado, Plaza, Ciudad de La Habana, Código postal 10400
Cuba



ecimed@infomed.sld.cu