

La salud pública: ciencia en construcción*

Álvaro Franco G.¹

Resumen

Se entiende en este artículo la salud pública como teoría y acción a la vez: recupera diferentes interpretaciones, en su concepción humanística, en su base científica y en su análisis político. Se resume en la idea de una nueva construcción académica y política de la salud pública. Se intentan respuestas a la pregunta por la existencia de una nueva salud pública y se aborda desde diferentes perspectivas pero todas ellas en relación con el campo del conocimiento; inquiriendo los paradigmas, el objeto y las disciplinas de apoyo y propende, finalmente, a desarrollar una veta de trabajo en el campo intelectual, con apoyo en la investigación y en la interpretación. Este hecho, como otros tantos, se orienta hacia el proceso de construcción de esa salud pública; de ahí que finalmente se pasa sobre la pregunta inicial reconociendo sólo algunas tendencias nuevas en este campo pero insistiendo en reflexionar con mayor rigor acerca de esta transdisciplina, que se traduce en esfuerzos por asumir su propia identidad, así como encontrar sus hilos conductores y procesos determinantes.

Palabras clave

Salud pública, epistemología.

41

Ponencia presentada en el seminario internacional "Salud para todos y desarrollo de políticas de salud en el siglo XXI". Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Diciembre de 1999.

Médico, magister en salud pública, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Abstract

In this article, public health is understood as theory and action at the same time. Several different interpretations in its humanistic conception, in its scientific basis and in its political analysis are rescued. It is summarized under the idea of a new academic and political construction of public health. Answers to the issue of the existence of a new public health are intended, and it is addressed from different perspectives, all of them dealing with the field of knowledge, inquiring for the paradigms, for the purpose, for the supporting disciplines, and finally, it aims at developing a vein of intellectual work, based on research and on interpretation. This fact, as well as many others, is oriented towards progress in the development of said public health; from there on, we return to the initial question, acknowledging only a few new tendencies in that area, at the same time insisting in reflecting with a greater stamina on that trans-discipline. It is communicated in efforts to find its own identity, as well as its leading threads and determining processes.

Key words

Public health, epistemology.

Introducción

Hoy participamos de cambios intelectuales grandes y transformaciones en el espacio del conocimiento, al partir de su renovación se vuelve cada vez más exigente el cruce e interacción entre las diferentes ciencias. Inicialmente este trabajo se aproxima a la pregunta por la existencia de una nueva salud pública, recogiendo una interesante discusión planteada hoy en la jerga académica e influenciada por los lineamientos y postulados de Ottawa (Canadá) de hace tres lustros, tras la formulación de la Carta¹ que lleva el mismo nombre y que cuenta con suficiente reconocimiento internacional.

En las dos partes estructurales de este artículo se delimitan las concepciones alrededor de la práctica y el conocimiento: en la primera se abordan las propuestas de acción (nueva salud pública) alrededor de la práctica sanitaria; en la segunda se indaga la salud pública en relación con el campo del conocimiento y se intentan respuestas a las preguntas sobre los paradigmas, sobre el objeto y sobre las disciplinas de apoyo a la salud pública.

Es decir que, a pesar de la inquietud inicial y de reconocer la salud pública como una disciplina fundamentalmente práctica, esta disertación alude a los conceptos, a las metáforas, a los paradigmas y al sistema teórico que puede identificarse en salud pública, muy similar a la preocupación de Foucault² en otros campos. Nos preguntamos por ese algo que le dé cuerpo como disciplina, por el propio sentido de los hechos aparentes, por las relaciones entre los elementos y los lazos de conexión entre los diferentes actores y organizaciones de la salud.

Detrás de esa realidad aparente, intelectualmente convertida en ideas, existe ya esa relación de los diferentes elementos, simul-

táneamente organizados en la práctica de la salud pública; y es importante evidenciarlo para desentrañar la estructura subyacente a las diferentes prácticas. Resulta determinante, por la misma razón, identificar el pensamiento en salud pública, el concepto de salud y las prácticas que han trascendido hasta hoy, alineadas en su propia historia.

Desde la faceta teórica, en el centro de la salud pública están la vida y todos los actos vitales del hombre que se desarrollan y se representan en el pensamiento sobre la salud, referidos al bienestar, a la felicidad, al sentir humano, como lo defendió Héctor Abad Gómez;³ tal conocimiento surge de una base real y concreta que se construye poco a poco en su devenir histórico; es el saber en salud pública. Se trata, por lo tanto, de relacionar la vida y el hombre, con el saber acumulado en este campo, con su faceta científica, por así decirlo, con aquellos esquemas articulados en su trasfondo. Entiende la salud pública como objeto de conocimiento y de acción a la vez, en sus dimensiones humanista, científica y política.

En tal sentido, es imprescindible considerar la salud pública como ideología, como categoría técnica y política a la vez, aunque el objeto de este artículo sea teórico y dirigido a explorar el terreno del conocimiento. Para obviar la discusión entre ideología y ciencia por razones de espacio, nos referiremos e a la salud pública como disciplina. Se plantean una serie de temáticas en límite entre razón e ideología, que serán objeto de ampliación posterior.

1. ¿Existe una nueva salud pública?

La perspectiva social en salud pública

Desde el Renacimiento, ya la profesión médica monopolizaba la salud y la enfermedad,

“sin embargo, al final del siglo XVII, la medicina se había aproximado bastante, a las ciencias sociales debido a las pobres condiciones de vida de las masas trabajadoras y sus relaciones con la enfermedad”⁴. Descubrir el carácter social de la salud pública, por lo tanto, no ha sido solamente tarea del siglo que culmina.

Mucho antes, desde el siglo XIII, se ponían las primeras bases para una gestión social moderna, cuando Juan sin Tierra, cerca de Londres en 1.215, firmó la Carta Magna, insinuante del estado moderno y del concepto de democracia. Siguiendo a Miranda,⁵ vemos que en ella se separan los derechos del individuo de los del Estado, derechos de independencia, integridad, libertad, propiedad, entre otros. En el mismo país con Isabel I, se da la primera *Ley de pobres* para la defensa de los derechos de los vasallos.

Por su parte, la revolución industrial tuvo mucha importancia para el entendimiento social de la enfermedad, por las precarias condiciones de vida que generó (1750-1850). Ramón Sidenhann, a mediados del siglo XVIII, señalaba que “los problemas de salud de los pueblos y la enfermedad eran fenómenos de origen social (...) la sociedad debía responsabilizarse del nivel de salud de las sociedades”. No obstante, en la práctica se siguió otra concepción: auge de la medicina individual, abandono de la higiene pública, monopolio de la salud por parte de los médicos. Antes, en 1800, se ofrecían beneficios médicos a las masas trabajadoras, saneamiento ambiental y control de epidemias.

“La idea de que la medicina es una actividad social surgió entre los intelectuales en rela-

ción con el movimiento obrero en Alemania, en 1848 (...) Chadwick en Gran Bretaña (...) Virchow, en Alemania”⁶. Virchow fue pionero, defensor de la medicina social, de la salud pública, de la epidemiología y de los seguros sociales para los trabajadores. Fue Julio Guerin, en 1848, el primero en hablar de medicina social como “el estudio de las relaciones entre morbilidad de las poblaciones y condiciones materiales de vida de las comunidades”,. No era una técnica nueva sino un enfoque científico diferente del problema salud-enfermedad. “Desde Virchow, es un hecho conocido que la morbilidad, la materialidad y mortalidad tienen una distribución social bien determinada y que su origen está en las relaciones sociales”⁷. Y se concluye que “la salud enfermedad ocurre en nuestra biología individual (mecanismo ecológico) pero el proceso se origina y distribuye en la realidad socioeconómica en que la población vive; esa realidad social y el contexto real en que el homo sapiens vive, se socializa, se enferma y muere”. Lo social se interpreta como “determinantes sociales”, no como agregado de datos de “factores socioeconómicos”.

Lo nuevo en salud pública

El análisis de la salud confluye poco a poco, en opinión de diversos foros académicos mundiales, hacia *la interdependencia de la democracia, el desarrollo, el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales*. Algunos consensos se van dando en torno a la salud pública y a las condiciones de salud: la principal base de la problemática en salud pública es la inequidad, la injusticia social, la falta de se-

Hablar de salud pública fue una tarea posterior, y considerarla una disciplina solo ocurrió a principios del siglo XX, en estrecha influencia de las escuelas de medicina de los Estados Unidos de Norteamérica; en ese momento se soslayó la concepción social, actitud que se intenta corregir hoy, como se infiere de la lectura entre líneas que se hace de las diferentes tendencias esbozadas en el siguiente capítulo. Investigadores de historia, como el colombiano Emilio Quevedo, dan cuenta de ello al hablar del tránsito de la higiene pública a la salud pública.

**La salud pública:
ciencia en construcción**

guridad social, el deterioro ambiental y la sumatoria de una deuda social grande que requiere superar balances negativos; hoy, se plantea como reto lograr unas mejores condiciones vitales, la lucha por la democracia, la defensa de la salud, la universalización de los servicios, la seguridad social, el bienestar colectivo y la paz.

Pero ¿existe una *nueva salud pública*, como señalan hoy algunas tendencias con mucha fuerza?

Desde la reunión de Alma Ata en 1978 y la formulación de la "salud para todos",⁸ en la última parte de la década de los años 70, grandes pasos se han dado en el diseño y desarrollo de la política de salud, pasando por la Carta de Ottawa,⁹ con una nueva actitud hacia la promoción de la salud y el informe de Marc Lalonde* con su planteamiento sobre los campos de la salud; todos ellos con inusitada fuerza social.** No obstante, según lo relatado atrás, desde tiempo atrás ha existido esa salud pública como planteamiento teórico, algunas veces, y como bandera de lucha política, otras. Representada por varios sectores de la intelectualidad latinoamericana, la salud pública con enfoque social viene desde muchas décadas atrás,

aun podría argüirse que desde el siglo pasado se la ubicó en el campo social y político en Europa. Recientemente se destacan los trabajos de John Ashton en Inglaterra, quien reclama una *nueva salud pública* alrededor de su programa de *ciudades saludables*.¹⁰

Más que de una *nueva salud pública*, hablamos de nuevas tendencias en este espacio académico. Lo nuevo está en el enfoque que se asume en la promoción de la salud; nuevas tendencias que nos recuerdan los principios olvidados en la época de mayor crisis del siglo que culmina. Esos *nuevos cambios en salud pública* son reclamados hoy por diversas escuelas de pensamiento, sólo menciono tres:

- La corriente emancipatoria en América Latina, liderada por Jaime Brehil, quien plantea como alternativa un modelo de salud colectiva y de vida y su proyecto de construcción de emancipación que denomina *modelo praxiológico*.
- La escuela fundamentada en las *políticas públicas saludables* y la promoción de la salud, descrita anteriormente.
- La visión actual sobre las *nuevas funciones esenciales de la salud pública (FESP)*.***

* Del Ministerio Canadiense en la conferencia de Salud Pública de Toronto, Canadá en 1974.

** Lo interesante de los dos informes canadienses es que recogen en un solo cuerpo los determinantes de la Salud, categorizándolos (campos de la salud) y planteando las estrategias en promoción de la salud (Carta de Ottawa).

*** El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, difundió en 1988, en *El futuro de la salud pública*, la idea de crisis en este campo del saber, lo cual fue acogido posteriormente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De aquí surge, pero con dimensiones universales, la idea de definir las funciones esenciales de la salud pública (FESP). Con la ayuda de expertos se conjugan criterios y se determinan finalmente en varias categorías las FESP (monitoreo de la situación de salud, protección del ambiente, promoción de la salud, prevención de enfermedades transmisibles, regulación de la salud, salud ocupacional, servicios de salud, gerencia de la salud pública y atención de poblaciones de alto riesgo). En igual forma se definen las prácticas sociales en salud pública, espacios para aplicar las funciones, que fueron acogidas por la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública (noviembre de 1998): construcción de entornos saludables, desarrollo de una cultura de vida y salud, generación de inteligencia en salud, atención a las necesidades y demandas en salud, garantía de la seguridad y calidad, intervención sobre riesgos y daños colectivos. Véase: Rev Salud Pública de México 1998; 40(6) p. 468 y Memoria de la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, Washington, mayo de 1999, p.12.

En las nuevas tendencias⁷ se destacan la oportunidad que se le abre a los actores no propios del sector, la búsqueda de otros escenarios de la salud, el rescate del espacio para las políticas públicas, la integración de cambios medioambientales, las medidas preventivas, los aspectos sociales de los problemas de salud, los estilos de vida, las políticas de salud de orden local y nacional, el realce a la biología molecular gracias al desarrollo tecnológico y científico en la genética y la inmunología, y el renacer del intervencionismo terapéutico (biotecnología) y la gerencia (atención gerenciada). *Lo más importante es perfilar un paradigma integracionista, bajo una concepción holística de la salud pública. Como nuevo paradigma, la salud y la promoción de la salud asumen un enfoque más amplio, en el cual la salud además de ser un objetivo, es un medio para la vida y para el desarrollo social; y además de concretar la acción política, incluye otros aspectos: análisis y pensamiento estratégico, negociación, competencia social y creatividad, cambios en el concepto de lo público, democratización política, cultural y del conocimiento, fortalecimiento de la sociedad civil y desarrollo local, entre otros.*

Antes, en 1941, Sigerist,¹¹ planteaba la necesidad de políticas globales (educación gratuita, políticas de vivienda, políticas de empleo, políticas de recreación y ocio y un

sistema responsable de la salud de todo los ciudadanos). El informe Beveridge de 1942, como se insinuó atrás, propendía por *un programa nacional de salud*; más recientemente, con el trabajo sobre ciudades saludables europeas, Ashton¹² apunta a determinar opciones de salud integrales.

Esta alternativa nos invita hoy a implementar políticas públicas para lograr una mejor calidad de vida y a replantear la acción colectiva y no solo gubernamental. Las políticas se entienden, de acuerdo con el concepto defendido en el *Congreso Nacional de Salud Pública* realizado en la Universidad de Antioquia en diciembre de 1998,¹³ como un “conjunto de decisiones estratégicas y acciones participativamente construidas e implementadas, mediante las cuales la sociedad (...) busca garantizar el logro de un determinado objetivo” y asegurar el bienestar a todos. En el caso colombiano, se piensa que las políticas públicas deben ser producto de la dinámica sociopolítica en que se construye su referente y de las posibilidades de acción de todos y de los diversos actores apoyados en el componente técnico además del político.¹⁴ Todavía se espera un papel protagónico del Estado, posiblemente por la situación de crisis y conflicto social del país, muy a pesar de lo señalado en cuanto a pérdida de poder e ineffectividad técnica del mismo. **

Estas actúan como condicionantes de doble vía. Recordemos la otra cara del asunto, la contraparte negativa sobre la salud pública: pobreza, globalización, envejecimiento, cambios demográficos, epidemiológicos, urbanización, amenazas y cambios ambientales, nuevas tecnologías, cambios en el Estado y en la relación entre lo público y lo privado y sociedad civil.

Aunque la salud pública, como disciplina académica, no ha tenido un desarrollo lineal, en los inicios del siglo XX fue guiada por el positivismo y las ciencias biológicas.

Estas tendencias denotan, como en el caso de la propuesta de las funciones esenciales de la salud pública —aun con su lógica funcionalista—, un gran esfuerzo de los actores internacionales por adecuar la salud pública al nuevo escenario caracterizado por la pérdida del poder del Estado y la irrupción de otros poderes; tiene la dificultad en que evita hacer el deslinde con la propuesta económica mundial y plantear opciones de financiación distintas de las tradicionales (sometidas a un gran recorte) y las nuevas, centradas en la privatización y en la individualización de las responsabilidades. Cabría esperar una actitud más decidida

2. La salud pública, área del conocimiento

Sobre los paradigmas en salud pública

Se ha vuelto muy usual hablar, al final del siglo, de cambios de paradigmas y más aún, de lucha o controversia de paradigmas, lo cual puede tener dos motivaciones: la primera, por el afán del cambio de siglo y —peor aún— de milenio, con un tácito supuesto de la renovación instantánea o automática, premisa ésta desde luego equivocada y ligera que es necesario olvidar y dejarla en la exploración de los deseos; la segunda y más importante, basada en la fuerte preocupación por la incapacidad explicativa y de intervención sobre los fenómenos de la realidad. Desde este punto de vista es importante explorar algunos esquemas o tendencias en la salud pública, asumiendo la crisis de las disciplinas o de la ciencia en general.*

Se entiende por paradigma un “modelo o patrón intelectual que regula toda una etapa en el desarrollo de una ciencia determinada”,¹⁵ con cierto tono de normalidad. En salud pública se han perfilado poco a poco ciertos patrones, ante todo de tipo actitudinal, que dan cuenta del desarrollo de esta disciplina a través de la historia y que recientemente vienen recibiendo diferentes connotaciones e interpretaciones planteadas como metáforas por algunos de los autores, como se detallará más adelante.

Desde tiempo atrás se ha hecho la pregunta por el objeto de la salud pública, respuesta

no siempre fácil y oportuna y que tampoco es satisfactoria desde el punto de vista conceptual ni epistemológico. De ahí, en parte, se explica un planteamiento con fuerza internacional desde hace aproximadamente 10 años, de delimitar la *crisis de la salud pública*. La crisis tiene que ver con la situación de salud en retroceso en todos los lugares del planeta, fuertemente imbricada con los cambios abruptos en el modelo económico y en las nuevas e inacabadas relaciones internacionales de las naciones y los estados frente a la nueva dinámica del mercado y del desarrollo del capitalismo mundial. Pero el interés analítico e inquisidor está más en el problema del conocimiento y sus esquemas teóricos, de los modelos conceptuales, advirtiendo de todas formas que esta abstracción no implica la separación de la práctica y el saber en salud pública, los cuales se presentan siempre como aristas del mismo prisma. La crisis se da en la práctica; se expresa en la situación de salud pero también se debe a limitaciones teóricas.

Otros autores se aproximan al mismo problema,¹⁶ según los cuales, en ese punto de crisis la salud pública no logra definir su objeto porque se mueve entre varios paradigmas, aparentemente contradictorios, o sea que la crisis es paradigmática, expresada en la insuficiencia explicativa de los fenómenos de la salud-enfermedad y en la acumulación y aumento de problemas de salud y necesidad; lo que llaman *anomalía*,¹⁷ citando a Tomas Kuhn.

frente al papel cada vez más débil del aparato estatal y plantearse alternativas de concreción de los otros poderes en la sociedad que logren su organización en organismos legítimos y participativos; se esperan formas de concreción de los nuevos núcleos de poder pero sin perder de vista el interés colectivo. Nuevas fuerzas interactuarían en función de la salud colectiva y desplazarían la acción estatal en consonancia con nuevos cambios frente a la salud pública tradicional del siglo XX.

Hoy en otra perspectiva epistemológica se habla de metáforas que integran teoría, acción, pensamiento y práctica; en este artículo indagamos por los paradigmas sin desconocer las diferentes interpretaciones sobre la salud.

Aquí cabe apuntarle a alguna opción explicativa en la teoría moderna, por ejemplo, aquella basada en la complejidad.¹⁸ Así, en el fenómeno salud-enfermedad, es necesario reconocer en esa complejidad y múltiples relaciones, una totalidad.

Las características del llamado *nuevo paradigma*, según el anterior enfoque, son: la noción de no linealidad y la contextualización que llevan al enfrentamiento del esquema convencional de la ciencia basado en la causalidad o, simplemente, la superación del enfoque de las disciplinas de la lógica, como lo señalamos en otro acápite de este ensayo (con Padilla). Obsérvese cómo la epidemiología ha trabajado bastante la causalidad pero entrando también en una encrucijada.

Siguiendo a los autores, que en la última década le han dedicado tiempo y análisis a estos temas, encontramos el afán por dilucidar cuál es el paradigma de la salud, ad portas del nuevo siglo.¹⁹ Según su interpretación, el nuevo paradigma en salud afirma la multicausalidad del fenómeno, pero hay que ir más allá,^{*} hacia la integralidad de las políticas públicas en este campo. En relación con este tema, se destacan la promoción de la salud, el desarrollo humano, las políticas multisectoriales y la prevención de la enfermedad, así como la asistencia en salud quedan subsumidas en la primera y son componentes importantes de la salud pública.

Edmundo Granda, estudioso latinoamericano de la salud, desde otro ángulo nos habla de varias metáforas,²⁰ al contrastar dos mo-

delos sobre lo cuales se mueve la salud pública entre el pasado y el futuro, basándolos en tres componentes que denomina trípode: uno, apoyado en la enfermedad/muerte (como filosofía), el enfoque positivista (verdad/"riesgo") y el poder (el Estado); y el otro, basado en la salud, en el enfoque del saber (conocimiento) y en otras formas de poder (la sociedad civil, como expresión de lo público en su ámbito local): la metáfora de la enfermedad y la muerte y la metáfora de la vida, respectivamente.

Breilh,²¹ por su parte, plantea tajantemente la crisis del antiguo paradigma, basado en el deterioro global de la vida en el planeta, el recorte ontológico del objeto y en la interpretación, los errores conceptuales y las propuestas de acción limitadas. Propone como alternativa un modelo de salud colectiva y lucha por la vida y en un proyecto de construcción de emancipación; lo denomina "modelo praxiológico", basado en la reconstrucción de las ideas sobre salud-enfermedad y en el discurso metacrítico que permita el contacto con otros saberes.

Este paradigma construido en íntima relación con la base económica de acuerdo con el marxismo clásico, tiene como objeto la desigualdad social y su erradicación, así como la práctica dirigida a la transformación social y económica (en franca crítica al desarrollo capitalista de final de siglo, bajo la forma universal y monopólica).

Sobre las disciplinas

Como decíamos, una de las mayores dificultades en el campo de la salud pública ha

Al respecto Morin, anota que es necesario asumir un pensamiento que una, lo cual exige que la causalidad unidireccional y unilineal sea "reemplazada por una causalidad en bucle y multireferencial (...), que el conocimiento de la integración de las partes en un todo, sea completado con el reconocimiento de la integración del todo en el interior de las partes" Véase Morin E. Sobre la reforma de la universidad. En : Jaume Porta y Llandosa Manuel. La universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza; 1998. p. 22-23.

**La salud pública:
ciencia en construcción**

sido la constitución de las disciplinas.* Inicialmente se presentan algunas disquisiciones al respecto:

Siguiendo a Breilhl,²² podemos afirmar que las disciplinas se disponen en bloques relacionados dentro de la salud pública, así: saber en salud, epistemología, antropología, pedagogía y afines, cuya función es el estudio de las formas del saber en salud; la epidemiología y afines, que tienen como misión el estudio e investigación de los determinantes de las condiciones de salud y de las formas de defensa, promoción y prevención en la salud pública; y finalmente, la planeación, la administración y las teorías organizacionales relacionadas, encaminadas a la implementación de acciones en todo orden mediante el análisis del comportamiento institucional y estatal, el conocimiento de las prácticas de la salud comunitaria y la integración de saberes.

Nuevas disciplinas incursionan o se constituyen así en el campo de la salud pública, entre las cuales se mencionan algunas como la epistemología, las ciencias sociales en salud, la epidemiología crítica, la planificación, entre otras que dejan ver algunas de las que hoy podrían brindar esperanzas explicativas y transformadoras en diferentes campos de la salud, sin olvidar los aportes tan determinantes que han hecho la epidemiología y la administración en salud en los pasados decenios al enfoque centrado en la lucha contra la enfermedad.

El mismo autor²³ ve el fenómeno epistémico de la salud pública de manera no convencional, y destaca el interés de varias discipli-

nas por los temas de la salud pública —podríamos decir por su causa— por el objeto que toca con cuatro aspectos inherentes a la condición humana: “el debate de la necesidad, la concepción de derechos humanos, la calidad de vida y los mecanismos de seguridad humana”, temas que siempre hemos abordado en la salud pública y en la seguridad social pero que otras disciplinas también lo vienen haciendo con mucha dedicación y diferentes intenciones.

Será cuestión, en mi opinión, de descifrar la salud pública desde la concepción de la ciencia o de su ubicación en las dimensiones de ésta. Desde luego, el cuestionamiento de las disciplinas es más profundo de lo supuesto, es intentar ubicar la salud pública en algunas de ellas o por lo menos señalar sus conexiones con la mayoría: las matemáticas y la física, las ciencias de la vida y la producción, las ciencias del lenguaje y la reflexión filosófica.²⁴ Dada su complejidad, nos hace suponer su conexión con todas,** así: las matemáticas en ciertos momentos han permitido cierto orden y formalidad; las ciencias económicas y biológicas han logrado explicar algunos fenómenos en la salud-enfermedad, aunque se han equivocado cuando al pretender reducirla al objeto de éstas; y las ciencias del pensamiento y la reflexión social, por otra parte, podrían llegar a dar cuenta más integral de los conceptos y métodos de la salud pública. Por fuerza del pragmatismo de final del siglo y en razón del interés por resolver problemas de la enfermedad y los costos asociados a la atención, se ha atizado el debate entre algunas disciplinas administrativas y la salud pública, opuestas en

* Este es un tema polémico, indudablemente, pero conviene volver sobre él, con el ánimo de ubicar la salud pública y el papel de las disciplinas afines.

** Morin, plantea que “todo el mundo reconoce la necesidad de la interdisciplinariedad, mientras que se empieza a vislumbrar la transdisciplinariedad tanto para el estudio de la salud, de la vejez, de la juventud y de las ciudades”, pero anota su insuficiencia si no está ligada a la reforma del pensamiento. Véase Morin E. Sobre la reforma de la universidad. En : Porta, J. y Llanadosa M. La Universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza; 1998. p. 22-23.

un falso dilema, pero igual ocurre entre algunos enfoques sociales en la epidemiología y la salud pública y otros fundamentados en la lógica positivista. Tampoco conviene al intento científico, pero por sobre todo pragmático, desconocer el influjo que sobre el campo de la salud puedan tener ciencias de frontera, como la física cuántica, la biología molecular, las sociales críticas, las ciencias del conocimiento y sociocognitivas, entre otras.

Se puede constatar que las ciencias humanas aparecieron cuando se constituyó el hombre en pensar y en saber, y son las relaciones entre los hombres las mediadoras de determinados estados de salud.

Se trata de ubicar al hombre y la vida como núcleo de análisis de la salud pública; las ciencias de la vida, el trabajo y la producción han tenido mucho que decirnos para dar cuenta de nuestro objetivo y abordaje. Hoy, en los albores del siglo XXI, encontramos al hombre más autorreflexivo, más centrado en sí y posiblemente no en las demás, de ahí que siempre esté buscando representaciones de esa realidad actual pero auscultando el futuro. Interpretando a Foucault, podríamos decir que la concepción del hombre y de la vida se da alrededor de los modelos de varias disciplinas o ciencias en cualquier plano epistémico, además de considerar las metáforas, metarrelatos y concepciones metaepistemológicas; la salud pública está muy cerca de estas aproximaciones y puede llegar a integrar varias de ellas.

Desde la taxonomía tradicional, podríamos pensar la salud pública como posibilidad de ciencia humana, similar a la concepción de Héctor Abad Gómez²⁵ reinterpretar los *reduccionismos* que tanto hemos criticado y buscar inclusiones o subordinaciones que nos permitan una visión más integradora. La biología lo fue, la economía lo intenta y las ciencias del pensamiento se vislumbran como

opción en la concepción de la salud pública y ninguna de ellas desaparece de la gama de saberes si hablamos de una epistemología en esta rama del saber. Los modelos de las otras ciencias están ahí siempre en salud, de ahí la complejidad, la dificultad y una de las razones de lo que hemos llamado la crisis de la salud pública. No hemos logrado la sistematicidad; aceptemos que es una de las disciplinas más jóvenes dentro del campo del saber, no así en la práctica social que podría remontarse varios siglos atrás. En este último sentido anotamos que la salud pública está determinada históricamente, es decir, que también engloba la cultura o las culturas y sus historias.

Según esta última advertencia, es útil retomar los conceptos de intersubjetividad de acuerdo con Habermas,²⁶ de la escuela de Frankfurt, y proponer la consideración de la salud pública como intersubjetividad o varias intersubjetividades, en el plano de su construcción práctica y cotidiana. A su vez volveríamos al problema de las disciplinas, siguiendo esta escuela, y anotamos que las disciplinas empírico-analíticas —como la epidemiología tradicional— desempeñan un papel muy importante, todas ellas, en el suministro de información y conocimiento en forma descriptiva y explicativa, aunque con una cierta liberación de las preocupaciones cotidianas y sensibles de la salud y por ende, con limitaciones para orientar la práctica sanitaria. Volviendo a la idea inicial, las ciencias histórico-hermenéuticas y las disciplinas crítico-sociales, basadas en la capacidad interpretativa, las primeras, y en desentrañar explicaciones de mayor trasfondo social las segundas, se presentan con grandes posibilidades para la acción, la interpretación y el conocimiento en salud pública.

Finalmente, no sería aceptable la confrontación irreconciliables de las diferentes disciplinas, como se ha mencionado. El planteamiento de

**La salud pública:
ciencia en construcción**

intersubjetividad permite de nuevo considerar la transdisciplina de la salud pública como nueva construcción, como opción de integración, como síntesis si se quiere y como solución de la complejidad.

Sobre el objeto *

En este punto del análisis, es importante volver a una pregunta que no siempre encuentra coincidencias en las respuestas, sobre la delimitación del campo de la salud pública. ¿Hasta dónde llega la salud pública, qué cosas de tantas que hemos presentado le competen? ¿En qué punto se da el deslinde con otras disciplinas y ciencias? ¿En el terreno social y político, qué no le es propio a la salud pública? ¿Cómo encontrar esa interacción entre lo biológico y lo social, entre lo colectivo e individual? Este ha sido un dilema casi imposible de resolver, que fluctúa permanentemente entre las reducciones y los mecanicismos de orden práctico y explicativo. Así visto, la construcción de un objeto de la salud pública es de gran trascendencia estratégica. Este objeto transdisciplinario resulta de importancia totalizante y de gran complejidad; son varias visiones: como concepción, como práctica político-social y como derrotero metodológico científico. Así como son varias las disciplinas, los métodos y enfoques y también las prácticas inherentes, pero agregaríamos que son diversas las interpretaciones que surgen de los diferentes actores y múltiples las lógicas sectoriales. Deben reconocerse todas esas expresiones en la integralidad y totalidad del objeto de la salud pública, al igual que en su concreción en la realidad, es decir, en la salud poblacional: *la salud es una expresión de las*

condiciones de vida, lo cual es de alguna manera un axioma que no tolera discusión hoy, por su evidencia, abordado en cualquier escuela de pensamiento, como quedó establecido desde el siglo XIX.

De acuerdo con el análisis que traemos sobre la intersubjetividad el enfoque más actual de la salud pública se resume en transdisciplinariedad/complejidad/pluralidad/praxis, que resumiendo a otros autores,²⁷ delinean las aristas de ese *prisma-objeto de la salud pública*, pero también denotan la dificultad en que nos encontramos. Pero, también, los enfoques basados en la determinación social o los modelos explicativos basados en variables del contexto toman vigencia alrededor del objeto-fenómeno-salud enfermedad-atención y vida, otros le agregan el cuidado.

A propósito de la forma como se ha accedido o abordado el llamado objeto de la salud pública, siguiendo a los autores, es importante trabajar sobre objetos de conocimiento que, en su dialéctica, pueden llevar a hacer objetos más concretos de la realidad y no sólo lo contrario, los objetos de la realidad por sí misma no generan conocimiento. No puede plantearse una disyuntiva entre teoría y práctica, en que una prevalezca sobre la otra.

Lo que es más, el objeto así visto es una abstracción de la realidad, es una construcción teórica de orden colectivo y cambiante, pero que debe mantener un núcleo central alrededor del cual se pueda transformar en su dialéctica. Así la comunicación y lenguaje asumen un papel importante en conexión con las diferentes interpretaciones aludidas,

Este es otro tema polémico, en torno a la relación sujeto-objeto; para el caso se asume el bipolo como una unidad inseparable de acuerdo con varias interpretaciones que no se profundizan aquí, nuevamente en razón del tipo de publicación. Anotemos, sin embargo, que sobre este tema las escuelas de salud pública han mostrado cierta preocupación pero, de manera especial, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia le ha dedicado buenos momentos al debate correspondiente.

resultando por lo tanto, revisar la claridad terminológica. Y coincidiendo con los analistas ya mencionados, son impertinentes las polaridades acerca del método y del objeto: teoría/práctica, objeto/sujeto, objeto/contexto, normal/patológico, salud/enfermedad, individual/colectivo, persona/población, biológico/social, cuantitativo/cualitativo, descriptivo/analítico y entre concreto y abstracto. Como ejemplo, hemos encontrado durante varios años en el objeto de la salud pública el fenómeno salud-enfermedad como una unidad dialéctica, que algunos tratan de romper aislando la salud como el objeto alrededor del cual gira el debate, pero la enfermedad sigue siendo consustancial a la existencia y a la realidad de la muerte de lo cual no se puede abstraer la salud pública. En igual sentido, segundo ejemplo, los defensores a ultranza de la práctica (pragmatismo) frente a la teoría, abandonando la reflexión sobre la realidad le restan sentido crítico, dialéctico y científico, a la salud pública. "No se puede producir conocimiento sin mediaciones de los objetos, que son elementos de abstracción sobre lo concreto".²⁸

Precisamente sobre lo concreto cabe un último comentario acerca del objeto: hoy la salud pública se debe circunscribir a un espacio concreto, se habla de "municipios saludables", de "espacios locales" o de "escenarios específicos" (a manera de ejemplos), que logren dar cuenta de la totalidad, de los elementos de integralidad: la enfermedad, la salud, la atención, los sistemas organizacionales, los imaginarios y representaciones mentales de la salud-enfermedad, la cultura propia, el riesgo y los enfoques investigativos, epidemiológicos y políticos.

Pero en el centro está el ser humano, la población, las personas en consustancial relación con la vida y la muerte.

3. A manera de conclusión

Hemos intentado una aproximación a la salud pública, fundamentalmente como campo del conocimiento, sin desconocer tantas otras interpretaciones que se le han dado en el argot internacional como acción, práctica, hacer, ser, saber, ciencia e ideología. Es innegable la crisis, que ha sido también muy delimitada y definida en el ámbito mundial, una de cuyas vertientes tiene que ver con el conocimiento que nos toca muy en serio; para efectos de este ensayo se acepta que la salud pública es una transdisciplina, afectada como tal por la incapacidad explicativa de la ciencia en general, ad portas del nuevo milenio, y de las disciplinas, en particular.

En este análisis, más en salud pública que en cualquier otra área del saber, se acepta implícitamente que los fines del conocimiento (o la investigación) se distribuyen en dos ejes, el del conocimiento propiamente y el de los intereses externos al mismo, así:²⁹

Epistémico	No epistémico
Alcanzar la verdad	Mayor reconocimiento de sus pares
Objetivos impersonales	Personales
Promover una sociedad más igualitaria	Conocimiento propio en un área específica

Al respecto, Wittgenstein, citado por Almeida sustenta que "la ciencia es una práctica social, cultural e histórica y que, como tal, es un juego de palabras".

Nos referimos, haciendo solo alusión, a realidades como la Latinoamericana, en las cuales la salud pública, entendida la práctica colectiva, ha desaparecido por falta de concreción.

**La salud pública:
ciencia en construcción**

En salud pública, el interés tiene que ser epistémico y ubicado en el campo del poder: reconocer un saber (las verdades en salud pública) y ponerlo al servicio de la lucha por una sociedad basada en la equidad.

Si nos interesa propiciar el debate, podríamos decir que estamos en una etapa preparadigmática de acuerdo con Tomas Kuhn, caracterizada por varios hechos: se habla de crisis y aparecen varias interpretaciones, varias escuelas que controvierten sobre métodos de investigación cualitativa o cuantitativa; se habla de nuevo paradigma y de enfoque tradicional; aparecen escuelas y podríamos identificar la *escuela clásica* —posiblemente originada en Estados Unidos (Hopkins)—, *la escuela emancipadora*, *la nueva salud pública*, las escuelas de *gerencia y economía de la salud*, la de la *epidemiología positivista* y la *epidemiología crítica*, entre otras. En el mismo sentido, tenemos que reconocer que la investigación que se hace no logra un cuerpo teórico lo suficientemente sólido. Pero igualmente se menciona la ruptura de los paradigmas en este final de siglo en lo atinente a la salud pública, se hace necesario volver a estudiar los enfoques.

En los años 90, principalmente en los primeros años de esta década, se planteó la “crisis de la salud pública”, lo que implica en alguna medida una ruptura de los esquemas y modelos o una confusión de los mismos. Sin embargo, según mi interpretación, no es propiamente una crisis sino una etapa preliminar en la búsqueda de independencia y autonomía de una disciplina que, por diferentes frentes y áreas del saber, ha venido intentando una mayor definición de su objeto (hasta donde lo permita la compleja

interrelación de las disciplinas en los últimos tiempos). No lo veo, entonces, negativamente como la crisis, sino más bien en el sentido positivo de que muchas personas y disciplinas lo vienen haciendo; todo lo cual nos tienen que llevar a ciertos consensos y acuerdos en la aceptación de un cuerpo mínimo de conocimiento, marcando un paso decisivo hacia la maduración transdisciplinaria y sin esperar lograr totalmente —a la manera de Kuhn— “la unificación bajo la dirección de un mismo conjunto de supuestos básicos llamados paradigmas”.³⁰

Quizá sea más conveniente —y sólo posible— mantener la controversia en un área sumamente influenciada por uno de sus ejes de desarrollo, como es el poder. Por lo tanto, llegar a consensos, a ciertos compromisos, con unos supuestos básicos de la salud pública, es el desafío que proponemos a todos. Ha sido beneficiosa, indudablemente, la llamada “crisis de la salud pública” que nos tenía que llevar a proponer teorías alternas, a hablar de paradigmas, de nuevos modelos o “nueva salud pública” (por lo menos tres corrientes de pensamiento están reclamando la autoría de la “nueva salud pública”), pero esta apertura conceptual desembocará en esos consensos y acuerdos, es más reconociendo la pluralidad como corresponde: uno de los principios inherentes a la propia salud pública.

Pero no se trata solamente del reconocimiento de las otras ideologías y la cultura en la salud pública, también es cuestión de estructurar el pensamiento,* de la necesidad de desarrollar la capacidad de contextualizar, de globalizar para que el pensamiento progrese; se requiere la práctica real y concreta pero también la elaboración de objetos de

Morin (Op. cit., p. 23), resume: “El pensamiento pertinente es aquel que es capaz de situar todo tipo de información en su contexto (...) agrega que, el conocimiento debe movilizar no sólo una cultura diversificada sino también la aptitud general del espíritu humano de plantear y resolver los problemas”.

conocimiento mediante la abstracción, la comprensión total de esa realidad para lograr su transformación y mejorar las condiciones de vida y salud.

La hipótesis que traigo, requiere esa diferenciación entre la crisis por la irrupción de nuevos modelos o el simple desarrollo preparadigmático, por la consolidación de un trabajo de varias décadas en una disciplina muy joven pero con una tendencia social de más de un siglo. La preocupación por *una nueva salud pública* se explica, por lo tanto, dentro de este debate como la búsqueda de nuevas formas de abordaje.

Agradecimientos

Agradezco al doctor Edmundo Granda, consultor de la Organización Panamericana de la Salud en Ecuador, sus valiosos comentarios previos a la difusión de este artículo.

Referencias

1. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario: OMS; 1986.
2. Foucault, M. Saber y verdad. Madrid: Piqueta; 1991. (Colección genealogía del poder).
3. Abad-Gómez H. Teoría y práctica de salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1987.
4. San Martín H, Carrasco JL, Yuste J et al. Salud, sociedad y enfermedad: estudios de epidemiología social. Madrid: Ciencia 3; 1986. p. 20.
5. Miranda G. La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. 2ª. ed. San José; 1994. p. 11-13.
6. San Martín H, Carrasco JL, Yuste J. et al. Op. cit. p. 21.
7. San Martín H, Carrasco JL, Yuste J. et al. Op. cit. p. 24.
8. Organización Mundial de La Salud. Salud para todos en el siglo XXI. Ginebra: OMS; 1998.
9. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Op.cit.

10. Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1988.

11. Sigerist H., citado por Ashto J. La nueva salud pública. Op. cit. p. 32.

12. Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson; 1993.

13. Franco S. Hacia una política nacional de salud pública. Cartilla de Seguridad Social 1998;5:71-82.

14. Vargas A. El Estado y las políticas públicas. Santafé de Bogotá: Almudena; 1999. p. 55.

15. Laín P. El diagnóstico médico-historia y teoría. Citado por: Quevedo V. Emilio. El proceso salud - enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1990.

16. Sánchez D, Bazzavi R, Gómez S. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Grupo GEOPS. Montevideo: Trilce; 1998. p.71.

17. Pellegrini A, De Almeida F, Naumr YTJ. La investigación de la salud en América Latina y el Caribe, tendencias y desafíos. En: Prioridades de la investigación de la salud colectiva en América Latina. Op. cit. p. 62, 64-73.

18. Morín E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1998.

19. Sánchez D, Bazzavi R, Gómez S. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Op. cit. p. 71.

20. Granda E. Salud pública e identidad. Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p. 1.

21. Breilh J. Crisis y perspectivas de la salud colectiva en América Latina (Conferencia). Universidad de Antioquia, Auditorio de Enfermería. Medellín, noviembre 18 de 1999.

22. Breilh J. Reflexiones metodológicas para un avance del enfoque contrahegemónico. Salud y Trabajo 1993;13:22.

23. Breilh J. Crisis y perspectivas de la salud colectiva en América Latina. Op. cit.

**La salud pública:
ciencia en construcción**

24. Padilla H. Epistemología. Medellín: Universidad de Antioquia; 1989. p. 26.

25. Abad-Gómez H. Una nueva ética social. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana; 1997.

26. Habermas J. Conocimiento e interés. Ideas y Valores; 7: p. 63.

27. Pellegrini A, De Almeida F, Naumr YTJ. La investigación de la salud en América Latina y el Caribe, tendencias y desafíos. En: Prioridades de la investigación de la salud colectiva en América Latina. Op. cit. p. 64-73.

28. Samaja. Citado en Pellegrini A, De Almeida F, Naumr YTJ. La investigación de la salud en América Latina y el Caribe, tendencias y desafíos. En: Prioridades de la investigación de la salud colectiva en América Latina. Op. cit. p. 69.

29. Gómez R. Racionalidad: epistemología y ontología. En: Olive L. Ed. Racionalidad epistémica. Madrid: Trotta; 1995. p. 26.

30. Pérez AR. Modelos de cambio científico. En: Moulines U. La ciencia: estructura y desarrollo. Madrid: Trotta; 1993. p. 68.

Otras referencias consultadas

Buck C. Después de Lalonde: la creación de la salud. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS; 1996. (Publicación Científica N°. 557). p. 6-14.

Kickbusch I. Promoción de la salud una perspectiva mundial. En: OPS. Promoción de la salud: una antología. Op. cit. p. 15-24.

Milio N. Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. En: OPS. Promoción de la salud: una antología. Op. cit. p. 47-59.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud., Clisp. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de la salud pública. Washington: OPS, OMS, CLISP; 1999.

Porta J, Llanadosa M. La Universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza Editorial; 1998. p. 22-23.

Naisbitt J, Aburdene P. Megatendencias 2000: diez nuevos rumbos para los años 90. Bogotá: Norma; 1991.

Sigerist H. En: Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Op. cit.

Restrepo H. Políticas de salud y políticas públicas. Cartilla de Seguridad Social 1997; 5:78-81.