

¿Qué se entiende, hoy, por “Salud Pública”?

The present meaning of Public Health

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Resumen

Desde 1990 se habla de una “crisis” de la Salud Pública, la cual aparece asociada al reajuste estructural de las economías y a reformas del sector de la salud. Al mismo tiempo, numerosos autores han insistido sobre la determinación económica y social del estado de salud y de la inequidad que lo caracteriza. Esta noción está incorporada a las definiciones de la Salud Pública (SP), las cuales se analizan aquí.

Se especifican a continuación los criterios utilizados para reconocer a la Salud Pública como una especialidad de la Medicina y de otras profesiones relacionadas, a saber: como un campo del conocimiento, como un campo de acción y de investigación y como una actividad social y política, entre otras características.

Se examinan diversas posiciones acerca de la amplitud del concepto de SP: aquellas que lo limitan a promoción y prevención, aquellas que lo extienden hacia la reparación de la salud y las que lo amplían en dirección de los factores extrasectoriales. Por otra parte, las organizaciones financieras han interferido en las perspectivas y prácticas recientes de la salud pública, al dar preeminencia a los resultados económicos en el sector, por sobre los resultados en salud.

Es necesario elaborar una concepción holística de la SP, basada en la definición de Winslow, que incorpore aspectos de principios; que la vincule a la política de salud y a su aplicación por el Estado, la sociedad civil y los ciudadanos; que incluya el diseño y dirección del sistema de atención; que integre las funciones clásicas del sistema y el conocimiento y preocupación por los factores intra y extrasectoriales de la salud de la población y de las personas.

Se analizan los componentes del campo de la Salud Pública y sus relaciones recíprocas, destacando el concepto de Medicina Social y el de las redes de causalidad. Se destaca el aspecto valórico de la SP y su presencia en la historia.

El artículo se refiere a otras publicaciones de la serie Bases de la Salud Pública, de Cuadernos Médico Sociales, ampliando las perspectivas para el debate y configurando, al menos en parte, una teoría de la salud pública.

Palabras clave: concepción de la salud pública; campos de la salud pública; debate sobre salud pública; medicina social; teoría de la salud pública

Abstract

Starting around 1990, we hear about a “crisis” of Public Health, in connection with the structural adjustments of national economies and with health sector reforms. At the same time, the social determinants of health and of inequities in health receive a particular emphasis. The notion of the social determination of health belongs in the classical definitions of Public Health, which are analyzed in this paper.

¹ Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile

Criteria for the recognition of Public Health as a branch of Medicine and related professions are specified, v.gr.: it is an area of knowledge; it is a field of action and research; it is social and political activity; and so on.

Issues related to the scope of Public Health are reviewed: for example, the viewpoint that restricts it to the functions of health promotion and sickness prevention; its extension to include the treatment and rehabilitation functions; and its extension towards extrasectorial determinants. It is noted that financial organizations have interfered in recent times with the perspectives and practice of Public Health, by assigning preeminence to economic results over health results.

A holistic concept of Public Health is required. This may be based on C.E. Winslow's and other classical definitions which are brought together at the beginning of the paper. We suggest adding to them such elements as: the underlying concepts of "human being" and of human and environmental health; the principles of equity, effectiveness and efficiency; the relationship with health policy and its implementation by the State, civil society and the citizens; the design and conduction of the health care system; the integration of the classical functions of the system; and the awareness and concern for the intra and extrasectorial factors of the health of persons and populations.

The components in the Public Health field, and their mutual relationships, are analyzed. In this context, both the Social Medicine concept and the causation networks in health are presented, as well as the value aspect of Public Health and its role in History.

The list of references includes other papers published in the series "Foundations of Public Health" in this Journal, which widen the perspectives for a debate and attempt to build, at least in part, a theory of Public Health.

Key words: Public Health concept; fields of Public Health; debate on Public Health; social medicine; Public Health theory.

INTRODUCCIÓN

En 1991, la Organización Panamericana de la Salud reaccionó frente a una "crisis" de la Salud Pública y llamó a un debate sobre la teoría y la práctica de la misma (1), cuyas actas dan a conocer los puntos de vista contrastantes expuestos por los asistentes y de los cuales el lector podía extraer sus propias conclusiones. En los años siguientes, la sucesión de reformas de los sectores nacionales de la salud, relacionadas con las políticas de reajuste estructural de los Estados, tanto en Europa como en América Latina, suscitaron la opinión de que "se había perdido la concepción de la salud pública" (Torres Goytía)(2); por ejemplo, para lanzar la reforma en Chile, en 2002, se invocó una "crisis" del sector (3). En el seno de la OMS/OPS, se buscó "la recuperación de

la Salud Pública y de su posición en el centro de los procesos dirigidos a transformar el sistema de salud". De esta búsqueda surgieron propuestas acerca de lo que deberían ser "las funciones esenciales de la Salud Pública" (4). Simultáneamente, el desarrollo, particularmente en el Reino Unido y en EEUU, de investigaciones acerca de los factores extrasectoriales del estado de salud de las personas y de los países, las cuales destacaron la presencia generalizada de inequidades en este campo, condujo a una insatisfacción con las limitaciones detectadas en la práctica de la salud pública. A este propósito, Beaglehole y Bonita publicaron en 1998 su artículo "La Salud Pública en la encrucijada" (5), exposición que fue antecedida y seguida por

un gran número de otras referidas al mismo tema. A partir del año 2000, la OMS, apoyándose en los trabajos de Marmot, Wilkinson, Kawachi, Evans y muchos otros autores, y estimulada por el Banco Mundial y académicos de Harvard y otros centros, elabora y pone en discusión unas tesis acerca de los "determinantes sociales de la salud", donde subraya las amplias responsabilidades de los gobiernos en el mejoramiento de esas determinantes y en la reducción de la inequidad constatada (6). Convergía esta línea con las sucesivas Declaraciones sobre la Promoción de la Salud, iniciadas con la de Ottawa en 1986 (7), y derivadas de las sencillas y equilibradas precisiones del Ministro de Salud canadiense, Marc Lalonde (1974), relativas a los grandes factores de la salud y el bienestar (8).

En todos estos decenios ha existido una tendencia a la mejoría de los indicadores tradicionales del estado de la salud, junto con un aumento de los recursos y grandes avances científicos y tecnológicos en la Medicina. Excepciones importantes son algunos países del Africa SubSahariana, de América, de Asia y de la ex Unión Soviética. El gran defecto que persiste a escala universal es la desigualdad entre países y al interior de los mismos (9), desigualdad que choca con las crecientes expectativas de la población y los gobiernos, expresadas en el lema Salud para Todos, aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud, en 1977.

Antes de los años setenta, no se cuestionaba, al menos en América y en Chile en particular, el concepto y la práctica de la Salud Pública o de la Salubridad, como también se la llama. Las necesidades eran evidentes y los esfuerzos se dirigían, en forma cooperativa, a sumar urgentemente nuevas capacidades en las áreas de planificación, de formación de personal (10), de información, de investigación, e integración clínico-preventiva, de integración médico-social, de la presupuestación por programas, del desarrollo del sistema de atención. Y el trabajo se hacía con entusiasmo, por especialistas de muchos países, en el marco de la Organización Panamericana de la Salud y de otras instituciones, como Escuelas y Departamentos de Salud Pública,

de Medicina Preventiva y de Pediatría Social de las tres Américas, y el gran laboratorio representado por el Servicio Nacional de Salud de Chile.

Hoy en día la respuesta a la pregunta formulada en el título tiene versiones alternativas, dependiendo de las escuelas de pensamiento y de circunstancias históricas.

1. La definición

La definición clásica es la de C.E. Winslow: "La Salud Pública (Public Health) es la ciencia y el arte de (a) prevenir la enfermedad, (b) prolongar la vida y (c) promover la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad" (11).

A esta definición se han agregado otras. Los elementos que aportan, en conjunto, pueden categorizarse de la manera siguiente:

- a. La **sociedad** (comunidad) tiene un **compromiso** con ciertos ideales de salud y **reconoce**, en el marco de la democracia y de la equidad, derechos y obligaciones de sus miembros (11, 12, 13, 14).
- b. Con esta motivación, la sociedad realiza un **esfuerzo** o acción racional (*una acepción de SP*) (11, 13) y
- c. en este contexto, se crea o se invoca un **instrumento**, que se puede definir como ciencia y arte (11) o como un conjunto de intervenciones costo-efectivas (15) (*otras acepciones de SP*), dirigidas a **organizar** (5, 15, 16, 17)
- d. la protección (promoción, prevención) ante los **determinantes** sociales y biológicos (18) de la salud, y la **reparación** de la enfermedad (*la SP es en sí un condicionante* o factor de salud),
- e. con lo cual se obtiene una **vida extendida, con calidad**, y satisfactoria, para las **poblaciones** (el público) (12, 18) : *también una acepción de SP.*

Esta revisión de definiciones evidencia que ellas no son alternativas excluyentes entre las cuales hay que escoger, sino que son expresiones que acentúan

de manera diversa ciertos aspectos de un concepto de gran amplitud. Queda la interrogante: ¿en qué reside o ha residido la crisis? ¿en la motivación de la sociedad? ¿en el esfuerzo realizado (los recursos)? ¿en el instrumento utilizado? ¿en la orientación entregada, es decir, en la SP como condicionante? ¿o en la eficacia de las funciones, es decir, en la salud del “público”?

2. La especialidad de Salud Pública.

El reconocimiento de la SP como especialidad se basa en criterios similares a los que operan para cualquiera otra especialidad de la Medicina o de ciencias afines.

2.1. En primer lugar, la SP es un campo del conocimiento pertinente a la salud de la población. Este está definido por, entre otros, Frazer y Stallybrass (19), y por H. San Martín (20). La dos disciplinas básicas que integran la “multi-disciplina” SP, sobre el cimiento de la Medicina, son la Epidemiología y la Administración. A esta última se la ha llamado también “teoría y práctica del sistema de atención”.

La primera de esas disciplinas es una aplicación del método científico (método epidemiológico) a la exploración de las causas y consecuencias de las variaciones del continuo {salud-enfermedad} y de la cadena {prevención-diagnóstico-tratamiento}. Suministra evidencias para la acción en el campo de la salud. Se apoya en otras disciplinas: en la clínica, que provee los diagnósticos; en la estadística, que los convierte en información; en la microbiología, la inmunología, la genética, la nutrición, la psicología, la demografía, la ecología, la geografía, las ciencias sociales.

La segunda disciplina básica aplica los conocimientos de la epidemiología, la estadística, la demografía y las ciencias sociales (en su sentido más amplio) a la planificación de la acción y a la organización y conducción de los

sistemas que han de ejecutar las funciones de promoción, prevención y recuperación de la salud (21). También debe considerar los aportes de la economía, el derecho, la educación, la enfermería, la asistencia social y la ingeniería sanitaria.

Si bien ambas disciplinas básicas están estrechamente relacionadas y, según San Martín, es imposible, en la práctica, separar las funciones respectivas (20), algunos salubristas acentúan el aspecto administrativo. En Chile, Salvador Díaz escribió una tesis criticando la insuficiente formación que, según él, daba la Escuela de Salubridad en materias de organización y conducción, siendo que la mayoría de los egresados iría a cumplir funciones a la cabeza de establecimientos o de otras entidades directivas (22). Antes, en 1941, H. Emerson creó el término “Medicina Administrativa”, y estableció dentro de ella la división entre “atención organizada del enfermo” y “salubridad”; esta última sería “la aplicación de la medicina preventiva a través del gobierno para fines sociales” (23).

Otros autores han reducido la vertiente “Sistema”. Por ejemplo, las “funciones esenciales de la SP” definidas por la OMS/OPS incluyen, en lo que respecta a los Servicios de Salud, sólo la de velar por la calidad de ellos: “SP no es quehacer de salud” (4). La aplicación del pensamiento epidemiológico sin el contrapeso de la teoría y experiencia de la atención médica, ha sido señalada como uno de los orígenes de aquel aspecto de la más reciente reforma chilena, que garantiza un plan consistente en un listado de patologías y sus correspondientes intervenciones (24). La separación entre las dos vertientes es tanto más paradójica, cuanto que el trabajo clínico es fuente y usuaria de la epidemiología y ésta a su vez, es la base de una gestión adecuada del sistema de salud (21).

Este no es el lugar para presentar un syllabus o programa para la docencia en SP. No obstante,

de lo dicho y de lo que se dirá más adelante se desprende la necesidad de incluir en un programa actualizado ciertas asignaturas importantes y no siempre enseñadas de modo suficiente. Ejemplos son: Teoría de la Atención de Salud; psicología social; ciencia política; estadísticas de servicios de salud; ecología; programación y presupuestos por programas; logística; previsión social; economía de la salud; evaluación de equidad, efectividad y eficiencia.

2.2. Un segundo criterio es el objeto y campo de acción de la SP.

El objeto central de ella es el estado de salud de los seres humanos y las necesidades respectivas tanto en cuanto personas como agrupados en familias y poblaciones (20). Junto a esto, la SP se ocupa de los factores de la naturaleza y de la sociedad que influyen en aquel estado. Entre estos factores se incluye la atención prestada por los sistemas de salud. Para J. Frenk, lo distintivo del objeto de la SP es el nivel poblacional (18). Para otro autor, lo distintivo es la aplicación de la Medicina a la Realidad, definición de la SP que resulta especialmente útil en la docencia médica (39)

La especialidad de la SP se define además por su práctica como profesión, con la calificación que ello involucra. Este rasgo se materializa en la creación de cargos de salubristas, fenómeno que se da desde hace siglos: directores de hospital, protomédicos, encargados municipales de la salubridad pública, etc.

2.3. Más tarde, el Estado se obliga a dar una respuesta a la necesidad social de protección y atención de la salud y crea un Ministerio de Salud Pública, hecho que ocurre en Chile en 1924: Dr. Alejandro del Río, primer incumbente del cargo.

2.4. La enseñanza universitaria de la SP contribuye a consagrar la especialidad. La Escuela respectiva se creó en la Universidad de Chile

en 1943. Ello se complementa con la formación de Sociedades Científicas (multiprofesionales); la Sociedad Chilena de Salubridad se fundó en 1946.

2.5. Puede haber una definición legal de la especialidad. En Chile, ella está reconocida en el marco jurídico de la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM).

2.6. La SP se consolida a través del cultivo y desarrollo científico y tecnológico de sus disciplinas básicas. Ello se da en las Universidades, en Institutos de Salud Pública, en Departamentos de los Ministerios de Salud; y se expresa en la publicación de Revistas científicas de la especialidad, así como en libros, tesis y artículos publicados en el país y en el extranjero; e igualmente, en la realización de Congresos y Jornadas.

2.7. Finalmente, la existencia y madurez de la SP como especialidad se refleja en el papel social y político que ella y sus cultores desempeñan en la vanguardia del desarrollo social de los respectivos países. Hay una evolución histórico-social de la SP, la cual se engrana con la historia de los países. Este aspecto ha sido destacado por McKee (28) y ha sido ilustrado por numerosas personalidades en el plano internacional (29, 30) y en el nacional (25, 26, 27).

3. Amplitud y profundidad del concepto de Salud Pública. Variaciones significativas.

¿Qué abarca la Salud Pública? ¿Qué excluye? ¿Cuáles son sus fronteras en cuanto concepto? ¿En cuanto capacidad de acción?

Podemos comenzar por el “núcleo duro”, que nadie objeta: la SP comprende la prevención de enfermedades y accidentes y la promoción / fomento / protección de la salud (prom / prev). En los textos de los años 1950, el concepto de SP era asimilado

todavía a la idea decimonónica de la reforma ambiental y a los métodos de medicina preventiva, como las vacunas (30).

Hay quienes reconocen que, desde ese núcleo, lo ideal sería practicar la prevención y la promoción a partir de, e integrada con, la clínica; vale decir, a partir de la atención médica a la gente, a los que se acercan al sistema **porque sienten que lo necesitan**. Lástima que falten recursos y que la función de reparación de la salud deba, en muchos casos, hacerse a la carrera, sin tiempo para que el equipo haga “salud pública” (Clovis Tigre, 31).

De esta escasez de recursos, en la cual insisten muchos economistas (“los recursos son siempre escasos”), nace una separación entre prev-prom y reparación, con una suerte de rivalidad. Alrededor de 1990 aparece el razonamiento de que, si la prom-prev no se independiza, con estructura y presupuesto propios, será ahogada por las necesidades de lo curativo que acapara todos los recursos (1) y que es lo que la gente exige. Un salubrista como Milton Terris pide “primacía institucional de la prevención en los servicios de salud”(1). Este argumento es invocado para justificar la reciente división de la Subsecretaría de Salud en Chile en una de Redes Asistenciales y una de Salud Pública (32). La división no queda sólo como un instrumento pragmático para resolver prioridades presupuestarias, sino que, a los ojos del personal y del público y autoridades, puede penetrar en el concepto mismo de la SP.

Los gobiernos saben que prom-prev tiene dividendos de efectividad, eficacia y equidad. Entonces se “sube” el ámbito de la SP al nivel político: “la SP es responsabilidad del gobierno como un todo, y no sólo del Ministerio de Salud” ergo, es multisectorial (C. Tigre, 1). Ello se concreta claramente cuando el gobierno dicta normas y leyes basadas en el conocimiento epidemiológico y que en muchas ocasiones traen un beneficio de amplio alcance para la salud colectiva, a la escala del “macroambiente”: saneamiento básico e higiene (en EE UU, desde 1900); obligatoriedad del cinturón de seguridad en los automóviles; suplementos nutricionales; sanidad

alimentaria; sanidad internacional; limitaciones a la publicidad y al uso del tabaco; eliminación del plomo en la gasolina. Otras medidas masivas de prevención, tales como las inmunizaciones, la educación sanitaria, los tamizajes, los tratamientos supervisados de tuberculosis y de SIDA, las técnicas de anticoncepción y el estímulo a la lactancia natural, requieren para su éxito, puesto que se ejecutan en el “microambiente”, de la existencia de sistemas de atención suficientemente bien organizados.

En este mismo nivel de las decisiones generales, la SP debe adaptar su esfera de acción a la situación económica y las respectivas tendencias políticas. Durante la bonanza económica que los favoreció entre la Segunda Gran Guerra y la crisis de los setenta, los países industrializados se permitieron una SP relativamente amplia y generosa. Y en los países subdesarrollados se demandaba y parecía posible expandir en forma planificada los servicios de salud y las funciones de prom-prev y reparación. Llegada aquella crisis, el tema cambia hacia la contención de costos, en países ricos y pobres; para estos últimos se estimula la atención primaria a cargo de las comunidades en lugar de los servicios profesionales suministrados en centros de salud y hospitales. La restricción de recursos llegó, en ciertos países, a niveles en que el exiguo gasto resulta inútil: es “la ineficiencia de la pobreza”. La SP se hace agente financiero: mide costos y efectos y prioriza en función de ellos; procura fuentes de recursos; genera modalidades de reducción y de control de costos. Todo es parte de la “nueva SP”, así llamada aunque los elementos para la eficiencia económica - como la supresión del pago por acto, el pagador único, la atención administrada, el presupuesto por programas y la conciencia de costo en los médicos- venían desarrollándose desde antes.

Desde el interior del Banco Mundial y luego, desde la propia OMS, se aplicaron a la salud principios de economía y sobre su base se impulsaron y se financiaron reformas del sector. Pasado alrededor de un decenio en que no se obtuvieron de éstas los resultados esperados, sus mentores han culpado a los gobiernos por ser débiles en la regulación, y

a los privados por su priorización del lucro. En vez de revisar la estrategia, siguen proponiendo más regulación, más seguros privados y asociación público privada (33). La lección para los Ministerios de Salud y para la OMS es: que la asimilación de las técnicas de la economía debe ser orientada con criterio de Salud Pública.

T. McKeown (34) e I. Ilich (35) pusieron en escena la importancia de los factores extrasectoriales de la salud y la poca utilidad de la Medicina y de los sistemas de atención de la salud. En los años noventa, en coincidencia con las políticas de contención de los costos de estos sistemas y del ajuste estructural de los Estados, y la agudización de las desigualdades de la morbimortalidad, un gran número de sociólogos-epidemiólogos de la academia, en el mundo industrializado, recogen aquella herencia e impulsan una ampliación del concepto de SP en dirección a lo económico-social. Se trata, en la teoría, de una expansión casi ilimitada: nada le es ajeno, sea educación, cultura, economía, urbanismo, energía, agricultura, globalización, relaciones internacionales; nada, excepto el sistema de atención, el trabajo de los médicos y los equipos de salud (5, 36). Lo extrasectorial **ES** la Salud Pública. La educación **ES** un programa de salud, probablemente el mejor. En el mismo sentido, se llega a afirmar que los médicos son el gran obstáculo a las reformas de la SP.

Frente a esta marea, otros salubristas se retraen: "tenemos que tratar de asuntos sobre los cuales la SP no puede hacer nada y quizás no debe hacer nada" (M. Ibrahim, 1).

Entretanto, en los sistemas de atención de salud, **que no pueden dejar de existir** (y de crecer), se instala, al calor de las reformas, la "separación de funciones". Se trata de las funciones económicas y administrativas: financiamiento, regulación, compra, producción, venta o comercialización, fiscalización. Paralelamente, se presenta desde la OMS un listado de "funciones esenciales" (mencionadas en la Introducción del artículo), listado que rescataría la posición central de la SP en las reformas y que

incluye las funciones de promoción, prevención, planificación, gestión, e investigación pertinente. El enunciado de funciones esenciales, tal como fue formulado, deja aparte la organización, gestión y ejecución de los servicios de recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y respecto a estos sólo considera el velar por el acceso equitativo y la calidad.

La separación de funciones tiene como correlato la distinción entre los llamados "bienes públicos", a financiar por el Estado, por una parte; y por otra, los bienes y servicios transables en el mercado, y, por lo tanto, asegurable (38). El traslado de esta estrategia al sector público determina que aquí también se asignen recursos a los establecimientos proveedores de servicios mediante el pago de prestaciones valoradas, en lugar de financiarles los factores de producción, es decir, el personal y los insumos que se requieren para atender a poblaciones asignadas. Para la SP elemental, la prom-prev, queda un pequeño espacio, con financiamiento y ejecución públicos, y focalizado hacia los pobres. La SP incluye también la antigua "administración sanitaria", es decir, en términos actuales, la rectoría y la gerencia del sistema, con las funciones recién mencionadas y con limitaciones en lo concerniente a la formulación de políticas, planes y programas de salud por parte del Estado.

De la reunión de los desarrollos anteriores resulta hoy necesario el renacer de una concepción integradora (holística) de la SP. A la definición clásica de Winslow habría que agregar que la SP tiene un aspecto doctrinario y un aspecto político. Doctrinariamente tiene como centro una concepción del ser humano y de la salud y, además, los **principios** de efectividad, equidad, eficiencia y universalidad. En el plano político se ocupa de dar a conocer y de promover ante el gobierno, el público y los distintos sectores todo aquello que tiene que ver con la salud (con la vida humana), dando fundamento a **una política** de salud que articula "el esfuerzo organizado de la sociedad" y que debe ser aplicada de manera integrada por el Estado, la sociedad civil y los propios ciudadanos. En el

plano de la acción – el arte - **administra** o dirige el **sistema** de atención - proveedores, usuarios, intermediarios, financiadores – en cuanto éste es el agente o instrumento que la sociedad se da para desarrollar acciones específicas en favor de la salud de todos. La SP procura que el sistema **íntegro** de manera equilibrada las **funciones** de prevención, promoción, reparación y rehabilitación, a la luz de los conocimientos **médicos** y de aquellos que la **epidemiología** proporciona respecto a los factores determinantes intra y extrasectoriales del estado de salud de la población general, de las personas y el ambiente.

4. Salud Pública: génesis e intervenciones.

Como dice Gustavo Molina , la SP es hija de la Medicina y del movimiento social (17). Es la aplicación de la Medicina a la realidad (39). La SP es, en este sentido, “Medicina y algo más”. De ahí que, como lo expresa E. Medina (40), la SP amplía el rol del médico: le agrega lo necesario para completar las cuatro funciones del sistema de atención: promoción, prevención, reparación y rehabilitación; y además, un papel de educador, el liderazgo del equipo de atención y la capacidad de planificar y administrar.

Es posible que la discusión acerca del ámbito de la SP derive en parte de una confusión entre la ciencia y su aplicación (el arte). En efecto, la primera permite, y aún exige, que se piense en todos los factores y consecuencias del estado de salud; la segunda es más circuncrita en ese sentido, pero sí lleva a incorporar de lleno los temas del diseño, la planificación, la economía y la gestión del sistema de atención, es decir, del instrumento que tiene a su alcance para influir directa y específicamente en la salud personal y poblacional.

Recientemente, la SP ha sido intervenida por conceptos procedentes de una área diferente: la economía. Más allá de la “economía de la salud”, disciplina que es parte integrante de la SP, la economía a secas ha adquirido al interior de la institucionalidad sanitaria – sobre el vehículo de las reformas - una hegemonía preocupante. Algunas de las manifestaciones de esta situación son: asignación

de preeminencia a los resultados económicos en el sector (utilidades o ahorros) por sobre los resultados en salud; la individualización de los servicios y de las cuentas de gasto, planes de atención expresados en listas de enfermedades, fragmentación de las actividades, carencia de sentido de salud poblacional, predominio de las actividades y gastos de administración y fiscalización, racionamiento del gasto en atención directa y sometimiento de los Ministerios de Salud a los de Finanzas. Paradojalmente, dichas manifestaciones han sido justificadas como una respuesta a un “consumismo” o “economicismo” reinante en la población y en el personal de salud, que se traduciría en la demanda de recursos “excesivos” para la atención de salud (3). Se ha extendido así al conjunto de la población un diagnóstico que sólo sería aplicable a determinados enclaves donde hay altas remuneraciones y costosos beneficios médicos colaterales.

Eduardo Bustelo ha descrito cómo, en América Latina, “la economía aparece como la ciencia guía y sus recomendaciones constituyen el marco para la adopción de políticas sociales, las cuales aparecen ...con un papel marginal, secundario y meramente compensador... con un gran costo para la sociedad... Primero están las verdades macroeconómicas básicas; ahí no son tolerables las herejías. Entonces, después de completar la reforma económica, aparece la política social como recogiendo los heridos que deja la política económica” (41).

La finalidad de la Salud Pública y de sus componentes es la salud de la población. De esta manera contribuye además al desarrollo económico y social. Estos objetivos, que están ligados al capital social, organizacional y cultural propio de cada país, no deben ser puestos en riesgo por obligaciones o presiones como las que se suelen plantear en el contexto de la mundialización de las finanzas o del comercio . El valor potencial de la mundialización debe ser demostrado en el mantenimiento de la paz, en la aplicación de la ciencia, en el respeto a los derechos humanos y en el equilibrio de las relaciones económicas internacionales, que son requisitos para construir la salud y el bienestar (65).

5. El “mapa” de la Salud Pública: sus componentes.

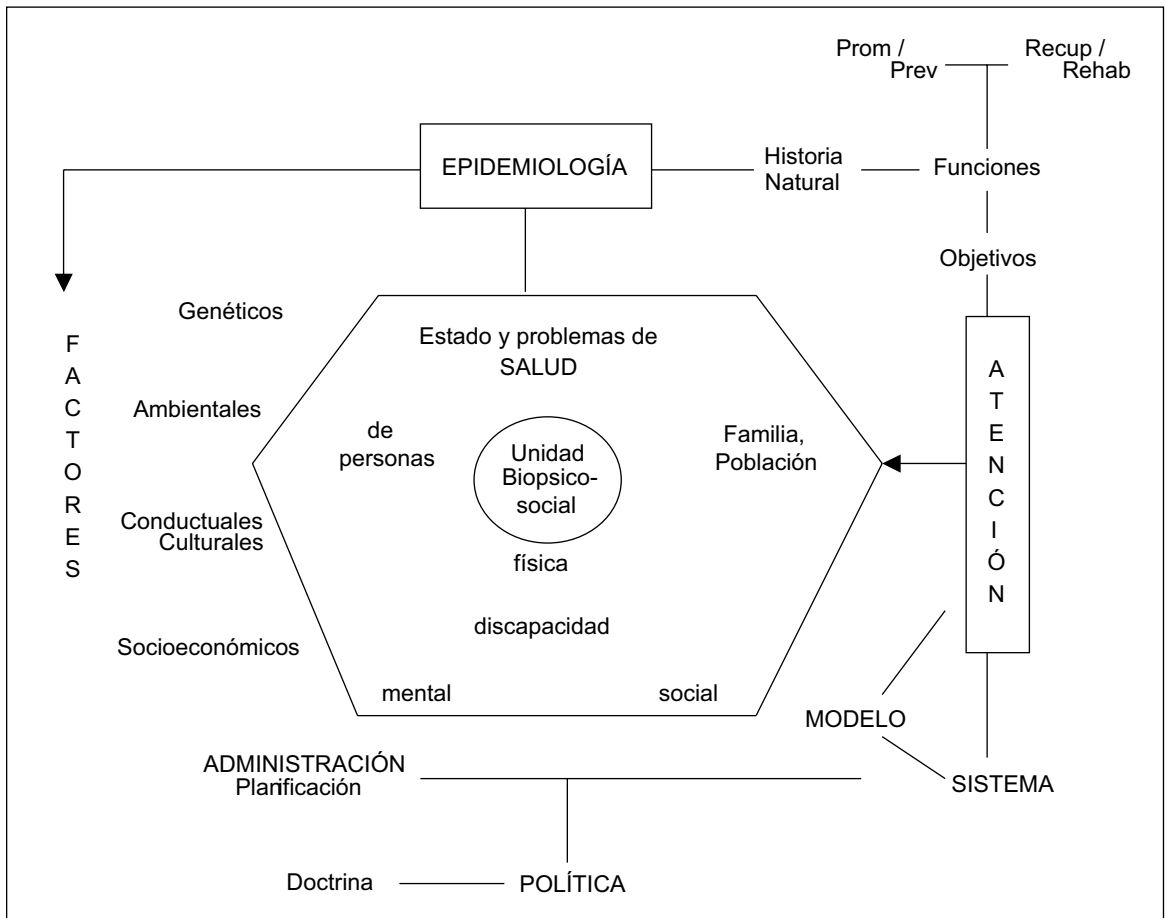


Figura 1: El mapa de la Salud Pública

En cuanto su objeto es la salud del ser humano, la SP ha elaborado una concepción integrada de la persona, del Hombre (20), al cual define como una entidad biopsicosocial (39). Esta se representa con un núcleo de naturaleza genética, patrimonio biológico procedente de las generaciones anteriores; desde él se desarrollan un cuerpo y una mente indisolublemente unidos y sobre los cuales actúan continuamente, en un proceso de asimilación y adaptación, el entorno físico y el entorno social, a lo largo del tiempo de la vida.

Sabemos que la SP se ocupa no sólo del ser individual, sino también, y sobre todo, de la salud de

los grupos y de las sociedades, organismos que son más que la suma de sus miembros.

Cerca de este componente figura en el “mapa” la noción de “salud”, definida como un estado de equilibrio entre la persona y el entorno próximo (que es parte de la persona: “yo soy yo y mis circunstancias”) y el ambiente alejado. Dicho estado es variable, entre – en un extremo - el óptimo de bienestar y eficiencia definido por la OMS, y en el otro, la no existencia material anterior a la concepción y posterior a la muerte.

Pertencen al mapa las enfermedades, y en su historia natural distinguimos secuencias que van desde el estado normal o pre-patogénico a uno de incubación o patogenia; de aquí a uno preclínico (detectable si se le busca); luego, a uno clínico o sintomático; y desde aquí a la recuperación, o a la invalidez permanente o a la muerte. La “historia natural” de la enfermedad es la clave para comprender las cuatro funciones de la atención de la salud, ya varias veces mencionadas. Leavell y Clark, con obvia intencionalidad, habían expresado esas funciones como niveles sucesivos de la prevención, a saber: el primero, la “promoción”, o prevención de la enfermedad en general, centrada en la educación, la nutrición, la vivienda, el desarrollo personal, la genética, el consejo matrimonial; el segundo, prevención primaria de enfermedades específicas, mediante la higiene personal, las inmunizaciones, el saneamiento, los suplementos nutricionales, la protección contra los accidentes, los riesgos ocupacionales, los carcinógenos y los alérgenos; el tercero, la prevención secundaria del avance de enfermedades presentes y no diagnosticadas, mediante pruebas de tamizaje y el tratamiento oportuno consiguiente; el cuarto, la limitación de complicaciones, de secuelas, y de la muerte prematura; y el quinto, la rehabilitación (42).

Otro elemento en la “geografía de la SP” es el Sistema de Atención (44,45). Todo sistema es un conjunto de elementos que interactúan en pos de un objetivo común y que tienen relaciones de intercambio con su entorno y mecanismos cibernéticos de autopoiesis y de autoregulación. La “anatomía” de nuestro sistema está edificada con cuatro pilares: los usuarios, los prestadores de servicios, los intermediarios financieros y las fuentes y vías del financiamiento. Aquí está presente la población, como beneficiaria, como demandante y como pagadora o fuente última de recursos. Como intermediarios, están presentes el Estado y los Seguros. La relación que se desarrolla entre estos dos intermediarios es de fundamental importancia para la equidad, la eficiencia y la efectividad que se obtenga para la salud de la población. Están también los prestadores o proveedores, organizados en torno a la labor del “equipo de atención” (La víspera del año

2000, Diseño de un sistema de salud). El sistema no sólo requiere de los pilares mencionados, sino también de una “cabeza” que da la orientación; esta es la doctrina y política de salud del país (46), con los objetivos y planes que de ella se derivan. Necesita, finalmente, un “tronco” que asegura la ejecución organizada de éstos, cumpliendo normas científicas, tecnológicas y administrativas, lo cual se logra mediante los programas (47) y la administración, ya mencionada como una de las disciplinas básicas de la SP.

Componente muy importante en el panorama de la SP es el conjunto de factores sociales, económicos y ambientales de la salud. Tal como en el caso de los factores médicos y biológicos, su identificación resulta de la aplicación del método científico (epidemiológico) –apoyado en la información pertinente– al estudio de las variaciones de salud en las poblaciones. De aquí nacen los planes sectoriales e intersectoriales de salud. Dentro de esta amplia gama de factores se encuentra la atención de salud, la seguridad social y el complejo de las instituciones económicas privadas relacionadas con la salud (48): es decir, la organización social pertinente a nuestro tema. El punto de vista de los economistas en esta materia está representado por Feacham (33), quien clasifica los factores de la salud en sólo dos grandes categorías; el nivel de ingresos económicos, por una parte, y el progreso técnico, por otra. La organización social (esfuerzos organizados de la sociedad, de Winslow), es considerada por este autor entre los “progresos técnicos”, junto a los nuevos medicamentos, equipos de imagenología, etc.

Para completar la visión del vasto campo de la SP hace falta todavía mencionar las dimensiones o ejes históricos y sociales sobre los cuales transcurre el devenir de los fenómenos de la salud y que condicionan su interpretación: el eje del desarrollo y subdesarrollo, que podemos llamar de los “dos mundos” y que siguen claramente diferenciados, a pesar de la globalización (49); la paz y la guerra; los estratos sociales; los avances científicos, reales e ilusorios; el eje público-privado; la aldea y el

mundo; los avances y retrocesos de la morbilidad y mortalidad; la apertura a los modos de intervenir el entorno físico y social, incluyendo la planificación territorial (o la ausencia de ella), la industria, la energía, el transporte, las comunicaciones y la información.

6. Relaciones recíprocas entre los componentes del mapa de la Salud Pública:

Un área relacional importante es el conjunto de nexos “entre la sociedad, la enfermedad y la medicina, y las formas de práctica que derivan de su estudio” (50), es decir, la Medicina Social. Virchow es identificado como uno de sus grandes precursores, al haber expresado que las epidemias que le correspondió vivir eran producto de defectos de la organización política y social, los cuales afectan a “los desfavorecidos de la cultura”. Precisó la inequidad de salud entre clases y resumió : “La Medicina es una ciencia social” (además de ser ciencia biológica). La Medicina Social fue detalladamente elaborada, en tanto es uno de los rostros de la SP, por I. Galdston, S.Allende (51) R.Sand (52), D. Baird, R. Illsley, J. Spence (53) y muchos otros (54,56). Se engloba aquí la percepción trascendental de que la salud colectiva ha modelado la historia y la sociedad, así como también sucede en sentido inverso (55). Las enfermedades y su control han determinado la dinámica y estructura demográficas, las relaciones entre clases, la movilidad social, la colonización, el resultado de las guerras. El SIDA nos recuerda que esto no es cosa del pasado. Se afirma también que la SP influye en el régimen político al robustecer a la burocracia e incluso a los aparatos represivos (la “policía sanitaria”). A contrario sensu, en cierta épocas y lugares, se identifica con el Estado de Bienestar, con la democracia y con el respeto a los derechos. Es atingente la siguiente cita del escritor U. Woelk: “Las artes, se dice, son una expresión de su tiempo; pero yo considero que las enfermedades están en condiciones de ofrecer una imagen mucho más precisa de su tiempo” (64); en “La Montaña Mágica” de T. Mann se encuentra una síntesis de arte, sociedad y salud. En otro aspecto, la SP ha determinado el auge de las profesiones: las del

cuidado de la salud, y en ciertas épocas, como la actual, las de la economía, la administración y la abogacía.(30). La complejidad y el sentido de la Medicina Social requiere que, en su dominio, la investigación se apoye en hipótesis explícitas y que las técnicas estadísticas y los modelos artificiales se subordinen a ellas (56).

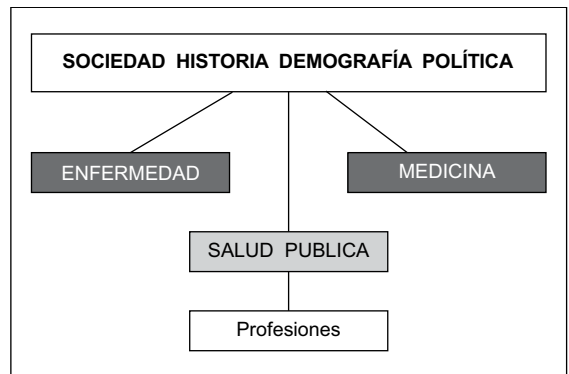


Figura 2: La Medicina Social

Podemos generalizar el tema de las relaciones, articulándolas dentro de lo que viene a ser uno de los cimientos del conocimiento en Salud Pública, a saber: las **cadena de causalidad** de los estados de salud.

Estas cadenas parten de seis grupos de factores causales. Ellos son:

- La genética
- Las condiciones biodemográficas
- Las conductas y actitudes personales y colectivas
- Los factores ambientales de acción directa sobre las personas
- Los factores socioeconómicos del nivel de la familia y del grupo
- Los factores socioeconómicos mediatos, u “oportunidades”.

Los componentes de los grupos están detallados en el Anexo. Estos grupos de factores están relacionados entre sí: por ejemplo, la genética determina factores biodemográficos como el sexo y, en parte, las conductas y actitudes. Estas últimas

dependen también de los factores socioeconómicos del nivel de la familia y del grupo. Los dos niveles de factores socioeconómicos – familiares y mediatos - son condicionantes respecto a los factores ambientales de efecto directo, como la nutrición y la infección. Estos, a su vez, se influyen mutuamente a través del sistema inmunológico y dependen grandemente de la higiene del ambiente.. Uno de los resultados de estas relaciones es la estatura que alcanzan los individuos; otro resultado es el nivel de mortalidad, claramente asociado con el índice ponderal de las personas. Se superan las teorías demasiado simples, como la explicación de la enfermedad por la sola acción de los gérmenes, o por sólo las deficiencias en nutrición y agua potable. Aparecen nuevas hipótesis, como la de D.Barker acerca de la “matriz con vista “ (womb with a view) (57).

Desde los factores, así entrelazados, se desprenden cadenas causales que convergen sobre los estados de salud de las personas y de las poblaciones y sobre las variaciones “normales” que distinguen a los seres humanos. En lo que respecta a los desequilibrios ambiente-personas (“enfermedades”), pueden incidir en cualquiera de las manifestaciones que llamamos causas “médicas” de mortalidad o morbilidad y en los accidentes. Asimismo, pueden impactar en una o varias de las etapas de la “historia natural” de las enfermedades.

Finalmente, la red de relaciones pasa a través de los mecanismos fisiológicos y psicológicos de reacción del organismo ante los estímulos provocados por los determinantes.

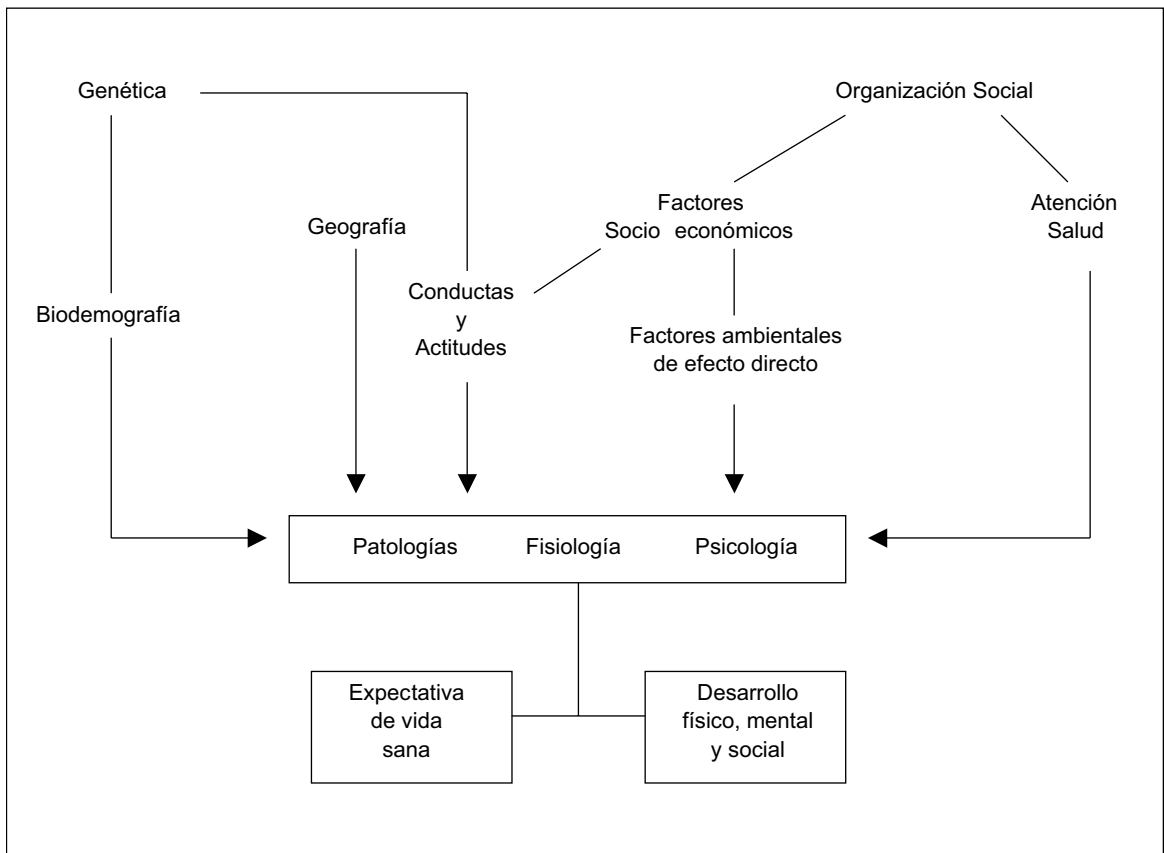


Figura 3: Asociaciones en Salud.

Todas estas relaciones son mensurables por la SP, a través de los indicadores respectivos. Estas interacciones se comprueban en diversas situaciones; por ejemplo, al tratar de medir la influencia de factores como la etnia, la residencia, el nivel económico y la escolaridad sobre un indicador de salud como la mortalidad infantil. Cada uno de ellos explica una parte del fenómeno salud y probablemente se encontrará que algunos son factores confundentes respecto a los demás (58). En la etnia hay un componente de factores genéticos de enfermedades específicas, como la anemia de células falciformes; pero además de eso ella es, junto con la lingüística, un correlato de los niveles de salud, que sirve como indicador social y como focalizador geográfico (66).

Ciertas relaciones son particularmente trascendentes para las políticas de SP. Por ejemplo, las interacciones entre la organización social, por una parte, y la atención de salud y el estado de salud, por la otra; y las que se dan regularmente entre la economía, de un lado, y de nuevo, la atención y la salud, por otro lado. Los resultados empíricos respectivos han dado lugar a las llamadas Leyes de la Salud (46). En cada país o región debe evaluarse el efecto del sistema de atención vigente sobre la salud poblacional, tal como se evalúa el efecto de cualquier otro determinante. (59).

7. Los énfasis y los valores en Salud Pública.

Como se anotó en las secciones 2 y 4 de este artículo, a lo largo del desarrollo de la SP ha habido distintos énfasis en uno u otro de sus aspectos. Estos énfasis se explican por los distintos momentos históricos que han atravesado los países y los grupos, así como la propia situación de la salud y sus factores. Por ejemplo, la Epidemiología y la Administración (de sistemas de Atención) han parecido, en ciertos momentos, ser hermanas rivales, sea que se haya experimentado la necesidad de priorizar y controlar riesgos sociales y patologías específicas de los individuos o que, al contrario, se haya vivido más la necesidad de integrar las funciones de atención y centrarlas en poblaciones. Dentro de la propia epidemiología han surgido diferencias, las cuales

han dado lugar a ramas distintas que comparten el método pero que se diferencian por sus aplicaciones (aunque M. Terris insiste en que la epidemiología es una sola). Hay, por lo menos, la epidemiología de la investigación de etiologías y eficacias; la epidemiología clínica, que es como un puente hacia la práctica médica; la epidemiología comunitaria o de terreno (60); la epidemiología crítica (56); la epidemiología estratégica o de la planificación (21); y estos énfasis dan lugar a que se privilegie una u otra aplicación, según los puntos de vista y las fases de la política de salud (61). Las grandes epidemias o endemias, como, actualmente, el SIDA, la tuberculosis y la esquistosomiasis, hacen que los focos se dirijan a la epidemiología y la prevención; es otro ejemplo de las influencias de la historia sobre la salud pública. (57).

La separación (artificial) entre Epidemiología y Sistemas ha sido exagerada, en más de una ocasión, al punto de insistir en una confrontación entre la SP y los médicos, ya sea depreciando la utilidad de la función de estos (McKeown, 34), o criticándolos como culpables del gasto asistencial, de la "medicalización" de la salud y de un daño iatrogénico consiguiente (Ilich, 35). Brachet-Márquez (62) considera que "la participación de los usuarios es extremadamente difícil en un campo en que los médicos han conservado celosamente un saber que los ha...colocado por encima de la población, al extremo de llevarlos a sentirse con derecho a decidir por ella en cuestiones de vida y muerte". Se ha acuñado el poco afortunado término de "biomedicina", para remarcar una hipotética ausencia de lo social en Medicina y desmentir la posibilidad y la necesidad de una Medicina Integral. J.T. Hart afirmó: "los médicos son el principal obstáculo a la SP", y otros lo han seguido, sin especificar claramente que se refieren a los profesionales que hacen del mercado su escenario principal (63). Se refleja aquí la dualidad que afecta a la Atención de Salud, que en la mayoría de los lugares y épocas presenta dos niveles: uno para los ricos y otro para los pobres de cada país; uno para los países industrializados y otro para los países subdesarrollados.

En contraste, hay quienes perciben que la Medicina es la base de la SP y que el ignorar esto perjudica a la salud del público. ¿Cómo podría la epidemiología investigar la etiología de las enfermedades o la eficacia de la prevención sin el diagnóstico médico? ¿o cómo evaluar la efectividad de los tratamientos sin tratamientos? El divorcio perjudicial entre clínicos y salubristas puede ser evitado mediante un adecuado plan de formación y mediante la creación de cargos profesionales mixtos o el requerimiento de que los salubristas hayan tenido un período de actividad clínica..

En suma, ha aparecido una serie de disyuntivas probablemente innecesarias o irreales al interior de la SP. En cambio, es ante la situación de dualidad socioeconómica y sus repercusiones en la vida de la gente, y procurando superarla, que se alza la Salud Pública, no sólo como un saber y un arte, sino también como un valor. Sus grandes temas son valóricos, pues están referidos a la vida (15). La SP representa un “deber ser” social, una imagen-objetivo. Tiene una doctrina. Es una moral, un

modelo. Puede fijar límites: ¿hasta dónde llegar en la aplicación de las tecnologías? Por todo esto, la SP desempeña un papel de vanguardia. En épocas de conflicto, puede y debe generar consensos; por ello, es también un poder. Hay una tríada: Salud - Política – Salud Pública.. Su adversaria es la ideología desinformada, sobre todo cuando ésta tiene el apoyo de regímenes autoritarios. Las “crisis” de la SP son crisis de la humanidad.

En conclusión, parece importante que las personas involucradas en el tema de la salud contribuyan con sus opiniones, refiriéndolas a una plataforma suficientemente amplia y explícita, como la que se configura en la serie de artículos de la línea “Bases de la Salud Pública”, aparecidos en esta Revista. Se trata de que conozcamos bien las diferentes concepciones que hay entre nosotros y desde ellas podamos justificar, actualizar y fortalecer una doctrina y una teoría de la Salud Pública, o eventuales variantes. Este propósito es importante para avanzar hacia una comunidad de pensamiento, de lenguaje y de acción en el sector y en la especialidad.

Anexo

Factores que encabezan las cadenas de causalidad de los estados de salud .
Detalle de la Sección 7 del artículo.

1. Genética	Condiciones hereditarias; etnia
2. Condiciones biodemográficas	Edad; sexo; cohorte; efectos en salud acumulativos con la edad; migración; historia de la salud de las poblaciones
3. Conductas y actitudes	Actividades físicas e intelectuales; hábitos alimentarios; excesos voluntarios en alcohol, tabaco o drogas; conductas sexuales; temeridad; agresividad; sumisión; participación; higiene y conciencia sanitaria; uso de la atención de salud
4. Factores ambientales de acción directa	Nutrición; agentes infecciosos; clima y sus cambios; tóxicos y otros contaminantes; calidad del saneamiento; condiciones laborales físicas y psicosociales; control social; accidentes; violencia; descanso y recreación; atención de la salud; salud de animales y plantas en el ecosistema circundante y relaciones con ellos
5. Factores socioeconómicos del nivel de la familia y del grupo	Patrimonio económico y social de la familia; ingreso y consumo familiar; estructura y cohesión familiar; status de género y de edad; escolaridad; empleo; previsión social; capital o reticulación social y psicosocial; exclusión o discriminación; expectativas; movilidad social por unión conyugal o por educación o por actividad
6. Factores socioeconómicos mediatos (oportunidades)	Lugar de residencia o de crianza; situación económica del país; distribución del producto; organización social; dualidad; legislación; gobernanza; administración pública; distribución del poder; apertura al mundo; desarrollo de ciencia y tecnología

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1993, sobre la teoría y práctica de la Salud pública, Serie Desarrollo de Recursos humanos, Washington, D.C.
2. Torres-Goytía, en: Solimano G, Isaacs S (eds.) *La salud en América Latina: de la reforma para uno a la reforma para todos*, Ed. Sudamericana, 2000
3. Comisión de Reforma de la Salud, Chile, Secretaría Técnica, octubre 2000, citada por: Sandoval, H, *Mejor salud para los chilenos*, Cuad Med Soc (Chile) 2004;43 (1): 5-20
4. OPS, CDC, CLAISS, 2000, *Salud Pública en las Américas, Anexo A: Instrumento para la medición de desempeño de las funciones esenciales de la Salud Pública*, Washingto, D.C.
5. Beaglehole R, Bonita R, *Public Health at the crossroads: which way forward?* *Lancet* 1998; 351:590-2
6. Wilkinson R, Marmot M, (eds.) , 2005, *Social determinants of health. The solid facts (2nd edition)* , Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
7. OMS, 1986 *Ottawa Charter for Health Promotion*
8. Lalonde M, 1974 *A new perspective on the health of Canadians*, Govt. of Canada, Ottawa
9. OMS, 2003, *Informe sobre la salud del mundo; y 2006, Estadísticas de la salud mundial*, Ginebra
10. Colegio Médico de Chile, *Seminario de Formación Profesional Médica*, Cuad Med Soc (Chile), 1959 y 1960
11. Winslow E A, 1951, *The cost of sickness and the price of health*, OMS, Ginebra
12. Northridge M E, Sclar E, *A joint urban planning and public health framework: contributions to health impact assessment*, *Am J Public Health* 2003; 93 (1): 118-21
13. Bookchin M, 2004 *Our synthetic environment*, Ch. 8, *Health and Society* <http://dwardmac.pitzer.edu/Anarchist_Archives/bookchin.html>
14. Terris M, en :OPS, ref. 1
15. Jamison D T et al. (eds.), Savedoff W, Smith A, (autores), *Priorities in health*, Banco Mundial, Washington, D.C.
16. Primer Congreso Interamericano de Higiene, 1952, La Habana
17. Molina G, 1961, *Principios de administración sanitaria*, San Juan, Puerto Rico
18. Frenk J, en: OPS, ref. 1
19. Frazer W M, Stallybrass C O, 1948, *Textbook of Public Health*, 12th Ed., Williams and Wilkins, Baltimore, cit. en ref. 17
20. San Martín H, 1968, *Salud y Enfermedad*, 2° ed. La Prensa médica Mexicana, Mexico D.F.
21. Montoya-Aguilar C, *Contribución de la epidemiología a la gestión del sistema de salud*, Cuad Med Soc (Chile) 1997; 38 (3): 80-86
22. Díaz S, 1957, *La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile*, Santiago
23. Emerson H, 1941, *Administrative Medicine*, Nelson, New York, cit. en ref. 17
24. Montoya-Aguilar C, *Acerca del uso de las disciplinas en Salud Pública: un contrapunto*, *Vida Médica* 2001; 53 (1) y 53 (4)
25. Labra M E, *Medicina social en Chile: propuestas y debates (1920-1950)* Cuad Med Soc (Chile) 2004; 44 (4):207-220
26. Tetelboin C, 2003, *La transformación neoliberal del sistema de salud: Chile 1973-1990*, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Mexico D.F.
27. Molina C, *La ley de Medicina Curativa. Un análisis histórico de sus antecedentes y de sus efectos en la institucionalidad sanitaria chilena*, Cuad Med Soc (Chile) 2006; 46 (1): 74-100 y 46 (2):145-154
28. McKee M, Jacobson B, *Public Health in Europe*, *Lancet* 2000; 356: 665-70
29. Sigerist H E, 1941, *Medicine and Human Welfare*, New Haven
30. Porter D, 1999, *Health, civilization and the state: a history of Public Health from ancient to modern times*, Routledge, London
31. Tigre C, en: OPS, ref.1
32. Infante A, *Para fomentar estilos de vida saludables (entrevista)*, en Carta Minsal, enero 2005, Santiago
33. Feacham R, De Ferranti D, 1997, *Estrategia sectorial, Salud ,Nutrición y Población*, Banco mundial, Washington, D.C.
34. McKeown T, 1976, *The role of Medicine: dream, mirage or nemesis*, London
35. Illich I, *Medical nemesis*, *Lancet* 1974; 1918-21

36. Evans R G, Barer M, Marmor T R, 1996 *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Las determinantes de salud de las poblaciones*, Ed. Díaz de Santos, Madrid
37. Ibrahim M, en: OPS, ref.1
38. *Documentos de la Comisión de Reforma, Chile, (Secretaría Ejecutiva) Santiago, 2000 a 2002*
39. Montoya-Aguilar C, 1970, *Atención Médica del Niño*, en: Meneghello J y cols., *Pediatría, Tomo I, Cap. 2*, Ed. Intermédica, Bs. Aires
40. Medina E, Kaempffer A M, 1978, *Elementos de Salud Pública, 3° ed.*, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
41. Bustelo E, en: Solimano G, Isaacs S, ref. 2
42. Leavell H R, Clark E G, 1958 *Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach*, 2nd ed., Mc Graw Hill, N.York (Cap. 2)
43. Montoya-Aguilar C, *En vísperas del año 2000: los sistemas de atención a la salud*, *Cuad Med Soc (Chile) 1998; 39(1): 5-23*
44. Montoya-Aguilar C, *Diseño de un sistema de salud*, *Cuad Med Soc (Chile) 2005; 45 (1): 11-16*
45. Sepúlveda-Alvarez C, *El sistema de salud*, *Cuad Med Soc (Chile) 2005;45 (1): 17-30*
46. Montoya-Aguilar C, *Conceptos de doctrina y política de salud*, *Cuad Med Soc (Chile) 2004; 44 (4):241-250*
47. Montoya-Aguilar C, *Los programas y la programación de la atención de salud*, *Cuad Med Soc (Chile) 2005; 45 (3): 224-231*
48. Montoya-Aguilar C, *Visión general del complejo de la seguridad social administrada por privados*, *Cuad Med Soc (Chile) 2004; 44(2): 81-90*
49. Montoya-Aguilar C, *Políticas, planes y sistemas de salud, y desarrollo social*, en: Meneghello J y cols., 1991, *Pediatría 4° Ed.*, Vol I, Parte I, Cap.4, Edit. Mediterráneo, Santiago, Chile
50. Anderson M R, Smith L, Sidel V W, *What is Social Medicine? Monthly Review 2005; 56 (8): 1-9*
51. Allende S, *Social Medicine in Chile*, *International Labour Review*, enero 1942
52. Sand R, 1948, *Vers la Médecine Sociale*, Paris
53. Spence J et al. 1954, *A thousand families on the Newcastle upon Tyne*, Oxford University Press
54. Roemer M I, *National health systems throughout the world*, *Ann Rev Public Health 1993; 14:335-353*
55. Montoya-Aguilar C, Marchant L, *An investigation of the possible effects of economic changes on health care and health: Chile, 1974-1992*, *Health Planning and Management 1994; 9(4): 279-294*
56. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E E, *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*, *Rev Panam Salud Pública 2002; 12 (2): 128-35*
57. Deaton A, 2005, *The great escape: a review essay on Fogel's The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100*, prepared for the *Journal on Economic Literature*
58. Alarcón A, *Mortalidad infantil en población mapuche*, *Cuad Med Soc (Chile) 2004; 44 (3) ;179-88*
59. Montoya-Aguilar C, *Evaluación de los efectos que sobre los estados de salud poblacionales producen los sistemas de atención de salud*, *Cuad Med Soc (Chile) 2005; 45(4): 321-327*
60. Montoya-Aguilar C, Madrid S, Barilari E, *Experiencia de un camino para vencer la inequidad en salud:el enfoque del sistema público hacia las comunas menos favorecidas*, *Cuad Med Soc (Chile) 1997; 38(1): 66-69*
61. Montoya-Aguilar C, 1982 (secretario técnico y coordinador) , *The place of epidemiology in local health work*, WHO Offset Publication N° 70
62. Brachet-Marquez V, en: Solimano G y Jacob S, Ref. 2
63. Hart J T, 1999 *¿Es posible producir una economía y cultura alternativas desde el sistema de atención en salud?*, en: Schmacke N et al. (eds.), *Salud y democracia. Acerca de la utopía de la medicina social*, Frankfurt /Main Ed. Escritos Académicos
64. Woelk U, "La reacción" (cuento) en: 2002, *Berlín después del muro*, Antología, J J Becker, F.C. E, Mexico D.F.
65. OMS, 2001, *Macroeconomía y Salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*, Informe de una comisión presidida por Jeffrey D. Sachs, Ginebra
66. Calvo A, *Equidad en salud, Bolivia. Desigualdad en la población monolingüe nativa, mediciones básicas*, *Salud Pública Boliviana 2005; año 45, N° 58: 25-40*