

La salud pública en discusión *

Public health under discussion

A saúde pública em discussão

Álvaro Franco-Giraldo¹

¹ Médico, doctor en Salud Pública. Profesor universitario, Exdecano Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia, Colombia. alvarofrancogiraldo@hotmail.com. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-4342-4025](https://orcid.org/0000-0003-4342-4025).

Recibido: 17/12/2018. Aprobado: 15/01/2019. Publicado: 25/02/2019

Franco-Giraldo Á. La salud pública en discusión. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):15-28. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a04

Resumen

Este ensayo reflexivo discurre alrededor de la salud pública, en torno a temas discutibles, como su dimensión epistémica, su perspectiva frente a la dialéctica territorial local-global, su relación con la medicina social en Latinoamérica, su pretensión de cientificidad, su posición ante el asunto de la determinación y los determinantes sociales de la salud, su lugar en la contradicción entre el sujeto y la estructura, y cómo se ve afectada por la tensión del capitalismo cognitivo y la universidad. El texto considera el fracaso de las políticas en salud y de las políticas públicas globales, y propone la construcción académica y política de una transdisciplinariedad, basados en las teorías de la complejidad y otras concepciones novedosas,

en interacción con otras áreas del conocimiento y actores diversos. Asimismo, defiende el rescate de la interculturalidad; propende por el debate teórico, junto a las ciencias sociales y humanas, sobre temas y problemas comunes; reconoce el pluralismo metodológico, validando los instrumentos de la epidemiología poblacional y otras modalidades de la misma, así como los avances de la investigación cualitativa y la comprensión de las intersubjetividades. Finalmente, el artículo recomienda que los salubristas asuman la salud pública como una opción con sentido de vida.

-----*Palabras clave:* salud pública, capitalismo, medicina social, política, Estado, globalización.

Abstract

This reflective essay discusses public health topics such as its epistemic dimension, how it is affected by the local-global territory dialectics, its relationship with social medicine in Latin America, its pretense of scientificity, its stance regarding the issue of determination and social determinants of health, its place in the contradiction between subject and structure and how it is affected by the tension of cognitive capitalism

and the university. The text discusses the failure of healthcare policies and global public policies, and proposes the academic and political construction of a transdisciplinarity based on the theories of complexity, interaction with other fields of knowledge and various actors. Likewise, it defends recovering interculturality and leans towards a theoretical debate, alongside social and human sciences, on common topics

* Este ensayo tuvo como base la ponencia presentada en el Foro "Salud pública y universidad", celebrado el 25 de agosto de 2018 en la Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, en la conmemoración de los salubristas inmolados durante las últimas décadas del siglo xx en Colombia.

and problems. Similarly, it acknowledges methodological pluralism, thus validating the instruments of population epidemiology and other forms of it as well as the advancements in the field of qualitative research and the understanding of intersubjectivities. Finally, the paper recommends that

healthcare professionals perceive public health as an option with a sense of life.

-----*Keywords:* public health, capitalism, social medicine, politics, State, globalization

Resumo

Este ensaio cogitativo discorre ao redor da saúde pública, circundando aos tópicos discutíveis, como a sua dimensão epistémica, como a afeta a dialética territorial local-global, o seu relacionamento com a medicina social na Latino América, a sua pretensão de cientificidade, a sua postura diante do assunto da determinação e os determinantes sociais da saúde, o seu lugar na contradição entre o sujeito e a estrutura, e como se vê afetada pela tensão do capitalismo cognitivo e a universidade. O texto considera o fracasso das políticas em saúde e das políticas públicas globais, e propõe a construção acadêmica e política numa trans. disciplinariedade, baseados nas teorias da complexidade, em interação com outras

vertentes do conhecimento e atores diversos. Assim mesmo, defende o resgate da interculturalidade; promove o debate teórico, enxuto com as ciências sociais e humanas, alusivo a temas e dificuldades comuns; reconhece a pluralidade metodológica, avaliando os instrumentos, a epidemiologia populacional e outras modalidades da mesma, assim como os avanços da investigação qualitativa e a compreensão das Intersubjetividades. Finalmente, o artigo dica que o pessoal da saúde assuma a saúde pública como uma opção com sentido de vida.

-----*Palavras chave:* saúde pública, capitalismo, medicina social, política, Estado, globalização

Introducción

El presente artículo asume como objeto el campo de conocimiento que es la salud pública, con el interés de fomentar un necesario espacio de discusión, preguntándose siempre por las condiciones de posibilidad de esta área académica. En este sentido, el texto presenta algunos cuestionamientos a los que ha sido sometida la salud pública desde muchas décadas atrás en pleno siglo XX, cuando se debatió alrededor del concepto de *crisis de la salud pública* [1] y posteriormente acerca de las *funciones esenciales de la salud pública* [2], como también se dieron otras expresiones en su contra, no solo por la acción violenta y subrepticia de la derecha política contra los salubristas y los científicos sociales en las décadas de los ochenta y de los noventa, sino además de sus contradictores ideológicos, y hasta de los propios amigos.

Según relata Samuel Arias,

Entre 1987 y 1991 se realizaron seis talleres convocados por la ALAESP [Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública], la ASPH [Asociación de Escuelas de Salud Pública en Estados Unidos] y la OPS [Organización Panamericana de la Salud], para discutir sobre el estado de la Salud Pública en las Américas y definir los temas programáticos de trabajo para la OPS [...]. La última reunión se realizó

en Nueva Orleans, Estados Unidos, en 1991 cuyo tema se denominó “La crisis de la salud pública” [3, p. 137].

Arias entiende esta crisis: “como la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieran; [...] una concepción de salud pública, no solo como un campo de profesionalización, sino como un deber del Estado, y, sobre todo, como un compromiso de la sociedad con sus ideales de salud” [3, p. 137]. Así, la crisis se explica por razones de carácter teórico-epistemológico, otras de tipo político y, por último, las de carácter funcional[†] [3, p. 138].

Varios hechos más contribuyeron a la crisis de la salud pública en épocas más recientes, como en el caso específico de Colombia, evidenciado ya hacia los años noventa: la competencia con el sector privado y el auge del mercado, así como la crisis del sector salud (que viene a sumarse a la crisis conceptual más amplia de la salud pública), la cual no hemos resuelto después de cinco lustros de reformas, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 [4].

Esta crisis no es solo en el ámbito nacional. Algunos análisis más genéricos muestran una crisis amplia que afecta la salud pública en todo el mundo, crisis ya denunciada por diversos autores, como Jaime Breilh [5] y nosotros mismos desde la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) y la Comisión Económica para América

[†] El primero, de carácter teórico epistemológico, está relacionado con “su dependencia del poder hegemónico, la medicina curativa y el pensamiento positivo-biologicista”; el segundo, de carácter político, se vincula con la capacidad transformadora de las condiciones de salud; el tercero, de carácter funcional, referido a las funciones propias, como, por ejemplo, las acciones relacionadas con la estrategia de atención primaria en salud (APS) [3, p. 138].

Latina y el Caribe (CEPAL) [6]. Algunos la extienden al proyecto de la Modernidad [7] y para otros se trata, más bien, de una crisis civilizatoria [5], en lo cual podemos coincidir.

La globalización, el capitalismo global, está sin duda detrás de este orden de cambios y retrocesos mundiales. Como modelo hegemónico, el neoliberalismo viene atado a estos procesos del globalismo económico, como diría Ulrich Beck [8]. En lo particular, el proyecto neoliberal nos impuso un eje de crecimiento económico y de constricción social: la racionalidad económica y la preeminencia del mercado, que subsume a todos los sectores sociales, como la salud, la educación y la seguridad social.

Para otros autores, de manera concreta, la crisis de la salud pública se debió a “la evidente fragilidad de los esfuerzos para enfrentar y dar respuesta a los problemas de salud a nivel colectivo o de la población” [9], aunque la explicación de ello estará en el contexto expuesto anteriormente. Se mencionan, como ejemplo de ineficacia, las políticas de orden global [10],[‡] que no han logrado su cometido, así como tampoco los reiterados enunciados de los organismos internacionales y los Gobiernos nacionales. Esas metas han constituido una desilusión para los salubristas, por su inefectividad en la práctica sanitaria, igual que por la utilización amañada que de ellas hacen los políticos y la burocracia estatal o internacional.

Ante el fracaso de las acciones y estrategias sanitarias, parece clara la necesidad de la renovación de la salud pública y redefinir los paradigmas en este campo, como se viene explorando teóricamente [5,11,12]. Con ello se podría dar respuestas a la pregunta por la viabilidad de la salud pública: ¿si la salud pública ha sido incompetente (eficacia y efectividad), tiene sentido seguir luchando por ella? Pregunta que nos ha estimulado desde mucho antes en el trabajo académico y que motiva nuestro razonamiento a lo largo de este ensayo.

Así, para tratar de comprender el asunto de manera más integral, en este artículo se plantean varias tensiones

en la salud pública, como saber y profesión, en su estado actual, las cuales se expresan de manera preliminar en estas tres premisas, que serán ampliadas más adelante:

1. La contradicción entre salud pública, mercado y Estado, bosquejada en los párrafos anteriores. Contradicción real, a pesar de que, de manera paradójica, los salubristas, en plena confrontación con el mercado y con el Estado, instamos a este último a ser garante y a responder por la salud poblacional, basada en los derechos [13].
2. La discusión entre Estado y sujeto [7] y entre la estructura social y el sujeto, con los riesgos que trae el etnocentrismo, avivado a finales del siglo xx y principio del actual, el cual lleva a la confusión de muchos académicos, subsumidos en el individualismo metodológico[§] [14].
3. Otras tensiones, aun tecno-académicas, se derivan del capitalismo cognitivo, del que no han escapado la universidad, en general, ni las escuelas de salud pública, en particular, con lo cual no queda oportunidad para pensar diferente ni para la crítica constructiva, dejando poco espacio para la generación de pensamiento [15]. Nos sometemos a la mercantilización del conocimiento y a los designios del capitalismo cognitivo, creando diversos vínculos intersubjetivos, en coherencia con sus valores.

Los puntos de discusión, en relación con estas premisas, son ampliados a continuación en este artículo, así: la confrontación misma de este campo de conocimiento en la dimensión epistémica, las dificultades y contradicciones de su desarrollo en la globalidad, el influjo de la dialéctica local-global, la disputa de la propia salud pública con otras disciplinas hermanas en Latinoamérica, así como la discusión con la salud pública alternativa, la medicina social y la salud colectiva, el asunto de la determinación y los determinantes sociales de la salud, la pretensión de científicidad de esta área, y la contradicción entre el sujeto y la estructura.

[‡] Luego de no alcanzarse la meta “Salud para todos en el año 2000”, formulada por la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se definieron los “Objetivos de desarrollo del milenio” (ODM) en la Asamblea del Milenio en el año 2000 por Naciones Unidas en Nueva York. Posteriormente, vencidos los términos de los ODM, hacia el año 2015, “tras 8 rondas de negociaciones intergubernamentales con aporte de una amplia variedad de actores, se lanza la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos reemplazan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a partir del 2016 y guiarán el trabajo de Naciones Unidas por los próximos 15 años. La Agenda 2030 es civilizatoria, porque pone a las personas en el centro, tiene un enfoque de derechos y busca un desarrollo sostenible global dentro de los límites planetarios. Es universal ya que busca una alianza renovada donde todos los países participan por igual. Es indivisible ya que integra los tres pilares del desarrollo sostenible (económico, social y medioambiental), presentando así una visión holística del desarrollo. La erradicación de la pobreza y la reducción de desigualdades son temas centrales en la nueva agenda, y prioridades para América Latina y el Caribe” [10]

[§] “Sirve para explicar un comportamiento observado como resultado directo de motivaciones individuales (contingentes) que ocasionaron este mismo comportamiento” [14]. El *individualismo metodológico* es una corriente filosófica o método que trata de explicar la sociedad o la estructura social, a partir de la sumatoria de los individuos, de sus creencias, percepciones, de sus acciones, concibiendo la sociedad como un agregado de individuos. En esta corriente, los investigadores sociales (también salud pública y epidemiología) analizan la sociedad por lo que ocurre en los individuos, sin considerar otras interacciones y fenómenos colectivos estructurales.

En tal sentido y a pesar de algunas visiones optimistas de la salud pública [16], este ensayo se plantea desde uno de sus extremos, la inviabilidad de la salud pública, pese a quienes defienden su éxito como profesión; y, sin embargo, en el otro extremo está la posibilidad de gestar alternativas académicas y políticas renovadoras.

Perspectivas epistemológicas

En el argot internacional, no todos aprecian la salud pública como una profesión exitosa. En España, por ejemplo, se sostiene: “A pesar de sus contribuciones en el pasado, la salud pública ocupa en la actualidad una posición marginal en el sistema sanitario. Este insuficiente protagonismo se asocia con el escaso reconocimiento de la profesión y de sus profesionales” [17]. Igual o peor puede ser la situación de la salud pública y de los salubristas en América Latina, desde la perspectiva del presente artículo, por las debilidades del Estado, peores en esta región, y por las reformas de los sistemas de salud, que han sido mucho más recalcitrantes desde la óptica neoliberal en las tres últimas décadas.

Coincidimos con los españoles en que, para fortalecer la salud pública, se debe profundizar en la coherencia de sus objetivos y de su base científica y metodológica, para que efectivamente se logre el mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de la población, y la solución a los problemas de salud de las gentes; asimismo, es importante asegurar algo que le corresponde a la universidad: la competencia e idoneidad de sus profesionales. ¿Será posible articular esos objetivos de la salud pública con la práctica social (prácticas eficaces): lograr coherencia entre teoría y praxis?

Por otro lado, se ha criticado el enfoque de la salud pública por su “concepción ahistórica, individualista, reduccionista y biologicista de la lógica positivista y sus agregaciones estadísticas [...] [y se propone aproximarse a un] [...] objeto complejo salud-enfermedad-cuidado de una forma más integrada, respetando la historia y procurando establecer circunstancias de vida individual y colectiva más sanas” [9].

En consecuencia, es necesario analizar algunas perspectivas epistemológicas sobre la forma como se debería estudiar, investigar y comprender la salud pública, como objeto de conocimiento y práctica social, a fin de poder dar respuestas y soluciones a los retos señalados en la introducción, dentro de la complejidad de la realidad sanitaria y social. El campo de la salud pública se encuentra en un proceso de cambio y de búsqueda de paradigmas alternativos frente a las críticas de ineffectividad y de incompetencia sanitaria, que es necesario estimular mediante el análisis de concepciones novedosas, como las basadas en la teoría de la complejidad u otras.

La manera de entender la salud de las poblaciones y aproximarse a sus problemas es, sin duda, un condicionante de la salud pública misma y de la institucionalidad que forjamos a su alrededor; en ella se reflejan las diferentes facetas de la salud pública, como teoría, como praxis o como identidad de las comunidades y su manera de enfermar o morir (su ser). Según Macías Llanes, “del modo que se entienda la salud, dependen los ideales y tareas de las ciencias relacionadas, la organización de los servicios, el desarrollo de disciplinas científicas y su institucionalización, su inclusión en los planes y programas de estudio, también el financiamiento para investigaciones y, por último, la visión misma que se forma del futuro de la sociedad” [18, p. 4].

En primer lugar, se requiere del concurso de diversas disciplinas y enfoques integradores, para abordar los problemas desde el pensamiento de la complejidad. En realidad, de lo que se trata es de enfrentar la manera como se han abordado los problemas de salud, criticada por seguir la perspectiva del pensamiento lineal y simplificador, basado en el reduccionismo metodológico, que desagrega el todo en las partes, dejando su interpretación en disciplinas particulares y aisladas.

En segundo lugar, es necesario reconocer que lograrlo no es fácil, hay que admitir la dificultad. En este punto, no podemos olvidar a uno de los clásicos del estudio de la complejidad, Edgar Morin, cuando dice que “la complejidad se manifestará en primer lugar, en forma de oscuridad, de incertidumbre, de ambigüedad, de paradoja o incluso de contradicción” [19]. Precisamente, este es uno de los grandes problemas que tenemos en esta área académica: los problemas de salud pública son bien complejos, derivados del proceso social, y por momentos no están claras las soluciones, peor aún si la enfocamos desde la investigación y la enseñanza de manera simplista y funcionalista.

En tercer lugar, la construcción social de la salud es un proceso que hace necesario entenderla de manera más integral y dinámica:

[...] como proceso la salud es dinámica, cambiante, un producto de la actividad humana, que genera tensiones de adaptación, desarrollo de potencialidades y capacidades óptimas de comportamiento del organismo social y no sólo del individuo. Intervienen sujetos sociales: la familia, grupos etarios, comunidades, naciones. [...]. El hecho de la participación de la sociedad en el proceso de la salud hace pensar en el término *construcción social de la salud*, que entre otras cosas redimensiona el papel de las ciencias y las tecnologías en relación con el proceso [18, p. 12].

Así, se dan relaciones complejas entre las ciencias y el propio proceso social, que se condicionan de manera recíproca, como en el caso de la salud pública, área de conocimiento condicionada por el proceso social, siendo necesario un abordaje desde la complejidad (pensamiento

complejo), en lo cual coinciden diversos autores que tratan de descifrar el paradigma de la complejidad para su aplicación a la salud pública [9,18,20]. Al respecto, Naomar Almeida Filho propone: “es ciertamente más adecuada la categoría ‘complejidad’ para resumir el conjunto de propiedades de los objetos de conocimiento de efectivo interés para la ciencia contemporánea. La idea de la complejidad puede así ser tomada como el eje principal que unificaría parcialmente diversas contribuciones en dirección a un paradigma científico alternativo” [20, p. 125].**

La dialéctica local-global

Otra de las cuestiones que hace complejo el campo de la salud pública es su multidimensionalidad, la diversidad de niveles que se pueden dar para el abordaje de un problema, como es el caso de los contextos globales, regionales, nacionales y locales de una problemática, lo cual nos invita a explorar la tensión dialéctica que se puede dar entre ellos.

Así, si exploramos los enfoques territoriales de la globalización, encontramos el bipolo dialéctico global-local, una dicotomía conflictiva que es necesario entender dialécticamente, pensando que su resolución se constituye “en articulación clave para afrontar y comprender las problemáticas presentes en nuestros territorios contemporáneos, a fin de mejorar las condiciones de vida de toda la población” [21]. Sin embargo, hasta el momento esa articulación global-local no se ha logrado y han predominado las condiciones negativas de la globalización sobre la salud.

El orden mundial actual y las consecuencias de la globalización, como se han configurado, perjudican a los países pobres y a la mayoría de los ciudadanos del mundo. Este desequilibrio está dado por las relaciones local-global [22],†† en las que ha predominado lo global, por el alcance (planetario) de las transnacionales y la liberalización del comercio, relaciones que traen un efecto negativo en la salud y las condiciones de vida de las gentes, las cuales se expresan precisamente en

el nivel local. Los cambios globales han seguido las lógicas del mercado, del modo de producción y los flujos del capital, lo que ha ocasionado la transformación de ciudades y territorios a nivel mundial, globalizándolas. Al respecto, Ted Scherecker habla de “profundidad local” para mostrar cómo “los procesos económicos de escala global transforman las vidas de las familias y comunidades, mientras profundizan divisiones y reproducen inequidades económicas” [23, p. 114].

En ese sentido, la acción debe dirigirse a aminorar los determinantes globales de la salud, para lo cual se “requerirán transformaciones que encarnen el cambio a larga escala” [23, p. 117], para conseguir la reducción de las inequidades en salud. Pero, por otro lado, la vida cotidiana, los determinantes de la salud, las condiciones de vida se expresan en el nivel local y allí hay que actuar también de manera decisiva.

Lo local se debe redimensionar en esta dialéctica: “— en relación a sus valores y características particulares— se posiciona como componente estratégico clave en este contexto” [21, p. 30], para las transformaciones que se requieren en el nivel global, partiendo de lo local (glocalización). En otras palabras, desde nuestra visión, en lo local están las respuestas a las amenazas globales (con glocalización se pueden enfrentar las estrategias de la globalización hegemónica). Debe ser desde la base cultural local, la interculturalidad y la diversidad local que se construyan esas alternativas.

Así mismo, las diversas estrategias, pensadas localmente, nos permitirán la renovación de la salud pública y el redimensionamiento de la salud global, y evitarían, por otro lado, la tendencia centralizadora del orden estatal nacional. De este modo, por ejemplo, en el medio europeo, la revista *Lancet* se ha trazado una perspectiva sanitarista basada en la cultura, dentro de esta dialéctica de lo local a lo global [24,25].‡‡ A lo anterior se agregan fuertes alianzas con otros grupos sociales, por la salud global y la salud colectiva [26].

A propósito, no se puede perder de vista que el asunto de la sociabilidad y de la generalización pasa por respetar

** Almeida reconoce que quienes proponen nuevos paradigmas están sugiriendo que una nueva ciencia se encuentra en pleno desarrollo (es el caso de quienes lo sugieren para la salud colectiva), para lo cual demandan “categorías epistemológicas propias (como parece ser la categoría de la complejidad), nuevos modelos teóricos (como la ‘teoría del caos’) y nuevas formas lógicas de análisis (como por ejemplo los modelos matemáticos no lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes)” [20, p. 124], entre otras, que “constituyen ejes de renovación paradigmática que representan un enorme potencial de avance en la producción de conocimiento científico y desarrollo tecnológico en el área de la salud!” [20, p. 136]

†† Pérez Álvarez pone como ejemplo “La interdependencia Global-Local que se manifestó en el ámbito financiero por primera vez en 1929 en la ciudad de Nueva York produciendo un colapso al otro lado del Atlántico con el estallido añadido una década después de la II Guerra Mundial, se repite una vez más en 2007 con la caída de Lehman Brothers, las hipotecas subprimes y virulencia aún mayor que provocó un impacto político, económico y social que aún perdura en Europa” [22].

‡‡ La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y la revista *Lancet* lanzaron un proyecto sobre los determinantes culturales de la salud a enero de 2015, como parte del trabajo sobre cultura y salud [25], y llaman a proferir un manifiesto por la salud pública, para transformar la salud pública mundial y ofrecer un camino viable hacia adelante, justamente en la búsqueda de un nuevo modelo de salud basado en los determinantes sociales de la salud.

rasgos decisivos en la conducta humana. Esta debe ser considerada desde las alianzas familiares (relaciones comunales territorializadas), las relaciones políticas en la macrocomunidad (Estado nación) hasta las relaciones societales (como el movimiento del mercado), siguiendo la clasificación por estratos que hace Juan Samaja [27], a la cual podríamos agregar las interacciones globales que se presentan actualmente en el mundo capitalista, que aparecen como un obstáculo para las culturas humanas y la salud pública, basada en ellas.

En resumen, la salud pública, como práctica académica y política, debe interpretar esta doble realidad (local y global) y las conexiones que se dan entre ellas, y debe ponerse al servicio de las transformaciones locales en pro de la vida y la salud, haciendo a su vez alianzas con grupos de la sociedad civil y movimientos sociales, con el fin de cambiar las relaciones globales de manera más equitativa, volviéndolas más proclives a los intereses de los seres humanos en el mundo, para la vida misma.

El debate salud pública-medicina social en Latinoamérica

Uno de los debates más asiduo en América Latina y que ha influenciado bastante el accionar de las escuelas de salud pública en América Latina es el de la medicina social (y salud colectiva) frente a la salud pública, que por momentos hace pensar que son áreas de conocimiento diferentes, con abordajes distintos desde el punto de vista metodológico y epistemológico, con diferencias ontológicas en la definición del objeto de conocimiento y en las técnicas utilizadas por cada una de ellas. Sin embargo, en este artículo se consideran la medicina social, la salud colectiva y la salud pública alternativa como corrientes de pensamiento dentro de la salud pública, con abordajes diferenciados de los de la salud pública convencional.^{§§}

De acuerdo con Iriarte *et al.* [28], en la última mitad del siglo XX se desarrolló fuertemente la corriente de pensamiento de la *medicina social*, y se incrementan numerosos centros de investigación y docencia, así como las revistas científicas especializadas y la presencia de autores relevantes en este campo. Esta corriente reconoce como categorías analíticas la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras [28], a través de las cuales podría lograrse una mayor capacidad explicativa, interpretativa y analítica sobre los problemas

de salud de la población. De esta manera, la medicina social latinoamericana ha contribuido con la riqueza de sus posiciones teóricas y metodológicas, propiciando intensos debates sobre teorías, métodos y estrategias de cambio. Para Iriarte *et al.*, “Los debates metodológicos toman en consideración el contraste entre los modelos empírico-funcionalistas e histórico-analíticos, y entre los enfoques macro políticos y micro políticos, así como el equilibrio entre las metodologías de investigación cualitativas y cuantitativas, y entre lo individual, lo grupal y lo colectivo como unidades de análisis” [28].

Por su parte, la corriente de *salud colectiva* plantea iniciativas para la transformación de la realidad social, basándose en la construcción del objeto de estudio de manera transdisciplinaria, totalizadora y compleja, y en el diseño de modelos de interpretación e intervención más holísticos, capaces de entender la salud individual y colectiva en permanente cambio, como un todo complejo y dinámico [9].

Por otro lado, se resaltan corrientes como la salud pública alternativa [29], la epidemiología crítica y la salud colectiva, con nuevos elementos que, al igual que la medicina social, buscan controvertir la salud pública convencional. Algunas de las corrientes alternativas consideran, entre otros asuntos, que la salud pública “debe transformarse en un campo de conocimientos y de prácticas transdisciplinarias, que aporten desde diferentes miradas a la comprensión e intervención del objeto de la salud de la población” [9]. En esto no existe coincidencia entre la salud pública convencional y las distintas vertientes del pensamiento en salud pública, y sería un buen punto de partida para resolver tensiones, dejar planteadas sus categorías analíticas y diferentes intencionalidades ontológicas para los debates subsiguientes.

Así pues, estos enfoques y categorías descritas deben entrar a fortalecer el campo de conocimiento amplio de la salud pública. Aquí lo que importa de la salud pública es ser (su deber ser) un campo de construcción permanente, que reconozca lo social, histórico, cultural, político, económico y biológico (el proceso biológico-social), en el que se interviene sobre la vida más que sobre la enfermedad; una disciplina que metodológicamente tome en cuenta al sujeto, sus prácticas y representaciones para construir alternativas y mejorar la salud, como lo expresan algunos autores [7,9].

En últimas, se propende aquí por el intercambio entre la salud pública convencional, la medicina social

^{§§} La salud colectiva se sigue más desde la salud pública brasileña, sin contradicciones grandes con la medicina social, que tiene un alcance mucho mayor en Latinoamérica, en tanto que la salud pública alternativa ha recogido en este término, por Edmundo Granda [29], aquellas apuestas que confrontan a la salud pública convencional. Para efectos de este ensayo, se denomina aquí *salud pública convencional* a aquella disciplina tradicional que ha estado atada al Estado, siguiendo una racionalidad positivista, sustentada en una epidemiología poblacional basada en mediciones de la enfermedad, y la respuesta social centrada en los servicios de salud, que se construye como tal al final del siglo XIX y principio del siglo XX, y que en las últimas décadas del siglo XX busca su renovación en la definición de las funciones esenciales de la salud pública [2].

y las otras corrientes alternativas mencionadas atrás. Eso, en alguna forma, lo han venido intentando varias escuelas de salud pública en América Latina, al menos en las dos últimas décadas, como se puede evidenciar en algunos de los escritos de sus profesores y tesis de estudiantes [3], así como en algunos artículos científicos y de opinión [9,13,28].

El asunto de la determinación y los determinantes sociales de la salud

Parte del debate entre la salud pública convencional y la medicina social ha sido precisamente la discusión suscitada en los últimos 10 años entre determinantes sociales y determinación social de la salud.

En este lapso ha surgido con fuerza la idea de trabajar sobre los “determinantes sociales de la salud”, categoría que trasciende el enfoque de causalidad, inmersa en los factores de riesgo y en las condiciones de vida, vista de manera genérica o desagregada en factores de riesgo, como tradicionalmente lo ha hecho la epidemiología. Se da un paso adelante al trabajar sobre “las causas detrás de las causas” [30], al destacar las inequidades en salud, las diferencias socioeconómicas y la ubicación geográfica, entre otros.

Dichos determinantes *sociales* de la salud, aunque persisten en el enfoque del causalismo [31], suponen que pueden incidir sobre los procesos de la salud y la vida. No obstante, la concepción de determinantes sociales, como se ha sumido desde el 2008 por la epidemiología europea, sigue siendo muy asimilable al enfoque de determinantes factoriales de la salud pública convencional, enfocada sobre la enfermedad [32].

En otro sentido, desde la década de los setenta del siglo XX, la medicina social latinoamericana, inspirada en el marxismo y en el materialismo histórico, impulsó con mucha asiduidad el análisis de la categoría de la “determinación social de la salud”, para explicar la enfermedad, la muerte y las condiciones de vida y de reproducción social de los conglomerados humanos mediante procesos estructurales del desarrollo social.

Lo cierto es que ha tomado mucha fuerza la discusión entre el modelo de determinantes sociales de la salud y el modelo de determinación social [32], siendo esta una de las tensiones más actual en la literatura académica de los salubristas. Según Pérez Lovelle [33], existen tres niveles de determinación social de la salud: el macrosocial, el nivel grupal y el nivel individual, pero otros autores de la medicina social hacen sus propias taxonomías, como Juan Samaja [27, pp. 45-49], Jaime Breilh*** [34], Nancy Krieger [11], etc., que a su vez

permiten establecer sus propias categorías de análisis y abordajes diferentes en la investigación, siguiendo el enfoque de la determinación social de la salud.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la perspectiva de los determinantes y la determinación hay que mirarla con un alcance mayor, el de la *salud global*, definida como “el área de estudio, investigación y práctica enfocada a mejorar la salud y disminuir las desigualdades sanitarias en la población mundial” [35], o sea, el de la salud pública a gran escala [36].

En relación con los determinantes de la salud y la determinación, la salud global redefine su eje analítico, el cual “se centra en el impacto global sobre los determinantes socio-sanitarios de la salud, la determinación global de la vida humana y del desarrollo sostenible del planeta tierra” [32, p. 74]. Así, “El comportamiento de los mercados internacionales, los nuevos estilos de vida y consumo globales, el comercio de bienes y servicios de salud o la contaminación ambiental generalizada influyen sobre la salud por encima de esas relaciones de causalidad estructural planteadas [...] en la sociedad nacional”, y se definen como *determinantes globales de la salud* [32, p. 81].

Dentro de este contexto, las desigualdades sociales y las desigualdades sanitarias (los reales determinantes de la salud), en la actualidad, son expresiones del nuevo (des)orden mundial, a su vez determinado por la globalización económica, en línea con el pensamiento hegemónico (instaurado por los grupos del norte, los países globalizadores, como aquellos que lideran el círculo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

De nuevo, tenemos que concluir que a este análisis no se puede abstraer la salud pública ni las escuelas de salud pública en América Latina.

La pretensión de cientificidad

Otra de las tensiones de la salud pública es su relación con la(s) ciencia(s), esto es, si puede considerarse a la salud pública como una disciplina científica o no, obviamente no entendida como una ciencia positivista, que justamente no ha sido el interés de quienes hemos propuesto este debate [37, p. 108]: “En la generalidad de los países se reconoce la salud pública como una disciplina científica que ha logrado definir algunos referentes generales, descontados obviamente los diferentes matices de pensamiento, acerca de su objeto de estudio, su marco teórico y sus metodologías de aproximación al objeto de estudio [...]” [37, p. 109].

*** Breilh plantea que “La *determinación social de la salud* es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza [...]” [34, p. 13]

Sin embargo, esta es una visión meramente académica,^{†††} que no puede desconocer la otra vertiente fuerte de la salud pública, que la ve solo como un campo de conocimiento y de lucha política, basada en su accionar político y su determinación social (concepto que se retoma en la discusión más adelante).

Al respecto, Macías Llanes, al referirse a los conceptos de salud que involucran el contexto social y la ciencia, dice: “Está claro que la transición de un significado a otro del concepto no se produce como un proceso de devenir lógico de una idea a otra, — como podría ser visto por un enfoque positivista de las ciencias— sino como expresión refleja del condicionamiento social, de las sociedades a la cual el conocimiento responde” [18, p. 7].

Lo cierto es que la discusión sobre la científicidad de la salud pública tampoco dista de la idea de *campo de conocimiento*, campo social entendido como espacio social y simbólico que tiende a especializarse en temas y aspectos de la vida social con cierta autonomía, concebidos como estructuras estructurantes, a la manera de Pierre Bourdieu, quien incluye en este campo la lucha por el poder, las relaciones de clase y el concepto de *habitus*^{†††} [37;38, p. 57;39, p. 59]. En “Razones prácticas sobre la teoría de la acción”, Bourdieu plantea acerca del campo:

Por supuesto, no se trata en absoluto de negar la determinación específica que ejerce el espacio de las posibilidades, puesto que una de las funciones de la noción de campo relativamente autónomo, dotado de una historia propia, consiste en dar cuenta de la determinación; sin embargo no es posible tratar el orden cultural, el episteme, como un sistema totalmente autónomo: aunque sólo fuera porque ello significaría renunciar a la posibilidad de dar cuenta de los cambios que acontecen en este universo separado [...], sino los productos históricos de un tipo concreto de labor histórica ejecutada según las reglas y las regularidades específicas de este mundo social particular que es el campo científico [38, p. 57].

Por otro lado, esta discusión de científicidad no puede en ningún momento olvidarse del concepto de *transdisciplina*, que algunos le endilgan actualmente a la salud pública [1, p. 1; 27, pp. 199 y 125], pero

que apenas está en construcción en este campo, pues solo recientemente se da una interacción de múltiples disciplinas; es un proceso que avivamos cada día con la discusión interdisciplinaria (y de la transdisciplinarietà).

Sobre el concepto de transdisciplina visto como proceso, Almeida Filho propone: “más allá que una síntesis intraparadigmática en el ámbito de cada campo científico, he defendido [...] la necesidad de síntesis transdisciplinarias construidas en la práctica transitiva de los agentes científicos particulares que operan en el campo de la salud” [20, p. 140].

Pero, en todo caso, la discusión sobre la “cientificidad de la salud pública” debe partir de responder claramente a cuál ciencia se refiere la discusión. El debate no puede basarse solo en las preconcepciones de lo que entiende cada quien, replicando, justamente, el mismo positivismo en su racionalización, dado que muchas de ellas se han construido con base en ese racionalismo.

La contradicción entre el sujeto y la estructura

Otro punto de tensión, quizá el más importante en este trasegar de la salud pública por diferentes disciplinas hasta la filosofía y la epistemología, es la contradicción entre Estado y sujeto, y entre la estructura social (las estructuras) y el sujeto. Es la contradicción entre quienes piensan que todo está determinado por el Estado y la estructura social (y como consecuencia, la práctica en la salud pública acontece desde esta instancia institucional), y quienes han considerado que son los individuos con sus particularidades y como sujetos pensantes los que pueden propiciar el cambio. En el primer caso se ha dado preeminencia a las acciones colectivas sin considerar la diversidad, en tanto que en el segundo se piensa que son esos actores particulares y sus formas de pensar las que se deben expresar en salud pública, desde las culturas, por ejemplo, dando posibilidades a un tipo de salud pública diferente a la convencional.

Fernando Peñaranda, en su artículo sobre la justicia y la salud pública, propone que “La concepción de salud desde una perspectiva de la justicia [...] requiere rescatar al sujeto en una relación dialéctica con la sociedad” [40, p. 98]. Y desarrolla más ampliamente esta contradicción entre sujeto y sociedad, al afirmar que “la justicia

^{†††} En el mismo sentido, consideradas esas dos vertientes, la salud pública en su desarrollo se ha venido independizando de la medicina como la profesión del arte curativo, es decir, de la enfermedad en el individuo, y en el proceso de institucionalización la salud pública se viene distanciando del Estado.

^{†††} El *habitus* como disposición [38, p. 16]. “A cada clase de posición corresponde una clase de *habitus* (o de aficiones) producidos por los condicionamientos sociales asociados a la condición correspondiente y, a través de estos *habitus* y de sus capacidades generativas, un conjunto sistemático de bienes y de propiedades, unidos entre sí por una afinidad de estilo. Una de las funciones de la noción de *habitus* estriba en dar cuenta de la unidad de estilo que une las prácticas y los bienes de un agente singular o de una clase de agentes [...]. El *habitus* es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas” [38, p. 19]. El *habitus*, como un *modus operandi* que lleva a organizar la práctica científica [39, p. 60-61]

social [...] tiene en consideración lo que le sucede a las personas y sus vidas y no solo la construcción de ideales institucionales, propuesta fecunda para rescatar el sujeto en la salud pública” [40, p. 101]. Es este un enfoque que recupera la dialéctica sujeto/sociedad, que nos pone de relieve esta aparente contradicción entre la estructura social y el sujeto, en desacuerdo con “las miradas dicotómicas de la realidad y la exclusión del sujeto y la subjetividad promovida por la visión moderna de la ciencia” [40, p. 101].

Por su parte, Breilh [34, p. 21] se refiere de manera crítica al *sujeto institucional*, cuando aborda el paradigma de los determinantes sociales: lo relaciona con el poder público y el de las agencias internacionales que se apoyan en las realizaciones técnicas (tipo metas del milenio) y proponen mejorar la gobernanza, para tratar de guardar la legitimidad del orden social, en el cual se unen el poder público (el Estado y las agencias internacionales) y las técnicas (la tecnocracia al servicio de ese poder), lo que reproduce las relaciones sociales imperantes, pero sin considerar lo que le sucede a las personas en sus reflexiones y en sus condiciones de vida.

Acerca de la relación entre sujeto y estructura, otros autores han encarado de manera más amplia esta discusión, ya no solo en el campo de la salud [40].^{§§§} Al respecto, Lutz [41], de la Universidad de Chile, refiriéndose a las fuentes citadas al pie de esta página, dice:

A partir de ellas —o al margen de ellas en algunos pocos casos— los científicos sociales empezaron a elaborar interpretaciones propias de la relación del sujeto con las estructuras o mejor dicho, *en* las estructuras. En efecto, son más visibles y más influyentes las teorías en las cuales el individuo es un sujeto objetivado, un sujeto estructurado. Apresado por la tenaza estructural de la predestinación, el hombre no tiene otras opciones que la obediencia o la rebelión [41, p. 188].

Más adelante, Lutz expone algunos conceptos, resaltando otros autores, en lo que podríamos encontrar una perspectiva diferente, siguiendo la evolución de las teorías y la renovación social:

[...] los posestructuralistas (Foucault, Deleuze, Derrida, etc.) y los autores posmodernos (Lipovsky, Lyotard, Maffesoli, etc.) dejaron de contemplar las estructuras como condicionantes omnipotentes y siempre presentes, para considerarlas como vectores de sentido o no-sentido. Referirse al enfoque postestructuralista como el enfoque que resalta el *bricolage* del sujeto, es abordar al sujeto en función de su historia personal (la

psique como almacén de las experiencias vividas), de su historia económica (evolución de su posición dentro de la estructura capitalista), de su historia lingüística (aprendizaje y nivel de dominio del idioma), y también es abordar al sujeto a partir de su capacidad creativa para sortear las contingencias de la vida. El sujeto es un individuo objetivado [41, p. 188].

Este constituye un pequeño resumen de las concepciones estructuralistas y posestructuralistas que tienen gran influencia hoy en la salud pública, las cuales habrá que estudiar más a fondo y con sentido crítico, considerando también la crítica a las propias teorías críticas y a las concepciones posmodernas.

Sobre la tensión del capitalismo cognitivo y la universidad

El tema “universidad y salud pública” estuvo signado por la amenaza a los salubristas, como a otros científicos sociales y políticos, al final de las décadas de los ochenta y noventa, debido al enfoque sociopolítico de la salud pública y su defensa de los derechos humanos en un momento de escalada de la violencia en Colombia, lo cual se sintió más de frente en la FNSP. El contexto, desde la perspectiva económica, estaba marcado por el auge del mercado y el retroceso del Estado y el achicamiento de lo público, situación que también afectó a las universidades, las cuales se vieron condicionadas en su accionar; y en salud, de manera especial afectó a las escuelas de salud pública de América Latina, entre ellas la FNSP de Colombia. En otro sentido, esta situación ha venido propiciando unas condiciones que han servido para involucrar a estas instituciones en el capitalismo cognitivo que discutimos a continuación.

De acuerdo con Arias [3], la FNSP ha pasado por varios momentos, según el desarrollo de la salud pública (los cuales son interpretados desde la perspectiva de este artículo): momento funcional (1970-1975), útil a las instituciones estatales y a organismos multilaterales; momento funcional con reflexión política y académica (1975-1980), cuando ya se empieza a debatir la salud pública desde un marco social más amplio y no solo pragmatista; momento de crisis institucional (1980-1986), agravado por la confrontación interna en la institución; el momento de reconciliación y muerte (1987-1989), que coincide con el asesinato de varios salubristas y de varios intelectuales en el país.

Es cierto que, durante las dos primeras etapas, la FNSP estuvo adjunta de manera funcional al Ministerio de Salud Nacional y a la OPS, como su brazo efector para

^{§§§} Entre ellos, “Marx, Freud y Saussure en el caso de la antropología estructural [que] constituyeron las principales fuentes de referencia en las Ciencias Sociales y Humanidades durante gran parte del siglo XX. Si bien debemos admitir la influencia de otras fuentes como, por ejemplo, el evolucionismo en el funcionalismo, el positivismo en el pensamiento de Durkheim, y la sociología comprensiva de Weber en la obra de Talcott Parsons, no obstante, es una obligación reconocer el gran impacto ejercido en las Ciencias Sociales por las teorías de las estructuras económicas, estructuras de la psique, y estructuras del lenguaje. Dominaron, pero no fueron exclusivas” [41, p. 188].

la formación de recursos humanos. Pero a partir de los años noventa, la crisis general del Estado (distinta a la institucional referida a los años 1980-1986) y el ocaso de lo público la afectaron en términos organizacionales, conceptuales y epistemológicos, y la distanciaron del Ministerio y de la ops.

Y de ahí, ¿qué siguió? Se lee entre líneas de la tesis de Arias que lo que sigue es una fase condicionada por el neoliberalismo, que otros podríamos entender como de confrontación ideológica entre diversos actores internos y externos, subsumida por el debate más amplio entre Estado y mercado, desde los años noventa hasta muy entrado el siglo XXI.

Esta última tensión está dada por el *capitalismo cognitivo*, de lo cual no escapa la Universidad de Antioquia ni las escuelas de salud pública en América Latina. Dicha tensión está relacionada con la salud pública como ejercicio académico y como profesión, tensión que en Colombia ha tenido directas implicaciones en la invisibilización de los profesionales de la salud pública,^{****} más allá del impacto que podamos demostrar del capitalismo cognitivo sobre la salud y la educación universitaria.

Para entender la lógica del capitalismo cognitivo, bien podemos detenernos en el concepto *universidad-empresa*. Esta relación busca formar cuadros solo para el sistema productivo, especialistas profesionales de las áreas duras del conocimiento, dejando de lado la ciencias sociales y humanas (como sería el caso de la salud pública), disciplinas que vuelven a verse degradadas al final del siglo XX. Esta perspectiva explica también los incentivos eficientistas en la universidad, bajo el esquema de productividad impuesto en Colombia por Colciencias para la investigación y la producción científica, que ha sido asumido acríticamente por las universidades.

Todo ello tiene explicación en el contexto global y en la última fase de expansión del capitalismo. De nuevo nos referimos al globalismo económico, como bien lo advierten Montenegro y Pujol, quienes lo resumen así:

Los cambios a gran escala que se están sucediendo en el contexto global están permeando todas y cada una de las áreas de la vida contemporánea. El espacio universitario no está ajeno a estos cambios y también se está transformando de modo articulado con el pensamiento único, generando nuevas “culturas” relacionadas con la producción de conocimiento y la formación. [...] dejando poco espacio para la generación de pensamiento crítico que escape de la mercantilización galopante y creando diversas formas de subjetividad

acorde con los valores dominantes del capitalismo cognitivo [15, p. 139].

Más adelante, Montenegro y Pujol exponen, de manera acertada, el origen de esa concepción de universidad puesta al servicio de los intereses de la globalización que refrenda la etapa actual de la humanidad, en la cual, como en el caso de la Universidad de Antioquia, desaparecen los docentes y pululan los investigadores interesados sobre todo al intercambio académico internacional. La siguiente es una radiografía exacta de lo que pasa en todos lares:

La interdependencia de los Estados-nación en el contexto de la globalización hace que la misión de la universidad se internacionalice dentro de la era de la información. La sociedad del conocimiento introduce aspectos relacionados con la propiedad intelectual, la transferencia tecnológica o la importancia de la aplicación industrial del conocimiento que refuerza la importancia dada a la investigación por parte del modelo alemán de los siglos XIX y XX en un contexto en que la producción intelectual se economiza y se orienta hacia el mercado. La presión comercial sobre la institución universitaria y el establecimiento de organismos de coordinación y gobernanza universitaria supra-nacional tensiona[n] y pone[n] en peligro la tradicional autonomía universitaria y la localización del conocimiento producido [15, p. 140].

Es un sistema estructural que condiciona nuestra rutina diaria, nuestras relaciones universitarias, nuestros comportamientos laborales, nuestras concepciones intelectuales y, por qué no decirlo, nuestros afanes por el dinero, desde luego para resolver un problema de precariedad laboral al que nos ha sometido el mismo sistema de dominación estructural, del cual hace parte el capitalismo cognitivo. Pensemos en los (aparentemente) genuinos esfuerzos de la universidad pública en Colombia, caso Universidad de Antioquia y FNSP, por ejemplo, encaminados a mejorar la internacionalización, la investigación y la productividad en el conocimiento, sin sopesar los efectos colaterales. La universidad ha abandonado su función esencial, la docencia y la atención de los estudiantes, para centrarse más en la comunidad internacional, para ocuparse de las demandas del mercado, por una productividad mercantilizada (de conocimientos y procedimientos tecnológicos), que además se transfieren del sector público al sector privado. Para ello, el capitalismo cognitivo echa mano de un discurso motivador y seductor, enfocado hacia

^{****} Esto explica, por ejemplo, que nuestros profesionales de salud pública ni siquiera hayan sido reconocidos por el sistema educativo ni por la sala de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES) del Ministerio de Educación Nacional. Solo en la última década se ha logrado un cambio positivo al respecto, gracias a derechos de petición interpuestos por los propios afectados ante el Departamento Administrativo de la Función Pública en Colombia y por el esfuerzo del programa de gestión de los últimos decanos de la FNSP.

la innovación científica y tecnológica, la excelencia, basado en la competitividad y el crecimiento económico, justamente afianzando los valores propios de las relaciones sociales hegemónicas del sistema global (neoliberal) actual [15, p. 141].

No hay duda de que esto está pasando en nuestras universidades públicas y privadas, aun en países pobres que no han podido entrar en la Modernidad, que ni siquiera poseen un desarrollo capitalista propio, lo cual no es problema porque están inmersos en el capitalismo global.

A manera de epílogo

Es necesario evaluar si las alternativas trazadas ante las sucesivas crisis sirvieron de algo o si pasamos por un nuevo fracaso, como aconteció con las políticas mundiales ya reseñadas, como “Salud para todos en el año 2000”, los “Objetivos de desarrollo del milenio” y los “Objetivos de desarrollo sostenible”, de los que esperamos su desenlace.

En este mismo contexto de las políticas globales, un nuevo enfoque sobre la salud se ha discutido desde 1986 o, quizá, un poco antes [42], que en alguna forma también le daba pautas a la ciencia y al nuevo desarrollo de las tecnologías sanitarias, logrando impregnar las corrientes de pensamiento en salud pública consideradas atrás, cada una a su manera. Se trata del enfoque de *promoción de la salud*, que se dio en el marco de la “Salud para todos”, el cual considera la salud como una parte de la vida, una dimensión de la calidad de vida, determinado por las creencias, la cultura, el marco social, económico y físico. Se basaba en tres mecanismos intrínsecos: “autocuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud” [43, p. 30].

Para muchos de los autores ya citados [1,2,42,43], la promoción de la salud ha significado una nueva lógica en el hacer de la salud pública, pero no ha logrado tampoco una praxis coherente y efectiva. En el momento actual se propone que se renueve, desde una perspectiva integracionista, considerando la equidad sanitaria, para lograr los “objetivos de desarrollo sostenible”. Hoy también se vuelve a enfatizar en el compromiso político de la “Salud para todos” (con nuevas etiquetas

como la “Salud universal”) y se propone abordar los determinantes sociales de la salud [44].^{††††}

A pesar de la importancia de todas las políticas mencionadas, incluidas las de promoción de la salud, su recorrido no ha sido fácil, las falencias se han señalado insistentemente:

[...] la incapacidad de la salud pública de resolver las necesidades sociales, centrada más en lo técnico que en lo político; o por la insuficiencia de los modelos explicativos de tipo positivista y concepciones empírico analíticas, soslayando los modelos explicativos de las ciencias sociales en interacción con los de las ciencias naturales; por la práctica dirigida a los servicios de salud, basada en la enfermedad, en la curación y en la prevención, con un enfoque gerencial y económico de la atención sanitaria sin considerar verdaderos sistemas de salud; por acompañarse de modelos de salud internacional reduccionistas y medicalizados [45].

O sea que la salud pública, entendida como ese esfuerzo organizado de la sociedad por mejorar la salud de la población, no ha logrado su cometido. Se ha desfigurado en una concepción muy reduccionista, al asimilar salud pública con el enfoque de servicios y el de una institucionalidad muy débil, anclada en el aparato gubernamental. Quizá eso explique también por qué los salubristas colombianos dedicamos cerca de treinta años a enfilas nuestras energías contra el sistema de salud colombiano, aupado por la Ley 100 de 1993, que desarrolló la más acendrada reforma neoliberal impuesta en uno de los sectores sociales en América Latina, pero olvidando como colectivo investigar y profundizar en otras estrategias, basadas en un enfoque más amplio de la salud pública.

Entre tanto, la ciencia y la tecnología por sí mismas tampoco han servido para responder a los problemas sanitarios ni siquiera con los grandes avances de la genómica. Como se puede colegir, las soluciones no pasan por acrecentar el uso de estas tecnologías ni el de las llamadas “tecnologías apropiadas” desarrolladas por la comunidad, eslogan que se nos repitió insistentemente desde la atención primaria (Alma Ata 1978) [46] y de la propia promoción de la salud. No han faltado las críticas a Alma Ata y a algunas de estas tendencias por “las consecuencias de un mal manejo: una medicina elitista altamente tecnológica y de bajo impacto social, y un nivel de atención primaria, incluso por debajo de los niveles de acceso a tecnologías” [18].

^{††††} De acuerdo con la declaración de Sahangha de 2016 sobre promoción de la salud: “Solo se puede garantizar una vida sana y mejorar el bienestar de todos en todas las edades promoviendo la salud en relación con todos los ODS e implicando al conjunto de la sociedad en el proceso de desarrollo sanitario. Las estrategias transformativas, prácticas, de elevado impacto y basadas en datos probatorios que se elaboraron tras la adopción de la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud nos sirven de guía. Confirmamos que siguen siendo pertinentes. Ello implica la necesidad de adoptar medidas de manera decidida respecto de todos los determinantes de la salud, empoderar a las personas para que tengan un mayor control sobre su salud y velar por que los sistemas de salud estén centrados en las personas” [44].

La “Declaración de Astana” [47], más recientemente, y la “Salud Universal” [48], formuladas como políticas globales, reaparecen a los 40 años de Alma Ata y de la “Salud para todos”, reformulando algunas de las estrategias, influenciadas, como las otras políticas, por esta lógica del mercado y de las restricciones sociales, que también sacuden el llamado paradigma de la promoción de la salud. Aunque arrastran la esperanza de que a través de ellas se pueda revitalizar la salud pública y que, con el compromiso de todos los países y de actores diversos, se pueda enfrentar la amenaza del globalismo (el capitalismo internacional). El V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global, celebrado en Medellín en noviembre de 2018, coincide en muchas de estas preocupaciones [49].^{****}

En conclusión: se espera que en el siglo XXI podamos hablar de la fuerza de una salud pública basada en la ética y en la acción política solidaria, propendiendo por la equidad global, la calidad de vida y la superación de las desigualdades sociales en el nivel territorial y en el espacio local.

De acuerdo con ello, se avizoran soluciones. Siguiendo a nuestros colegas de la FNSP,^{§§§§} la viabilidad se consigue en el día a día, haciendo las transformaciones necesarias dentro de un nuevo enfoque. En él se vuelven centrales la ética, la cultura y la diversidad, al lado de la equidad: surgirán alternativas académicas, si mantenemos la interacción con disciplinas afines, en la vía de construir esa transdisciplina de la salud pública; si mantenemos el debate constructivo con las diversas corrientes de pensamiento dentro de la propia salud pública, la medicina social y la salud colectiva, pero también si mantenemos un diálogo con la epidemiología poblacional y la epidemiología clínica, por mencionar solo las mejor representadas en nuestro medio, en aparente contradicción con los enfoques de la medicina social, de la perspectiva crítica y de la determinación social.

Es imperativo avanzar en la profundización teórica con otras disciplinas afines, fundamentalmente las ciencias sociales y humanas, sobre temas comunes a la salud pública, como los nuevos significados del bienestar: buen vivir, bien vivir, etc. Mantener los debates incluyentes en los métodos, validando los instrumentos de la epidemiología poblacional, pero a su vez los avances de la investigación cualitativa y el rescate

de las culturas, las subjetividades e intersubjetividades. Se hace necesario incentivar la cultura de la diversidad; propiciar la interculturalidad, considerada en esa ambivalencia Estado-sujeto, entendiendo que, desde la otredad, ese diálogo intercultural le aporta a la salud pública desde los significados mismos del proceso salud-enfermedad, a partir de las vivencias y las alternativas de la base social. Se propende, además, por la renovación ética: por una ética más comprometida con la vida; una ética humana y social y ecológicamente sustentable; una ética plural en concepciones y alternativas, construida más desde abajo y menos desde las élites profesionales, es decir, una ética más pública, alejada de dominios e intereses privados de los particulares.

Así y todo, ante las dificultades planteadas y los desafíos que se nos imponen desde el medio y el entorno global, ante las limitaciones como consecuencia de la estructura dominante y de las vacilaciones de los profesionales de la salud pública, los salubristas tendríamos que decir al unísono con Abad Gómez, para viabilizar la salud pública: “[esta] ha sido la línea directriz que me ha permitido darle un sentido unitario a la vida; encontrar dentro de las actividades, aficiones y vivencias una dirección, una tendencia, un estilo que no ha permitido que mi personalidad se desintegre en inútil diletantismo o en peligrosos escepticismo” [50, p. 111].

Agradecimientos

Agradezco a los profesores de la FNSP y al decano, quienes con su interacción participativa han coadyuvado con sus luces a este ensayo; en especial al doctor Samuel Arias, por el aporte que con su tesis doctoral le hace a este debate y al momento actual de la discusión en la Facultad; al doctor Román Restrepo, por entregar parte de su producción intelectual, aportando algunas líneas de discusión para este ensayo, de gran ayuda en la conclusión del mismo, es decir, para consolidar una propuesta alternativa a los puntos debatidos en estas páginas, propuesta apenas en construcción; y a Juan Fernando Saldarriaga Restrepo, por su revisión exhaustiva, metódica y comprometida para dar pautas consistentes a la rigurosidad técnica y argumentativa de este ensayo.

^{****} “Nos declaramos en contra de las concepciones minimalistas de la política global basada en ‘cobertura universal’ y estrategias similares como ‘acceso financiero a los servicios de salud’. Aunque desde la OPS se avanza en la propuesta de ‘Salud Universal’ de 2014 (incluyendo acceso y cobertura, financiamiento público y atención a determinantes sociales, en las dimensiones de la política), aún queda pendiente por resolver el problema estructural de sometimiento de los servicios de salud a los designios del mercado y las transferencias público - privadas que se convierten en obstáculo para el logro del derecho a la salud. En el mismo sentido nos preocupa la declaración de Astana (2018) sobre APS [atención primaria en salud] que redefine las orientaciones de Alma Ata (1978). La hegemonía neoliberal se sigue imponiendo a pesar de las buenas intenciones y el interés de corregir el rumbo por parte de Naciones Unidas y los actores académicos” (Declaración del V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global) [49].

^{§§§§} Este enfoque es producto del diálogo con profesores e investigadores de la FNSP, en agosto de 2018, gracias a la iniciativa del decano de la institución, quien, en el marco de las efemérides de los salubristas fallecidos al final del siglo XX, propició este espacio de reflexión para avivar el foro “Salud pública y universidad” en la “Cátedra Héctor Abad Gómez”.

Financiación

Recursos propios.

Conflicto de interés

Ninguno.

Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista expresados son responsabilidad del autor y no de la institución de la Universidad de Antioquia, ni de la *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, ni de los profesores que participaron en su discusión.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS [internet]; 1992 [consulta 2019 feb. 11]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38203>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las funciones esenciales de la salud pública. En: OPS. Salud Pública en las Américas. Washington: OPS [internet]; 2000. pp. 59-73. [citado 2019 feb. 11]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Arias S. La epidemiología como campo transdisciplinar pertinente de la salud de las poblaciones. El caso de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, 1970-2016 [tesis doctoral]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2018. pp. 132-3.
- Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012;11(22):27-41.
- Breilh J. Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Passos R, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. pp. 88, 94.
- Franco-Giraldo A. La crisis actual y la salud. Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas [internet]; 2011 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7138/1/S1100079_es.pdf
- Iriarte C, Spinelli H. La cuestión sanitaria en el debate modernidad-posmodernidad. *Cad. Saúde Públ.* [internet]. 1994 [citado 2019 feb. 1]; 10(4):491-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a09.pdf>
- Beck U. Contribuyentes virtuales. En: Beck U. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona: Paidós [internet]; 1998 [citado 2018 dic. 1]. pp. 15-24. Disponible en: https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1496/mod_resource/content/1/beckulrichqueeslaglobalizacion.pdf
- Tirado I. La salud pública: una propuesta desde la complejidad y la transdisciplinariedad. *ODOUS Científica* [internet]. 2010 [citado 2018 dic. 1]; 11(2):42-55. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/odous-cientifica/articulo/la-salud-publica-una-propuesta-desde-la-complejidad-y-la-transdisciplinariedad>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Agenda 2030 para el desarrollo sostenible* [internet]; s. f. [citado 2019 feb. 2]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible>
- Krieger, N. Got theory? On the 21st c. CE rise of explicit use of epidemiologic theories of disease distribution: A review and ecosocial analysis. *Curr. Epidemiol. Rep.* [internet] 2014 [citado 2018 dic. 1]; 1(1):45. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40471-013-0001-1>
- García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ. Méd. Salud*. 17(4);1983;363-97.
- Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac. Sanit.* 2008;22(3):280-86.
- Hülsmann JG. “Cómo usar el individualismo metodológico” [internet]; 2018 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://mises.org/es/wire/c%C3%B3mo-usar-el-individualismo-metodol%C3%B3gico>
- Montenegro Martínez M, Pujol Tarrès J. La fábrica de conocimientos: incorporación del capitalismo cognitivo en el contexto universitario. *Athenea Digital*. 2013;13(1):139-54. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v13n1.1031>
- Universidad de Antioquia (FNSP), et al. 25 de agosto, Día nacional del salubrista en Colombia. —Motivación para el lanzamiento y continuidad de esta iniciativa—. Medellín: FNSP; agosto 8 de 2018. p. 2. Boletín de prensa. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/75d1e032-211a-41f2-9862-8f1e6bc3e539/Bolet%C3%ADn+d%C3%ADa+de+l+salubrista+final+8+agosto.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mkv5Mv4&CVID=mkv5Mv4&CVID=mkv5Mv4>
- Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac. Sanit.* [internet]. 2003 [citado 2018 dic. 1]; 17(S3):23-34. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/gs/2003.v17suppl3/23-34/> (citado diciembre 1 de 2018).
- Macías ME. Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud. *Rev Hum Med* [Internet]. 2001 [citado 2019 feb. 2]; 1(3):1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202001000300003&lng=es.
- Morín E. *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Anthropos; 1984.
- Almeida-Filho, N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva* [internet]. 2006 [citado 2019 feb. 15]; 2(2):123-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120203>.
- Galimberti CI. La dialéctica local-global en la transformación de nuestros territorios contemporáneos. *GeoGraphos* [internet]. 2015 [citado 2018 dic. 1]; 6(74):30-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4959244>
- Pérez Álvarez D. La dialéctica global-local y sus manifestaciones políticas, económicas y sociales en las sociedades contemporáneas. *Vox Politikon*, [internet]. 2014, octubre 25 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://voxpolitikon.wordpress.com/2014/10/25/la-dialectica-global-local-y-sus-manifestaciones-politicas-economicas-y-sociales-en-las-sociedades-contemporaneas/>
- Scherecker T. Alcance global, profundidad local y el futuro de la equidad en salud. *Med. Soc.* 2012;7(2):113-20.
- Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. *Lancet* [internet]. 2014 [citado 2018 dic. 1]; 384(9954):1607-39.

- Disponible en: <https://www.thelancet.com/commissions/neglect-of-culture-in-health>.
25. Nils Fietje, Claudia Stein. Culture and health (Correspondence). *The Lancet* [internet]. 2015 [citado 2018 nov. 30]; 385(9968):601. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60226-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60226-4)
 26. Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J, McKee M, Wall S. From public to planetary health: A manifiesto. *Lancet* [internet]. 2014 [citado 2018 dic. 1]; 383(9920):847. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8)
 27. Samaja JA. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. pp. 90-91.
 28. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2002;12(2):128-36.
 29. Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Rev. Cubana Salud Pública* [internet]. 2004 [citado 2018 dic. 5]; 30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es.
 30. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity (Editorial). *American Journal of Public Health, Supplement* 4. 2014;104(S4):S17-9.
 31. Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
 32. Franco-Giraldo A. Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(Supl 1):S73-S86.
 33. Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica; 1981.
 34. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet]. 2013 [citado 2018 dic. 1]; 31(Supl. 1): S13-S27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
 35. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009; 73(9679):1993-5.
 36. Franco-Giraldo A. Salud global: una visión latinoamericana. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2016;39(2):128-36.
 37. Cardona Á, Franco Á. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública*. 2005;23(2):107-14.
 38. Bourdieu P. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama [internet]; 1997 [citado 2019 feb. 1] Disponible en: <http://epistemh.pbworks.com/f/9.+Bourdieu+Razones+Pr%C3%A1cticas.pdf>.
 39. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil [internet]; 1998 [citado 2019 feb. 1]. Disponible en: http://lpeqi.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU_Pierre._O_poder_simb%C3%B3lico.pdf.
 40. Peñaranda F. Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes-determinación social de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31 (Supl. 1): S91-S102.
 41. Lutz, B. Estructura y sujeto. Cinta Moebio [internet]. 2007 [citado 2018 dic. 1]; 29:155-66. p. 166. Disponible en: <http://www.moebio.uchile.cl/29/lutz.html>
 42. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf?ua=1>
 43. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la Salud. En: Promoción de la salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996. pp. 25-36.
 44. Organización Mundial de la Salud. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: “La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible” Shanghai (China) [internet], 21-24 de noviembre de 2016 (Ref: C.L.9.2016) [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/CL-9-2016-es.pdf>
 45. Franco-Giraldo A. Revisión de enfoques académicos en salud global: un marco analítico. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(9):1811-24.
 46. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978. Ginebra: OMS; 1978.
 47. World Health Organization. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Astana. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astana (Kazajistán) [internet], 25 y 26 de octubre de 2018 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gchp-declaration-sp.pdf>
 48. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Universal. Resolución CD53. R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, EUA [internet] 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>.
 49. Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG). V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global. Declaración de Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública, noviembre 14-16 de 2018, Medellín.
 50. Abad H. Pasado, presente y futuro de la salud pública (Conferencia en la Academia de Medicina, Medellín, 1969). En: Fundamentos éticos de la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia, Rectoría, Corporación para la Educación y la Salud Pública Hécor Abad Gómez [internet]; 1987 [citado 2019 feb. 2]. pp. 111-30. Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/fea72810-e0f6-44f4-ba18-9d932411d04b/fundamentos_eticos_sp_hag.pdf?MOD=AJPERES.

