

La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica

Álvaro Cardona¹ • Álvaro Franco G.²

Resumen

En este artículo se argumenta que los programas de doctorado en salud pública que se desarrollen en las universidades del país deberán fundamentarse en la consideración de la salud pública como una disciplina científica. Se sustenta que como tal, esta tiene definido su objeto de estudio, dispone de un conjunto de teorías y procedimientos metodológicos para orientar y realizar sus investigaciones y está permanentemente dispuesta a la incorporación de nuevos ha-

llazgos. Se señalan algunos hitos históricos en el proceso de conformación de la salud pública como disciplina científica y se proponen los temas esenciales alrededor de los cuales deben estructurarse los programas académicos de doctorado en esta área del conocimiento.

Palabras clave

Doctorado en salud pública, disciplina científica

Public health as a scientific discipline: support for academic programs

Summary

The main purpose of this paper is to argue that public health doctorate programs carried out by Colombian universities should be supported by the perspective of public health as a scientific discipline. As so public health has identified its own study objective, has a theoretical framework and has built a set of methodological procedures to guide and develop research, and is permanently opened to incorporate new scientific findings. Some of the most relevant

historical milestones in the conformation process of public health as a scientific discipline are taken into account and a proposal of the core issues for a public health doctorate program is presented.

Key words

Public health doctorate programs, scientific discipline

1 MD, MSP, Ph. D, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: alvarocardona@guajiros.udea.edu.co

2 MD, MSP, Ph. D, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Recibido: 2 de junio de 2005

Aceptado: 3 de junio de 2005

Introducción

En el país se inició recientemente una nueva etapa en el proceso de formación académica en salud pública, con el inicio de programas de doctorado. La Universidad Nacional admitió la primera cohorte de estudiantes del doctorado en salud pública en 2004 y la Universidad de Antioquia hizo lo propio para el doctorado en epidemiología en el mismo año.

El marco político para la creación de estos programas de doctorado en salud pública ha sido la voluntad manifiesta del gobierno central de impulsar y contribuir al financiamiento de programas de doctorado en diversas disciplinas científicas. Se ha señalado la necesidad de disponer de este alto nivel de formación académica como condición para que el país discorra por un apropiado camino de desarrollo económico y social. Un episodio notable de expresión de este comprometimiento fue la convocatoria en 1998 de la Misión de Ciencia y Tecnología, integrada por destacados científicos nacionales, a la que se le encargó la tarea de definir una posición sobre la inserción histórica del hombre colombiano y proponer las líneas fundamentales de orientación de nuestro sistema educativo. En los resultados de su trabajo plantearon que la meta del sistema educativo colombiano debe dirigirse al óptimo desarrollo del saber, la dignidad humana, la solidaridad colectiva y la conciencia social y ecológica —tanto global como local.¹ Por otro lado, el marco jurídico para el impulso de los programas de doctorado en el país está dado en la Ley 30 de 1992.²

Es de esperarse que esta nueva fase de desarrollo académico de la salud pública aporte elementos importantes para la mejor comprensión de esa área del conocimiento y de sus contribuciones a la gestión pública, así como para el lograr impactar positivamente sobre las condiciones de salud y bienestar colectivos. De allí que consideremos pertinente reflexionar acerca de los enfoques y temas relevantes de la salud pública que deben respaldar la formación académica de nivel doctoral en el área.

Hay diferentes miradas de lo que ha significado históricamente y de lo que representa hoy en día la salud pública, que merecen ser tenidas en cuenta en cualquier discusión académica. En torno de estos aspectos se viene haciendo una intensa discusión en los principales centros académicos de todo el mundo, que se manifiesta en una vasta producción de libros y artículos científicos. Obviamente, estas discusiones se proyectan a las decisiones que en el área adoptan los organismos multilaterales de crédito, los organismos internacionales de salud y los gobiernos de cada uno de los países, generándose así una activa dinámica de reflexión y confrontación de ideas y propuestas. Existe, de ese modo, un reconocimiento por parte la comunidad científica internacional de la pertinencia de las elaboraciones teóricas y metodológicas de la salud pública.

Sin embargo, una cierta tendencia de nuestros días (íntimamente articulada a la concepción económico-filosófica

neoliberal) ha propiciado extremos notables de laxitud en las consideraciones sobre los temas de salud pública, al punto de que fácilmente se la asocia con los mecanismos comunes del mercado de bienes transables. Es nuestro interés, principalmente, dejar establecidos algunos parámetros de discusión que contradicen esa última percepción.

La hipótesis central de este artículo es que los programas académicos de doctorado en salud pública deben estar fundamentados en su consideración como disciplina científica. Asumimos que ello tiene consecuencias metodológicas para su enfoque y tratamiento historiográfico y teórico, así como para el entendimiento de su aplicación a la transformación de la realidad social.

Procesos tan intrincados con el actual proceso de globalización, tales como las nuevas condiciones de gobernabilidad de los países, el relacionamiento económico y cultural, los amplios flujos migratorios, las transferencias tecnológicas y el impacto medioambiental, influyen de manera determinante en las condiciones de salud de las comunidades. Alrededor de estos nuevos escenarios se vienen redimensionando conceptos de la salud pública tales como condiciones de bienestar, calidad de vida, equidad, políticas públicas, planeación en salud, relaciones intersectoriales, organización de sistemas de atención en salud, modelos eficientes de gestión y financiamiento, entre otros, que requieren abordarse desde una sólida formación académica y metodológica. Solamente una disciplina científica puede aportar los elementos necesarios para asir sistemática y creativamente realidades tan complejas. Allí es donde encuentra plena justificación un programa académico de doctorado.

Los temas que aborda el artículo sugieren cuáles deben ser los núcleos temáticos que debieran centrar el desarrollo de los programas de doctorado en salud pública. Esperamos que nuestras consideraciones contribuyan a generar reflexiones útiles sobre el debate internacional que hay en la materia y a crear fundamentos sólidos para el desarrollo de los programas doctorales en salud pública.

La salud pública como disciplina científica

Hay poco consenso acerca de cuáles son las características que permiten señalar la existencia de una disciplina científica específica.³⁻⁶ En las discusiones contemporáneas sobre la filosofía de las ciencias, las perspectivas analíticas de autores como Karl Popper, Tomás Kuhn e Imre Lakatos son bastante controversiales y ellos mismos llegaron a confrontarse mutuamente en varias ocasiones.

Aún así, en el ambiente académico universal se tiene por aceptado que una disciplina científica se define por la especificidad de su objeto de estudio, por un conjunto de teorías que orientan la investigación, por la pertinencia de los procedimientos metodológicos con que se afronta la comprensión de su objeto de estudio y por la permanente crítica de su trabajo disciplinar, que permite que constantemente estén

abiertas las compuertas para la incorporación de nuevos hallazgos.^{7, 8} De una ciencia se destaca, sobre todo, su intención de descubrir el orden de relaciones que existen entre las cosas o los hechos que constituyen su objeto de estudio, a partir de hipótesis formuladas con anterioridad.⁹

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. La comunidad científica internacional así lo reconoce y la ha incorporado a su ejercicio en todas las instancias relacionadas con la vida académica. Y al igual que como ocurre con cualquier disciplina científica, la salud pública está sometida a un permanente proceso de afinamiento teórico, en el que participan con su particular orientación y énfasis los más destacados cultores de la disciplina. Por eso mismo, su desarrollo ha discurrido y discurrirá siempre en medio de permanentes debates que deben reflejar los aportes derivados de los procesos de investigación sobre sus distintos componentes. Por ello no debe sorprender que a pesar del relativo acuerdo en la caracterización de la salud pública como disciplina científica, haya opiniones que la han conceptualizado de manera diferente. Así, por ejemplo, se ha opinado que la salud pública es práctica y ciencia, e incluso se ha agregado que es un arte.¹⁰⁻¹⁴

La conformación de los perfiles científicos de la salud pública se logró a lo largo de una historia tortuosa, que como cualquier otra disciplina científica se enraíza en procesos germinales de desarrollo del conocimiento humano desde la más remota historia. Los saberes acumulados en esa prehistoria de la salud pública, al igual que los saberes prehistóricos de cualquiera ciencia, constituyen referentes importantes para la historia de su conformación como disciplina científica, pero no hacen parte propiamente de su estatuto científico.

Se acepta que la salud pública como disciplina científica moderna —esto es, dotada de un cuerpo de conceptos sistemáticos que le permiten elaborar teorías y someterlas a procesos de discusión y demostración fáctica— solo se configuró entre los años finales del siglo XVIII y los iniciales del siglo XIX.^{15, 16}

En los orígenes de la salud pública moderna, por estos años subyace la disposición de los estados absolutistas europeos para emprender acciones coordinadas que impactaran sobre la salud de sus súbditos.^{17, 18} Entonces, ya se habría constituido un “cuerpo de saberes y técnicas específicas en torno a la defensa de la salud de la colectividad, lo que denominaríamos como salud pública, el cual se desarrolló con posterioridad, bajo la forma disciplinar de Higiene Pública, en parangón con los procesos de industrialización y urbanización”.¹⁹ Fue en ese contexto en el que surgieron las políticas de “policía médica” y en el que aparecieron obras sistemáticas como *System einer vollständigen Medicinischen*

polizey, del alemán Johann Peter Frank (1748-1821), publicada en seis volúmenes entre los años 1779 y 1817, amén de otros tres volúmenes complementarios publicados en los años 1822, 1825 y 1827.²⁰

Con la irrupción de la revolución industrial en la segunda mitad del siglo XVIII, que operó como detonante de complejos y conflictivos procesos sociales por las precarias condiciones de vida que generó en una vasta masa de la población, surgieron nuevas ideas sobre la salud pública y se crearon movimientos y corrientes de pensamiento que señalaron la íntima relación entre las condiciones sociales y económicas de la población y sus condiciones de salud.

Asimismo, los acontecimientos revolucionarios de 1789 en Francia y las consecuencias sociales y políticas que de allí se derivaron produjeron, al lado de la emergencia del concepto de “ciudadano”, una rica y productiva variedad de ideas sobre higiene pública. La definición precisa de la intervención del Estado en la organización de múltiples áreas de la vida social, con la intención de mejorar las condiciones de salud de la población, fue una de las consecuencias más significativas para la definición disciplinar de la salud pública. Entroncado con esas definiciones políticas, no solo en Francia sino también en otros países europeos permeados por la influencia ideológica de los revolucionarios franceses, se originó un sólido y consistente proceso de investigación y experimentación en salud pública que incluyó los ambientes laborales ciudadanos y rurales, los espacios de congregación masiva de poblaciones marginales, la organización arquitectónica de las ciudades y el manejo de sus basureros, cementerios y sistemas de alcantarillas.

Unos pocos años después, la configuración definitiva de la salud pública moderna habría de estar animada por los debates e iniciativas que los movimientos sanitaristas de diferentes países europeos emprendieron en sus respectivas sociedades en la primera mitad del siglo XIX.^{16, 21-24} Fue en ese contexto en el que se destacaron personalidades de diferentes países europeos, quienes con sus investigaciones y su participación en el escenario público, promovieron y desarrollaron el marco teórico de la salud pública que sirvió de base a las reformas sanitarias que se iniciaron con la aprobación, en agosto de 1848, de la *Public Health Act* en Gran Bretaña.^{15, 21} Los nombres de Edwin Chadwick, Louis-René Villermé, Alexander Parent-Duchatelet, Salomón Neumann y Rudolph Virchow, son entre otros, algunos de los más notables cultores de la disciplina.

Un concepto teórico común subyacente a las consideraciones de estos líderes de la salud pública en el siglo XIX fue el de la relación entre las condiciones materiales de vida de la población y sus perfiles de morbi-mortalidad. Aunque fue Julio Guerin quien por primera vez utilizó el concepto de *medicina social*, en el año de 1848, para referirse al “estudio de las relaciones entre morbilidad de las poblaciones y condiciones materiales de vida de las comunidades”,²⁵ se recono-

ce a Virchow como uno de los más activos defensores de ese concepto y de la necesidad de la intervención del Estado para mejorar las condiciones de salud de la población trabajadora.

A partir de estos orígenes, el enriquecimiento disciplinar de la salud pública ha pasado por la recepción de aportes de muy distintos acontecimientos emblemáticos del desarrollo científico y social. Han sido especialmente notables los influjos ejercidos por los desarrollos científicos de la microbiología en los finales del siglo XIX²⁶ y por las transformaciones sociales de principios del siglo XIX, con motivo del triunfo de la revolución bolchevique en Rusia y la extensión de su influencia política e ideológica por todo el mundo.^{27, 28}

La conformación de histórica de este bloque de planteamientos teóricos y metodológicos le ha permitido a la salud pública obtener logros significativos para la sociedad. Sin derivarse hacia una perspectiva celebradora y acrítica de la historia de la salud pública, los diferentes enfoques historiográficos de la disciplina²⁹ han permitido apreciar que, en sus diferentes etapas de desarrollo y con impulso de sus conceptos y teorías, se han orientado acciones sociales y estatales que han contribuido al mejoramiento de las condiciones de vida de grandes colectivos.

Algunas de las más decisivas influencias que la salud pública ha logrado en el mejoramiento de las condiciones de vida social las ha hecho a través de la orientación conceptual de las políticas públicas y de su influjo para que ciertos marcos de referencia del funcionamiento de las fuerzas económicas fueran transformados. Uno de los más efectivos instrumentos de la salud pública para proyectar su influencia ha sido, sin duda ninguna, la organización estatal y su intervención sobre las variables condicionantes de la salud de las comunidades. Así, por ejemplo, Patrice Pinell considera que “el surgimiento de la salud pública en el siglo XVIII es indisociable de la construcción del Estado: la una y el otro se han confortado mutuamente”.³⁰ Esta misma conceptualización subyace en las más importantes declaraciones sobre salud pública y promoción de la salud, producidas por reuniones internacionales como las de Ottawa (1986),³¹ Adelaide (1988),³² Sundsvall (1991)³³ y Yakarta (1997),³⁴ entre otras.

Desde sus orígenes como disciplina científica, estas contribuciones de la salud pública siempre han estado mediatizadas por intensas discusiones, en las que se han confrontado distintas perspectivas de la política, la economía, la ciencia y la participación social.^{16, 24, 35} Así sigue siendo en nuestros días, cuando evidentemente asistimos a una de las más intensas confrontaciones políticas e ideológicas que definirá las condiciones en que la salud pública deba seguir cumpliendo su ejercicio hacia el futuro.^{14, 36-40} En el marco de este tema tan polémico, la noción del Estado y su relación con el concepto de salud o con la intervención en salud pública no deja de ser compleja y cargada ideológicamente.

El objeto de trabajo y el método de la salud pública

Formulamos que la salud pública como disciplina científica ha construido su objeto de trabajo y sus procedimientos metodológicos en torno a los dos siguientes conceptos básicos: 1) que la búsqueda de mejores condiciones de salud de los colectivos implica poner en ejercicio los mecanismos de la colaboración social y la solidaridad; 2) que las variables determinantes de la salud colectiva son materia de la intervención del Estado, superando el concepto de que la salud es una responsabilidad del ámbito estrictamente individual.⁴¹

Las consideraciones con respecto al primero de los conceptos señalados pasan por el reconocimiento de que en el centro de los esfuerzos de la salud pública está la preocupación por la vida y todos los actos vitales de los seres humanos en su búsqueda del bienestar y la felicidad. La salud pública ha podido precisar que muchos de los obstáculos al bienestar y la felicidad no son de la responsabilidad de cada uno de los individuos, sino que devienen de la manera como están organizados los procesos sociales tales como la producción de riqueza, la intervención sobre los entornos físicos y las decisiones económicas y políticas.

Esta problemática de las responsabilidades colectivas por el bienestar se constituyó en el objeto de trabajo de la salud pública, alrededor del cual han confluído sus esfuerzos. La centralidad de su reflexión en torno de ese objeto de trabajo es la que le ha servido para organizar sus discursos teóricos y sus procedimientos metodológicos. Es allí donde puede encontrarse su coherencia y sistematización, necesaria a toda disciplina científica.

En torno al segundo concepto, una de las ideas que con mayor fuerza impulsó la salud pública en los países europeos desde el siglo XIX fue que el Estado debía orientar sus acciones al logro de la mayor felicidad posible para los ciudadanos. Allí se encontraba la necesidad de su intervención en procesos sociales, económicos y políticos que lograran redistribuir equitativamente los beneficios logrados por la acción colaboradora de los miembros de la sociedad.

Los procedimientos metodológicos que la salud pública ha utilizado para demostrar sus hipótesis teóricas de que los determinantes de las condiciones de bienestar de las comunidades son de orden social se han centrado fuertemente en la intervención sobre variables relativas a la organización estatal. Sin embargo, en las décadas más recientes, la salud pública ha tenido que liarse en todo el mundo en intensas polémicas acerca de su significado histórico, su armazón conceptual y la relevancia social de sus métodos. Algunos autores, inclusive, han puesto en duda que pueda identificarse un objeto de trabajo específico para la salud pública. Otros, sin negar la posibilidad de la identificación de ese objeto de estudio, señalan que aún no se ha logrado hacerlo porque la salud pública se ha movido entre varios paradigmas aparentemente

contradictorios.^{13, 42, 43} En medio de esa disputa —que no ha concluido en modo alguno—, algunas corrientes conceptuales han puesto en entredicho los postulados fundadores de la salud pública. En contrario, han intentado arropar con su nombre conceptos íntimamente vinculados a las teorías económicas del imperio del mercado y de la iniciativa privada.

Otros conceptos, sin ir tan lejos, propugnan por redefinir algunos límites en las relaciones que la salud pública establece con el Estado. Aducen que la relación clásica de la salud pública con el Estado —o, más precisamente, la que ha mantenido con la población a través del Estado— tiene un carácter paternalista y vertical.⁴⁴ Como alternativa se plantea una relación de la salud pública con el Estado mediada por la población o, mejor aún, el establecimiento de una relación con la población sin la intermediación del Estado. Esos planteamientos son fundamentalmente una crítica a la salud pública como acción gubernamental y al carácter partidista que puede tomar la práctica sanitaria. Reclaman no confundir la autoridad sanitaria (ejercicio del gobierno) con la práctica profesional de la salud pública, recomendando mayor independencia con respecto al poder político.^{12, 45}

Por otra parte, algunos autores sugieren una nueva perspectiva en salud pública que esté basada en los conceptos de sociedad civil y ciudadanía. Reclaman el establecimiento de múltiples relaciones entre el Estado y los actores sociales que parta de la aceptación de la salud como un derecho social. Se entiende la ciudadanía como el ejercicio de derechos y deberes en la relación con el Estado, en un marco de búsqueda de la igualdad en la sociedad.^{46, 47}

Los desafíos teóricos y metodológicos de la salud pública en el futuro inmediato

Todas estas discusiones que hemos traído a recuento demandarán niveles muy altos de investigación y análisis. Deberán concentrar la atención de la disciplina en todos los ámbitos en que ella tiene expresiones: en los organismos internacionales de financiación y orientación de las políticas de salud, en las instituciones académicas y sus programas de formación disciplinar, en los organismos estatales, en las organizaciones de la comunidad.

Acerca de la manera como deberán afrontarse estos debates centrales de la salud pública, ha venido produciéndose en los años recientes una valiosa bibliografía. En ella se proponen orientaciones conceptuales y metodológicas para alcanzar mejores resultados, a la vez que se insinúan los temas más importantes que deben centrar el esfuerzo de los investigadores. Hay un importante consenso en que los estudios histórico-críticos pueden ser de gran utilidad para esta discusión. Ellos podrían ser útiles para “descubrir las tendencias positivas entre las confusiones del presente”⁴⁸ o para “ayudar a los expertos en salud pública a ser conscientes de la complejidad de las circunstancias sociales, culturales, políti-

cas y económicas que enmarcan cada caso particular”.⁴⁹ Los estudios históricos pueden ayudarnos a comprender y caracterizar un poco mejor cuál es el objeto de estudio de la salud pública y cuáles son los instrumentos más útiles para aproximarse a la realización de sus empeños.

Pero, idénticamente, se destaca la necesidad de que la disciplina incursione con mayor ahínco en la comprensión de áreas nuevas desarrolladas a impulso de la revolución científico-técnica, tales como la micro genética,⁵⁰ la biología molecular, las tecnologías informáticas y los procesos cognitivos.^{51, 52} En la aproximación a esos temas deberá buscarse comprender, por ejemplo, qué tipo de influencia pueden llegar a tener sobre el mundo del trabajo o sobre los sistemas de aseguramiento en salud y las implicaciones éticas que de allí se derivan.

La responsabilidad científica de la salud pública obliga a que, además de incursionar en esas nuevas áreas del conocimiento, se sigan profundizando las investigaciones y análisis de otras áreas tradicionalmente más reconocidas pero igualmente importantes. La economía de la salud, no solamente en sus aspectos de pequeña escala sino especialmente en los enfoques a gran escala, tendrá que continuar en el centro de la reflexión. De igual manera, deberá seguirse ahondando en los temas antropológicos y sociológicos que están tan íntimamente relacionados con el bienestar de las comunidades, así como en el estudio de los procesos y componentes que constituyen la base para la formulación y puesta en ejecución de las políticas públicas. Hoy existe acuerdo en que los análisis de la salud pública deben confluír cada vez más claramente hacia el tema de la interdependencia entre democracia, desarrollo y respeto de los derechos humanos.⁵³ La perspectiva teórica de la “acción comunicativa”,⁵⁴ puesta a consideración por Jürgen Habermas, debe ser tenerse en cuenta.

Todas las herramientas conceptuales y metodológicas de esas diferentes disciplinas deberán utilizarse para afrontar los antiguos retos que le ha puesto a la salud pública el desarrollo de las sociedades industrializadas, pero, además, para afrontar los desafíos que se avizoran con la globalización económica y los grandes cambios medioambientales que vienen ocurriendo. Los temas de la equidad social y la sostenibilidad medioambiental serán seguramente motivo de grandes preocupaciones en el nuevo contexto mundial.⁵⁵

La globalización no solo obra como una tendencia que impacta sobre los determinantes fundamentales de las condiciones de salud y bienestar, sino que emerge como una nueva dimensión cognitiva a consecuencia de la amplia difusión de conocimientos que implica.³⁸ Si la exploramos en el juego de los determinantes socioeconómicos sobre la salud, nos encontramos, por un lado, con la grave amenaza de la secuencia industria-contaminación atmosférica-cambios climáticos, responsable de mutaciones en agentes vectoriales y de cambios en los patrones de enfermedad.⁵⁶⁻⁵⁸ Por otro lado, la globalización induce variaciones en la dinámica crecimiento

económico-pobreza-enfermedad.

En esta etapa de la globalización han surgido nuevas dimensiones de algunos temas de interés para la salud pública, así como conflictos y desafíos completamente nuevos para su campo de conocimiento. Algunos de esos temas y desafíos con los cuales deberá enfrentarse son los siguientes: profundización de la desigualdad social; nuevos modelos de salud y seguridad social; crecimiento de riesgos globales para la salud y la seguridad humana; transnacionalización de acciones en salud; movilidad internacional de bienes y servicios; intensificación de migraciones y cambios demográficos; crecimiento de las posibilidades de transferencia de riesgos; implicaciones de las investigaciones del genoma humano sobre el mundo del trabajo; el medio ambiente como problema de interés global; comercio internacional y transferencia de tecnologías de salud.

Se sugiere que para afrontar estos retos de conocimiento será necesario superar el “enfoque de riesgo” que ha centrado la atención de las disciplinas de la salud pública en las últimas décadas y asumir un enfoque más integrador y comprensivo de los determinantes de la salud colectiva.⁵⁹⁻⁶² Resultará crucial reconocer y comprender los procesos y megatendencias actuales para entender lo que ocurre en los niveles de pequeña, media y gran escala de la práctica sanitaria. Hoy se imponen en salud pública los análisis integrales y el conocimiento holístico. Se requieren opciones explicativas en la complejidad y la totalidad. Será necesario asumir un pensamiento que integre, lo cual exige remplazar la causalidad unidireccional y unilineal por una “causalidad en bucle y multi-referencial”.⁶³ Se precisa que el conocimiento que permite la integración de las partes en un todo sea completado con el reconocimiento de la integración del todo en el interior de las partes.

En esa perspectiva, la salud pública y la promoción de la salud demandarán un enfoque amplio basado en el desarrollo humano integral, en el cual la salud, además de ser un objetivo en sí mismo, sea un medio para la vida y para el desarrollo social.⁴⁵ Así, el análisis para definir las políticas públicas de salud deberá incluir aspectos como el pensamiento estratégico, la negociación social, las competencias y la creatividad social, los cambios en el concepto de lo público, la democratización política y del conocimiento y la perspectiva del desarrollo local, entre otros.

Referencias

1. Colombia. Presidencia. Colciencias. Consejería Presidencial para el Desarrollo Institucional. Colombia: al filo de la oportunidad. Bogotá: Presidencia de la República; 1995. 7 v.
2. Colombia. Congreso de la República. Ley 30 de 1992, 28 de diciembre, por la cual se organiza el servicio público de la educación superior. Bogotá: El Congreso; 1992.
3. Foucault M. Saber y verdad. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1991.
4. Foucault M. Las palabras y las cosas. México: Siglo XXI; 1978.
5. Gómez R. Racionalidad: epistemología y ontología. En: Olivé L. (ed.). Racionalidad epistémica. Madrid: Trotta; 1995. p. 26.
6. Pérez AR. Modelos de cambio científico. En: Moulines U. (ed.). La ciencia: estructura y desarrollo. Madrid: Trotta; 1993. p. 68.
7. García Galló GJ. Como abordar y resolver los problemas filosóficos en las ciencias particulares. En: Filosofía y medicina. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1987.
8. Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1978.
9. Skinner BF. Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella; 1974.
10. Acheson D. Report of the committee of inquiry into the future development of the public health functions and community medicine. London: HMSO; 1988.
11. Molina G. Introducción a la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1978.
12. Álvarez-Dardet C. Proyecto docente-investigador. Alicante: Universidad de Alicante; 2001.
13. Franco A. La salud pública: ciencia en construcción. Rev Fac Nac Salud Pública 1999;17(2):41-55.
14. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1994.
15. Cardona A. 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. Rev Fac Nac Salud Pública 1999;16(2):68-81.
16. Hamlin C. Public health and social justice in the age of Chadwick Britain, 1800-1854. New York: Cambridge University; 1998.
17. Marset P, Sáez JM. La evolución histórica de la salud pública. p. 1-24. En: Martínez F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. (eds). Salud pública. Madrid: McGraw Hill; 1988.
18. Rodríguez Ocaña, E. Por la salud de las Naciones: higiene, microbiología y medicina social. Madrid: ediciones Akal; 1992. p. 7-57. (Historia de la Ciencia y de la Técnica, No. 45).
19. Rodríguez Ocaña E. y Molero J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel L. (Comp.) La salud en el Estado de bienestar. Madrid: Editorial Complutense; 1993. p. 135.
20. Cardona A. La salud pública en España durante el Trienio Liberal: debates ideológicos e iniciativas políticas. Madrid; 2002. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
21. La Berge AF. The early nineteenth-century French public health movement: the disciplinary development and insti-

- tutionalization of hygiene publique. *Bull Hist Med* 1984;58(3):363-379.
22. La Berge AF. Mission and method. The early-nineteenth-century french public health movement. New York: Cambridge University; 1992. p. 283-315.
 23. Brundage A. England's "Prusian Minister". Edwin Chadwick and the politics of government growth, 1832-1854. University Park, PA: Pennsylvania State University; 1988.
 24. Ringen K. Edwin Chadwick, the market ideology, and sanitary reform: on the nature of the 19th century public health movement. *Int J Health Serv* 1979;9(1):107-120.
 25. San Martín H. *et al.* Salud, sociedad y enfermedad. Estudios de epidemiología social. Madrid: Ciencia 3; 1986.
 26. Cardona A. 2002. *Op. cit.* p. 272, 279.
 27. Sigerist HE. Medicina socializada. p. 177-188. En: Historia y sociología de la medicina. Bogotá: Federación Colombiana de Asociaciones de Salud Pública; 1974.
 28. Rosen G. A history of public health. New York: MD Publications; 1958. p. 403, 445.
 29. Porter D. The history of public health: Current Themes and Approaches. *Hygiea Inter* 1999;1(1):9-21. (Revista electrónica). [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.ep.liu.se/ej/hygiea/>. Consultado: julio de 2000.
 30. Pinell P. Un asunto de Estado: higiene y control de los "salvajes del interior". *La Recherche Supplément La santé et ses métamorphoses* 1995;281:20-23.
 31. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa. Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ontario: OMS; 1986.
 32. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaida. Políticas Públicas para la Salud. Adelaida, Australia: OMS; 1988. [Sitio en internet] Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/adelaide.html>. Consultado: 24 de octubre de 2002.
 33. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Declaración de la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Sundsvall, Suecia: OMS; 1991. [Sitio en internet] Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/sudsvall.html>. Consultado: 24 de octubre de 2002.
 34. World Health Organization. The Jakarta declaration on leading. Health promotion into the 21st century. *Health Promot Int* 1997;12:261-264.
 35. Winslow C-EA. The conquest of epidemic diseases. (Edición facsimilar de la primera edición de 1943). New York: Hafner; 1967.
 36. Marín JM. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8(1-2):21-32.
 37. Labonté R. Liberalization, health and the World Trade Organization. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:620-621.
 38. Franco A. Globalizar la salud. *Gac Sanit* 2003;17(2):157-163.
 39. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: OMS; 2002. p. 23-113.
 40. Navarro V. Health and equity in the world in the era of "globalisation". *Int J Health Serv* 1999;29:215-226.
 41. Cardona A. El Estado en la historia de la salud pública. En: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Congreso Internacional Salud para Todos. Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el siglo XXI [videograbación]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 1999.
 42. Pellegrini A, Almeida-Filho N, Trostle J. La investigación de la salud en América Latina y el Caribe: tendencias y desafíos. P. 64-73. En: Sánchez D, Bazzani R, Gómez S. (eds.). Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: Trilce; 1998.
 43. García JC. Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Méd Salud* 1983;17(4):363-397.
 44. Álvarez-Dardet C. ¿Qué es lo novedoso en la nueva salud pública? *Jano* 1994; 46(1067):39-42.
 45. Asthon J, Seymour H. La nueva salud pública. London: Masson; 1988.
 46. Fleury S. Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Editorial Lugar; 1997.
 47. Baum F. Health, equity, justice and globalization: some lessons from the People's Health Assembly. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(9):613-616.
 48. Fee E, Brown TM. Why history? (Editorial). *Am J Public Health* 1997;87(11):1763-1764.
 49. Perdiguero E, Bernabeu J, Huertas R, Rodríguez-Ocaña E. History of health, a valuable tool in public health. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(9):667-673. p. 668.
 50. Cardona A, Huertas García-Alejo R. Neoliberalismo, condiciones de vida y salud. *Papeles FIM (2ª época)* 2000; 15:67-80.
 51. McLuhan M, Powers BR. La aldea global. México D.F.: Gedisa; 1991.
 52. Castells M. La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial; 1998.
 53. Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ* 2004;329(7480):1421-1423.
 54. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1987.
 55. McMichael AJ, Beaglehole R. The changing global context of public health. *Lancet* 2000; 356(9228):495-499.

56. McMichael AJ, Haines A. Global climate change: the potential effects on health. *BMJ*. 1997;315(7111):805-9.
57. Martens WJ, Niessen LW, Rotmans J, Jettens TH, McMichael AJ. Potential impact of global climate change of malaria risk. *Environ Health Perspect* 1995; (103):458-464.
58. Barberia L, Castro A, Farmer C, Farmer P, Gusmao R, Kim JY. et. al. Reunión de consulta de expertos sobre el impacto de las reformas del sistema de salud en el control y prevención de las enfermedades infecciosas en América Latina y El Caribe. La Habana: OPS/OMS; 2002. p. 15.
59. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *Am J Public Health* 1996;86(5):678-683.
60. Susser M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(10):608-611.
61. Susser M., Susser E. Choosing a future for epidemiology. (I. Eras and paradigms; II. From black box to chinese boxes and eco-epidemiology). *Am J Public Health* 1996;86(5):668-677.
62. Weed DL, Mink PJ. Roles and responsibilities of epidemiologists. *Ann Epidemiol* 2002;12(2):67-72.
63. Morín E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1998.