

Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa

Contributions of new approaches to the formation of alternative public health

Marleny Valencia A¹.

¹ Bacterióloga, Msc en Salud Pública, estudiante de doctorado en Salud pública, docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, integrante del grupo sexualidad y cáncer. Correo electrónico: mvalenc@gmail.com

Recibido: 26 de octubre de 2010. Aprobado: 20 de febrero de 2011.

Valencia M. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(1): 85-93.

Resumen

Este artículo plantea una forma diferente a la convencional para abordar las problemáticas de la salud pública y dar respuesta a la pregunta orientadora del mismo: ¿Cómo los enfoques contemporáneos en salud pública ayudan a comprenderla y a dimensionar su proyección en los próximos años? Inicialmente se desarrolla una breve caracterización de la salud pública convencional, con el fin de mostrar las limitaciones que se presentan para dar respuesta a los problemas de salud de la población. Luego, se abordan las perspectivas contemporáneas, específicamente, las desarrolladas en el marco de la corriente crítica, dado que allí convergen los enfoques que aportan de manera importante a la conformación de la salud pública alternativa. Entre las

corrientes consideradas se destacan: la teoría crítica, la medicina social, la salud colectiva, los determinantes sociales de la salud, el enfoque de género y la teoría de la complejidad, campos que contribuyen a una forma diferente de trabajar la salud pública, que reivindica la importancia de los sujetos en el abordaje de los problemas de salud. Asimismo, es preciso trascender el conocimiento dirigido por la razón tecnológica hacia la multiculturalidad, en las cual se aceptan los otros saberes como válidos para la construcción del conocimiento.

----- *Palabras clave:* salud pública, enfoques, salud-enfermedad-atención-muerte, corriente crítica, género, complejidad, determinantes, medicina social.

Abstract

This article discusses the possibility of a different way from traditional to raise health problems in public health context, answering its guiding question: How the contemporary approaches to public health help to understand it and size its projection in the coming years? Initially, we will make a brief characterization of conventional public health, in order to show its limitations to answer people's health problems. Then we enter to the contemporary approaches or tendencies, specifically those developed in the critical school framework, because it's on them where the approaches that significantly contribute to the health public conformation converge. Among the selected currents we have: the

critical theory, the social medicine, the collective health, social determinants of health, the gender approach and the complexity theory, approaches that contribute to a different way of public health working and to have always in mind the importance of the subject in the boarding of health problems. Likewise, the technologic reason directed knowledge must be changed in order to reach the multiculturalism, this accepting other knows as valid to the construction of know.

----- *Key words:* public health approaches, health-disease-care-death, critical current, gender, complexity, determinants, social medicine.

Introducción

El punto de partida del presente trabajo es la caracterización de la salud pública (SP) convencional, de la cual se resalta su origen como una rama de la medicina que fundamentó su paradigma científico en el marco de la expansión capitalista, principalmente, en el control de enfermedades en las zonas productoras, de ahí, se constituyó en una disciplina con gran desarrollo técnico y estrechamente relacionada con las políticas estatales. De esta forma se conformó y fue dotada de acción práctica, lo que le permitió enfrentar con éxito algunos problemas de salud, aunque se queda limitada para resolver otros como la violencia, las enfermedades crónicas y mentales, entre otras. Estos problemas se derivan del neoliberalismo y del globalismo, en la medida en que la reorganización del capital a escala mundial conduce a la hiperconcentración de los recursos naturales, económicos, financieros, militares, políticos, de información y de conocimiento; con la consabida exclusión de una gran población, de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades [1]. Dichas situaciones, si bien permiten vislumbrar las limitaciones de la SP para dar una respuesta adecuada a las problemáticas de salud, también impulsan la búsqueda y el aprovechamiento de las contribuciones de enfoques que propongan otras formas de comprender el sistema salud-enfermedad-atención-muerte como algo complejo e inmerso en la trama social.

Por otro lado, si se tiene en cuenta que la salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”, se corre el riesgo de hacer una reducción del conocimiento necesario para la acción a lo planteado por la investigación positivista; puesto que, depende de la definición que se acepte de SP, en ese sentido se abordará el objeto de estudio [2]. Es así como, lo ideal es considerar una noción de SP que construya el conocimiento de la realidad como una totalidad, en tanto conciba las relaciones internas y externas necesarias para tener un dominio amplio de ella sin dejar de lado las percepciones y las preconcepciones de los sujetos respecto al proceso de salud-enfermedad-atención, además de reconocer a los mismos como seres activos dentro de los problemas de salud y, por tanto, partícipes de la solución.

La salud pública convencional

Las categorías filosóficas, teóricas, metodológicas y prácticas de la SP convencional, que permiten explicar y comprender sus desarrollos y limitaciones, al tiempo que contribuyen a vislumbrar los planteamientos de una SP alternativa, son las siguientes:

- Presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte para explicar la salud;
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social;
- El poder del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad.

En términos de Granda, la SP con estas características es considerada *enfermología pública* [4]. Aunque han existido otros fundamentos, éstas se impusieron a lo largo del siglo XX y dejaron de lado otros planteamientos que hubiesen podido aportar de manera relevante a la SP convencional, que consideraron de forma parcial y sesgada. Un ejemplo de ello, es la medicina social del siglo XIX, surgida principalmente en Francia, Alemania e Inglaterra, a partir de la cual se pudo comprender que la crisis de la salud es un proceso político y social y la manera de enfrentarla es mediante la búsqueda de la democracia, la equidad y la fraternidad [5]. Las actuales corrientes de la medicina social retoman estos aspectos.

Sin embargo la SP convencional no integró los fundamentos teóricos ni ideológicos de ésta, ni de otras propuestas para lograr una transformación, sino que, conservando el marco de la enfermedad, tomó las teorías de la prevención para la instauración en las universidades de los departamentos de medicina preventiva y aceptó la propuesta de medicina comunitaria, desarrollada en Estados Unidos. Igual sucedió con los fundamentos de la promoción de la salud, la atención primaria en salud, entre otras [3]. En otras palabras, la SP, retoma de forma tangencial los aportes de otros movimientos o los direcciona hacia el fortalecimiento y conservación de su estructura basada en la enfermedad y la muerte.

Dados los desarrollos y los logros alcanzados por la medicina clínica en la enfermedad individual, se concibió que la SP podría conformarse con el fin de dar cuenta de la enfermedad de los colectivos, desde un campo diferente al de la clínica, el cual se dedique a buscar las causas de las enfermedades más allá del cuerpo humano. Así, la SP se encarga del riesgo y de la prevención de la enfermedad en la población, por medio de la tecnología y del poder del Estado, pues existe la convicción de que la razón instrumental y el Estado basado en el conocimiento científico, tienen la capacidad de resolver los problemas de cualquier índole, sean sociales, culturales, políticos o económicos [4].

La SP tradicional, basada en el estructural-funcionalismo, considera a la población como objetos, más que como sujetos de estudio, que actúan de acuerdo con la función dada por la estructura o el sistema social y que pueden abordarse con métodos positivistas, que hacen una lectura de la realidad de esos objetos por medio de la razón tecnológica o instrumental. La SP tradicional se reduce a: “una buena expresión de una disciplina cien-

tífica moderna, una forma de orden del mundo y, a su vez, la enfermedad de la población es transformada en objeto de la ciencia, posible de intervención, de transformación, de modelación, de producción” [4]. La SP tradicional, permanece así, primordialmente, en el campo de la enfermedad sin trascender hacia el de la salud [6, 7, 8, 9], razón por la cual se ha quedado limitada para dar respuesta a problemas de salud propios de una realidad cambiante y compleja.

Limitaciones de la salud pública convencional

De acuerdo con Quevedo, las estructuras metodológico-conceptuales adoptadas desde el comienzo de la modernidad por la SP, aún subyacen en el fondo de las concepciones actuales y son obstáculos epistemológicos que no permiten su avance [8]. Al no superar los problemas epistemológicos no ha podido conformar prácticas que den respuesta a las necesidades en salud de la población, a lo que se suma que, en el contexto neoliberal, el Estado está cada vez más debilitado, lo que permite la injerencia de lo económico sobre todos los aspectos de la vida social, política y cultural. Es por esto que la SP ha venido perdiendo campo de acción, en la medida en que no representa rentabilidad económica para las industrias enfocadas en la salud [10].

En este sentido, Nijhuis HG y Van Der Maesen consideran que las limitaciones pueden estar en que los debates con respecto a los enfoques de la SP están circunscritos a lo metodológico-científico y dejan de lado fundamentos filosóficos como las nociones ontológicas que subyacen en cada abordaje [11]. Además, la SP se enfrenta a la disociación entre la necesidad apremiante de accionar hacia la prevención, la lucha contra las enfermedades y la disminución de las inequidades, así como a la hegemonía y la fuerza del pensamiento médico (dada por el complejo médico industrial). De esta manera, los individuos asumen la salud como el producto de comportamientos y decisiones individuales, enmarcadas en el nivel de vida que poseen y en la capacidad de acceder a servicios de salud, en los que se ofrezcan las nuevas técnicas terapéuticas y diagnósticas [12, 13].

Asimismo, Menéndez plantea que lo central en las dificultades de la SP es la determinación que hace de ésta el modelo teórico-metodológico, el cual actúa con la intermediación de las estructuras de poder político y económico, lo que limita su intervención efectiva en los problemas de salud, al predominar la tendencia biologicista y su clara relación con “las industrias de la salud y de la muerte” [14]. Aunque desde la SP se reconoce que ha habido cambios económicos, políticos e ideológicos, las condiciones estructurales de ésta se han mantenido sin cambios significativos [14].

Otros autores como Tejada [15], consideran que la internacionalización de lo económico, la globalización y el globalismo [16], han llevado a una clara desventaja de los países subdesarrollados, pues los efectos económicos y sociales de la imposición de patrones de producción y de consumo, sin tener en cuenta el contexto local, permiten la concentración del poder económico y político en unas pocas manos, tanto en el ámbito internacional como nacional. Aspectos que contribuyen a la agudización del conflicto social, surgido en gran parte de la marginación de un sector de la población, la pauperización de la clase media, el creciente distanciamiento entre el Estado y la sociedad civil, la poca atención a las voces de la población al momento de identificar e intervenir los problemas más apremiantes y la disminución del poder del Estado [15].

Asuntos que son compartidos por Granda, quien considera que el neoliberalismo ha contribuido a la acumulación y a la concentración del capital de forma rápida y eficiente y, en esa medida, ha aumentado la pobreza, la exclusión y las inequidades en gran porcentaje de la población. Además, el Estado que debe ser el garante de la salud de la población, cada día se debilita más y cede sus funciones al mercado [4]. Por tanto, la SP se ve jalonada por fuerzas que intentan darle distintas direccionalidades o sentidos, esto hace que sea más difícil dar respuestas acertadas a estas fuerzas, así como mejorar las condiciones de salud de la población.

Para otros autores [17, 18], el problema que entraña la SP es la fragmentación del conocimiento disciplinario, dado por la especialización y subespecialización de éste. O sea, que mientras más especializada es una ciencia y mejor estructurada metodológicamente se encuentra, se convierte en una red intrincada de leyes que la alejan de los verdaderos problemas ontológicos que le son inherentes [19]. Este distanciamiento no permite que el investigador tenga una aproximación a su objeto de estudio, desde una perspectiva compleja y contextualizada, en el entramado de las relaciones micro y macro que están influyendo tanto en el objeto de estudio como en el investigador mismo. Por esto, se plantea la necesidad de comprender la realidad del proceso salud-enfermedad como un acontecimiento humano y social, de ahí que se requiera de nuevas miradas para abordajes múltiples e interrelacionados.

Asimismo, desde la definición tradicional de la SP, ésta limita su quehacer en una realidad cambiante y en continua evolución. Por tanto, es necesario hacer una reflexión más allá de la enfermedad, de la medicina, repensar el saber y la práctica de la SP, inmersa en el entramado social y relacionada en lo político, económico, cultural, filosófico y ético del mundo globalizado e interrelacionado [20].

¿Cómo los enfoques contemporáneos en salud pública ayudan a comprenderla y a dimensionar su proyección en los próximos años?*

Frente a este panorama de reformas, de avances tecnológicos y desarrollos económicos, que se contrastan con el aumento de las inequidades, las condiciones de salud y la prestación de servicios médicos en estados deplorables, al igual que una sociedad con pocas condiciones para promover medidas tendientes a lograr el bienestar general y, asimismo, una adecuada calidad de vida, por ello, se hace necesario avanzar en la configuración de la SP mediante la inclusión de perspectivas contemporáneas que aporten a las posibilidades de comprensión de la complejidad y la interrelación de los problemas de salud, sin desconocer los aciertos y errores del pasado [10]; no obstante, es preciso tener en cuenta que la SP, su objeto de conocimiento, saberes y prácticas se modifican de acuerdo con los cambios que sufra el entramado de relaciones [21, 22]. Dentro de estas tendencias se destaca la corriente crítica, dado que en ésta se engloban las propuestas contemporáneas más reconocidas, como la medicina social, la salud colectiva, los determinantes sociales, el enfoque de género y la teoría de la complejidad. De éstas se hará un esbozo y se plantearán sus aportes principales a la SP alternativa [4].

Corriente crítica o ciencia crítica

El origen del pensamiento crítico se ubica en la época de filósofos como Spinoza, Rousseau, Kant, Hegel, Marx, entre otros; autores que, de una u otra forma, utilizaron y acuñaron el concepto de criticidad en el sentido de lograr una autodeterminación y la posibilidad de encontrar opciones abiertas para la acción de los agentes [23]. En los años 30, en la Escuela de Frankfurt, se dieron los primeros intentos por definir y conceptualizar la teoría crítica, la cual es la base de la corriente crítica; ésta, a su vez, comprende los distintos campos en los que el pensamiento crítico ha sido empleado a partir del siglo xx. Es una alternativa a los enfoques convencionales de la ciencia, una forma diferente de teorizar, investigar y actuar en el campo científico [23]. La crítica siempre se dirige hacia cosas o hechos que puedan ser modificadas por el sujeto y lograr una transformación social [23, 24].

La corriente crítica, en la última mitad del siglo xx, ha mostrado una amplia expansión, reflejada en las diferentes perspectivas y las disciplinas que la aplican. Su expansión puede indicar la insatisfacción ante la exclu-

sión social que producen los sistemas socioeconómicos, políticos y de la ciencia positivista, la cual se proclama como la única y verdadera fuente de conocimiento [23]. Puede ser vista, también, como un desafío a las relaciones de poder en los distintos ámbitos de la sociedad, así como la búsqueda, desde la perspectiva materialista dialéctica, de alternativas diferentes a las hegemónicas convencionales de conocer y vivir el mundo [23].

Mientras en la teoría tradicional se pretende una relación directa entre el sujeto y el objeto, en la teoría crítica por su parte, se considera que entre estos existen mediaciones como son los procesos sociohistóricos y económicos dentro de los cuales se producen las teorías. Además, el investigador no puede sustraerse totalmente de ese contexto y siempre será parte del objeto social investigado [23]. En este marco confluyen diversas posturas, entre las que se destacan trabajos influenciados por el marxismo, neo-marxismo, la teoría del conflicto, la teoría social crítica, el posmodernismo y el posestructuralismo [25]. Entre los enfoques contemporáneos que aportan a la SP, que retoman como eje el materialismo dialéctico se referencian los siguientes:

La medicina social

Denominada por algunos autores como salud colectiva o nueva SP. Su origen data de la primera mitad del siglo XIX, cuando médicos alemanes relacionados con la búsqueda del bienestar de los pobres, principalmente Virchow, plantearon desde sus desempeños políticos, la importancia de las condiciones socioeconómicas en la determinación y distribución de las enfermedades y, asimismo, que la sociedad es responsable de la salud del pueblo. Más tarde, en el siglo XX, Engels aporta a esta corriente, mostrando la relación entre salud y las condiciones de trabajo de la clase obrera [25].

Este movimiento se centra en resaltar los determinantes históricos y macrosociales del proceso la salud-enfermedad. Las categorías más empleadas en sus estudios son: los modos de producción, la clase social, las condiciones de vida, la carga de trabajo, el perfil de salud-enfermedad, el enfoque de género. En Latinoamérica, los precursores que más la impulsaron, inicialmente, fueron Juan César García y María Isabel Rodríguez, autores que han aportado a la búsqueda de una mirada diferente a la SP, quienes buscaron la convergencia de los distintos espacios y temporalidades [25]. Sin embargo, es importante destacar la labor de otros autores como Breilh, Laurell, Almeida da Filho, Castellanos, entre otros [26].

* En este ensayo, se consideran como sinónimos: corriente, enfoque y perspectiva. Se explicitarán algunos enfoques considerados como los más relevantes. No se pretende, por tanto, hacer un análisis exhaustivo de todos los existentes.

En términos amplios, esta corriente tiene unos postulados similares a los de la salud colectiva, aunque el objeto de estudio es diferente; así, para la primera es el proceso salud-enfermedad, y para la segunda, el énfasis está en el estudio de las necesidades sociales en salud de la población [5]. Otros autores consideran que el término de medicina social, desde su propio nombre, está limitado, puesto que no le permite desprenderse de la medicina y de su accionar, así como de su fundamentación teórica [27]. A este respecto, se considera que si bien la denominación que se haga de determinada corriente, la puede estigmatizar o impulsar, en el caso de la medicina social, ha logrado tantos desarrollos en los campos ontológicos, epistemológicos y en la práctica, que sus postulados se solapan y confunden; por tanto, pueden actuar como sinónimos. Se reconocen los aportes de ambas a la reestructuración de SP en lo referente a la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención-muerte y en el impulso del uso de teorías, métodos y técnicas poco conocidos e implementados por ésta.

Los resultados obtenidos, por esta corriente, presentan una alternativa para disminuir las inequidades en salud, plantear la reforma de los sistemas de salud, enfrentar los problemas de género y el análisis de los determinantes micro, macrosociales y políticos que inciden sobre la salud de las poblaciones. Sus contribuciones, para una nueva mirada de la SP, son la contextualización social e histórica de los problemas de salud, el énfasis en la determinación del modelo de desarrollo y de la producción económica en éstos, asimismo, la importancia de la vinculación de la investigación y la formación en el ejercicio político para abordar los problemas de salud contemporáneos.

La salud colectiva

Es una propuesta de consolidación del campo de la SP, encaminada a superar la llamada crisis que ésta enfrenta. En América latina, a partir de los años 70, adquiere una connotación más amplia que la SP tradicional e incluye a la medicina social. Esta corriente permite la identificación de puntos de encuentro entre los enfoques contemporáneos que buscan la renovación de la SP tradicional o institucionalizada, ya sea reconocida como campo científico, como ámbito de práctica, o como actividad profesional. En ese horizonte, pretende incorporar el complejo de la promoción en salud-enfermedad-cuidado, como nueva perspectiva paradigmática que hace más viable la propuesta de salud para todos, mediante la implementación de políticas públicas saludables y el fomento de la participación efectiva de la sociedad, en lo relacionado con la vida, la salud y la enfermedad. La salud colectiva aporta, a la SP, la articulación eficaz de los nuevos enfoques científicos para abordar el complejo

salud-enfermedad-atención, sin desdeñar la historicidad e integralidad de cada enfoque [28, 29]. Además, busca redimensionar el objeto, los instrumentos de trabajo y las prácticas en SP, por lo que considera siempre su articulación con la totalidad social; asunto que abre posibilidades metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo de la SP en el nuevo milenio [28, 29].

Determinantes sociales

Aunque en la década del 60 ya aparece el primer modelo teórico, que se conoce para el estudio de los determinantes de la salud; el concepto de *determinantes sociales en salud* (DSS), propiamente, surge como producto de críticas, con auge entre los años 1970 y 1980, respecto a las intervenciones en salud centradas en la enfermedad y en los factores de riesgo. Estas críticas destacan la necesidad de implementar, en la investigación en salud, un enfoque poblacional y la acción política decidida a mejorar las condiciones sociales de la población, pues estas condiciones son las que mantienen enfermas a las personas y las que se deben mejorar. Basada en estos argumentos, a inicios del siglo XXI, la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), cuyo punto de partida fue el marco general de la determinación social de la enfermedad e, igualmente, retomó el enfoque de la epidemiología social europea [30].

En 2004, en el marco del neoliberalismo, la OMS dio la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud [31]. La propuesta es trabajar sobre las causas estructurales de los principales problemas de salud por medio del conocimiento científico, desarrollado hasta el momento. Rescata las estrategias de salud para todos, planteadas en Alma Ata, y la atención primaria en salud [32]. Esta corriente se enfoca en un concepto diferente al del factor de riesgo, relacionado con el análisis de las inequidades en los grupos poblacionales, por lo cual determinó los elementos estructurales sociales que condicionan la posición que alcanzan y ocupan los individuos en la sociedad, lo cual repercute directamente en los problemas de salud y en los factores protectores de ésta [33].

Un aspecto central, en el estudio de los determinantes y de las inequidades en salud, es el gradiente de salud, entendido como la confirmación de que los grupos más pobres tienen unas condiciones de salud diferentes a las de los otros grupos de la sociedad, de igual forma, que la prevalencia de las enfermedades siguen una distribución similar a la de la estructura social, en el sentido de que, a medida que se baja un escalón en la escala social, se aumenta considerablemente la prevalencia de las enfermedades y los problemas de salud [32]. Existen, actualmente, cuatro enfoques teóricos para explicar las inequidades en salud: la teoría materialista/estructuralis-

ta; la teoría psicosocial; la teoría de la producción social de la enfermedad; la teoría ecosocial [32, 34, 35].

Como aportes fundamentales de esta corriente a la SP se tiene: el estudio de la interacción acumulativa entre exposición, susceptibilidad y resistencia. Destaca la producción social de la enfermedad teniendo en cuenta las inequidades raciales, étnicas, de género y las dadas por la posición socioeconómica. Analiza el impacto biológico de las privaciones y dificultades económicas sobre todo en la vida temprana. Hace un llamado a la necesidad de pensar de forma crítica y sistemática las relaciones entre la existencia social y biológica y la producción de enfermedades, dando luces para la acción efectiva en SP, pues como lo plantea Nancy Krieger, “la teoría, sin acción es una promesa vacía”. Asimismo, destaca la importancia de estudiar concienzudamente quienes son los responsables y principales beneficiados con las inequidades sociales en salud [35].

Sin embargo, esta corriente tiene sus críticos en el marco de la medicina social, entre ellos Jaime Breilh, quién argumenta que la CDSS tomó una “postura neocausalista”, por tanto, los determinantes son vistos como simples factores de riesgo con relaciones externas entre sí, pero no hay un análisis profundo de éstos como procesos históricamente estructurados. Así, sólo se podrá influir en ellos de forma aislada y no sobre procesos estructurales [36].

Enfoque de género

El enfoque de género, en el marco de la teoría crítica, se fundamenta en la visibilización de las relaciones de poder y subordinación, determinadas por la diferencia sexual y las relaciones entre mujeres y hombres. Se utiliza el género como categoría de análisis y como determinante de salud [37]. El impulso de este enfoque se emprendió con el fin de diferenciar las construcciones socioculturales de las biológicas, asunto que propicia una mejor comprensión de la realidad social y política. Muestra que las características consideradas como femeninas o masculinas son adquiridas mediante un complejo proceso individual, social y relacional, mas no se derivan naturalmente del sexo biológico. Con estas argumentaciones se controvierte el determinismo biológico y, así, comenzar una lucha por la igualdad y la justicia social de las mujeres [38].

El género, al igual que la clase social, son dimensiones de toda organización humana, pues existen variables socioculturales e históricamente construidas, las cuales permiten que las diferencias sexuales biológicas tomen una dimensión social. Los sujetos no nacen biológicamente predeterminados a vivir bajo cierta relación con los sistemas sociales, a poseer privilegios o desventajas, a cierta manera de distribución de poder y con marcas

claras de cómo desarrollar sus posibilidades afectivas, intelectuales, psíquicas y de salud, sino que las características biológicas que cada uno posee se recogen como un recurso ideológico para construir, mantener y justificar las desigualdades en todos los campos. Aspectos que llevan a pensar que no es sólo en lo físico o en lo biológico donde se encuentran las respuestas a las desigualdades e inequidades de género, sino, más bien, en el orden social, cultural, simbólico e ideológico, donde pueden encontrarse respuestas viables [39].

Este enfoque, parte de estos presupuestos para hacer una crítica a la forma como se han enfrentado tradicionalmente los problemas de salud-enfermedad-atención y pone de manifiesto la necesidad de reconocer las diferencias entre el hombre y la mujer para definir los riesgos en salud y en la aplicación de medidas sanitarias, así como en el desarrollo e implementación de políticas y programas, con el fin de alcanzar la equidad de género, lo que implica tener presente la influencia de las estructuras biológicas, sociales, culturales en el estudio de los problemas de salud, ya que estos no se manifiestan de la misma manera en hombres y mujeres. Aunque existen desigualdades previstas por lo biológico (fisiológicas y anatómicas), difíciles de evitar o de modificar; existen, también, inequidades en salud que son propiciadas y definidas desde lo social, que pueden ser evitadas mediante el fomento de la igualdad de derechos, la promulgación de leyes, políticas y programas en salud con equidad de género [40].

Señala también, los riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas, la percepción de la enfermedad, las conductas de búsqueda de atención, el grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud. En este sentido, el hombre es visto como sujeto activo en los procesos de salud-enfermedad-atención-muerte y como responsable del mismo; de esta forma, se evita la reducción de la inclusión de éste en los procesos de SP como aquel que debe contribuir al beneficio de las mujeres [40, 41].

Teoría de la complejidad

El origen de esta corriente tiene distintas fuentes y presupuestos científicos, pero la mayoría coinciden en los siguientes:

- Establecer una ruptura con el pensamiento lineal propio de las ciencias naturales desde su inicio hasta ahora;
- reconocer el valor y los desarrollos del conocimiento científico e integrarlos a los nuevos conocimientos, por lo que supera la mirada limitada y fraccionada. El conocimiento es limitado, sus límites son poco claros e imprecisos y difíciles de detectar por el ojo

humano, por esto la realidad puede ser considerada como impredecible;

- la materia vive en constante movimiento, se autoorganiza y existen en ella tanto el orden como el desorden, los cuáles no se producen en línea recta sino en forma de bucles, torbellinos o turbulencias, donde emergen estructuras nuevas, superiores, diferentes a las originales, con momentos de avances y retrocesos, de ahí su base en el materialismo dialéctico.- Principio de autosimilaridad, la parte se encuentra en el todo y viceversa;
- los fenómenos complejos como la realidad social, son muy sensibles a pequeñas variaciones en condiciones iniciales; por lo tanto, los cambios por insignificantes que sean pueden conducir a transformaciones sustanciales [42, 43].

En esta corriente se pasa a otro escenario de la crítica, en el cual la dialéctica ya no es la protagonista, pero continúa teniendo sentido, ya que es abarcada, retomada y enriquecida con otras vías epistemológicas. La crítica contenida aquí requiere del conocimiento complejo, que tiene en cuenta la historia, la ciencia, la tecnología, el sentido que manifiesta la globalización-localización y los efectos que pueden tener estos aspectos sobre los procesos sociales [44].

Este enfoque considera que la realidad tiene una dinámica caótica, ambigua, borrosa, y que no sigue el orden, la armonía, la perfección propia de la simplificación. Por tanto y, como aportes a la SP alternativa, favorece la visión holística, transdisciplinar, valora la emergencia de categorías como: las relaciones, la conectividad, la retroalimentación, la flexibilidad y rescata la importancia del cambio, sobre todo el relacionado con las condiciones iniciales del contexto donde suceden los fenómenos. Aspectos, que pueden contribuir para mejorar el abordaje holístico, integral y humanista de los problemas de salud [42].

Asimismo, el proceso salud-enfermedad-atención-muerte, abordado desde este enfoque, contrasta lo irregular, lo caótico, lo contradictorio de este fenómeno, con lo planteado desde el positivismo como algo lineal, predecible, ahistórico. La perspectiva de la complejidad aporta a la SP la capacidad de unir e integrar, respetando la diversidad y el pluralismo. Reconoce que el conocimiento científico tiene sus límites, los cuales pueden ser ampliados o mejorados con la incorporación de las contribuciones de diversas disciplinas, que los fenómenos en general, entre ellos los relacionados con la salud, no son predecibles.

Plantea, además, que no pueden alcanzarse conocimientos de forma fragmentada, que actúen al margen de lo político, lo económico, lo cultural, lo religioso y lo social, puesto que, así no se logra ahondar en las interpretaciones culturales ni en el análisis y comprensión de

los comportamientos, actitudes, creencias, conocimientos, valores del proceso salud- enfermedad, por parte de los sujetos ni de los determinantes del mismo, aporte de gran valor en la conformación de la SP alternativa [45, 46, 47]. Todos estos elementos mencionados, son aportes que de ser aprovechados por la SP, ésta puede ampliar sus marcos conceptuales y abordar los problemas de salud de forma contextualizada, acorde con una realidad en movimiento, en continua evolución y unos sujetos actuantes y conscientes de su papel en la transformación de las condiciones de salud.

Conclusiones

Las distintas corrientes revisadas hacen importantes aportes a la concepción de la SP alternativa desde lo epistemológico, lo ontológico, lo teórico y en el accionar. Entre estos se encuentra el llamado a que este saber supere el reduccionismo instrumental y considere los objetos de la SP como entidades complejas, multidimensionales, irreductibles y con relación entre lo micro, meso y macro; la realidad como acontecimiento histórico-crítico y con un sujeto activo que la crea y la recrea. Por tales razones, entender que los objetos de la SP y sus medios de trabajo, son históricos y sufren cambios, de acuerdo con las modificaciones dadas por los aspectos económicos, políticos, culturales e ideológicos; de ahí que deba considerarse el objeto de la salud pública de forma dialéctica, pues sus características son tanto simples como complejas, determinadas e indeterminadas, sociales y biológicas, generales, particulares y singulares.

La SP alternativa, asumida como una transdisciplina o como un campo transdisciplinar, no permite que persista la división entre las ciencias naturales y las sociales, sino que alcanza la comprensión de su objeto de estudio, mediante la integración de las disciplinas y de los distintos niveles de la realidad. Así, puede conocer los fenómenos, sus raíces, sus causas, para lo cual configura un marco conceptual amplio y articulado, asimismo, incluye la educación y la práctica para lograr el cambio de la situación de salud de la población.

La conformación de la SP alternativa, requiere del trabajo y compromiso de todos los interesados en mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, pues como lo plantea Granda: “el problema inaugural radica en la dificultad de definir las estrategias que permitan acumular la suficiente fuerza o poder de diferente calidad, necesario para pagar las deudas de enfermedad y muerte del pasado, evitar que éstas crezcan como hasta ahora lo hacen y, al mismo tiempo, propiciar nuevas acciones que abran horizontes diferentes de salud y de vida; esto en un momento de crisis económica, política e ideológica que dificulta aún más el trabajo”. Es perentorio, utilizar metodologías y marcos conceptuales que

ayuden a captar los determinantes sociales, las diferencias de género, de etnias y, así, se tengan en cuenta las percepciones y la participación de los sujetos.

Es importante entender las directrices que se dan en el manejo de los problemas en salud y cambiar las intervenciones técnico-normativas, que establezcan una relación distinta con las políticas en salud, las instituciones sanitarias y en general con las estructuras existentes en el campo de la SP. En síntesis, el saber en SP tiene que cambiar, desde el conocimiento dirigido por la razón tecnológica, hasta la multiculturalidad, de tal modo que sean aceptados los otros saberes como válidos para la construcción del conocimiento; de ahí, se abre la posibilidad de una ecología de saberes para elaborar intervenciones más acordes con las necesidades de los sujetos, por tanto, que sean eficaces, equitativas y concertadas con la sociedad.

Referencias

- López-Arellano O, Blanco-Gil J. Políticas de salud en México. La Reestructuración neoliberal. En: Jarillo-Soto E, Guinsberg E, editores. Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: El lugar; 2007. p. 21-48.
- Dardet C. La salud pública. España: Universidad de Alicante; 2000.
- Granda E, editor. Quo Vadis Salud Pública? II Conferencia Nacional en Salud Pública Lima: Foro Salud; 2004.
- Granda E. Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. En: Granda E, editor. La salud y la vida. Quito: Alames, Universidad de Cuenca, Conasa, OPS/OMS; 2009. p. 69-81.
- Almeida-Filho N, Silva-Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales 1999; 1:25.
- Jarillo-Soto E, López-Arellano O. Salud Pública: Objeto de Conocimiento, Prácticas y Formación. Revista de Salud Pública 2007; 9: 140-54.
- Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 2000; 18(2): 83-100.
- Quevedo E. El proceso salud enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. Seminario permanente Salud y administración [Seminario]. En prensa 1990.
- Zarzoso A. Los orígenes de la salud pública: ¿Una cuestión política y económica? Consideraciones historiográficas a propósito del libro de Christopher Hamlin. Asclepio 2000: 283-295.
- Torres M. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Revista Cubana de Salud Pública 2007; 33.
- Nijhuis H, Van-der-Maesens L. Continuing the debate on the philosophy of modern public health: social quality as a point of reference. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 134-142.
- Tarride M. La salud pública: Una complejidad anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Sandoval H. Situación y tendencia de la salud Pública. En: OPS, editor. La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p.169-181.
- Menéndez. E. Salud Pública: Sector Estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: OPS, editor. La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p. 103-122.
- Tejada D. Salud Pública y atención primaria: Una evaluación crítica. En: OPS, editor. La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p.173-183.
- Beck U. ¿Qué es la Globalización? Falacias del globalismo, respuesta a la Globalización. Barcelona: Paidós; 1998.
- Solis G. Notas para la construcción de una visión sociológica de la salud y la enfermedad. Revista Universidad de Guadalajara 2002: 45-50.
- Díaz J. La Transdisciplinariedad compleja como referente teórico para el abordaje del proceso salud enfermedad. Investigación en Salud 2005: 24-28.
- Martínez M. Transdisciplinariedad y Lógica Dialéctica. Un enfoque para la complejidad del mundo actual. Conciencia activa 2003: 107-146.
- Ponte C. Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente: salud y Ciudadanía, teoría y práctica de la innovación; 2008.
- González E. La salud pública como campo transdisciplinar. Rev Fac Nac Salud Pública 2007; 25(1): 71-77.
- Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- Cebotarev EA. El enfoque crítico: Una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud 2003; 1(1): 4-28.
- Bonb W. ¿Por qué es crítica la teoría crítica? En: Leyva G, editor. La teoría crítica y las tareas actuales de la crítica. Iztapalapa: Antropos; 2005. p. 47-83.
- Mercado F. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. International Journal of Qualitative Methods [revist en Internet] 2002; 1(1). Disponible en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_1Final/pdf/mercadospanish.pdf
- Gastaldo D, Mercado-Martinez FJ, Ramasco-Gutierrez M, Lizardi-Gomez A, Gil-Nebot MÁ. Qualitative Health Research in Ibero-America: The Current State of the Science. Journal of Transcultural Nursing 2002;13 (2): 90-108.
- Pelcastra-Villafuerte B. Los modelos de la salud pública a lo largo de un siglo. Higiene 2003: 34-41.
- Silva-Paim J, de-Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública 1998; 32: 299-316.
- Silva-Paim J. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. En: OPS, editor. La Crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p. 151-167.
- Organización Mundial de la Salud. Commission on Social Determinants of Health. 2005. Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences. Washington: OMS; 2005.
- Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. PloS Medicine 2006; 3(6): 106.
- Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Gerencia y Políticas de Salud 2009: 869-879.
- World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2007.
- Ramis RM, Sotolongo PL. Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Revista Cubana de Salud Pública 2009; 35: 65-77.

- 35 Krieger N. Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 668-677.
- 36 Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. En: Breilh J, editor. *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. México D.F: Alames; 2008.
- 37 Velásco S, editor. *Género y salud. Diploma de Especialización de Género y Salud*. Madrid: Instituto de la mujer, módulo de trabajo y asuntos sociales; 2006.
- 38 Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población* 1999. p. 147-178.
- 39 Cervantes A. Identidad de género de la mujer: tres tesis sobre su dimensión social. *Frontera Norte*. 1994; 6(12): 9-23.
- 40 Nuñez M. *Los estudios de género en Cuba y sus aproximaciones metodológicas, multidisciplinarias y transculturales (1974-2001)*. La Habana: CEMI; 2002.
- 41 Borrell C, García-Calvente MdM, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18: 2-6.
- 42 Betancourt JA, Ramis A, Rina M. Apuntes sobre el enfoque de la complejidad y su aplicación en la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2010; 36(2): 160-165.
- 43 Morin E. *La Mente Bien Ordenada. Repensar la Reforma. Reformar el Pensamiento*. 3ª ed. Barcelona: Editorial Seix Barral; 2001.
- 44 Munné F. *La crítica epistemológica en la psicología social del traspaso de siglo*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1998.
- 45 Villasana PE. La investigación en salud pública: De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. *Revista Cubana de Salud Pública* 2007; 33(4).
- 46 Jara MI. La investigación en salud pública: una reflexión epistemológica desde las ciencias de la complejidad. *Rev Gerenc Polit Salud* 2009; 8(16): 32-56.
- 47 Ramis A, Rina M. Complejidad y salud en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública* 2007; 33(4).