

## EL MITO DE LA SALUD COLECTIVA

CARLOS MARIO URIBE S.\* MARTHA CECILIA ARBELAEZ R.\*

**RESUMEN:** URIBE, CARLOS MARIO; ARBELAEZ, MARTHA C. "El mito de la salud colectiva". Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(1): 29-33, 1997.

*Este artículo presenta una visión crítica de lo que ha sido la atención en salud de las comunidades en general. Para definir el concepto de salud colectiva es fundamental partir de categorías que nos permitan comprender el concepto en forma amplia como son: el lenguaje, la significación y las representaciones; aspectos éstos trabajados desde la lingüística. Reconocer las diferencias que se presentan entre las palabras y los hechos, lo que nos pone al frente del mundo de las significaciones.*

*La salud ha sido mirada, a lo largo de la historia de la humanidad, desde una óptica biológica, donde lo social es un factor tangencial a intervenir, sin profundizar en sus relaciones con el proceso de salud-enfermedad. Para alcanzar niveles adecuados de salud en los colectivos humanos, es necesario obtener satisfactores de vida adecuados que permitan alcanzar dicho objetivo.*

*Se busca cambiar la orientación tradicional que asimila el concepto de salud a la ausencia de enfermedad, para lo cual se debe reconocer las relaciones con las políticas macroeconómicas a las que esté ligada, los procesos de participación (establecidos en nuestra Constitución de 1991), así como la legislación ligada a los procesos de descentralización en salud para poder asumir un nuevo rol donde se acepta la existencia del otro como actor activo con autonomía y poder.*

**Palabras Claves:** Salud colectiva, salud-enfermedad, significación, representaciones, participación.

**ABSTRACT:** URIBE, CARLOS MARIO; ARBELAEZ, MARTHA C. "The collective health myth". Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(1): 29-33, 1997.

*The article shows a critical view of the community health care systems from the past to the present. To define the collective health concept, it is basic start to work the significance of three linguistic categories, they will give us a wider knowledge of the previous concepts from: the language, the meanings and the various interpretations, we have to recognize the differences that appear between word and facts and they will show us, the world of meanings.*

*Trough out the mankind history, health has been viewed only from the biologist optics. The social component has had a tangential participation and it has not been deeply identify the relation ship between the former and the health-sickness process. In order to obtain appropied levels of health in different human groups, it is imperative to solve their basic needs.*

*We have to change the traditional health concept that defines It as the mere absence of disease. It's also necessary to recognize the relationship between health and the macroeconomics politics, to practice the community participation principles stablished in our political constitution (1991); and to apply all the laws related with the decentralitation of the health processes, in which the people plays an active roll with their basic rights and duties.*

**Key Words:** Collective health, sickness-health, meaning, representations, participation.

"Los mitos que uná sociedad instituye son cristalización de significación que operan como organizadores de sentido en el accionar, el pensar y el sentir de los hombres y las mujeres que conforman esa sociedad, sustentando a su vez la orientación y la legitimidad de sus instituciones..."  
(1)

Gracias a nuestra condición de seres humanos podemos representarnos la realidad a través del lenguaje, como sujetos que somos de la cultura, del orden simbólico, de las representaciones y de los significados.

En el desarrollo histórico del hombre hemos visto cómo los lingüistas se han encargado de esclarecer el hecho de la gran arbitrariedad y el abismo insondable que existe entre la palabra y la realidad, sin embargo es innegable el hecho que nos movemos en el mundo gracias a estos conceptos e imaginarios que vamos construyendo a través de esa red de relaciones y de interpretaciones de los diferentes hechos e ideas que conforman nuestro entorno. Conocer la realidad tal como es, no deja de ser sólo una ilusión a la cual es hora de renunciar para reconocer el hecho de

\* Odontólogo, Magíster en Salud Colectiva. Profesor Asociado Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

\*\* Psicóloga U. S. B., Magíster en Salud Colectiva U. de A. Coordinador Programa del Adolescente. Municipio de Rionegro (Antioquia).

que nos movemos en un universo de representaciones; y en este mundo de conceptos podemos encontrar uno que ha tenido variaciones a lo largo de la historia de la humanidad como es el concepto de salud.

Cada época o momento histórico ha conceptualizado la salud y la enfermedad de alguna manera y esto ha determinado las prácticas y el ejercicio del saber al respecto. La conceptualización de la salud y la enfermedad ha pasado por diferentes momentos, desde la adivinación de los síntomas en el chamanismo, el desequilibrio de los humores y los cuatro elementos (tierra, mar, fuego y aire) hasta el desarrollo de la semiología, epidemiología, fisiopatología, antropología y demás disciplinas que han contribuido a la significación que hoy se tiene de ellos. (2)

La salud, históricamente ha sido mirada con una óptica meramente biológica donde los aspectos psíquicos, sociales y culturales poco han incidido en su definición. Tal concepción, como afirma Quevedo (3), ha conducido especialmente en el último siglo, a la consideración de la salud y de la enfermedad como estados fácilmente delimitables, momentáneos y contrapuestos. La concepción del proceso salud-enfermedad ha evolucionado por aproximaciones negativas desde la enfermedad, hasta concepciones más positivas que consideran la calidad de vida como punto de encuentro del producto social (4).

Los nuevos estudios antropológicos han demostrado que la respuesta de los individuos ante un mismo proceso de cambio no es siempre la misma y que existen elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas y en el comportamiento frente a ellos. Es decir, que el contexto social cultural no sólo determina las formas de existencia y adaptación del hombre sino también las formas de representación que el hombre se hace de dichos procesos. La enfermedad en sí es una realidad conceptual que sólo existe dentro de un contexto social y cultural amplio, en el cual adquiere determinadas formas y como tal se la explica y trata.

A partir de estos conocimientos, se ha comenzado a replantear la concepción de la salud y la enfermedad como estados y se propone interpretar éstas como procesos, resultado de la interacción de múltiples determinaciones, todas ellas articuladas en última instancia al proceso social.

La mayoría de los estudios epidemiológicos entienden lo social como un conjunto de factores de riesgo que participan, entre otros más, para que aparezca determinada enfermedad. Estos estudios suponen lo social como cualquier factor biológico, partiendo de una conceptualización tradicional

tanto de la enfermedad como de sus causas. La sociedad y la cultura tanto como la historicidad no son simples factores estadísticos componentes del ambiente y que actúan como factores causales: son el receptáculo en que se da la vida humana que, al mismo tiempo, la atraviesan permanentemente.

La epidemiología social a partir de la categoría reproducción social, enfatiza el vínculo salud y condiciones de vida, por la interrelación biológica, ecológica, conciencia, conducta y procesos sociales (5). A pesar de los nuevos elementos aportados por las diferentes disciplinas que han constituido puntos de fisura para el paradigma moderno, éstos no logran penetrar definitivamente en la práctica de los profesionales de la salud; "aún se mantiene la persistencia de un conjunto de obstáculos epistemológicos que determinan sesgos filosóficos importantes en la representación de la realidad del proceso salud-enfermedad, y que obviamente influyen sobre los modelos de acción que aplicamos para promover la salud y enfrentar la enfermedad". (6)

Los diferentes conceptos sobre la salud y la enfermedad están siempre insertos en el contexto de valores, creencias, conocimientos y prácticas de los grupos; éstos a su vez se enmarcan en el entorno socio-cultural y político de cada época y lugar.

Según la definición entregada por la "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", se concibe la salud como estado de bienestar físico, mental y social, y para que un individuo o grupo lo alcance debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o de adaptarse al medio ambiente (7). Se establecen también requisitos para la salud como son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (denominados satisfactores de vida), sin los cuales no es posible esperar mejoras de salud. Este concepto lleva implícita la definición de la salud como hecho positivo, que debe ser buscado en forma activa por individuos y grupos que poseen un potencial que puede ser reforzado y mejorado para lograr un mejor estado de salud. Según la citada carta, "la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (8). En este contexto, reaparece el interés en las actividades preventivas y educativas y se difunde el concepto de estilos de vida, los cuales se expresan en conductas individuales pero que tienen base cultural, política, social y económica. Esto lleva a destacar la importancia de los cambios de conducta en el camino hacia una mejor salud, lo que a su vez subraya la importancia de la participación para lograr los objetivos propuestos.

Pese a la importancia indudable de los llamados estilos de vida en la intervención del proceso salud-enfermedad, éstos deben ser abordados con precaución de modo de no traspasar la responsabilidad social y política a los individuos. La adopción de determinados estilos de vida, así como los cambios de conducta que se proponen, requieren de un entorno favorable que les dé soporte y permita su expresión.

En América Latina y el Caribe esta propuesta de promoción de la salud no ha tenido suficiente eco; las grandes inversiones se dirigen mayoritariamente hacia los aspectos curativos, la orientación actual de los sistemas de salud responde más al concepto que asimila la salud a la ausencia de enfermedad, sus esfuerzos se centran en el tratamiento de la enfermedad predominantemente desde el aspecto biológico y médico con muy escasas acciones en promoción y prevención. Al respecto Breilh (9), se refiere a la influencia de la propuesta neoliberal de desarrollo, considerando que bajo este esquema "la prevención se debilita y las labores de salud pública quedan focalizadas en la franja de extrema pobreza, en manos de un escuálido y deprimido Ministerio de Salud".

En salud, las estrategias implementadas para una coherencia de la propuesta neoliberal, han sido las impulsadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial: disminución del gasto de salud, focalización del gasto en sectores de pobreza extrema, pseudodescentralización mediante la desconcentración y delegación de funciones menores del aparato central del Ministerio de Salud hacia los gobiernos seccionales, sin la correspondiente transferencia de autonomía de gestión, ni autonomía presupuestaria, ni participación en el poder local.

En Colombia, con la Constitución Política de 1991, se da la reforma de la seguridad social en salud, lo cual es una síntesis de los principios de la seguridad social clásica: solidaridad, integralidad y universalidad; de otra parte recoge principios de la propuesta neoliberal de modernización del Estado con la búsqueda de eficiencia, calidad y libertad de elección de los usuarios. El nuevo sistema incorpora además los principios de la actual reforma administrativa marcada en los últimos 10 años por la descentralización, la autonomía territorial e institucional y la participación ciudadana.

El gran aporte del pensamiento neoliberal al nuevo diseño de seguridad social en salud, ha sido propiciar la libre elección de los usuarios de las diferentes entidades de salud, las instituciones prestadoras de los servicios y los propios profesionales de la salud. La elección que hace el

usuario se basa exclusivamente en el prestigio, la calidad, la oportunidad, o la accesibilidad geográfica que le ofrece a cada usuario la entidad promotora de salud.

En este marco conceptual las entidades promotoras de salud deben buscar las herramientas necesarias para mantener protegida la salud de sus afiliados y beneficiarios, pero al menor costo posible, por lo tanto se ha pensado en acciones preventivas que promuevan hábitos que favorezcan la salud, acciones que prevengan la enfermedad, servicios de atención oportuna y detección precoz de enfermedades en gestación, las cuales aparecen en los primeros balances de gestión como un sobrecosto.

En Colombia, entonces, a partir de la ley 100 se concibe la salud como un servicio, como un derecho del ciudadano a ser atendido por alguna de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales, a su vez, ingresan al sistema de mercado y se rigen por las leyes de la oferta, la demanda y la competencia. La participación del usuario se reduce al reclamo por la calidad de los servicios y a la responsabilidad de no enfermarse; el Estado asume un papel regulador de los intereses particulares.

Debemos ser capaces de entender los procesos estructurales de larga duración en los cuales estamos inmersos, identificar su tendencia, para de esta manera proyectar la política de tal forma que permita tomar decisiones y establecer procesos estructurales en beneficio de una sociedad más equitativa y democrática.

Debemos entender el proceso salud-enfermedad en la dinámica general de la reproducción social tanto al interior de una nación como en el contexto de las relaciones internacionales, es decir, en el contexto de una economía mundial concreta. De esta manera podríamos definir prospectivamente la política de salud, no para adaptarnos al movimiento de la estructura de poder, sino más bien para intervenir conscientemente en los procesos (10).

Desde 1977 los gobiernos miembros de la OPS, conscientes de la escasa cobertura de los servicios de salud para los grupos de mínimos recursos, han planteado los procesos participativos como una muy buena estrategia para enfrentar el problema; sin embargo el esfuerzo que se registró por institucionalizar la participación en el sector, a partir de 1989 muestra desarrollos incipientes en la práctica.

La participación comunitaria en su instrumentalización se ha reducido a la colaboración y/o congregación de personas alrededor de programas institucionales; se ha promovido para fines

específicos de salud, de manera aislada y sin tener en cuenta otras formas organizativas para el desarrollo que coexisten en un mismo espacio. "Si el sector salud se propone actuar sobre la participación social, debe reconocer el contexto más amplio en el que se desenvuelve la dinámica social, para no equiparar el quehacer social en salud con la atención de la enfermedad, debe fortalecerse el desarrollo local promoviendo las organizaciones locales, donde pueda darse cabida a la autogestión y a las diferentes expresiones e iniciativas de la sociedad civil" (11).

Asumir este nuevo rol implica aceptar la existencia del otro como protagonista activo, permitir la autonomía y entregarle poder. Al respecto Breilh afirma "que no es posible lograr un desarrollo cabal de las organizaciones, un avance del poder popular sin una complementaria transformación estratégica del Estado, una descentralización real que transfiera poder político y recursos autónomos a los gobiernos seccionales y municipales". Según dicho autor cuando se habla de construcción del poder para la población se debe pensar en poder económico, poder político, de convocatoria y movilización, poder técnico del saber académico y popular y el poder administrativo para manejar eficientemente los otros elementos de poder en manos de las organizaciones sociales y no en manos de las entidades complementarias del proceso (Estado y ONGs).

La planeación debe permitir la conjunción de múltiples sectores y disciplinas que superen el enfoque sectorizado; la planeación por problemas permitirá el abordaje interdisciplinario que propenda por la solución de los mismos.

Desde el punto de vista de la acción se necesita un nuevo tipo de prácticas que permita la solución de todos estos problemas. Según la Organización Mundial de la Salud se necesita una nueva raza de profesionales de la salud, unos nuevos sujetos contruidos desde una concepción de la subjetividad, pensada ésta en sociedad, con las contradicciones y conflictos en ella implícitos. (12)

A nuestro modo de ver, los profesionales de la salud del Siglo XXI enfrentaremos el reto de construir una nueva significación de la salud, unos nuevos organizadores de sentido y prácticas sociales que refieren a lo imaginario social no instituido, radical, instituyente siempre, utópico a veces, que da cuenta de la existencia de deseos que no se anudan al poder, que desordenan las prácticas, disciplinan los cuerpos, deslegitiman sus instituciones y en algún momento establecen una nueva sociedad.

## CONCLUSIONES

Para el sector salud en la actualidad se presenta un reto que no pueden pasar por alto las instituciones formadoras como prestadoras de servicios en salud, considerando que las reglas de juego han variado sustancialmente tanto en lo político como en lo económico, las tendencias de lo neoliberal así como los mandatos expresos del Fondo Monetario Internacional, redimensionan el quehacer del sector salud enmarcados en una política clara de productividad. Sin embargo, nuestra carta constitucional provee reglas de juego a la comunidad que la habilitan como actor dinámico en los procesos.

Partiendo del reconocimiento del otro como sujeto inmerso en/y copartícipe del proceso, es posible establecer programas de salud que aborden el problema más allá del campo biológico, reconociendo lo social como factor a tener en cuenta en los procesos.

El profesional de la salud necesita rehacer su esquema superando al meramente biólogo, que le restringe la mirada del problema, con una atención eminentemente individual a espaldas de las políticas internacionales de salud.

## CORRESPONDENCIA:

Dr. Carlos Mario Uribe S.  
Facultad de Odontología  
Universidad de Antioquia

## BIBLIOGRAFIA

1. Castoriadis. En: Fernández, Ana M. "Las mujeres en la imaginación colectiva". Buenos Aires, Editorial Paidós, 1992.
2. Hernández, Mario. Historia y conceptualización en prevención. Congreso Internacional sobre Prevención en Salud. Medellín. Editorial Presencia Ltda, 1,2 y 3 de junio de 1994.
3. Quevedo, Emilio. "La relación salud-enfermedad un proceso social". Salud para la calidad de vida. -Bases para un plan del programa de ciencia y tecnología de la salud. Colciencias, 1993.
4. Frenk, J. La nueva salud pública. En: OPS/OMS. La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate. Washington. Publicación Científica 540, p. 75.
5. Castellanos, P. L. Sobre el concepto salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. Boletín epidemiológico OPS, 10: 1-7, 1990.
6. Quevedo, Emilio. En: Hernández, Mario. Historia y conceptualización en prevención. Congreso Internacional sobre Prevención en Salud. Medellín. Editorial Presencia Ltda., 1,2 y 3 de junio de 1994.

- 
7. Gómez, Paulina. "Promoción de la Salud". Programa de residencia en salud internacional, programa de la salud. OPS / HPA. Abril de 1992.
  8. Breilh, Jaime. "Hacia una propuesta de salud integral, democrática y de alta calidad". Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Cuenca-Ecuador; Marzo de 1995.
  9. Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, 17 a 21 de noviembre de 1986.
  10. Jaramillo, Iván. "El futuro de la salud en Colombia". Ley 100 de 1993. FESCOL / FES. Santafé de Bogotá, 1994.
  11. Velásquez, Fabio. "Poder político y estructura social". Asociación Colombiana de Sociología, Medellín, Agosto de 1986.
  12. Ochoa, Doris y otros. "El Estado delante de la descentralización política y de la oferta pública en participación ciudadana y comunitaria". FESCOL / FES; Santafé de Bogotá, julio de 1993.