

LA ENFERMEDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Miradas críticas y alternativas



JAIME LLAMBÍAS WOLFF

[EDITOR]



RIL editores

LA ENFERMEDAD
DE LOS SISTEMAS DE SALUD:
MIRADAS CRÍTICAS Y ALTERNATIVAS

JAIME LLAMBÍAS WOLFF
(EDITOR)

LA ENFERMEDAD
DE LOS SISTEMAS DE SALUD:
MIRADAS CRÍTICAS Y ALTERNATIVAS



RiL editores

362.1042 Llambías Wolff, Jaime

L La enfermedad de los sistemas de salud:
miradas críticas y alternativas / Editor: Jaime
Llambías Wolff. – – Santiago : RIL editores,
2015.

206 p. ; 23 cm.

ISBN: 978-956-01-0175-4

1 SISTEMAS DE SALUD-CHILE. 2 SALUD PÚBLICA-
CHILE.



LA ENFERMEDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD:
MIRADAS CRÍTICAS Y ALTERNATIVAS
Primera edición: abril de 2015

© Jaime Llambías Wolff, 2015
Registro de Propiedad Intelectual
N° 250.704

© RIL® editores, 2015
Los Leones 2258
CP 7511055 Providencia
Santiago de Chile
☎ (56) 22 22 38 100
ril@rileditores.com • www.rileditores.com

Composición, diseño de portada e impresión: RIL® editores

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN 978-956-01-0175-4

Derechos reservados.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
DESIGUALDAD EN SALUD: LA MAYOR EPIDEMIA DEL SIGLO XXI Joan Benach Montse Vergara-Duarte Carles Muntaner	15
ECONOMÍA POLÍTICA Y MODELOS DE INTERACCIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD Ernesto Báscolo Natalia Yavich.....	27
EL CIENTIFICISMO CIENTÍFICO Y LA MEDICINA Mario Parada Lezcano	41
EQUIDAD EN SALUD: CONCEPTOS Y PERSPECTIVAS Nivaldo Linares-Pérez Oliva López-Arellano	61
LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA DESDE LAS CIENCIAS DE LA COMPLEJIDAD María Inés Jara-Navarro	79
EL MODELO DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL: SU APOORTE Y DESAFÍOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD Báltica Cabieses Margarita Bernales Alexandra Obach Andrés Maturana	99

COMUNICACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO COMUNITARIO EN SALUD Hernán Díaz Washington Uranga.....	125
SALUD PÚBLICA, SALUD COLECTIVA, OBJETO, PRÁCTICA Y FORMACIÓN Edgar C. Jarillo Soto Oliva López Arellano	139
DERECHOS HUMANOS Y SALUD DESDE EL PENSAMIENTO MÉDICO SOCIAL / SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANO Alicia Stolkiner	161
LA CRISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD: PARADIGMAS Y PROPOSICIONES ALTERNATIVAS Jaime Llambías Wolff.....	179
Lista de colaboradores	199

INTRODUCCIÓN

Preguntarse qué es la salud parece una pregunta simple y mundana. Todo el mundo sabe, supuestamente, qué es la salud, por lo que no se necesitaría profundizar. Sin embargo a medida que intentamos responder nos encontramos con que la respuesta no es tan sencilla. Cabe preguntarse: ¿por qué las ciudades están llenas de farmacias? o ¿por qué los hospitales, los profesionales médicos y de la salud y los fármacos apenas contribuyen en una ínfima proporción a mejorar la salud de la población?

Por un lado, la humanidad no ha podido erradicar virus y bacterias, que, se esperaba, iban a estar bajo total control antes del término del siglo XX. Por otro lado, las enfermedades de la pobreza siguen muy presentes en numerosos países y en los sectores vulnerables de países emergentes. Ocurre también que las enfermedades crónicas y de la civilización no logran disminuirse, al contrario, se incrementan, como resultado de las transiciones demográficas y de los modos de vida. El hospital es la catedral del siglo XXI. Simultáneamente, los enormes y rápidos avances de la ciencia impactan la práctica médica y la investigación. Sus consecuencias son además notables en la biotecnología, las manipulaciones genéticas, la fertilización *in vitro*, el aborto, el derecho a la muerte, la eutanasia, los efectos secundarios de las drogas, los trasplantes de órganos, etcétera.

Estos avances científicos y el extraordinario progreso en el campo de la medicina acrecientan, sin embargo, la dependencia del individuo frente a la tecnología, lo que simultáneamente estimula al complejo médico-industrial y de servicios hospitalarios. Tanto los países económicamente desarrollados, como los emergentes, sufren de desfinanciamiento en sus sistemas curativos, productos de una demanda que se acrecienta a la par de sus costos.

Es evidente que las condiciones de vida en los países en desarrollo, y aún más en los países más pobres, son causales de graves problemas

de salud, que requieren de enérgicas acciones de salud pública. También está claramente demostrado el impacto que la vida moderna y la intervención humana sobre el medio ambiente tienen sobre el auge de las enfermedades crónicas. Desgraciadamente, respuestas organizacionales que buscan solo racionalizar los servicios, reducir los costos y hacerlos más eficientes, olvidan o no intentan relacionar la crítica situación actual con los estilos de vida pocos saludables, la mala alimentación, la polución química directa o indirecta, entre otros factores. Además y no menos importante, el propio sistema promueve la dependencia y el consumo de servicios curativos. Se transmutan los valores y las prioridades de salud quedan de manifiesto cuando las personas pasan al estado de pacientes. Esta situación es más onerosa para los fondos públicos y más rentable para la medicina privada.

El debate frente a la crisis supera la clásica dicotomía entre las enfermedades de la pobreza versus las enfermedades de la civilización o entre el sector público y el sector privado. Si bien los modelos de «salud-mercado» y de «Estado benefactor» divergen substancialmente en términos de principios, de políticas y de estructuras organizacionales, comparten esta visión biomédica, que es hegemónica y que se ha institucionalizado. Un paradigma, sustentado en los postulados científicos cartesianos, que ha identificado a la salud con una concepción mecánica en donde la salud-enfermedad es entendida como el buen o mal funcionamiento biológico, analizado y estudiado por las ciencias duras tales como la biología celular y molecular. Por tanto, antes de entrar a debatir este tema es imperativo no solo hacerse preguntas, reflexionar, sino romper mitos y asumir herejías conceptuales.

Es indispensable comprender que la crisis y la reorganización de los sistemas de servicios de salud necesitan de un análisis que supere las interpretaciones mecanicistas ligadas a la biomedicina y al racionalismo científico y las concepciones reduccionistas y lineales del desarrollo y de la modernidad. Se requiere entender la crisis de los sistemas de salud dentro de un contexto más amplio que incluye las dimensiones culturales, filosóficas, éticas y valóricas del tipo de sociedad que estamos desarrollando y cómo esta incide sobre la salud, pues lo que sí está claro es que los principales problemas de la salud son hoy de orden antropogénico.

Ello es aún más importante cuando el indicador de salud de un pueblo se torna un reflejo del nivel de desarrollo y de equidad de una sociedad. Los indicadores de salud van más allá de la ausencia de la

enfermedad e incluyen los distintos elementos que tienen relación con la calidad de vida. La crisis de los sistemas de salud se enmarca así en la necesidad de reconceptualizar lo que es salud y vincularla, como originalmente lo hicieron Virchow, Snow o Schweitzer, a una visión mucho más profunda y compleja en donde la salud no puede hacer abstracción de la economía, la política, la moral o la filosofía. Es más, en la intención de redescubrir los pensamientos, opiniones y experiencias de aprendizaje de los siglos XVIII y XIX, emerge un renovado interés por centrarse en los determinantes sociales mediante un enfoque que integre factores subjetivos, que reformule el rol de los individuos y que destaque la necesaria interdisciplinariedad de la salud. En este esfuerzo son muchas las interrogantes que pueden contribuir al proceso de repensar la salud explorando cambios paradigmáticos que permitan ofrecer soluciones a largo plazo. También es fundamental tener en cuenta que es posible y necesario desarrollar mecanismos de pensamiento crítico que contribuyan a trascender hacia la humanización del constructo de salud. El desafío es lograr no solo promover, sino implementar, cambios paradigmáticos en las políticas de salud que la conviertan en un verdadero valor ético de la modernidad.

Nuestro libro consta de 11 capítulos, cuyo objetivo es explorar teóricamente problemas contemporáneos e intentar abrir espacios de reflexión y de preguntas sobre el estado actual de las definiciones, conceptos y análisis sobre lo que es y debiera ser la salud, con la esperanza de abrir y facilitar el debate para otras alternativas paradigmáticas, que permitan imaginar la posibilidad de políticas originales y vanguardistas que, como en otras reflexiones (medio ambiente, participación social, valor de la democracia, desarrollo, modernidad, etcétera), solo esperan su momento histórico.

Joan Benach, Montse Vergara-Duarte y Carles Muntaner plantean en su trabajo que la desigualdad en salud es la mayor epidemia del siglo XXI, destacando que la pobreza, la exclusión social y las desigualdades sociales son mucho mayores de lo que podemos imaginar. Discuten algunas de las principales claves que caracterizan la desigualdad en salud y concluyen que es fundamental asumir un compromiso con el derecho a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los habitantes del planeta.

Ernesto Báscolo y Natalia Yavich analizan la economía política y los modelos de interacción entre la investigación y las políticas de salud, indicando que, de los distintos modelos conceptuales, algunos conciben a los investigadores y tomadores de decisión como sujetos pasivos y neutrales, mientras que otros los entienden como actores. En este esfuerzo reiteran la necesidad de incorporar a los actores para formular estrategias colaborativas y garantizar mayor efectividad y sostenibilidad en las reformas de los sistemas de salud.

Mario Parada Lezcano, en su trabajo sobre el cientificismo y la medicina, desarrolla la tesis de que las ciencias tradicionales han colonizado el pensamiento médico sanitario transformándose en un riesgo y daño para la sociedad. Plantea que esta dominación hace cada vez más irracional el comportamiento de las personas y las sociedades, adquiriendo una dependencia neurótica de la medicina, el médico, el científico, la ciencia. Concluye que la industria se nutre de este cientificismo, asfixiando el desarrollo de corrientes alternativas liberalizadoras y humanistas.

Nivaldo Linares y Olivia López-Arellano, en su trabajo sobre equidad en salud, discuten los marcos referenciales de la desigualdad-inequidad, destacando las categorías explicativas junto a la diversidad conceptual y operacional de las definiciones. Presentan la perspectiva de la salud colectiva, destacando el papel de los determinantes sociales sobre la equidad y la importancia de las perspectivas teóricas para conocer las desigualdades e inequidades. Concluyen que, para la salud colectiva, es necesario un mejor conocimiento de las dinámicas sociales, expresadas como desigualdades de salud que constituyen inequidades.

María Inés Jara-Navarro presenta un trabajo sobre la investigación en salud pública desde las ciencias de la complejidad, en donde se refiere a la construcción de modelos conceptuales que destacan la importancia de referirse a la explicación y los enunciados mismos de los problemas de investigación y a la visión del observador. Sustenta las tesis que la insuficiencia de las ciencias para la investigación de la salud pública está en los modelos reduccionistas y que es necesario analizar salud pública como un sistema complejo adaptativo en donde sus elementos son sinérgicos.

Báltica Cabieses, Margarita Bernales, Alexandra Obach y Andrés Maturana presentan un trabajo sobre el modelo de investigación traslacional como una alternativa de acción efectiva a la compleja relación entre la investigación y la toma de decisiones en salud. Según los autores, el solo hecho de que exista información válida y relevante no garantiza su implementación ni tampoco su impacto a nivel de la salud. El trabajo propone un modelo que combina el modelo cíclico de proceso de conocimiento con el modelo multidimensional traslacional para salud pública.

Hernán Díaz y Washington Uranga elaboran un trabajo sobre la comunicación para el fortalecimiento comunitario en salud. Destacan cómo los cambios en la definición de salud ocurridos en la segunda mitad del siglo XX permiten que la comunicación se incorpore y facilite el análisis de los procesos de salud. El comunicador es un articulador de saberes y prácticas y, en este sentido, la comunicación asume una perspectiva integradora y puede convertirse en una herramienta para facilitar y articular procesos de cambio comunitario.

Edgar C. Jarillo Soto y Oliva López-Arellano, en su trabajo sobre la salud pública y la salud colectiva, reflexionan sobre la salud-enfermedad con posturas inclusivas de la perspectiva de la ciencia social. Identifican problemas ontológicos, epistemológicos y teóricos para superar visiones medicalizadas, dominantes en la salud pública. El análisis incorpora la perspectiva de la medicina social y salud colectiva y busca explicar la salud-enfermedad como un proceso con sus implicaciones para la práctica social y la formación técnica y profesional.

Alicia Stolkiner presenta un trabajo sobre derechos humanos y salud en el que discute diversas interpretaciones del constructo «derechos humanos» y su potencialidad emancipatoria. La autora conceptualiza el antagonismo de subordinar los valores de la vida a la lógica de la acumulación o poner la defensa de la vida en el centro de la acción social. El trabajo se explora sobre las propuestas de «enfoque de derechos» en las políticas públicas en salud y contextúa el debate en las reformas realizadas en América Latina, contemplando las propuestas hegemónicas o los intentos de construcción de alternativas.

Jaime Llambías Wolff se interroga sobre la crisis de los sistemas de salud, planteando la necesidad de cambios paradigmáticos y proposiciones alternativas. Profundiza en los puntos de la primera parte de la introducción y realiza una reflexión sobre la crisis y sus respuestas desde una perspectiva epistemológica, desde la ciencia y el conocimiento y desde la economía política. Plantea, finalmente, cómo los sistemas de salud pueden encontrar propuestas originales e imaginar el potencial de respuestas alternativas en el campo de la salud.

Jaime Llambías Wolff

DESIGUALDAD EN SALUD: LA MAYOR EPIDEMIA DEL SIGLO XXI

Joan Benach
Montse Vergara-Duarte
Carles Muntaner

RESUMEN*

Cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar y entender la realidad. Hoy, la pobreza, la exclusión social y las desigualdades sociales son inmensas, escandalosas, mucho mayores de lo que observamos a simple vista, de lo que queremos ver o incluso de lo que podemos imaginar. Para descubrir esa otra realidad necesitamos buena información y mucha reflexión, y eso es difícil. Solo con capacidad crítica, tiempo y esfuerzo se aprende a mirar mejor y entender lo oculto, lo invisible. En un tiempo de inmoralidad y barbarie donde el pragmatismo todo lo invade, la codicia es omnipresente, se idolatra al dinero, se manipula la información, se falsea la historia y donde casi todo se maquilla, es preciso preservar el sentido del horror y de la realidad. Es preciso comprometerse con el derecho a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los habitantes del planeta. No caben excusas, nos va en ello nuestra salud. El objetivo de este artículo es presentar alguna de las principales claves, a menudo invisibles, que caracterizan a la peor epidemia de nuestro siglo: la desigualdad en salud.

Palabras clave: desigualdades en salud, condiciones de empleo, determinantes sociales de la salud.

* Este texto está basado en un artículo original publicado en la revista *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, N° 103, 2008.

DESIGUALDAD EN SALUD: LA PEOR EPIDEMIA

En las ventanas del alma, los ojos, se expresa lo más íntimo del ser humano. Cuando nuestra mirada es capaz de percibir las condiciones de vida y trabajo, los rostros de dolor, el sufrimiento y la lucha de las personas y de los pueblos, mirar es comprender (Benach y Muntaner, 2005). Pero, además, necesitamos cuantificar la magnitud de lo que estamos viendo. Las cifras reflejan dramas colectivos: una niña nacida hoy en Suecia puede vivir 43 años más que una niña nacida en Sierra Leona. Pero la muerte desigual no solo se produce entre Suecia y Sierra Leona, sino entre un puñado de países ricos y Malí, Haití, Mozambique, Uganda, Nepal, Bangladesh... La desigualdad se evidencia, sobre todo, entre los países ricos, «sobredesarrollados» (Riechmann, 2001), y las más de 2.000 millones de personas que viven en los países más pobres del planeta. En los países «en desarrollo», que mejor habría que llamar «países arrollados por el desarrollo ajeno» (Galeano, 1998), aproximadamente el 40% de los infantes de dos años tienen una estatura menor de la que les corresponde y las tasas de mortalidad materna son, en promedio, 30 veces las de los países ricos. El riesgo de que una mujer sueca muera durante el embarazo o el parto es de 1 entre 17.400, mientras que el de una afgana es de 1 entre 8. En Uganda, 200 de cada 1.000 niños nacidos en los hogares más pobres morirá antes de su quinto cumpleaños, mientras que en los países ricos solo morirán 7 de cada 1.000. Entre adultos también hay claras desigualdades: la probabilidad de morir entre los 15 y 60 años es más de 10 veces superior en Lesoto, al sur de África, que en Suecia. En Australia los varones indígenas viven unos 17 años menos como promedio que aquellos de origen no indígena (CSDH, 2008).

El impacto que hechos como estos tienen sobre la salud pública del planeta es gigantesco. Si toda la Tierra consiguiera alcanzar el nivel de mortalidad infantil que hoy tiene Islandia (el más bajo del mundo en 2002), cada año podría evitarse la muerte de más de 11 millones de niños (OMS, 2003). Tres datos sirven de referencia para valorar la importancia de este hecho: en el año 2002 murieron más de 1 millón y medio de personas de tuberculosis, más de 1 millón de malaria y casi 3 millones de SIDA (OMS, 2003). No obstante, si cada civilización crea sus propias enfermedades y sus propias epidemias, la enfermedad más importante de nuestra época, su epidemia más devastadora, no es la tuberculosis, la malaria, o el SIDA, sino la desigualdad en salud.

Países relativamente ricos como Rusia, Hungría y otros países del este de Europa tienen una esperanza de vida 10 años menor que la de países como Suecia o Japón (Bobak y Marmot, 1996). Entre los países menos desarrollados, Costa Rica y Cuba tienen 10 años más de esperanza de vida que Perú, 20 años más que Haití y 30 años más que Angola (Banco Mundial, 1993). Estas cifras promedio de cada país esconden, a su vez, enormes desigualdades internas. En un mismo país hay regiones o barrios donde viven personas con niveles de riqueza y riesgos de tipo social, ambiental o personal para la salud muy distintos según cual sean su clase social, género o etnia. Y los países ricos no están en absoluto exentos de desigualdad. Las áreas más pobres de la ciudad escocesa de Glasgow tienen una esperanza de vida 28 años menor que las zonas más ricas de la misma ciudad (OMS, 2003). Un hombre con estudios universitarios, con un trabajo estable como profesional, que tiene apoyo familiar y social y que vive en un barrio acomodado, no solo tiene mayores recursos sino también una probabilidad mucho mayor de tener un mejor nivel de salud que una mujer emigrante, negra, sin estudios, desempleada, sin apoyo social ni familiar y que vive en un barrio marginado de la misma ciudad. En general, la desigualdad afecta a los grupos más explotados, oprimidos o excluidos de la sociedad que, además, suelen vivir en los barrios más pobres y marginados, sufriendo un proceso de desigualdad múltiple. Entre los grupos sociales más afectados destacan los trabajadores y trabajadoras más pobres, las clases sociales más explotadas, las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los desempleados sin recursos, los inmigrantes ilegales más pobres a quienes se les niega el trabajo, y las personas sin techo o en situación de grave marginación social.

Estados Unidos, el país más poderoso de la Tierra, el país que produce un tercio de la riqueza mundial, es también uno de los países más adelantados en ampliar las desigualdades. Allí, cerca de 1 de cada 10 familias es pobre, 1 de cada 5 habitantes es analfabeto funcional (PNUD, 2000) y los servicios de salud de gran parte de la población están hechos añicos: casi 44 millones de personas (8,5 millones de niños), el 15% de la población del país, no tienen seguro médico (U.S. Census Bureau). Algunos condados del estado de Dakota del Sur tienen, en promedio, 12 años menos de esperanza de vida en los hombres y 17 en las mujeres que en Minneapolis o Utah (Murray *et al.*, 1998). Si las tasas de mortalidad de la población de raza negra durante la década de los noventa hubieran sido iguales a las de raza blanca, se

hubieran evitado cerca de 900 mil muertes. En el barrio de Harlem, en el norte de Manhattan (Nueva York), viven alrededor de 115 mil personas, un 40% de las cuales son pobres, y, en su mayoría, negras. Hace más de una década, dos médicos del Harlem Hospital señalaron que las tasas de mortalidad de los jóvenes del sector sextuplicaban a las del promedio de los jóvenes de Estados Unidos, demostrando que es menos probable que los negros de Harlem lleguen a los 65 años que los habitantes de un país tan pobre como Bangladesh (McCord y Freeman, 1990). Es revelador constatar que ser pobre y vivir en una zona rica puede ser más dañino para la salud que ser aún más pobre pero vivir en una zona pobre. Aunque menos visibles que la pobreza medida en valor absoluto, las desigualdades sociales dañan profundamente nuestra salud.

LA DESIGUALDAD EN SALUD TIENE VARIAS CARAS

Desde muy antiguo sabemos que la pobreza afecta a nuestra vida y a nuestra salud. Los pobres enferman en mayor proporción y mueren antes que quienes son más ricos. No obstante, en otros casos menos extremos, las cosas no parecen tan evidentes. Por ejemplo, ¿qué ocurre con la salud de quienes son «un poco» pobres?, ¿cuál es la salud de los ciudadanos que poseen un nivel de riqueza y bienestar material medio en comparación con quienes poseen el nivel más elevado? Para contestar a esas preguntas no basta el sentido común. Comprender las relaciones existentes entre desigualdad social y desigualdad en la salud es algo mucho más complejo que el simple hecho de constatar la enorme diferencia en la riqueza o la muerte existente entre los individuos y grupos que están en los extremos de la escala social, o entre las naciones o áreas geográficas muy ricas o muy pobres. Tres décadas de abundante investigación científica han permitido sacar a la luz cinco elementos clave de la desigualdad en la salud: las desigualdades son enormes, graduales, crecientes, adaptativas e históricas.

La salud de quienes viven en mejores condiciones socioeconómicas y de quienes viven en las áreas más privilegiadas de los países o las ciudades es mucho mejor que la de la población más desfavorecida. De hecho, las diferencias en la probabilidad de morir entre las clases sociales extremas son tan grandes que superan en magnitud a las producidas por el tabaquismo, el factor de riesgo para la salud más

estudiado durante la segunda mitad del siglo XX (Angell, 1993). En Gran Bretaña, un número muy amplio de estudios ha mostrado las desigualdades existentes entre clases sociales. Por ejemplo, los profesionales y directivos tienen casi 10 años más de esperanza de vida al nacer que los trabajadores manuales (Hattersley, 1999). Si las clases sociales británicas más pobres tuvieran las mismas tasas de mortalidad de las más ricas, cada año podrían evitarse 42 mil muertes en el grupo de población de 16 a 74 años (Hattersley, 1999).

Las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en ella, en el nivel de riqueza o educacional, la salud de las personas empeora. Las implicaciones sociales y políticas de este descubrimiento son muy importantes. En realidad, a mayores ventajas socioeconómicas, mayor esperanza de vida y mayores niveles de salud. En Estados Unidos, un estudio que analizó 300 mil hombres de raza blanca según su nivel de ingreso familiar, mostró un gradiente en el nivel de mortalidad en 11 de 12 categorías estudiadas: a menor renta, mayor mortalidad (Smith *et al.*, 1996). El mismo gradiente se evidencia también en la apreciación de nuestra propia salud (estado de salud autopercebido), la obesidad, el nivel de colesterol y de glucosa en sangre, y en la exposición a factores de estrés existentes en el medio laboral como la realización de un trabajo poco variado o tener un bajo control en el lugar de trabajo (Marmot *et al.*, 1991). Así pues, personas sin grandes necesidades materiales o personales y sin especiales riesgos para la salud mueren antes y enferman más que aquellas que están situadas por encima en la escala social. Aunque la investigación científica no ha logrado aclarar aún con detalle sus causas últimas, hay acuerdo en una cosa: existe algo intrínseco en la jerarquía y en la desigualdad social que daña la salud (Evans, Barer y Marmot, 1994).

Aunque durante el siglo XX las tasas de mortalidad (especialmente las de los países ricos) se redujeron notablemente, las desigualdades en mortalidad por clase social entre los países y entre las clases sociales aumentaron (Marmot, Bobak y Smith, 1995). Por ejemplo, al comparar hombres de mediana edad de las clases manual y no manual en Finlandia, el riesgo de morir creció desde 1,6 (60% mayor) en 1980-1984 hasta casi 2 (el doble) en 1990-1994. La sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente en diferencias de salud injustas y evitables persiste o aumenta (Kmietowicz, 2003).

Los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud, ya sea en el uso de los servicios de planificación familiar, en las pruebas de detección precoz del cáncer de mama o en el uso de los servicios sanitarios. Es más, con frecuencia funciona la llamada «ley inversa de atención sanitaria». Es decir, el uso y calidad de la asistencia sanitaria varía en sentido inverso a las necesidades de la población (Hart, 1971): a mayores necesidades, menor y peor atención. Un ejemplo de esa ley es la exportación del tabaquismo desde los países ricos hacia los países más pobres y el trasvase de esa adicción hacia los estratos más bajos en la escala social. Las agresivas campañas de las empresas tabacaleras, con frecuencia sutiles, con su promoción en los países pobres, y la defensa de la «libertad individual» en los países ricos, han ayudado a descubrir y mantener el hábito de fumar a los más de 1.100 millones de fumadores del planeta (Kane, 1997). Mientras que en los últimos 40 años el consumo de tabaco se ha reducido a la mitad en los países ricos, en los países pobres, con China a la cabeza, este se ha duplicado. Hoy el 80% de fumadores vive en países pobres.

La historia nos ayuda a entender que la aparición de la desigualdad en salud no es fija ni inevitable. La esperanza de vida al nacer ha aumentado durante el siglo XX debido sobre todo a un rápido descenso de las tasas de mortalidad materno-infantil, la infancia y la primera etapa de la edad adulta. Los principales determinantes de este aumento hay que buscarlos en el desarrollo económico, la mejora en las condiciones de vida y la puesta en práctica de medidas de salud pública.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS FUNDAMENTALES DE LA DESIGUALDAD EN SALUD?

Las causas fundamentales de la desigualdad en salud no se encuentran en factores biológicos o genéticos, los «estilos de vida», los servicios de salud o, incluso, en la riqueza general del país. Hay muy pocas enfermedades «puramente» genéticas y estas afectan a un porcentaje de población muy pequeño. La predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables. Además, los factores biológicos interactúan con el ambiente, por lo que una desventaja inicial genética puede ser compensada mediante un cambio social.

Las conductas relacionadas con la salud o los mal llamados «estilos de vida» no provienen de elecciones puramente personales y «libres». Tres cuartas partes de la humanidad (unos 4.500 millones de seres humanos) no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede.

Aunque importantes, tampoco los servicios sanitarios constituyen el principal factor generador de desigualdades en salud. Se ha podido documentar, por ejemplo, que desde mediados del siglo XIX la mortalidad en Inglaterra y Gales disminuyó debido, sobre todo, al control de enfermedades infecciosas mediante intervenciones sanitarias y personales como la mejora de la nutrición, el control higiénico del agua y los alimentos, y la limitación en el crecimiento de la población debido a los cambios en las prácticas reproductivas (McKeown, Record y Turner, 1975; Dubos, 1959). Ello ocurrió décadas antes de que existieran tratamientos médicos o vacunas efectivas.

Múltiples estudios científicos muestran cómo, en comparación con las personas que tienen más riqueza, educación y poder, las personas de clases sociales más pobres y explotadas son quienes tienen los peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales y a servicios de salud que, finalmente, se manifiestan en un peor estado de salud. Entre los factores sociales destacan las malas condiciones de empleo con una mayor precariedad laboral, el no poseer una vivienda digna y bien acondicionada, el no disponer de agua limpia, la falta de protección y servicios sociales, o el no tener los recursos económicos, educativos y las oportunidades necesarias para llevar una vida saludable como tienen las personas en mejor situación económica, cultural o política. La combinación «tóxica» de factores sociales daña la salud de las personas en peor situación social y empeora también otros factores de riesgo que a su vez dañan la biología, generan enfermedad y aumentan el riesgo de fallecer. Así pues, el origen de la desigualdad en salud deriva del conjunto de determinantes sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de causas como las citadas entre y dentro de los países; es decir, de la desigual distribución en el poder económico y social existente entre y dentro de los países, que condiciona las políticas sociales y económicas y que a su vez influye en la salud de las personas (Benach y Muntaner, 2008; López, 2008).

La reducción de la desigualdad en salud debería constituir una prioridad en la agenda política de cualquier gobierno. También es necesaria una redistribución más igualitaria del poder internacional. Para lograrlo habrá que cambiar drásticamente muchas de las prioridades políticas y económicas actuales e, inevitablemente, hacer frente a los poderosos intereses que hoy generan la desigualdad social. Las intervenciones tienen que ver con la mejora de las condiciones de empleo y trabajo, la situación de los inmigrantes, los factores que afectan al desarrollo infantil, las desigualdades de género, y los problemas de vivienda y exclusión social, entre otros. También se requiere disponer de políticas fiscales que redistribuyan la riqueza de forma mucho más igualitaria, de políticas sociales que disminuyan drásticamente el desempleo, la precariedad laboral y la exclusión social y, también, de políticas que incrementen el acceso y calidad de la educación, la vivienda y los servicios sanitarios entre quienes más lo necesitan. Sin embargo, dado que las desigualdades de la salud persisten incluso en aquellas sociedades que poseen la menor desigualdad de renta, la mejor educación pública y el más elevado nivel de salud pública y de servicios sanitarios, todo hace a pensar que, sin transformar la estructura económica y política a nivel nacional e internacional, es decir las desigualdades de poder y de recursos económicos que atentan al planeta, no parece posible reducir las desigualdades en salud.

LAS CONDICIONES DE EMPLEO Y TRABAJO COMO DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Entre los factores más importantes que conforman la posición social se deben considerar las condiciones de trabajo y empleo. El trabajo es el medio de subsistencia de las personas. Las personas trabajan dentro o fuera de sus casas, con o sin contrato laboral y en condiciones saludables o peligrosas. Los factores relacionados con las condiciones de trabajo, es decir las tareas y funciones que los trabajadores realizan en un determinado puesto de trabajo o bien los aspectos materiales del trabajo, las condiciones físicas, químicas, biológicas y ergonómicas y los factores psicosociales, han recibido una gran atención pues se reconocen como determinantes sociales y de las desigualdades en salud. Sin embargo, no se puede decir lo mismo en el caso de las condiciones de empleo. Esto ocurre principalmente por la confusión entre los conceptos de trabajo y empleo. Para distinguir bien estos dos conceptos, se puede pensar en el siguiente ejemplo: dos personas pueden realizar

el mismo trabajo en la misma empresa, donde comparten las mismas condiciones, no obstante, trabajar bajo distintas condiciones de empleo. El primer trabajador puede ser un empleado directo y permanente de la empresa, mientras que el segundo es un trabajador temporal contratado por un empleador externo. En este caso, existen tres diferencias potenciales en cuanto a las condiciones de empleo. Primero, el primer trabajador tiene un contrato permanente mientras que el segundo tiene un contrato temporal o ningún tipo de contrato. Segundo, el primer trabajador puede estar cubierto por el sistema de seguridad social, con derecho a baja laboral, subsidio de desempleo y cotización para la jubilación, mientras que el segundo recibe una cobertura parcial o nula. Finalmente, el primer trabajador puede formar parte de un sindicato, mientras que el segundo no tiene ninguna opción de ser representado o participar activamente en él.

Los niños trabajadores de la Costa de Marfil, los desarmadores de barcos en el sur de Asia, las maquiladoras de Centroamérica o los pescadores del lago Tanzania, son algunos ejemplos de la situación de precariedad en la viven y trabajan millones de personas en el mundo. Las cifras que se derivan son realmente alarmantes. Por ejemplo, en la actualidad, 190 millones de personas en el mundo (alrededor del 30% en los países en desarrollo y de 4 a 12% en los países desarrollados) están desempleadas. Entre ellas, las mujeres, los jóvenes, las personas de menor educación y los trabajadores manuales son los más propensos a estar desempleados. Por otro lado, alrededor de 550 millones de personas trabajan en situación de precariedad. La precariedad se manifiesta en cifras extremadamente altas en los países subsaharianos, por ejemplo, Sierra Leona, Liberia o Uganda presentan más del 80% de trabajadores en situación de precariedad. Por otro lado, se estima que el 25% de la población trabaja en situación de informalidad. La economía informal en países pobres afecta al 50-75% de los trabajadores, excluyendo aquellos que están empleados en la agricultura. Una cifra que tampoco puede pasar desapercibida es que 218 millones de niños en el mundo trabajan y 126 se ven envueltos en trabajos de riesgo. Alrededor de 2,5 millones se encuentran en países desarrollados, mientras que en países en vías de desarrollo el porcentaje de niños trabajadores oscila entre el 4 y el 67%. Igualmente alarmantes son los datos relacionados con distintas formas de trabajo esclavo o forzado que persisten en la actualidad: entre 12 y 28 millones de personas en el mundo trabajan en condiciones de esclavitud (alrededor de un 20% se relaciona con el

tráfico de personas). Mujeres y niñas son las víctimas más frecuentes del trabajo esclavo (56%) y de la explotación sexual (98%).

Estas cifras reclaman acciones inmediatas para mejorar la vida de millones de personas. La Red sobre Condiciones de Empleo (EMCONET) recoge en su libro algunos ejemplos de intervenciones para mejorar las condiciones de empleo y reducir las desigualdades en salud, principalmente a nivel político. Se describen también algunas alternativas, como la creación de cooperativas en Venezuela, Argentina y Brasil. En este sentido es importante destacar la participación de los movimientos sociales (Benach y Muntaner, 2010).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La desigualdad social daña nuestra salud en forma desigual. Hemos visto cómo la desigualdad en salud es el resultado de la acumulación de efectos producidos por condiciones políticas, económicas y sociales que afectan a la población.

Un determinante fundamental de la equidad en salud es tener mayor justicia. Para ello hace falta aumentar la igualdad social con un reparto equitativo de la riqueza y una redistribución igualitaria de los beneficios que favorezca a quienes menos tienen. No es posible reducir las desigualdades en salud sin transformar la organización, la estructura sociopolítica y las desigualdades de poder que atenazan al planeta.

La actual globalización capitalista ha ensanchado las desigualdades sociales y de salud hasta extremos jamás conocidos en la historia. Hoy se estima que entre un 10 y un 20% de la población mundial vive con un nivel material muy elevado y un gasto de recursos excesivo, para lo cual deben a la vez explotarse y protegerse de quienes no tienen o tienen muy poco. Un poder tan desigual beneficia o daña muy desigualmente la salud de las gentes, de modo que el bienestar y la salud de unos pocos se alimenta del sufrimiento y la mala salud de la mayoría. Detrás de la actual globalización neoliberal está en juego la salud y el bienestar de las personas.

Es preciso un compromiso real, personal y colectivo con el derecho a la prevención de la enfermedad y a la protección y promoción de la salud. Ello requerirá hacer frente a intereses muy poderosos, cambiar de forma drástica las prioridades sociales y económicas e incluso cambiar los sistemas políticos y económicos actuales. Nos vale en ello la salud de todos.

BIBLIOGRAFÍA

- Angell, Marcia (1993), Privilege and health - What is the connection? En *N. Engl. J. Med.*, Vol. 329, No. 2, 126-127.
- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial.
- Benach, Joan y Muntaner, Carles (2005), *Aprender a mirar la salud*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Benach, Joan y Muntaner, Carles (2008), *Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar*. Entrevista por Salvador López Arnal. En *Rebelión*.
- Benach, Joan; Muntaner, Carles con Solar, Orielle; Santana, Vilma y Quinlan, Michael (EMCONET) (2010), *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una vision global*. Barcelona: Editorial Icaria.
- Bobak, Martin y Marmot, Michael (1996), «East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda». En *BMJ*, No. 312, 421-425.
- Comission of Social Determinants of Health (CSDH) (2008), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Comission on Social Determinants of Health, World Health Organization*. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
- Dubos, René (1959), *El espejismo de la salud*. Traducción de José Ramón Pérez. México: Fondo de Cultura Económica.
- Evans, Robert G.; Barer, Morris L. & Marmor, Theodore R. (coord.) (1994), *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine De Gruyer.
- Hart, Julian Tudor (1971), «The Inverse Care Law». En *Lancet*, Vol. 297, Issue 7.696, 405-412.
- Galeano, Eduardo (1998), *Patas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI.
- Hattersley, Lin (1999), «Trends in life expectancy by social class: an update». En *World Health Stat Q.*, Trimestre 2, 17-24.
- Kane, Hal (1997), «Le commerce avant la sante. La cigarette américaine à la conquête du monde». En *Le Monde Diplomatique*, Mayo, 22-23.
- Kmietowicz, Zosia (2003), «Gap between classes in life expectancy is widening». En *BMJ*, No. 327, 68.
- López Arnal, Salvador (2008), Entrevista a Joan Benach y Carles Muntaner para la revista digital *Rebelión*. Disponible en: www.rebellion.org/noticia.php?id=72000&titular=-desigualdades-en-salud:-una-epidemia-que-podemos-evitar
- Marmot, Michael; Smith, George Davey; Stansfeld S. Stephen, *et al.* (1991), «Health inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II study». En *Lancet*, 337, 1.387-1.393.

- Marmot, Michael; Bobak, Martin; Smith, George Davey (1995), «Explanations for Social Inequalities in Health». En *Society & Health*, editado por Benjamin C. Amick III, Sol Levine, Alvin R. Tarlov y Diana Chapman Walsh, pp. 172-210. New York: Oxford University Press.
- McCord, Colin & Freeman, Harold P. (1990), «Excess Mortality in Harlem». En *New Engl. J. Med.*, 322, 173-177.
- McKeown, Thomas; Record, R. G. & Turner, R. D. (1975), «An interpretation of the decline in mortality in England and Wales during the twentieth century». En *Population Studies*, Vol. 29, 391-422.
- Murray, Christopher J. L.; Michaud, Catherine M.; McKenna, Matthew T. & Marks, James S. (1998), *U.S. Patterns of Mortality by County and Race: 1965-1994*. Cambridge and Atlanta: U.S. Burden of Disease and Injury Monograph Series, Harvard School of Public Health and Centers for Disease Control and Prevention.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), *Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro*. Disponible en: www.who.int/whr/2003/es/
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2000), *Informe sobre desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Mundi-Prensa.
- Riechmann, Jorge (2001), *Todo tiene un límite. Ecología y transformación social*. Madrid: Debate.
- Smith, George Davey; Neaton, James D.; Wentworth, Deborah; Stamler, Rose & Stamler, Jeremiah (1996), «Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: I. White men». En *Am. J. Public Health*, Vol. 86, 486-496.
- Unites States Census Bureau. Disponible en: www.census.gov/hhes/www/hlthins.html

ECONOMÍA POLÍTICA Y MODELOS DE INTERACCIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

Ernesto Báscolo
Natalia Yavich

RESUMEN

El uso de la investigación para mejorar los procesos de implementación de políticas de salud es aún incipiente en América Latina. Distintos modelos conceptuales analizan esta problemática y proponen estrategias para integrar el uso de la evidencia científica en las decisiones relativas a la formulación e implementación de las políticas de salud. Algunos conciben a los investigadores y tomadores de decisión como sujetos pasivos y neutrales, mientras que otros los entienden como actores. Estos últimos han demostrado tener una mayor capacidad para formular estrategias colaborativas e influenciar el desarrollo de capacidades técnicas y políticas, necesarias para garantizar efectividad y sostenibilidad de las políticas de reforma de los sistemas de salud.

Palabras clave: política de salud, formulación de políticas, uso de la información científica en la toma de decisiones en salud, toma de decisiones, economía política, América Latina.

INTRODUCCIÓN Y PROBLEMA

El debate sobre el uso de los resultados de la investigación para mejorar la implementación de políticas de salud tiene una larga trayectoria. No obstante, en los últimos años ha adquirido una mayor trascendencia en América Latina (Almeida y Báscolo, 2006). Este se nutre de la literatura producida en países desarrollados y aún no existe una clara sistematización sobre cómo los diferentes abordajes podrían pensarse, adaptarse y aplicarse en otros contextos.

La mayor parte de los sistemas de salud latinoamericanos se caracteriza por altos niveles de fragmentación y segmentación, en combinación con una débil función de rectoría. Esta situación explica, en parte, las insuficientes capacidades políticas y técnicas de las agencias estatales involucradas en los procesos de formulación e implementación de políticas de salud (Levcovitz y Acuña, 2003). En este marco, gran parte de los sistemas de salud de la región han atravesado reformas apoyadas, en distintos grados, sobre la producción académica. En los últimos años se ha generado un rico debate sobre los aportes de las investigaciones a las políticas de salud. Se advierte que las instituciones académicas de la región aún enfrentan el desafío de mejorar la alineación de sus líneas de investigación y desarrollar canales efectivos de articulación para alimentar los procesos decisorios vinculados a la implementación de las políticas de salud.

Desde distintos países latinoamericanos se produjeron esfuerzos para elaborar estrategias buscando promover «puentes» entre la investigación y la formulación e implementación de políticas (Bazzani *et al.*, 2006; Pittman y Almeida, 2006). Distintos abordajes conceptuales permiten reconocer diferentes concepciones, estrategias de intervención y fundamentos para explorar las brechas entre investigación y políticas. Para profundizar el análisis sobre la influencia de la producción de conocimiento científico en las políticas de salud en América Latina, es necesario reconocer la dimensión institucional y política que subyace a ambos procesos y advertir el modo en que la producción de conocimiento actúa sobre las políticas de salud como parte de los procesos de recomposición institucional del campo.

En este trabajo nos proponemos abordar el debate de la utilización de la investigación para mejorar las capacidades técnicas y políticas requeridas para la formulación e implementación efectiva de políticas de salud en América Latina. Para cumplir este propósito proponemos: i) analizar políticas de reforma del sector salud como intervenciones sobre el campo institucional del sistema de servicios de salud;

ii) reconocer distintos modelos de relación entre la investigación y la toma de decisiones; y iii) analizar las implicancias y aportes de tales abordajes sobre los procesos de implementación de políticas de reforma de los sistemas de servicios de salud en América Latina.

POLÍTICAS DE REFORMA DE SALUD COMO INTERVENCIÓN SOBRE PROCESOS DE RECOMPOSICIÓN INSTITUCIONAL DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

Entendemos el proceso de recomposición institucional como un conjunto de cambios de las «reglas del juego» formales e informales que regulan la producción, organización y gestión de los servicios de salud. Este proceso comporta cambios tanto en los componentes institucionales que regulan el campo institucional como en los actores involucrados. El concepto de «recomposición institucional» supone reconocer como dinámica y recíproca a la relación entre el campo institucional y los actores. Es decir, supone que los arreglos institucionales definen conductas y relaciones sociales y al mismo tiempo los actores son sujetos de cambio de esos arreglos institucionales (Hargrave y Van de Ven, 2009).

Los factores que explican la emergencia de la recomposición institucional radican en contradicciones producidas entre diferentes campos institucionales que forman parte del sistema de servicios de salud. Tal es el caso de los sistemas de salud que son parte de los sistemas de protección social en salud, que han procurado mejorar las condiciones de equidad en el acceso a los servicios de salud (OMS, 2013; OMS, 2010). Los esfuerzos necesarios en esta línea son relevantes para el contexto de América Latina, en donde el acceso a los servicios de salud depende en gran parte de la situación económica de la población, con desafíos pendientes asociados a condiciones de exclusión del sistema de servicios de salud. Por otro lado, la combinación del ascenso del mercado en la producción de nuevas tecnologías y el rol relevante de autonomía profesional en la producción de servicios de salud han representado factores de costos crecientes y dificultades para lograr condiciones de acceso adecuadas (Báscolo, 2011).

Las políticas de reforma de los servicios de salud son intervenciones de las estructuras del Estado para incidir sobre la orientación, alcance y velocidad del proceso de recomposición institucional. Si bien las estrategias de reforma pueden ser heterogéneas e incluso

antagónicas, es posible reconocer denominadores comunes. En primer lugar, las reformas han procurado introducir instrumentos o mecanismos de regulación institucional para modificar la gobernanza del proceso de atención basado en la autonomía profesional. Podemos reconocer como instrumentos de gestión a la regulación del proceso de atención médica mediante herramientas como las guías clínicas, a los incentivos económicos tales como las innovaciones en las formas de pago a proveedores y profesionales, los mecanismos de regulación de las relaciones entre organizaciones y procesos de atención médica como los mecanismos de referencia y contrarreferencia, al desarrollo de iniciativas de formación continua que procuran impulsar y desarrollar nuevas concepciones sobre el proceso de salud-enfermedad, y a la creación de espacios de participación que invitan a la comunidad y a los trabajadores de la salud a producir y legitimar nuevos valores profesionales y sociales. La puesta en marcha de estos instrumentos supone la introducción de innovaciones tendientes a influenciar los arreglos institucionales que regulan el sistema de servicios de salud, ya sea en aspectos regulatorios, en las concepciones y/o en los valores de los actores involucrados (Báscolo, 2011).

En segundo lugar, nuevos actores han sido incorporados en la escena de los sistemas de salud. Es posible destacar la presencia de nuevas agencias del Estado, nuevos equipos o grupos profesionales, y movimientos sociales. Las agencias estatales han asumido funciones de regulación de servicios de salud y el diseño, implementación y gestión de nuevos incentivos económicos. Complementariamente es posible reconocer la emergencia de nuevas agencias orientadas para dar soporte al desarrollo de nuevas prestaciones o servicios de salud. Ejemplos de esto pueden encontrarse en las iniciativas de atención primaria que se han difundido en la mayoría de los sistemas de salud. Los nuevos equipos de salud cuentan con psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y médicos generales y familiares con mayor incumbencia en prácticas y espacios organizacionales. Los movimientos sociales han asumido un mayor protagonismo en el reclamo social para mejorar las condiciones de acceso a través de diferentes prácticas y estrategias. En algunas situaciones los movimientos sociales han asumido el rol de gestores de centros de salud a través de organizaciones comunitarias. En otros casos, las organizaciones sociales han ocupado espacios formales con participación sobre la asignación de recursos o la gestión de los servicios de salud.

En resumen, las estrategias de reforma de los servicios de salud son parte de los procesos de recomposición institucional. Tanto el desarrollo de nuevos instrumentos de regulación institucional como la participación de los nuevos actores involucrados en los procesos de formulación e implementación de servicios de salud, inciden sobre el proceso de estructuración de la trayectoria de recomposición institucional.

MODELOS DE RELACIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

La interacción entre investigación y formulación e implementación de políticas públicas ha sido abordada desde diversas perspectivas (Gordon-Strachan *et al.*, 2006; Trostle *et al.*, 1999; Weiss, 1979). Estas pueden ser clasificadas en cinco modelos de relación entre investigación y toma de decisiones: «Empuje de la ciencia», «Tracción de la demanda», «Diseminación», «Interacción» y «Uso del proceso». Cada modelo supone una conceptualización particular de los sujetos, el conocimiento y la interacción entre los actores involucrados en el proceso de «intercambio de información».

Los modelos de «Empuje de la ciencia» y «Tracción de la demanda» coinciden en su visión de la interacción del proceso de intercambio entre producción de conocimiento y su utilización. Ambos conciben a la relación como unidireccional y al conocimiento como producción de evidencias. Sin embargo, mientras el modelo de «Empuje de la ciencia» ubica a los investigadores como a los sujetos promotores de la relación, el modelo de «Tracción de la demanda» concibe a los decisores como motores de articulación. De esta forma, se puede considerar que son modelos con un solo sujeto activo y, por lo tanto, la naturaleza de la interacción queda definida por las intervenciones que este asume.

El modelo «Empuje de la ciencia» considera que los conocimientos son el resultado final de la producción científica. La interacción se restringe a poner a disposición de los tomadores de decisiones un *stock* de evidencias, objetivas e irrefutables. De esta forma, la utilización se concibe como la incorporación de evidencias que «iluminan» a los decisores sobre aspectos desconocidos. Se presupone que el solo hecho de haber puesto la información a disposición de los tomadores de decisiones es suficiente para que los decisores se la apropien y tomen decisiones basadas en tales evidencias (Davies *et al.*, 2005).

El modelo «Tracción de la demanda» está ligado al concepto de «adopción». Asume como principal problema la necesidad de orientar la producción de evidencia en función de las necesidades de los decisores. Considera que la transferencia de información se producirá en la medida en que los investigadores produzcan información orientados por las necesidades de conocimiento de los tomadores de decisiones (Landry *et al.*, 2001a). Los problemas de los decisores tienen una concepción «neutral» en la medida en que son considerados como objetivables y sin implicancias en disputas de intereses o entre diferentes valores o concepciones. Estos dos modelos corresponden a un *abordaje racional*, con un concepto de uso de los resultados en forma instrumental, en donde la evidencia científica es acumulable y contribuye en forma lineal a la toma de decisiones más eficientes y efectivas.

El tercer modelo, «Diseminación», asume que no basta con que los resultados de las investigaciones sean difundidos para aumentar las posibilidades de que sean utilizados. Considera necesario que el investigador desarrolle actividades de transmisión de la información. Para ello promueve el diseño de estrategias de diseminación teniendo en cuenta las características de los tomadores de decisiones y su contexto. El modelo reconoce una mayor complejidad en el proceso de investigación y uso de los resultados, asumiendo distintas «etapas» o «estadios» posibles en que la información puede ser incorporada a la toma de decisiones (Davies *et al.*, 2005).

Los modelos «Interacción» y «Uso del proceso» representan una ruptura respecto a los modelos anteriores, ya que la transmisión de conocimientos y su utilización se conciben como procesos bidireccionales y dinámicos. En el modelo de «Interacción», la utilización de resultados es concebida como un proceso de aprendizaje que depende del contexto particular de ambos actores (tomadores de decisiones y de los investigadores). El conocimiento no se considera como un paquete de productos finales para dar respuesta a problemas predefinidos, sino como un «conjunto dinámico de concepciones delineadas por el usuario y el productor» (Landry *et al.*, 2001a; Landry *et al.*, 2001b). El uso de los resultados se considera como un producto de diversos factores tales como las características del objeto de análisis, la adaptación de la investigación a las necesidades del usuario, las estrategias de diseminación utilizadas y los mecanismos de vinculación existentes entre los investigadores y los tomadores de decisiones (CWHPIN, 2000). La consideración de estos aspectos permite vislumbrar la existencia de factores institucionales

asociados a los mecanismos de regulación, estructuras, organizaciones y conflictividad, y disputas de intereses, que forman parte del mapa de actores en los procesos de implementación de las políticas de salud. Por último, el modelo «Uso del proceso» integra la noción según la cual las investigaciones no solo producen cambios en las decisiones y comportamientos de los individuos, sino cambios en los procedimientos y en la cultura institucional y organizacional. Desde esta perspectiva es relevante el análisis político de los modelos de interacción, dada su potencial influencia sobre los procesos de implementación de políticas públicas.

Las dimensiones utilizadas para caracterizar el uso del proceso son: el mejoramiento de la «comunicación» con un «lenguaje común» entre las dos comunidades, el involucramiento de actores en estos procesos, el desarrollo de una cultura de aprendizaje y el desarrollo organizacional. Patton (2002) afirma que gran parte del impacto de una investigación no proviene del uso de los hallazgos sino del fortalecimiento de los tomadores de decisiones para *pensar evaluativamente*. Este abordaje sostiene que la investigación es solo un factor, entre otros, que pueden influenciar el proceso decisorio. Se asume que el proceso decisor es un proceso colectivo político y conflictivo (disputa de intereses, valores y concepciones) que se produce en el marco de un proceso de cambio institucional. En este abordaje, la comunicación entre investigadores y tomadores de decisiones asume una relevancia especial. Su complejidad se explica por la interacción de actores y relaciones sociales que forman parte de diferentes *comunidades*, las cuales están dirigidas por valores y concepciones regidas por distintos tiempos, lenguajes y prioridades.

En consecuencia, las estrategias de intervención se orientan sobre las características de los actores involucrados y sus relaciones. Desde esta perspectiva, se propone el involucramiento de los potenciales usuarios en el diseño y desarrollo de la investigación como estrategias para promover la utilización de los resultados. A partir de esta línea argumental se procura trabajar sobre el desarrollo de capacidades para la *diseminación* de la información desde y entre los actores involucrados en la comunidad de investigadores, como de las habilidades de interpretación por parte de los tomadores de decisiones involucrados en los procesos de diseño e implementación de políticas (Pyra, 2003).

Este modelo constituye un quiebre y alternativa superadora, en tanto reconoce la potencialidad del proceso de articulación entre los investigadores y tomadores de decisiones no solo como un aspecto capaz de mejorar la adopción de resultados, sino como una instancia

a través de la cual es posible influenciar las concepciones y valores de los actores involucrados tanto en los procesos de investigación como en los procesos decisorios. En diálogo con esta perspectiva, Kirkhart (2000) propone sustituir el concepto de «uso» por el de «influencia». La autora define «influencia» como la capacidad o poder de las personas o las cosas para producir efectos sobre otros, de una forma intangible o indirecta. En este marco identifica tres dimensiones de análisis: las fuentes, las intenciones y la dimensión temporal de los procesos de producción de conocimiento y su impacto en los procesos decisorios.

Las fuentes están vinculadas a las causas de un proceso de cambio y en ellas se presentan las siguientes subdimensiones: a) el impacto en términos cognitivos (también llamados usos conceptuales), debido a que es posible que los procesos de investigación estén generando cambios en la concepción del problema, de los instrumentos y estrategias que se llevan a cabo; b) los cambios afectivos, que se refieren al *feeling* que puedan llegar a tener los decisores con respecto a la investigación. No se trata de cambios vinculados con la posibilidad de mejorar la capacidad cognitiva sino de modificar la aceptabilidad de generar procesos de cambio; c) los cambios políticos se refieren a si se modifica la posición de los actores que forman parte del escenario en el cual se ubican las políticas de salud. Estos puntos tienen un carácter subjetivo y un gran peso sobre las capacidades y decisiones de los actores involucrados en los procesos de implementación de políticas. Aunque en algunos casos pareciera intangible, estos factores tienen influencia sobre la discusión; en la demanda de investigaciones; en el diagnóstico crítico tanto sobre las condiciones de salud de la población, la estructura institucional del sistema de salud, como en el desempeño de sus organizaciones. La segunda dimensión tiene que ver con la intención de los actores (investigadores y decisores), quienes son reconocidos como agentes posicionados en el escenario en que se encuentran y no como sujetos inocuos, sin intereses y valores. La tercera y última dimensión es la influencia. Esta involucra la consideración de los tiempos en que se produce la investigación y en los que hay capacidad de interactuar con el proceso de toma de decisiones. Asimismo considera la necesidad de describir y profundizar en la dinámica del objeto de cambio, que en nuestro caso está centrado en el proceso de formulación e implementación de las políticas de salud.

DISCUSIÓN

Los modelos analizados y sus estrategias para promover el uso de los resultados de investigaciones permiten abordar los procesos de recomposición institucional de los servicios de salud en América Latina desde una nueva perspectiva. Estas iniciativas buscan promover reformas institucionales en los sistemas de salud, solamente viables si nuevas concepciones, valores y un nuevo mapa de poder permiten construir y legitimar nuevas reglas de juego, con influencia sobre las conductas de los actores, sus relaciones sociales y sobre las estructuras organizacionales de los servicios de salud y sus dimensiones de desempeño. Este proceso de producción institucional no es neutral, lineal ni necesariamente armónico. Diferentes disputas entre los actores que integran el campo de los servicios de salud explican contradicciones procesuales de los procesos de implementación de estas políticas de salud (Báscolo, 2011).

Por esta razón, el propósito de aumentar el uso de los resultados de las investigaciones requiere abordar el problema de economía política que subyace al proceso de recomposición institucional del cual forman parte. En este marco, la producción de conocimiento estará influenciada por intereses y cuestiones valorativas y culturales que afectan la misma definición del problema y objeto de estudio. Las soluciones de políticas de salud resultantes de tales líneas de investigación no serán inocuas sobre los arreglos instituciones del sistema de salud, pues también afectan intereses, concepciones instaladas y valores sociales. Los usuarios de tales resultados no son agentes vacíos, «iluminados» por las verdades científicas resultantes de las investigaciones; son actores políticos involucrados en procesos políticos que forman parte de la implementación de políticas y programas de salud.

De esta forma, tanto la producción del conocimiento como las políticas de salud no se circunscriben a soluciones estrictamente técnicas con una relación lineal y mecánica de cambios organizacionales. Explicitar los intereses, valores y concepciones de los actores involucrados en la producción y utilización del conocimiento permite integrar el rol del campo académico y su relación con los procesos de implementación de políticas de salud como parte del proceso de recomposición institucional del sistema de servicios de salud (Almeida *et al.*, 2000).

Kirkhart (2000) introduce el concepto de «influencia», reconociendo a los investigadores como actores con intenciones para incidir sobre los procesos de implementación de políticas de salud. Más que

científicos ajenos a las disputas que subyacen en la recomposición institucional, son sujetos con intención de «influir» sobre los usuarios. Tanto la posición que los investigadores asumen sobre el problema a ser analizado (por ejemplo, las barreras al acceso a los servicios de salud o el modelo de financiamiento segmentado del sistema de salud), como sus valores y concepciones que moldean su definición, son factores que inciden sobre el diseño de las investigaciones y la forma de difusión de sus resultados.

Complementariamente, Patton (2002) destaca el desarrollo de las capacidades de los usuarios como dimensión central para abordar la utilización de las investigaciones. Estas capacidades pueden dividirse en técnicas y políticas (Denis *et al.*, 1996; Denis *et al.*, 2001). La contribución de las investigaciones sobre las capacidades técnicas de los tomadores de decisión involucrados en los procesos de implementación de políticas se refleja en mejoras en las habilidades de interpretación de los resultados y su aplicabilidad en diferentes escenarios y situaciones. El fortalecimiento de esta capacidad incluye el desarrollo del capital cultural del colectivo de actores que lideran el proceso de implementación de las políticas de salud. La producción de conocimiento, en este caso, se vincula directamente con las concepciones y valores que sirven para definir un problema y el orden de prioridad que en forma explícita o implícita pondera las necesidades e intereses de los actores involucrados. De la misma forma, el tipo de intervenciones posibles no solo incorpora aspectos regulatorios y formales, sino también aspectos simbólicos y modalidades de comunicación que permiten representar y transmitir problemas y soluciones entre los actores involucrados.

Por otro lado, las capacidades políticas se fortalecen cuando la utilización de la investigación contribuye a la producción de legitimidad de los procesos de implementación de las políticas de salud. Complementariamente, el uso del «proceso» permite expandir vínculos y alianzas de actores que contribuyen en forma colaborativa (Denis y Lomas, 2003) en la implementación de políticas. Las investigaciones sobre políticas de salud orientadas a cambios institucionales y con problemas de viabilidad pueden contribuir tanto a la construcción como a la gestión de vínculos sociales asociados con problemáticas o intervenciones incluidas en investigaciones, a través del fortalecimiento de alianzas entre actores de diferentes campos institucionales (por ejemplo, grupos de profesionales, equipos técnicos de agencias del gobierno,

movimientos sociales) con un rol estratégico en la reconfiguración del sistema de servicios de salud (Báscolo, 2010).

Con esta perspectiva, la construcción problemática que forma parte de los procesos de implementación de las políticas de salud en América Latina puede ser abordada con diferentes y nuevas estrategias colaborativas entre actores involucrados en la producción de conocimiento y actores involucrados en la gestión de las políticas de salud. El abanico de tales estrategias debería incluir actividades que sirvan de plataforma de la construcción de «puentes» con capacidad de consolidar tanto vínculos institucionales entre instituciones académicas y de gestión de servicios de salud, como de relaciones sociales entre los actores involucrados en esta trayectoria de producción institucional (Báscolo, 2010).

En este marco, el desarrollo de capacidades críticas de actores y organizaciones involucradas en los procesos de implementación de políticas sustantivas de nuestros sistemas de salud depende de las interacciones sociales que se construyan en el marco de la producción de conocimiento con influencia sobre los nuevos marcos de regulación sobre los procesos de atención médica, las nuevas concepciones sobre los procesos de salud y enfermedad y nuevos valores sociales que ponderen la salud como derecho social universal.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, Celia y Báscolo, Ernesto (2006), «Use of Research Results in Policy Decision-Making, Formulation, and Implementation: a Review of the Literature». En *Cad. Saúde Pública*, No. 22, 7-19.
- Almeida, Celia; Bazzani, Roberto y Pittman, Patricia (Eds.) (2000), *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe* (Research on Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean). Washington, DC: PAHO.
- Báscolo, Ernesto (2010), «Gobernanza de las organizaciones de salud basados en atención primaria de salud». En *Rev. Salud Pública*, Vol. 12, Sup. 1, 8-27.
- Báscolo, Ernesto (2011), «Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina». En *Ciencia & Saude Coletiva*, Vol. 16, No. 6, 2.763-2.772 (Junio).
- Bazzani, Roberto; Levcovitz, Eduardo; Urrutia, Soledad y Zarowsy, Christina (2006), «Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta». En *Cad. Saúde Pública*, Vol. 22, 109-112.
- Central West Health Planning Information Network (CWHPIN) (2000), *A framework for evaluating the utilization of health information products*. Hamilton, ON: Central West Health Planning Information Network.
- Davies, Huw; Nutley, Sandra & Walter, Isabel (2005), «Assessing the impact of social science research: conceptual, methodological and practical issues». A background discussion paper for ESRC Symposium on Assessing Non-Academic Impact of Research. St. Andrews: Research Unit for Research Utilisation, School of Management, University of St. Andrews.
- Denis, Jean-Louis; Lamothe Lise *et al.* (1996), «Lidearship and strategic change under ambiguity». En *Organization Studies*, Vol. 17, No.4, 673-699.
- Denis, Jean-Louis; Lamothe Lise *et al.* (2001), «The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations». En *Academy of Management Journal*, Vol. 44, No. 4, 809-837.
- Denis, Jean Louis & Lomas, Jonathan (2003), «Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research». En *J. Health Serv. Res. Policy*, No. 8, 1-6.
- Gordon-Strachan, Georgiana; Bailey, Wilma; Lalta Stanley; Ward, Elizabeth; Henry-Lee, Aldrie & LeFranc Elsie (2006), «Linking researchers and policy-makers: some challenges and approaches». En *Cad. Saúde Pública*, Vol. 22, 69-76.
- Hargrave, Timothy J. & Van de Ven, Andrew H. (2009), «Institutional work as the creative embrace of contradiction outside traditional boundaries». En *Lawrence, Institutional Work. Actors and Agency in Institutional*

- Studies of Organizations*, editado por Suddaby and Leca, 120-140. Cambridge.
- Kirkhart, Karen E. (2000), «Reconceptualizing Evaluation Use: An Integrated Theory of Influence». En *The Expanding Scope of Evaluation Use. New Directions for Evaluation*, editado por V. Caracelli y H. Preskill, No. 88, 5-23, San Francisco: Jossey-Bass.
- Landry, Réjean; Amara Nabil & Lamari, Moktar (2001a), «Utilization of social science research knowledge in Canada». En *Research Policy*, Vol. 30, Issue 2, 333.
- Landry, Réjean; Amara Nabil & Lamari, Moktar (2001b), «Climbing the Ladder of Research Utilization». En *Science Communication*, Vol. 22, 396-422.
- Levcovitz, Eduardo y Acuña, Cecilia (2003), «Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud». En *Gerencia y Políticas en Salud*, No. 2, 10-32.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010), *Informe sobre la salud en el mundo. El financiamiento de sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Patton, Michael Quinn (2002), «A Vision of Evaluation that Strengthens Democracy». En *Evaluation*, Vol. 8, Sup. 1, 125-139.
- Pittman, Patricia & Almeida, Celia (2006), «Cross-sector learning among researchers and policy-makers: the search for new strategies to enable use of research results». En *Cad. Saúde Pública*, Vol. 22, 97-108.
- Pyra, Karen (2003), *Knowledge Translation: A Review of the Literature*. Nova Scotia: Nova Scotia Health Research Foundation.
- Trostle, James; Bronfman, Mario & Langer, Ana (1999), «How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies». En *Health Policy Plan.*, Vol. 14, No. 2, 103-114.
- Weiss, Carol H. (1979), «The many meanings of research utilization». En *Public Administration Review*, No. 39, Vol. 5, 426-431.

EL CIENTIFICISMO CIENTÍFICO Y LA MEDICINA

Mario Parada Lezcano

RESUMEN

Este ensayo intenta desarrollar la tesis de que las ciencias tradicionales, las duras, han colonizado el pensamiento médico sanitario a tal punto que se han transformado en fuente de riesgo y daño para la sociedad. La fuerza de dominación ejercida, basada en la racionalidad, hace cada vez más irracional el comportamiento de las personas y las sociedades, adquiriendo una dependencia neurótica de la medicina, el médico, el científico, la ciencia. Todo enmarcado en una situación sistémica globalizada en el capitalismo tardío, complejo médico-industrial, consumismo e individualismo exacerbados. La pérdida de libertad, de democracia, de sentido común, son consecuencias invisibles para el ciudadano común, pero también para los científicos/as y las comunidades científicas. Los intereses de la industria, que se nutre de este cientificismo, asfixian el desarrollo de corrientes alternativas liberalizadoras, humanistas y evolucionadas, que deben ser la solución contrahegemónica al cientificismo científico que hoy padece la sociedad posmoderna.

Palabras claves: ciencia, cientificismo, capitalismo tardío, iatrogénesis, posmodernismo.

INTRODUCCIÓN

«Incluso en aquellas circunstancias en que el médico posee el equipo necesario para interpretar el papel técnico al que aspira, inevitablemente cumple también funciones religiosas, mágicas, éticas y políticas. En cada una de estas funciones el médico contemporáneo es más patógeno que curativo o que simplemente anodino».

Iván Illich

«Soy algo muy distinto de la más sublime invención que haya producido yo mismo y de la convicción más profundamente sentida que me haya invadido, y nunca debo permitir que estas invenciones y convicciones lleguen a dominar y a convertirme en su obediente servidor».

Paul K. Feyerabend

«En la Ilustración, una total democratización del conocimiento podría haber restaurado por lo menos parte del contexto más amplio, habría establecido un nexo real y no meramente verbal con la humanidad, y habría podido llevar a una auténtica ilustración, y no simplemente a la sustitución de una clase de inmadurez (fe firme e ignorante en la Iglesia) por otra (fe firme e ignorante en la ciencia)».

Paul K. Feyerabend

Desde fines del siglo XVIII, la medicina, al desarrollarse como una disciplina científica, ha experimentado la misma evolución de las ciencias en general, vale decir, ha contado con una conceptualización única de lo que es el conocimiento racional, objetivo y, por ende, la creencia de que este conocimiento es el que marca lo que es deseable para los seres humanos. Vale decir, la concepción heredada en su máxima expresión. Todo esto, a lo que llamamos «cientificismo científico», va acompañado de una actitud de soberbia «intelectual» que descalifica toda otra forma de conocimiento que no se genere a través del método científico copernicano, vale decir que no sea «probable» o falseable en términos popperianos. Es el conocimiento científico el que da cuenta de la realidad, que dice qué es lo verdadero, el que sustenta la acción del médico clínico, de los profesionales de apoyo, de los epidemiólogos, de los planificadores y evaluadores, y también de los políticos. El desconocimiento y desprecio del paradigma interpretativo y las metodologías cualitativas de investigación, forman parte de este escenario.

Paralelamente a este desarrollo se ha instalado la hegemonía del modelo capitalista de consumo que nos lleva a asumir la actitud de consumidor, de votante más que de ciudadano/a, un engranaje más de la máquina-sistema, y no asumirnos como una persona con la capacidad de reflexionar y criticar acerca de nuestra vida y entorno, capaz de reconocer nuestros derechos y luchar por ellos. Todo se encuentra «esquizofrenizado» por la doctrina neoliberal que plantea que la clave está justamente en la capacidad de elegir de los individuos, pero, claro está, solo dentro de los parámetros establecidos por los dueños del sistema, que en parte son también dueños del conocimiento científico.

La discusión así propuesta aparece como simplista, pero ciertamente no lo es. Dadas las características de este trabajo, se intentó simplificar y sistematizar la gran complejidad que conlleva el análisis de los dos fenómenos señalados que, no siendo los únicos, forman parte del listado de los más importantes a la hora de escudriñar la problemática de la salud-enfermedad-atención, en más detalle.

Así, el desarrollo del ensayo avanza a través, en primer lugar, de la reflexión acerca de cómo la ciencia, en su paradigama de la concepción heredada, ha colonizado todo el saber en medicina y en salud, descalificando y/o desplazando otras formas de ciencia (paradigma interpretativo) y otros tipos de conocimiento (como el empirismo cotidiano). Es lo que denominamos el cientificismo científico, el cual, en sus aplicaciones extremas, se encuentra expuesto a consecuencias intestinas deleterias cuando el fraude y la falsedad. También se reflexiona acerca de las relaciones que existen entre el consumismo, característica central del capitalismo tardío, y la hegemonía del saber científico, transformándose en una forma de dominación evidente y iatrogénica.

Las reflexiones finales se orientan hacia posibles vías para evitar que la industria, que se nutre de este cientificismo, no siga asfixiando el desarrollo de corrientes de pensamiento más liberalizadoras, humanistas y evolucionadas.

CIENTIFICISMO CIENTÍFICO

Según Habermas (1982), la producción de conocimiento científico o la «empresa científica», como también el sistema jurídico y las instituciones para la producción, difusión y crítica del arte, son posibilidades abiertas para examinar o intentar llegar a la «verdad»

de los enunciados, la rectitud de las acciones y normas y/o la autenticidad de las diferentes manifestaciones expresivas, y para asimilar de manera constructiva las experiencias negativas que hayamos podido tener en estas dimensiones. Es así como las ciencias físico-naturales tal y como las conocemos (positivas, racionales, lógicas, objetivas) han sido sometidas al análisis heterodoxo desde la filosofía, la sociología y las ciencias positivistas, que han llegado a conclusiones que dan luces respecto de la real dificultad de sostener que las teorías científicas, o sea el propio quehacer científico, sean realmente racionales y objetivas como pretenden, y más aún, sobre la necesidad de que dejen de serlo para que el avance en la producción de conocimiento útil para la humanidad sea más rico e instrumento de liberación y no de dominación.

Feyerabend (1984) nos recuerda que algunos autores concluyeron que los juicios entre teorías son formalmente indecibles y postulan que las controversias solo tienen soluciones pragmáticas. De ahí resulta que todo lo que la sociedad puede hacer por la ciencia es facilitar un contexto libre y abierto de discusión donde puedan argumentarse públicamente las razones para cada creencia particular. Se nos plantea también que el cambio científico solo es posible contraponiendo a las interpretaciones vigentes de la realidad una alternativa que explique fenómenos enigmáticos claves, y (o pese a) que sea manifestamente inconsistente con la interpretación vigente de la gran mayoría de los datos existentes¹.

El cambio científico parte de la defensa, tenaz y hasta obcecada, de teorías débiles que nacen falseadas, porque no conviene abandonarlas sin saber dónde son susceptibles de ampliación y articulación. Debemos recordar que todas las teorías son cuantitativa y cualitativamente inconsistentes con hechos de su dominio porque siempre se las aplica más allá de los casos que sirvieron para construirlas, a través del principio de generalización. Recordemos también que ni los filósofos ni los científicos trabajan con una sola teoría, o un solo sistema de pensamiento o marco institucional, hasta que las circunstancias los fuerzan a modificarlos o abandonarlos, sino que usan una pluralidad de ellos desde un comienzo, algo así como trabajar bajo un «pluralismo epistemológico». Por tanto la validez y utilidad de los conceptos y los criterios de evaluación (como la vigencia de las normas morales) que utilizan solo cambian mediante las investigaciones que los vulneren.

¹ Esto es a lo que Feyerabend denomina conrainducción.

Las sucesivas teorías que dominan un campo a menudo son *inconmensurables*². Además, ninguna regla es suficiente para enfrentarse a una tarea de la riqueza y complejidad de la ciencia.

Algunos autores, por tanto, solicitan un aumento del catálogo de reglas o normas de investigación, pues el mejor modo de asegurar el éxito en la producción del conocimiento nuevo es tener en gran número, junto con sus distintas interpretaciones y ejemplos históricos de uso, y garantizar la libertad de cada científico/a de apelar a la que se considere más idónea en cada caso, porque algunas dan resultados preferibles a otras en situaciones diferentes. En tal sentido, se alienta una actitud aperturista, alejada al máximo del dogmatismo, desde el supuesto que toda comunidad cultural, incluidas las de investigadores o científicas, tienen alguna noción, por vaga que sea, de lo que sería mejor para su propio acervo cognitivo o matriz disciplinar.

Para autores como Feyerabend, los diversos medios de presentación de lo real no son neutros sino que conforman la comprensión de la experiencia. Dicha comprensión implica un conocimiento que puede ser expreso o tácito, individual o colectivo, tomar la forma de reglas generales o de capacidad generativa o regenerativa *ad hoc* que sirve para afrontar la realidad y, por cierto, situaciones nuevas. En este sentido, entonces, aprender significa adquirir herramientas cognitivas, conceptuales y empíricas que permiten ser capaz de actuar en un contexto nuevo (contexto es cualquier elemento capaz de dar sentido a la acción, al vivir). Así, llegamos a la idea de que todos los elementos del conocimiento son idiosincráticos, vale decir que lo que no está conformado por la tradición intelectual, o por el saber científico, lo está por el entorno cultural y social. Finalmente no habría «escapatoria» al carácter histórico y culturalmente situado del conocimiento, de su generación, difusión y reproducción.

Barnes (1980) nos hace ver que autores como Kuhn y Polanyi tienen la razón cuando recalcan que en lo científico intervienen otros factores, que van más allá del método científico y que forman parte de las creencias de los científicos.

Entonces, si no existe ningún camino «regio» que conduzca a la «verdad científica», como plantean estos autores, y más bien existe un

² La inconmensurabilidad es un problema para los filósofos empeñados en la búsqueda de criterios objetivos y generales en la elección entre teorías (explicación, verosimilitud, aumento de contenido, predicción), búsqueda que no ha logrado resultados satisfactorios porque los criterios son coyunturales.

camino que se debe encontrar aplicando complejas técnicas de evaluación, entonces la parcialidad y la irracionalidad no son las únicas razones por las cuales un científico puede extraviarse. Todo científico, y por extensión los profesionales médicos, opera sobre una vasta matriz de creencias existentes. Esta matriz, que incluye todos los universos simbólicos, incluye también el paradigma específico de la generación de conocimiento científico, el cual es acuñado, recibido, durante la formación escolar.

Lo que ocurre es que cada individuo/a es receptor de una socialización, de una culturización específica de su entorno familiar, histórico, social, cultural, en definitiva, de su propia biografía. Es depositario de una específica construcción social de realidades de manera tan determinística, que se vivencia de manera inconsciente como una realidad verídica, incuestionable y generalizable (Berger y Luckmann, 1976). Dentro de esta matriz biográfica, socioculturalmente construida, se encuentra el paradigma de generación del conocimiento nuevo, el de la investigación científica. Parafraseando a Feyerabend (1984), sería posible que la ciencia y los científicos encuentren la «verdad» solo si tuvieran la capacidad de retener todas las ideas de la humanidad para su posible uso, ya que la historia de las ideas y del conocimiento es un constitutivo esencial de la investigación científica.

Hoy, en la era de la medicina basada en evidencias (MBE), resulta muy común que en los debates interesados en llegar a aportes para los avances clínicos, sanitarios, de políticas de salud, aparezca la actitud científicista de muchos y muchas investigadores que descalifica argumentaciones que no se encuentran contenidas en sus respectivas matrices disciplinarias. Un debate que elimina ideas por estar en pugna con concepciones científicas propias (principios, teorías, «hechos», estándares) no es un debate científico, muy por el contrario, se constituye en un debate espurio, ya que invoca la autoridad de la ciencia a favor del modo con que se trabaja, eliminando el valor y sustancia histórica del pensamiento. Cuando las cuestiones tratadas son álgidas y/o estratégicas, los «ganadores» de estos debates no deberían sentirse como parte de una «victoria» de la ciencia, sino parte de aquellos/as que han decidido convertir el estado transitorio del conocimiento en un árbitro permanente de disputas, en verdad absoluta. Para decirlo de otra manera, se trataría de una «victoria» de los que han decidido convertir la ciencia en instrumento de presión política. Por ejemplo, esta situación es muy potente en el caso de la industria farmacéutica,

que utiliza el brazo «armado» (científico) del cuerpo médico para ganar las batallas en el mercado.

Sabemos hasta dónde nos ha llevado la medicina «científica» y hasta dónde nos está llevando la MBE; no sabemos si la medicina de los *chamanes*, disponiendo de medios similares y con el mismo prestigio social en Occidente, nos habría llevado más lejos. Lo grave es, como señalaba Illich (1978), que la decisión sobre un programa de investigación en ciencia (medicina) frecuentemente altera grandes zonas de nuestras vidas de una forma irreversible. Eligiéndolo, hemos optado por una forma de vida sin conocer ni su estructura ni sus consecuencias, y, peor aún, teniendo la falsa ilusión de que esa elección es libre, racional, sin coerción de ningún tipo.

Parte de la soberbia cientificista está sustentada en el hecho de que lo más común es que los actores sociales reconozcan que les resulta imposible evaluar el discurso científico, el cual generalmente se acepta de buena fe. En muchos casos, la recepción de las creencias científicas puede ser considerada sencillamente como la respuesta de los actores a una fuente de conocimiento institucionalizada. Por ejemplo, los científicos médicos sostenían que las fuertes correlaciones entre el hábito de fumar y el cáncer constituían una vigorosa prueba de que existía una relación causal entre ambos; pero teóricamente admitían que dicha correlación podía resultar de un tercer factor que causara al mismo tiempo el hábito de fumar y el cáncer, y además reconocían que el diseño metodológico del estudio señero de Doll y Hill de 1954, no era lo suficientemente potente para alcanzar la generalización-globalización que obtuvo.

La existencia de una determinada terminología separada permite el futuro desarrollo conceptual independiente dentro y fuera de una disciplina. El significado nunca es estático. Un vocabulario separado asegura la libertad de un futuro control social, por ejemplo, ahora están de moda las «políticas públicas basadas en evidencia». Los mismos conceptos científicos suelen estar imprecisamente definidos y tienden a cambiar de significado con el tiempo. La recepción favorable de las ideas científicas por el público lego se encuentra limitada por la escasa inteligibilidad y la falta de procedimientos institucionalizados acordes con el papel de las disciplinas científicas como fuentes de conocimientos orientadas externamente. Todo esto potencia la acumulación de poder en los profesionales de la salud respecto de la gente que necesita de su ayuda. Además, cuidadosas de su imagen externa, las comunidades

científicas y muy singularmente los médicos, raramente desenmascaran en público a los que consideran incompetentes; la comunicación informal habitualmente asegura que su labor sea tratada como poco fiable y en algunos casos suprimirla. Es el fenómeno de autorregulación del que nos hablaba Illich (1978).

Con los argumentos anteriores nos situamos dentro de una posición que nos permite ver la ciencia desde una mirada típicamente interpretativa en la que se percibe la realidad desde los contextos individuales y colectivos determinados, desde la hermenéutica del observador (Beltran, 2000). Lo que más importa, en último término, es que exista la libertad ciudadana para que la gente pueda elegir sus creencias, tras debatir en abierta competencia sus razones para creer. Y, lo que es aún más importante, por qué creen que sus razones son buenas para creer.

Ciertamente esta visión de la ciencia, de ser comprendida y aplicada, pondría en jaque la tradicional y hegemónica traducción que de sus resultados se hace en la actualidad, ya que al plantear el desafío democrático de aumentar los grados de libertad para creer y argumentar dichas creencias, muchas de las situaciones «conocidas» hoy como verdades absolutas podrían comenzar a tambalearse.

Si en las facultades de Medicina y otros centros académicos relacionados con la formación de profesionales sanitarios se asumiera una actitud cercana a la planteada, podrían ocurrir cambios respecto a la comprensión de otras formas de conocimiento, tan frecuentes como el sentido común, que ayudarían a estos profesionales a dar salud a la gente en un contexto menos soberbio y mucho más eficaz. De hecho, si una actitud como esta, democrática o liberalizadora, hubiese sido mayoritaria, efectos como la expropiación del sufrimiento y la medicalización de la muerte probablemente no se hubieran producido.

En una democracia sustantiva, la elección de programas de investigación en todas las ciencias es una tarea en la que deben participar todos los ciudadanos/as. Esta democratización de la ciencia y de otras formas de conocimiento no hará desaparecer las lagunas existentes. Ante la objeción de que el público general o la «opinión pública» no comprende suficientemente la ciencia como para participar en la formulación de políticas públicas, ni menos aún en la elección de programas de investigación, hay que recordar que, de acuerdo a los planteamientos previamente realizados, los científicos tampoco comprenden la ciencia.

La mayoría de los científicos intenta sustituir opiniones impopulares mediante argumentos simplistas («como dice el último *paper*

publicado en el *journal...*»), mientras que la investigación que nos aportó las teorías más destacadas en la ciencia moderna era mucho más compleja. Además, hay muchos científicos que son egomaniacos, de mentalidad estrecha; intentan mejorar su posición en la profesión y están fundamentalmente desinteresados por el bienestar humano.

En una democracia, la decisión sobre el poder a entregar a distintos puntos de vista debe estar en las manos del electorado, de la ciudadanía. Supongamos que los métodos científicos de diagnóstico, administración, terapéutica, etcétera, son reemplazados totalmente por métodos de un sistema médico alternativo, ¿mejoraría esto la calidad general de vida vista desde la perspectiva de los que reciben un tratamiento? No lo sabemos. Todavía peor: no existe ninguna evidencia científica que pueda responder a esta cuestión en términos positivistas o interpretativos.

La medicina actual, inmersa en el cientificismo científico al estilo *Dr. House*, podría ser catalogada sin demasiados problemas como una enfermedad social peligrosa, como dice Illich, que ocasionalmente da a la gente la sensación neurótica de estar bien, pero su desaparición podría, quizás, mejorarles la vida de una forma que ni siquiera nos atrevemos a soñar.

LO CIENTÍFICO EXPUESTO A LA FALSEDAD Y AL FRAUDE

Falsificar, manipular, crear o modificar los datos y/o los resultados de una investigación clínica son fenómenos demasiado frecuentes en la actualidad y constituyen un talón de Aquiles del cientificismo, toda vez que expone a las comunidades científicas en su real dimensión social, de infalibilidad y dudosa conflictividad de intereses. Resulta frecuente encontrar estudios en donde se evidencia que su construcción y planificación se hicieron con el fin de obtener siempre resultados positivos, publicar resultados de la investigación seleccionados, omitir resultados relativos a efectos secundarios en los ensayos clínicos, no proporcionar todos los datos necesarios para una auditoría independiente de los resultados (Domenighetti, 2013).

Todos estos tipos de comportamientos están explícitamente proscritos por los comités de ética científicos y editoriales de las universidades, centros de estudio y revistas científicas; y muchas de estas prácticas están tipificadas como delitos en las leyes de distintos países,

por las potenciales graves consecuencias para las personas sometidas a la aplicación de los resultados de investigaciones fraudulentas y también por los efectos deletéreos sobre la propia industria farmacológica y tecnológica.

Así, Domenighetti (2013) nos recuerda una serie de datos publicados por los propios *journals* científicos que dan penosa cuenta de la realidad a la que está sometida la sociedad en su conjunto, y la comunidad científica en particular. Señala, por ejemplo, que se ha encontrado una prevalencia del 14% de investigadores británicos en biomedicina que habrían falsificado, manipulado, o modificado los datos y los resultados de sus investigaciones clínicas. Además, precisa que entre un 34-72% de los investigadores admiten, en ciertas encuestas, que ellos mismos o sus colegas han utilizado prácticas «cuestionables» (por ejemplo, la selección de los datos). Por otra parte, ejemplifica las contradicciones al método científico, señalando que el propio *British Medical Journal* admitió en 2012 que entre un 70 y un 90% de los estudios preclínicos relacionados al cáncer no se pueden replicar; por su parte, los investigadores en ciencias biomédicas de la Universidad de California dispuestos a «seleccionar, omitir o construir» datos para obtener un Grant o publicar un artículo científico bordeaba el 81% en 2002.

Existe una clara tendencia a seleccionar los resultados de las investigaciones para su posterior publicación de acuerdo a lo que muestra Domenighetti (2013), ya que, según un estudio citado en su presentación³, aproximadamente solo el 50% de los ensayos clínicos controlados, que son registrados por las agencias gubernamentales especializadas, terminan siendo publicados. Esta situación es similar si se analizan de acuerdo al país de origen, el tamaño del estudio, la fase del ensayo clínico, o al tipo de financiamiento que el estudio tiene. Agrega que, en promedio, durante el año 2013 fueron retirados 50 artículos «científicos» cada mes por los editores de las revistas biomédicas.

Toda esta información respalda que «algo huele mal» en el entorno de las publicaciones científicas: los resultados completos, incluyendo aquellos sobre los efectos secundarios, no se publican; los resultados de investigaciones publicadas son en general favorables para el patrocinador y muchas veces es notoria una serie de métodos de manipulación de la «metodología» para lograrlo; no está claro quién o quiénes son

³ Trial Publication after Registration in Clinical Trials.Gov. PLOS Medicine. 2009.

en realidad los autores de la investigación; los resultados que son favorables a la investigación respaldada por los financiadores se publican en revistas de alto impacto, mientras que aquellas investigaciones con resultados desfavorables, o no se publican, o solo acceden a revistas «menores» dentro del circuito científico internacional (Domenighetti, 2013).

Algunos ejemplos concretos de lo señalado anteriormente son los siguientes:

- Jon Sudbø, científico noruego, manipuló, falsificó y fabricó datos de sus 38 artículos científicos (y de su tesis doctoral), algunos de los cuales fueron publicados en las principales revistas médicas: 2001 y 2004 en el *New England Journal of Medicine*, 2005 en el *Journal of Clinical Oncology* y en *The Lancet* (Domenighetti, 2013).
- Hwang Woo-suk, científico surcoreano, en 2004 engañó al mundo al anunciar que había clonado embriones humanos. En dos diferentes publicaciones, en 2004 y 2005, Hwang, de 56 años, anunció que había conseguido clonar un embrión humano y extraer células madre de él, lo que en teoría podría facilitar la creación de tejidos humanos⁴. En 2006 la Universidad de Seúl confirmó que los resultados experimentales habían sido falsificados y el propio «científico» confesó el hecho posteriormente⁵.

EL CONSUMISMO QUE CONSUME

Las burocracias son meros instrumentos para la socialización de las necesidades sistémicas; refuerzan y aprovechan la necesidad de consumir generada por el sistema capitalista. La necesidad de consumir refleja la dependencia que los individuos tienen de lo que se puede comprar, ya sea una visita al médico, un medicamento, un perfume, un coche, etcétera. Es el modo capitalista de producción el que ha llevado a la sociedad occidental a este estado de situación, y no la industrialización en sí. Situación marcada por el hecho que la gente no ejerce ningún

⁴ De haber sido cierto, este descubrimiento, que lo llevó a las páginas de las revistas científicas de todo el mundo, incluida la prestigiosa *Science*, habría abierto las puertas a la curación de enfermedades como la diabetes o el Alzheimer.

⁵ <http://www.abc.es/ciencia/20130516/abci-engano-clonacion-humana-hwang-201305161024.html>

control sobre el producto de su trabajo y, además, por un modo de consumo en el que el ciudadano es manipulado en el consumo de los productos de ese trabajo.

El sistema, como dice Marcuse (1986), hace que la gente aspire a tener más en un círculo vicioso en que cada vez este «más» es más inaccesible. Quienes controlan los medios de control necesitan de las burocracias, como la médica, para que estimulen la insatisfacción y la dependencia en la esfera del consumo. En este aspecto es donde la argumentación de Illich adquiere total validez y conexión con lo que se ha desarrollado hasta aquí: considera que la iatrogénesis social tiene su fundamento en la adicción de la gente por la asistencia médica, respaldada en el cientificismo legitimador, y en el Chile actual por «el especialista» como imagen de sumo sacerdote guardador del conocimiento verdadero que asegura curación, bienestar, longevidad. Todo lo cual es el resultado de la manipulación no solo del cuerpo médico sino también de la burocracia sanitaria o el sistema de atención que se ha medicalizado a niveles insospechados y muchas veces insostenibles. Se trata de una manipulación encaminada a crear dependencia y consumo. De hecho Illich postula que el comportamiento consumista de la gente se ve determinado principalmente por esta manipulación.

Pero, por otro lado, Navarro (1978) no está de acuerdo con Illich, ya que plantea que la manipulación del consumismo generada por el sistema no es una causa sino una consecuencia, un síntoma, dice, de las necesidades básicas de las instituciones sociales y económicas propias de lo que él llama sociedades industrializadas capitalistas. Entonces, el sistema capitalista consumista de «ciencia» y sus derivados, vale decir el complejo médico-industrial hegemónico, se reproduce porque: a) crea necesidades, por artificiales o absurdas que parezcan (dislipidemias, déficit atencional, entre otras enfermedades creadas); b) existe una población masificada en el consumismo, que la lleva a una pasividad derivada de la alienación publicitaria y de acceso fácil; y c) la reproducción de la ideología consumista en virtud de la cual al ciudadano/a no se le juzga por lo que hace o es (su trabajo) sino por lo que tiene (su consumo) e incluso por lo que aspira a tener.

El trabajador/a, al constatar que se le niega la capacidad de realizarse en el trabajo, porque vive para trabajar y no trabaja para vivir, se ve obligado/a a buscar la realización en el campo del consumo

fácil, barato, muchas veces «científicamente avalado»⁶. Así se produce el efecto alienador del trabajo, el cual varía de acuerdo a los niveles de conciencia que el individuo tenga (Navarro, 1978). Por lo tanto, la misión del sistema médico (incluida la industria farmacéutica) es administrar y reforzar la dependencia del consumo generado por el capitalismo. En esta tarea recibe un apoyo fundamental de la ideología científica y los medios de comunicación de masas. La realidad chilena en que todos los actores sociales y políticos apuntan a una rendición ante la fuerza generativa de la necesidad de requerir especialistas médicos, los que más saben, los que más actualizados están respecto del manejo de esa parcialidad que han estudiado en profundidad y que actualizan en congresos de gran envergadura, totalmente coaptados por la industria farmacéutica y tecnológica.

Gracias al advenimiento del último y más feroz de los capitalismo, el de consumo, se ha llegado en el mundo posmoderno a un Estado jamás conocido, en profundidad y extensión, de dominación de unos pocos individuos sobre el resto. De hecho, el control es tan completo que prácticamente ya no se requiere como antes la acción deliberada de los líderes. El control tecnológico y de las necesidades «virtuales» penetra en todos los aspectos del mundo social y cultural y, lo que es más importante, como hemos visto, se ha internalizado en el actor, en la gente. La dominación ha alcanzado un grado de perfección tal que ya no parece dominación en sí.

Habermas (1982) denominó *legitimaciones* a estos sistemas de ideas generadas por el sistema político-económico, y, en teoría, por cualquier otro sistema, para apoyar su existencia misma. Ideas diseñadas para «mistificar» el sistema económico y político, científicamente amparado y justificado, o técnicamente en el peor de los casos, para empañar lo que en realidad está ocurriendo, para invisibilizar las necesidades que realmente se deben satisfacer: derribar las barreras para el estar bien, para el buen vivir.

En definitiva estas ideas producidas por las élites sociales que son falsas y cegadoras constituyen la ideología que se expresa en eventos tan cotidianos como el «consumo» de sanidad, el consumo de atención médica, el consumo de esperanza de la curación directa y eficiente de la enfermedad, del mal estar, por rutas científicamente avaladas y por

⁶ El rol de los medios de comunicación masiva en esta reproducción no será analizado en este documento, ya que constituye un problema extenso y estratégico que debe ser abordado en sí mismo.

ende fuertemente legitimadas. Esta situación se ha visto reforzada y potenciada por la irrupción de Internet y su capacidad para «democratizar» la información que, en general, lo que logra es fortalecer y profundizar la neurosis biomédica y generar una falsa sensación de alcanzar simetría de información, la cual rápidamente es desbancada por el especialista en ciencia o en el peor de los casos por el especialista en literatura científica, aquella del último año, del último congreso, de la última reunión de la sociedad científica en cuestión.

Pero, aunque la gente está controlada, anestesiada y llena de falsas necesidades, existe esperanza en el cambio ya que, en términos freudianos, también disponen de una libido que proporciona una fuente básica de energía que puede destinarse a la acción creativa orientada hacia la destrucción de las principales fuerzas de dominación. Dicha esperanza está sustentada por las evidencias de la profunda crisis del sistema capitalismo tardío, en donde la insuficiencia de la propia ciencia, la transparentación de la corrupción y del fraude, han llevado a explorar societariamente otras alternativas, aquellas denostadas, desprestigiadas, renegadas por el sistema científico oficial. La herejía (la medicina complementaria, la investigación cualitativa) que denunciaba el sumo sacerdote (científico, médico) ha iniciado un camino de legitimación insospechado; el pecado de acceder y aceptar lo contrahegemónico comienza a masificarse y a perdonarse con más frecuencia.

La escuela crítica considera que, en la sociedad posmoderna, la represión creada por la racionalidad del consumo ha ido desplazando cada vez con mayor fuerza a la explotación económica como problema social dominante. Según los teóricos críticos, la racionalidad formal se define irreflexivamente como la adecuación de los medios más efectivos a cualquier propósito determinado. Ello se considera una muestra de «pensamiento tecnocrático», cuyo objetivo es servir a las fuerzas de dominación, no a la emancipación de la gente. La meta es simplemente encontrar los medios más efectivos para alcanzar cualquier fin importante para los que están en el poder. Así, el pensamiento tecnocrático se opone a la razón, que es, para los teóricos críticos, la gran esperanza de la sociedad.

La razón genuina implica la valoración de los medios en términos de los valores humanos fundamentales de la justicia, la solidaridad, la paz y la felicidad. Parafraseando a George Friedman (1986), los hospitales son lugares racionales pero no siempre razonables por su

carencia de los valores mencionados, por la profunda deshumanización que les asiste, por la modelación científicista *doctor housista*.

La pauta capitalista de la modernización está marcada por una deformación, una reificación de las estructuras simbólicas del mundo de la vida bajo los imperativos de los subsistemas que se diferencian a partir del dinero y el poder y que se convierten en autosuficientes (Habermas, 1982). En el caso de la medicina curativa y rehabilitadora, ambos componentes, poder y dinero, están enraizados (formateados en la matriz cultural del cientificismo científico y en la hegemonía médica tradicional alopática disciplinadora y alienante de los sentidos, de la espiritualidad, de la subjetividad, de la diversidad humana).

Es así como en este mundo posmoderno abunda la irracionalidad, «irracionalidad de la racionalidad» o, más específicamente, irracionalidad de la racionalidad formal. Es irracional el hecho de que el mundo racional destruya a los individuos y a sus necesidades y capacidades, que les encapsule y les atonte. Entonces, la escuela crítica dirige sus análisis hacia una forma de racionalidad formal: la tecnología moderna. También se interesa por lo que ella denomina la «industria del conocimiento», haciendo referencia a las entidades relativas a la producción del conocimiento (por ejemplo, las universidades y los institutos de investigación), que han pasado a ser estructuras autónomas de nuestra sociedad. Se han convertido en estructuras opresoras interesadas en extender su influencia por toda la sociedad, en legitimadores del poder del conocimiento científico unívocamente entendido y por ende descalificador de todos los otros tipos de conocimientos que sostienen el cotidiano, incluido el de los propios científicos/as.

Por otra parte, siguiendo a Habermas (1982), una de las contradicciones primarias en el mundo de la medicina, generadora de la crisis existente, está en que la validez de las reglas técnicas y de las normas sociales son diferentes. En las primeras prevalecen las proposiciones empíricamente verdaderas; y en las segundas (normas sociales), la validez se ancla en la intersubjetividad que lleva a la comprensión de la realidad.

Esto se traduce, por más que existan buenas intenciones en planificadores y ejecutores de las acciones sanitarias, en efectos deletéreos, indeseados, tales como que la gente actúe como mera consumidora de prestaciones o servicios, y muchas veces de manera compulsiva.

Para que esta contradicción quede todavía más clara hay que distinguir, en el plano analítico, entre lo que Habermas denomina *marco*

institucional de una sociedad, o el mundo de la vida sociocultural, y *los subsistemas de acción intencional-racional* «inserts» en el anterior. Así, una situación es lo que ocurre en el plano de la construcción de los conceptos salud y enfermedad, las medidas para abolir la insanidad y las creencias que en torno a ello existan, y otra muy diferente es lo que el sistema médico cree, entiende y promulga respecto de lo mismo.

Además está la tesis que dice que la tecnología y la ciencia también asumen la función de legitimar el poder político tecnocrático, fenómeno clave para analizar el cambio social que se ha producido. Debemos recordar que en la medida en que la acción gubernamental está dirigida a lograr la estabilidad y el crecimiento del sistema económico, la sustentación del futuro político, la política adopta un carácter negativo, pues está orientada hacia la eliminación de las disfunciones y la evitación de los riesgos que amenacen al sistema: no hacia la *realización de objetivos prácticos*, sino hacia la *solución de problemas técnicos*, todos sustentados por la argumentación de los «expertos», de los especialistas.

Es así como la solución de problemas técnicos ya no depende de la discusión pública, sino muy por el contrario, de la decisión tomada dentro de este poder experto, un espacio privado. Al contrario, las discusiones públicas pueden hacer problemático el marco dentro del cual las tareas de la acción gubernamental se presentan como técnicas. Como señala Habermas (1982), con el advenimiento de la investigación industrial en gran escala, la ciencia, la tecnología y la utilización industrial se fundieron en un solo sistema. Desde entonces, la investigación industrial ha estado ligada con la investigación bajo contrato gubernamental y sometida a los intereses de los grandes consorcios privados, que promueven principalmente el progreso científico y técnico del sector militar, farmacéutico y de telecomunicaciones. Todo contribuye a que el potencial de las fuerzas productivas ha asumido una forma en la cual la humanidad pierde conciencia del dualismo de trabajo e interacción; en definitiva contribuye a la socialización en el consumismo que consume, que despoja.

En contraposición se podría plantear que deben ser los intereses sociales los que determinan la dirección, las funciones y el ritmo del progreso técnico. Pero, si fuese así, estos intereses están siendo de una naturaleza tal que definen el sistema social como una totalidad en tal grado que coinciden con el interés en mantener el sistema. Lo cual no deja de ser inquietante y a veces desesperanzador.

Un logro singular de la ideología predominante, según Habermas (McCarthy, 1992), es separar la comprensión de la sociedad del marco de referencia de lo que él denomina la *acción comunicativa* y de los conceptos de *interacción simbólica*, para reemplazarlos por un modelo científico, pseudorracional. Logrando de esta manera que la autocomprensión culturalmente definida de un mundo social de la vida, sea reemplazada por la autocosificación de la humanidad en categorías de acción intencional-racional y una conducta adaptativa, que implica una pérdida de capacidad para comprender y enfrentar su problemática de salud-enfermedad-atención más allá de los criterios que le impone el sistema.

Para complejizar aún más este cuadro, la despolitización de la sociedad posmoderna de la que somos testigos, legitimada por esta conciencia tecnocrática, es una muestra más de cómo los modelos cosificados de los sistemas (científico, médico, militar, etcétera) migran al mundo de la vida sociocultural y ganan poder objetivo sobre su autocomprensión. El núcleo ideológico de esta conciencia es *la eliminación de la distinción entre lo práctico y lo técnico*. Para Habermas (1982), esta es una nueva ideología que viola condiciones fundamentales de la existencia cultural: la socialización e individuación determinada por el lenguaje.

REFLEXIONES FINALES

La increíble paradoja que significa que los agentes sociales en los cuales la gente ha puesto su confianza y a quienes han asignado el rol de cuidar su salud y curar la enfermedad, sean precisamente generadores de daños sobre la salud física y social, es quizás una de las muestras más contundentes del desastre globalizado que ha impuesto el sistema capitalista tardío de consumo.

Más allá de la polémica que puede suscitar una frase como la anterior, lo que se espera es un debate basado en la razón para localizar en su justa medida los efectos indeseables de los científicos/as, de los médicos/as y de los servicios de salud medicalizados, proponer soluciones e implementarlas. Resulta evidente la necesidad de un cambio social profundo que retrotraiga la situación actual, un mega esfuerzo que involucra a todo el tejido social. Este cambio no podrá ser más que un sueño si no se logra generar un movimiento democratizador,

de verdad, de todos los ámbitos del quehacer social, que resulte en una defensa de la cultura y de la libertad de los individuos. Vale decir, una revolución en la evolución, en el cambio de paradigma.

La democratización del conocimiento no significa aspirar a más acceso a las fuentes establecidas, sino la incorporación, de todas las fuentes de conocimiento disponibles, a la discusión de problemas tan importantes como el de la salud de los individuos y las comunidades. En definitiva se debe propender a un cambio que, como diría Habermas, implique la descolonización del mundo de la vida por parte del sistema.

«No se trata de abolir la ciencia del ámbito de validación de las prácticas médico-sanitarias, mas de rescatar la dignidad de otros tipos de sabiduría en la construcción de verdades útiles para la construcción de la salud» Ayres (2002).

BIBLIOGRAFÍA

- Ayres De Carvalho, Mesquita y Jose, Ricardo (2002), «Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones». En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 20, No. 2, julio-diciembre, 67-82.
- Barnes, Barry (1980), *Estudios sobre la sociología de la ciencia*. España: Editorial Alianza Universidad.
- Beltrán, Miguel (2000), *La acción pública en el régimen democrático*. España: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas (1976), *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Domenighetti, Gianfranco (2013), «Fraudes et corruption dans le secteur médico-sanitaire». En Actas CALASS 2013 - ISSN N° 1988-7914. Disponible en http://www.lass.org/cont/priv/calass/docs/2013/session_spec2/30-08_sessionspe2_4-fr.pdf
- Feyerabend, Paul K. (1981), *Contra el método*. España: Editorial Ariel.
- Feyerabend, Paul K. (1984), *Adiós a la razón*. España: Tecnos.
- Friedman, George (1986), *La filosofía política de la Escuela de Frankfurt*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Habermas, Jurgen (1982), *Conocimiento e interés*. España: Editorial Taurus.
- Illich, Ivan (1978), *Némesis médica*. México: Editoriales Joaquín Mortiz / Planeta.
- Marcuse, Herbert (1986), *Ensayos sobre política y cultura*. España: Editorial Planeta.
- McCarthy, Thomas (1992), *La teoría crítica de Jürgen Habermas*. España: Editorial Tecnos.
- Navarro, Vicente (1978), *La medicina bajo el capitalismo*. España: Crítica / Grijalbo.

EQUIDAD EN SALUD: CONCEPTOS Y PERSPECTIVAS

Nivaldo Linares-Pérez
Oliva López-Arellano

RESUMEN

Se discuten los marcos referenciales en que se inscribe y desarrolla el complejo desigualdad-inequidad en salud, destacando los enfoques contemporáneos, las categorías explicativas y la diversidad conceptual y operacional de las definiciones. Se presenta la perspectiva desde la salud colectiva, subrayando el papel de los determinantes sociales sobre la equidad en salud. Se argumenta que la comprensión de las perspectivas teóricas es imprescindible para la interpretación correcta de las desigualdades e inequidades en salud. Se concluye que la abundancia de definiciones hace difícil la adopción, uso e interpretación de las inequidades en salud, aunque parece haber consenso en que se debe profundizar en forma diferenciada, complementaria e integradora tanto en las dimensiones de los sistemas de atención, como en los determinantes sociales de la salud. Para la salud colectiva, es necesario avanzar en un mejor conocimiento de las dinámicas sociales, expresadas como desigualdades de salud, que constituyen inequidades.

Palabras clave: desigualdades en la salud, equidad en salud, salud colectiva.

INTRODUCCIÓN

América Latina y el Caribe conforman una región con gran desigualdad social y graves inequidades en las condiciones sanitarias, de acceso a los servicios de salud y en indicadores de enfermedad y muerte de su población (Alleyne, 2002; Cardona, Acosta y Bertone, 2013). A partir de esta situación, no hay duda de que la problemática de las desigualdades-inequidades en salud expresadas, en términos simples, como diferencias importantes en el estado de salud entre los individuos y los grupos sociales en regiones, países y espacios-población específicos, son un tema de actualidad y de atención urgente para las políticas públicas en salud. Sin embargo, el tema de las desigualdades, objeto de gran atención en la década de los años setenta y principios de los ochenta, fue desplazado como foco de interés por las reformas de mercado que reconfiguraron el campo sociosanitario desde los años noventa y orientaron las políticas de salud hacia la eficiencia y la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios, a través de servicios focalizados y selectivos destinados a poblaciones pobres (López y Blanco, 1993; Laurell y López, 1996), privilegiando la atención a la pobreza, desvinculada del combate a la desigualdad, gestando retrocesos en la búsqueda de la equidad (Linares y López, 2009; Laurell, 2013).

La reaparición en el escenario internacional de una creciente preocupación por las desigualdades e inequidades sanitarias, no es casual. Esta se explica por el incremento de las brechas en salud y la preocupación mundial por sus determinantes sociales (CDSS, 2008), la relación de estos con la justicia social y la garantía de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en donde se inscribe el derecho a la salud (OEA, 1988).

En este trabajo se discuten los conceptos de desigualdad e inequidad en salud, partiendo de un marco de referencia anclado en la noción de justicia social, así como en la comprensión de los enfoques contemporáneos relacionados con la equidad. Se identifican las posturas de las corrientes libertarias, utilitaristas, contractualistas e igualitaristas, destacando el enfoque rawlsiano respecto a la equidad social en salud; la perspectiva de Amartya Sen, que relaciona la justicia sanitaria con la equidad en salud; y el pensamiento de Foucault, que vincula la justicia con el poder. Finalmente, se presenta una aproximación a la equidad en salud desde la salud colectiva y la centralidad de los determinantes sociales sobre la distribución desigual de los resultados de salud, el acceso a servicios y la calidad de la atención médica.

NOCIÓN DE JUSTICIA SANITARIA Y ENFOQUES CONTEMPORÁNEOS SOBRE LA EQUIDAD EN SALUD

La complejidad del tema de la equidad y la variedad de disciplinas que la estudian, determinan en gran medida la existencia de una diversidad de aproximaciones ligadas a concepciones filosóficas, económicas, sociales, políticas y sanitarias. De acuerdo con Vega-Romero (2001), en el campo específico de la salud se reconocen cuatro concepciones modernas de justicia: a) las concepciones libertarias, b) las utilitaristas, c) las contractualistas, y d) las igualitarias. Todas ellas constituyen, a pesar de sus diferencias, los cimientos teóricos sobre los cuales se han edificado la organización y distribución de los servicios de salud y las concepciones actuales sobre la equidad sanitaria.

Los *libertarios* han proclamado que la elección y distribución de los cuidados médicos y de la salud deben hacerse prioritariamente a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección y consentimiento, reduciendo la intervención estatal a programas asistenciales cuando son necesarios para la atención de los más pobres. Los *utilitaristas* han fundamentado sus criterios distributivos en el principio de utilidad, es decir, en la maximización de la suma de las utilidades, las preferencias y los valores individuales. Por su parte, los *contractualistas* enfocan sus posiciones en los principios que enmarcan un contrato que debe ser acordado a través de procedimientos. Finalmente, los *igualitaristas* sostienen que los principios de justicia sanitaria deben ser el resultado de un contrato social entre grupos de individuos, o ser el resultado de modelos de sociedad como los propuestos por el marxismo (Vega-Romero, 2001).

En la obra de Peter y Evans (2002) se discuten cuatro enfoques filosóficos-morales relacionados con la equidad en salud: a) el *enfoque utilitarista*, el cual propugna que debe potenciarse al máximo la suma de bienestar individuales, asumiendo que es igual la capacidad de todas las personas para disfrutar de salud; b) el *enfoque igualitarista*, centrado en consideraciones distributivas sin valorar la salud total de la población; c) el *enfoque desde la perspectiva de la prioridad*, considerado como un contrapeso al principio del utilitarismo pues propone que los beneficios sanitarios sean asignados en forma prioritaria a los más enfermos; y d) el *enfoque derivado del ideal rawlsiano de sociedad*, visto como sistema procedimental justo, el cual interpreta que lo éticamente equivocado en la falta de equidad social en salud, guarda relación con las causas de esta

ausencia de equidad. Los tres primeros enfoques proporcionan perspectivas sobre la equidad en salud como un objetivo social independiente y tienen en común que se centran en un patrón distributivo de los resultados finales sanitarios, lo que contrasta con el enfoque *rawlsiano* que sitúa el objetivo de la equidad en salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. La premisa fundamental de este enfoque es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no solo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud.

La perspectiva que presenta Amartya Sen introduce elementos distintos al considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural. En esta perspectiva, la salud interactúa, como propósito y como herramienta, con otros bienes sociales, en el marco del desarrollo humano como parte de la función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales (Sen, 2002). En su visión, la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social, no solo por el carácter central que tiene la salud dentro de la justicia de los acuerdos sociales en general, sino también por la consideración de que la equidad en salud no concierne únicamente a la salud / enfermedad vista aisladamente, en tanto implica un ámbito más amplio desde la imparcialidad y la justicia, incluida la distribución económica y la libertad humana. De aquí que la equidad en salud no trata solo la distribución de los daños a la salud, ni tampoco puede ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria. Por el contrario, esta debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social (Sen, 2002).

En las contribuciones de Michel Foucault es posible visualizar los principios que han regido la distribución de servicios y cuidados referentes a la salud de una población, más como el resultado de la imposición y generalización de concepciones específicas de justicia mediante el recurso de la fuerza de grupos y racionalidades dominantes. Para Foucault, es la consecuencia de la victoria de las fuerzas que se articulan estratégicamente y se posicionan dentro de los dominios del saber, la técnica y las tecnologías, y construyen o apoyan una racionalidad particular sobre otras que no expresan bien sus intereses (Foucault, 1990 y 2006).

CONCEPTOS SOBRE LA EQUIDAD EN SALUD

En condiciones de ambigüedad conceptual, controversia relativa y confusión terminológica, como ocurre en relación a las nociones de desigualdad-inequidad en salud, es necesario considerar las diferentes acepciones, los significados y alcances interpretativos de la pregunta ¿qué es la inequidad en salud?

En algunos casos se emplean los conceptos de desigualdad-inequidad para transmitir un sentido de «justicia»; otros lo emplean para dar a entender «desigualdad» en un sentido exclusivamente matemático (Rosero-Bixby, Aguilar, Blanco y León, 2000). Aun cuando ninguno de estos intentos es totalmente satisfactorio, se coincide en que han servido para organizar la discusión sobre los determinantes del estado de salud de los colectivos humanos (CDSS, 2008) y sobre el acceso a los servicios de atención a la salud a escala individual y de hogares (OPS, 2000).

El término equidad procede del latín *aequitas*, término que a su vez se deriva de la palabra *aequus*, que significa «igual» y consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones. Así, «la equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una «legal injusticia» si se admite la frase paradójal» (Ramírez, 2004: 19).

Existe consenso sobre las distintas facetas de la equidad en salud, ya sea que su definición esté vinculada o no a condiciones sociales que afectan a las poblaciones, tales como el ingreso monetario, la educación, la nutrición, el acceso a agua potable y las condiciones de higiene, entre otras (CDSS, 2008), o propias del sector salud como el acceso a los cuidados sanitarios básicos y a la atención hospitalaria (OPS, 2007). Sin embargo, dependiendo del interés de los actores, los contenidos de la equidad son distintos. Los interesados en la eficiencia y efectividad señalan los aspectos equitativos de allegarse recursos a partir de cuotas diferenciadas según la capacidad de pago de los usuarios, otras perspectivas se basan en las diferencias percibidas respecto a la atención proporcionada por *proveedores públicos y privados*, con *pacientes pobres* que utilizan los servicios públicos de salud que son gratuitos y *pacientes que pueden pagar por la atención* ofrecida por los proveedores privados (Málaga *et al.*, 2000) y en esquemas que buscan la imparcialidad financiera (OMS, 2000).

Con fines analíticos en el abordaje de la equidad en salud, es posible visualizar la integración de dos ámbitos claramente diferenciados pero estrechamente relacionados entre sí: el ámbito de la salud, integrado por tres dimensiones (resultados salud, acceso a servicios de salud y calidad de la atención), y el ámbito externo a la salud, conformado por los determinantes sociales de la salud que se expresan en condiciones concretas de vida y trabajo.

Una definición de inequidad en salud profusamente divulgada es la propuesta por Margaret Whitehead (1991), que en esencia plantea «la inequidad referida a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas» (5). Para esta autora, «la equidad en salud significa, idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar» (1991: 7). Whitehead identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud, de los cuales las tres primeras categorías no son consideradas injustas, en tanto las restantes cuatro serían consideradas evitables e injustas: 1) variaciones biológicas, naturales; 2) conductas que dañan la salud elegidas libremente, tales como participación en ciertos deportes y pasatiempos; 3) las ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta primeramente una conducta promotora de salud (en tanto otros grupos tengan los medios para alcanzarlo relativamente rápido); 4) conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido; 5) exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales; 6) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos; y 7) selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social. Esta autora señala que la equidad no significa que todas las personas deban tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que se deben considerar las necesidades de cada uno. Por lo tanto, para describir una situación como no equitativa o injusta, la causa debe ser examinada y juzgada en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. En síntesis, desde esta visión una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable; visto así, una igualdad injusta es asimismo una inequidad.

Para la OMS la equidad significa que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, deben guiar la distribución de

oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares aceptables para cada uno, con principios de justicia e imparcialidad. En otras palabras, tratar de reducir las brechas en el estado de salud y en los servicios de salud entre los grupos con diferentes niveles de condiciones sociales, reflejados en desigualdades étnicas, religiosas, de nivel socioeconómico, de género, de localización geográfica y de edad (WHO, 1995; WHO, 1996).

Para la OPS, igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad. En una determinada situación, «igual» puede ser no-equitativo y «desigual» puede ser equitativo, por lo que hace falta una justificación ética de por qué una cierta distribución constituye una inequidad (OPS, 1999). La OPS define desigualdad-inequidad al igual que Whitehead, como las diferencias sistemáticas, inevitables y pertinentes entre los miembros de una población para el primer término (desigualdad) y las variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas, para el segundo (inequidad). En otras palabras, equidad como valor es la lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias (OPS, 2003).

En el libro titulado *Desafío a la falta de equidad en salud*, cuya edición estuvo a cargo de Evans, Whitehead y Diderichsen (2002), entre otros autores, se concluye que «las desigualdades de salud reflejan las diferencias entre grupos con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de estas» (4); mientras que «*las inequidades en salud se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas*» (4). Así, la característica de injusticia implica una valoración de si las desigualdades son o no potencialmente evitables en un inicio y aceptables o no posteriormente (Peter y Evans, 2002).

En el mismo sentido, al retomar el debate sobre la controversia del complejo desigualdad-inequidad, Metzger (1996) concluye que el término desigualdad es un término puramente descriptivo que no acepta valoraciones morales, mientras que la inequidad es una traducción directa del concepto inglés *inequity*, mismo que no existe en español ni en portugués, pero sí existe *iniquidad*, el cual denota sentido de injusticia. Por lo tanto, propone la adopción del término iniquidad con la connotación de desigualdad con *iniquidad*, es decir, desigualdad injusta.

Kawachi y colaboradores (2002) sostienen que evaluar las inequidades implica medir lo que es o no es justo en una sociedad, lo que implica un juicio de valor derivado de la teoría de justicia adoptada y por consiguiente del concepto político-normativo que le da contenido.

La Sociedad Internacional por la Equidad en Salud asume, como definición operacional, que inequidades son «las diferencias sistemáticas y potencialmente remediadas en uno a más aspectos del estado de salud de las poblaciones o subgrupo de poblaciones social, económica, demográficas o geográficamente definidas» (ISEqH, 2002: 466). Sin embargo, debido a que esto no siempre es posible, se ha sugerido seguir en un primer momento el enfoque basado en desigualdad, entendida esta última como un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros de salud de los individuos y grupos poblacionales, y que, por lo tanto, no implica asumir un juicio de valor ético-moral de estas diferencias o consideraciones estrictas sobre su solución (Kawachi *et al.*, 2002).

Requena (1997) admite tratar la equidad como un valor, y plantea que los valores son cualidades polares y jerarquizadas, por lo tanto, ir en pos de la equidad en salud supone corregir la situación contraria, es decir, la inequidad. Para este autor, equidad se define como: «el valor principal que, junto a otros, sustenta el derecho a la salud, traduce una posición ética frente a la responsabilidad del Estado de entregar salud para todos» (4). En otras palabras, equidad «significa justicia, significa que las necesidades de la gente, en vez de los privilegios sociales guían la distribución de oportunidades de bienestar» (4).

LA EQUIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Respecto a los servicios de salud y los procesos de atención médica, diversos autores identifican aspectos específicos relacionados con las diferentes formas de operacionalizar el concepto de equidad en salud. La misma Whitehead (1992) identifica cuatro tipos de equidad: a) igualdad en el acceso disponible para igual necesidad, b) igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan), c) igualdad en la calidad de la atención, y d) igualdad en el resultado.

De acuerdo con Ramírez (2004) hay elementos claves para lograr la equidad en los sistemas de salud, entre los que destacan: un financiamiento progresivo y una asignación de recursos equitativos dentro del sistema de salud, junto al derecho universal, el acceso universal y la calidad de los servicios de salud.

La OMS (1996), por su parte, tratando de dar un sentido más operativo al término respecto a la atención a la salud, ha definido a la equidad como: a) la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, b) la forma en que los servicios son recibidos por la población, y c) la forma en que los servicios de salud son pagados. Esta última consideración es retomada en el Informe de la OMS del año 2000, el cual establece que entre los objetivos de la organización se encuentra el de brindar protección financiera contra los costos de la mala salud, es decir, lograr la equidad de las contribuciones financieras (OMS, 2000). El financiamiento equitativo que propone la OMS responde al principio de cada uno según su capacidad, pero no al principio de cada uno según su necesidad, dado que la forma idónea que proponen es la recaudación de ingresos por pago anticipado mediante sistemas de seguros, lo que, según esa visión, conduce a una mayor equidad de financiamiento. Este enfoque de equidad financiera ha sido cuestionado, pues no se trata de equidad sino de imparcialidad y está orientado a impulsar la extensión del capital financiero en salud a través del aseguramiento público / privado (López, 2001).

De acuerdo a Starfield (2001), el concepto de equidad en el sistema de salud denota servicios de salud homogéneos en donde las necesidades son iguales o servicios de salud ampliados donde estén presentes mayores necesidades. Esta afirmación introduce dos diferentes tipos de equidad, por cierto, controversiales tanto por su concepción como por su aplicabilidad: la *equidad horizontal* (igual trato para individuos iguales) y la *equidad vertical* (desigual trato para individuos desiguales) (Metzger, 1996), incorporando la cuestión de las prioridades en programas de asistencia (Porto, 2002). Para Knowles, Leighton y Stinson (1997), el concepto de equidad en relación con el sistema de salud se puede referir indistintamente a diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud entre los diferentes grupos socioeconómicos, demográficos, étnicos y/o de género.

Travassos sustenta que vale la pena distinguir entre equidad en salud y equidad en servicios de salud. Esta autora expone que no todos los determinantes de las desigualdades en los niveles de salud intervienen en la determinación de las desigualdades en el uso de los servicios de salud, en otras palabras, la obtención de «la igualdad en el uso de servicios de salud no asegura la igualdad en los resultados» (2000: 134). La autora parte de la premisa que las necesidades en el ámbito de la salud están determinadas socialmente y que, a su vez, el

uso de servicios de salud está determinado, tanto por las necesidades de salud de la población como por las características de la oferta del mercado de servicios de salud, explícita en la política de salud, es decir, las características de la oferta de servicios, la composición del *mix* público / privado, las estructuras de financiamiento, las formas de pago, etcétera (Travassos *et al.*, 2000).

Si bien la característica común de los estudios de caso sobre equidad en muchos países se enfocan en la *equidad de resultados finales de salud*, esta no es la única dimensión del concepto (Evans *et al.*, 2002). Existen otras tales como la *equidad en el acceso y en la calidad de los servicios*, que, importantes en sí mismas, deben valorarse en relación con su impacto en la salud.

LA EQUIDAD DESDE LA SALUD COLECTIVA

En la perspectiva de la salud colectiva, el complejo desigualdad-inequidad requiere ser comprendido en su complejidad, pues de esa comprensión derivan las posibilidades de plantear intervenciones integrales. En esta visión, las desigualdades-inequidades en salud atraviesan todos los objetos de estudio derivados de los procesos de salud-enfermedad-cuidado (Almeida-Filho y Silva Paim, 1999). Así, no solo existen desigualdades e inequidades en términos de los resultados finales del estado de salud, sino también se presentan en el proceso de enfermar, así como en las respuestas que brindan los sistemas de atención de salud para combatir la enfermedad y promover la salud.

Un ámbito que se privilegia desde la salud colectiva es la determinación social y sus expresiones concretas reconocidas como determinantes sociales, que permiten profundizar en los procesos generativos que modelan la vida de las colectividades, destruyen la salud, provocan enfermedad y se traducen en desigualdades e inequidades múltiples (López, 2013). Un análisis de las disparidades en salud desde el prisma de la salud colectiva presupone reconocer que bajo ellas subyacen profundos desequilibrios generados por la discriminación y las relaciones asimétricas de poder entre grupos sociales, mismas que tienen un amplio abanico sociopolítico e ideológico que da forma al contexto social donde tiene lugar la salud, la enfermedad. Estas relaciones configuran ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase social, género, etnia / origen y generación, entre otros, que se

expresan en condiciones sociales concretas que podemos reconocer como determinantes sociales de la salud y que devienen, en el plano empírico, en desigualdades sociales y sanitarias mesurables (López, 2013), colocando múltiples desafíos para la generación de alternativas para producir salud y contender con la enfermedad (Silva, 2011).

Urbaneja (2001) argumenta que la discusión sobre equidad en salud es relevante porque el tema está cruzado por diversos aspectos centrales para el desarrollo de los países; se configura como la piedra angular de los problemas a enfrentar y de la respuesta que deberá darse ante la pérdida del disfrute de la vida, la discriminación, la represión por condiciones económicas y sociales, la exclusión en diferentes formas, la marginación de grandes mayorías, entre muchas otras manifestaciones. De acuerdo con la autora, lo anterior resulta paradójico ya que en los recintos de los organismos multinacionales, supuestos promotores del desarrollo, el tema de la equidad en salud sigue siendo visto desde concepciones minimalistas, con profundo desconocimiento de la compleja realidad de los países, y cuyas explicaciones y soluciones siguen siendo ancladas en principios fundamentalmente tecnocráticos y eficientistas, ignorando la discusión de valores éticos de la justicia social vista desde lo humano y desde los derechos.

Jaime Breilh (1998) centra su análisis sobre la inequidad a partir de un enfoque que da cuenta de las relaciones de poder en la población. Este autor plantea que son las relaciones de poder las que discriminan los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de grupos situados en los polos de una sociedad, así como la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de su vida en condiciones determinadas. Para la comprensión de la inequidad, Breilh (2003) propone hacer una distinción clara entre los términos de: diversidad, desigualdad, inequidad y diferencia.

Define a la *diversidad* como la característica consustancial de la vida humana que ayuda a explicar la variación de características entre los géneros, culturas, grupos de edades, etcétera. A partir de la diversidad se expresan las diferencias biológicas como sexo, raza, edad, alrededor de las cuales se dan las construcciones culturales y de poder. Por su parte, la inequidad es la apropiación y concentración de poder en determinadas clases, en uno de los géneros o de las etnias, haciendo de la diversidad un vehículo de explotación y subordinación. En palabras de Breilh, «la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera, es decir, al carácter y modo en

que una sociedad define su reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia» (Breilh, 2003: 216). La *desigualdad*, entonces, es más bien una expresión observable de la inequidad, una medida o característica producida por la inequidad. Un ejemplo es la desigualdad de salario entre las clases sociales que corresponde a la inequidad en el proceso de producción y distribución económica; o es el caso de la desigualdad de acceso a un servicio de salud entre grupos sociales o entre hombres y mujeres, que corresponde a la inequidad del mercado o del comportamiento distributivo del Estado.

La *inequidad* es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos, para cuya adecuada comprensión es necesario desentrañar la inequidad que la produce. La equidad puede ser entendida como la característica de una sociedad que garantiza el bien común, e instituye la viabilidad de un reparto humano que otorga a cada quien según su necesidad y le permite aportar a cada quien según su capacidad. Finalmente, para Breilh la *diferencia* es designada como el producto combinado de la diversidad y la inequidad, a su vez participa en la génesis de la inequidad y la desigualdad, y se expresa en el dominio de la vida individual y biológica (Breilh, 2003).

Naomar Almeida Filho (1999) propone una matriz semántica que integra las definiciones siguientes: *diversidad*: variación de características, diferenciación sin dimensionalidad en la esfera poblacional; *desigualdad*: diferenciación con dimensionalidad en la esfera poblacional, es la prueba empírica de la inequidad y se puede expresar en indicadores; *diferencia*: expresión de los efectos de la diversidad y la desigualdad que se manifiesta en la esfera individual y que puede convertirse en un indicador de incidencia acumulada; *inequidad*: anglicismo por referencia al término «*inequity*», implica diferencias o variaciones sistemáticas, innecesarias y evitables en el seno de poblaciones humanas; e *iniquidad*: concepto referido a las inequidades no solamente evitables sino también inicuas (desleales, vergonzosas e injustas), resultantes de la injusticia social en presencia de diversidades, desigualdades o diferencias.

En la vertiente de la *equidad de acceso, la utilización y la calidad de servicios de salud*, desde la salud colectiva se entiende la equidad en salud desde una concepción teórica y ética, donde equidad implica que, idealmente, todos deben tener la justa oportunidad para atender la salud y desarrollar el potencial de vida, y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja para lograr este potencial, si esto puede ser evitado.

En consecuencia, la equidad en la atención de salud significa igual acceso a la atención disponible para igual necesidad, igual utilización para igual necesidad, e igual calidad de atención para todos. De esta forma, la equidad en el acceso no solo se refiere a la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios de acuerdo con los parámetros de necesidad (Martínez, Rodríguez y Agudelo, 2001). En opinión del mismo Almeida-Filho (1999), la integración teórico-metodológica que hace la salud colectiva en el abordaje del complejo desigualdad-inequidad reconoce la existencia de al menos tres modelos teóricos explicativos, que se anticipan a tratar la problemática de la equidad tratando de combinar sus distintas dimensiones.

Modelos socioepidemiológicos funcionalistas, que tratan a la desigualdad social y económica como factor de riesgo, manifestando sus efectos mediante una exposición diferencial, en lo referente a la patogénesis, y por el acceso desigual a los recursos sociales y sanitarios. Este abordaje se estructura sobre dos perspectivas teóricas estrechamente vinculadas: la teoría del estrés, que opera en el ámbito *microsocial*, y la teoría de la modernización, que se refiere a un nivel *macrosocial* dando forma al conjunto de hipótesis sobre las consecuencias de los cambios sociales sobre la salud (Almeida-Filho, 2000).

Modelos socioepidemiológicos marxistas, basados en las teorías sociales del conflicto y de la contradicción que privilegian los procesos dialécticos de la producción social de la patología, dando origen a una escuela propia denominada «epidemiología social latinoamericana». En estos trabajos se explora el proceso de producción como determinante de los perfiles de salud-enfermedad (Laurell y Márquez, 1983; Laurell y Noriega, 1990), los procesos de reproducción social y el papel mediador del socioterritorio (Blanco y Sáenz, 1994; Blanco y López, 2007) y los perfiles epidemiológicos de clase (Breilh, 1998).

Modelos etnoepidemiológicos, basados en el análisis de los «modos culturales y sociales de enfermar» así como de los «modos y condiciones de vida», para referirse a las cuestiones epidemiológicas gestadas en la reproducción cotidiana. Esta aproximación incorpora heterogeneidades cualitativas, subjetivas y contextuales, incorporando significados y sentidos a los riesgos, a sus factores y efectos (Almeida-Filho, 2000).

CONCLUSIÓN

La diversidad de enfoques del complejo desigualdad-inequidad en salud requiere la explicitación de los marcos conceptuales que guían las aproximaciones. Así, podría sugerirse que explicitar la postura filosófica, ética e ideológica, resulta clave para facilitar la comprensión de los marcos explicativos que sustentan el análisis teórico y su práctica.

Se identifican acuerdos respecto a las dimensiones que involucra la equidad en salud, señalando que se debe profundizar tanto en la equidad de resultados, acceso a servicios y calidad de la atención, como en las dimensiones que integran el ámbito de los determinantes sociales de la salud en forma diferenciada, complementaria e integradora. Un desafío para la salud colectiva, en vista del carácter complejo, subjetivo y contextual de la relación desigualdad-inequidad en salud, es la superación de los enfoques tradicionales por modelos crecientemente sensibles a la comprensión sociohistórica y cultural que configura las desigualdades-inequidades sociosanitarias y las generación de propuestas integrales con potencial para contribuir a la equidad en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alleyne, George A. (2002), «La equidad y la meta de salud para todos». En: Organización Panamericana de la Salud, *A Quest for Equity / En busca de la equidad*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Almeida-Filho, Naomar y Silva Paim Jairnilson (1999), «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica». En *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 75, 3-30.
- (1999), *Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Almeida-Filho, Naomar (2000), *La ciencia tímida: ensayos de desconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Blanco, José y López, Oliva (2007), «Condiciones de vida, salud y territorio. Un campo temático en (re)construcción». En *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, coordinado por Edgar Jarillo y Enrique Ginsberg, 103-125. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Blanco, José y Sáenz, Orlando (1994), *Espacio urbano y salud*. México: Universidad de Guadalajara, Serie Medicina Social.
- Breilh, Jaime (1998), «La iniquidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género». En *Cuerpos, diferencias y desigualdades*, J. Breilh. Bogotá: Utópica Ediciones.
- (2003), «De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica: determinación epidemiológica e iniquidad». En: *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, J. Breilh, 214-224. Ecuador: Lugar Editorial.
- Cardona Doris; Acosta, Laura Débora y Bertone, Carola Leticia (2013), *Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010)*. Gac Sanit. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008). *Informe final*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Evans, Timothy; Whitehead, Margaret y Diderichsen, Finn (2002), *Desafío a la falta de equidad en salud*. Publicación Científica y Técnica No. 585. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Foucault, Michel (1990), *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: La Piqueta.
- (2006), *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Internacional Society for Equito in Health (ISEqH) (2002), The Toronto Declaration on Equity in Health Conference Statemtent: 2nd International Conference. Toronto, June.

- Kawachi, Ichiro; Subramanian, S. V. & Almeida-Filho, Naomar (2002), «A glossary for health inequalities». En *J. Epidemiol Community Health*, Vol. 56, No. 9, 647-652.
- Knowles, James C.; Leighton, Charlotte y Stinson, Wwayne (1997), «Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud. Iniciativa Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe». En *Cuaderno 6. Partnerships for Health Reform*.
- Laurell, Cristina (2013), *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.
- & López, Oliva (1996), «Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health». En *International Journal of Health Services*, Vol., 26, No. 1, 1-18.
- y Noriega, Mariano (1990), *La salud en la fábrica*. México: ERA.
- y Márquez, Margarita (1983), *El desgaste obrero*. México: ERA.
- Linares, Nivaldo y López, Oliva (2009), «Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002». En *Salud Colectiva*, Vol. 5, No. 2, 237-257.
- López, Oliva (2013), «Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles». En *Divulgação em Saúde para Debate*, No.49, 144-150.
- y Blanco, José (1993), *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México: UAM.
- López, Cándido (2001), «Algunas consideraciones sobre el concepto de equidad financiera y su cuantificación. Presentación de una propuesta de medición de desigualdades de la salud en las Américas». En *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*, editado por M. Torres-Tobal, 91-100. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- Málaga, Hernán; Latorre, María C.; Cárdenas, Jaime; Montiel, Humberto, Sampson, Celsa; de Taborda, Maria C.; Granados, Ramón y Pastor, Desirée (2000), «Equidad y reforma en salud en Colombia». En *Revista de Salud Pública de Colombia*, Vol. 2, No. 3, 1-16.
- Martínez, Patricia; Rodríguez, Luis y Agudelo, Carlos (2001), «Equidad en la política de reforma del sistema de salud». En *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*, editado por M. Torres-Tobal, 183-204. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- Metzger, Xavier (1996), *Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Montoya, Carlos (1997), «La equidad. Usos del concepto como criterios de progreso». En *Cuadernos Médicos Sociales*, Vol. 38, No.1, 6-12.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000), *Informe sobre la salud en el mundo, 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000), *Inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- (2003), *La salud en las Américas: Informe de la directora, 2003*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- (2007), *Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Informe sobre la salud de las Américas*. Disponible en www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%SPA%20cap%204.pdf
- Organización de Estados Americanos (OEA) (1988), *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, conocido como Protocolo de San Salvador, 17 de noviembre.
- Peter, Fabienne y Evans, Timothy (2002), «Dimensiones éticas de la equidad». En *Desafío a la falta de equidad en salud*, editado por Timothy Evans et al., 27-36. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Porto, Silvia Marta (2002), «Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud». En *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol., 18, No. 4, 939-957.
- Ramírez, Abelardo (2004), «Enfoques prevalecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados. Diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba», 4-24. Tesis doctoral, Universidad Médica de La Habana: Escuela de Salud Pública.
- Requena, Mariano (1997), «Focalizando la equidad». En *Cuadernos Médicos Sociales*, Vol. 38, No. 1, 3-5.
- Rosero-Bixby, Luis; Aguilar, Claudia; Blanco, Laura y León, Miriam (2000), *Equidad y salud en Centroamérica*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Sen, Amartya (2002), «¿Por qué la equidad en salud?». En *Rev. Panam. Salud Pública*, Vol, 11, No. 5/6, 302-309.
- Silva Paim, Jairnilson (2011), *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Starfield, Barbara (2001), «Improving equito in health: A research agenda». En *International Journal Services*, Vol. 31, No. 3, 545-566.
- Travassos, Cláudia; Viacava, Francisco; Fernandes, Cristiano y Almeida, Célia (2000), «Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilizacao de Servicos de Saúde no Brasil». En *Ciência & Saúde Colectiva*, Vol. 5, No. 1, 133-149.
- Urbaneja, María (2001), «Salud, equidad y gestión pública». En *¿Equidad?: El problema de la equidad financiera en salud*, editado por M. Torres-

- Tobal, 119-124. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- Vega-Romero, Román (2001), «Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismos?». En *Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud*, 54-89. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Whitehead, Margaret (1991), «The Concept and Principles of Equity and Health». En *International Journal of Health Services*, Vol. 22, 429-445.
- World Health Organization (WHO) (1995), *Renewing the Health for All Strategy: Elaboration of a policy for equity solidarity and health*. Geneva: World Health Organization.
- (1996), *Equity in Health Care*. Geneva: World Health Organization.

LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA DESDE LAS CIENCIAS DE LA COMPLEJIDAD

María Inés Jara-Navarro

RESUMEN*

Desde las ciencias de la complejidad, la siguiente reflexión se refiere a un problema central y otros derivados de él, relacionados con el proceso actual de investigación en salud pública: el de la construcción de modelos y otros adjuntos a este: los relativos a la explicación, al enunciado de los problemas de investigación y el de la visión del observador. Se defienden dos tesis: i) la insuficiencia de las ciencias para la investigación de la salud pública está dada por las limitaciones de los modelos de explicación reduccionistas, y ii) la posibilidad se encuentra en la aproximación a la salud pública como un sistema complejo adaptativo.

Palabras clave: salud pública, sistema complejo, modelos de investigación.

* Este trabajo es una versión de otro anterior de la misma autora (2009), publicado en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, No. 16, enero-junio, 31-56.

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual de las ciencias, en particular de las ciencias sociales, se hace necesario reflexionar desde otras perspectivas epistemológicas sobre la forma como se ha venido desarrollando la investigación en salud pública, a fin de pulir nuestra percepción sobre esta compleja realidad.

Si bien las ciencias y los procesos de investigación que guardan estrecha relación con la salud pública tienen una venerable historia de notable desarrollo, también lo es que estos logros han ocurrido principalmente en el contexto del paradigma de las ciencias clásicas o la ciencia normal¹. Al penetrar en los complejos fenómenos sociales, el éxito del paradigma de investigación disminuye, pues si bien ha funcionado adecuadamente en ciertos campos como los biomédicos, demográficos, epidemiológicos y clínicos, entre otros, se hace limitado, dado que no permite adentrarse en el fondo de las interpretaciones culturales, como en el análisis de los comportamientos, actitudes, creencias, valores, percepciones de la salud y la enfermedad y sus determinantes².

No cabe duda que dicha restricción se ha intentado superar a través del enfoque sistémico, sin embargo, en aquellos campos en los que ha tenido éxito (como en la cibernética), cae en su propia trampa por la necesidad ineludible de utilizar sistemas formales para su descripción. Dichos sistemas pierden vigencia dado el contexto de las sociedades contemporáneas, caracterizadas por una inevitable pérdida de certeza explicada por comportamientos sorprendidos de la economía, la política, la cultura, como de la salud, cuyas dinámicas propias reflejan una tendencia natural de procesos de creciente complejidad³. En tales circunstancias, los modelos de descripción, comprensión y explicación están cada vez más obsoletos, por cuanto la dinámica propia de la salud pública se torna impredecible y sorprendente

¹ Término acuñado por Kuhn en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* (1985: 52).

² Son varios los documentos críticos producidos en relación con determinantes de la salud, entre otros los producidos por Joan Benach, Carles Muntaner y Esteban Hadjez Berríos (ver capítulo 2 de este libro).

³ El término es fácil comprenderlo a partir de su opuesto, sistemas de complejidad decreciente, que pueden ser explicados descomponiéndolos en sus partes hasta llegar a los elementos últimos constitutivos del todo, para posteriormente proceder a reconstruirlos en función de los elementos fundamentales. En contraste, los sistemas de complejidad crecientes son los no-lineales y adaptativos, en los cuales el todo no es la suma o agregado de los elementos que lo componen, sino que es el resultado de la sinergia entre los elementos en una dinámica de expansión con grados de libertad difícilmente delimitables, como cualquier sistema vivo (Maldonado, 2001).

dada su especificidad, que se manifiesta de manera súbita y única. Siendo así, se hace necesaria una revisión crítica del paradigma epistemológico de la salud pública, en búsqueda de una nueva visión que permita afrontar los retos de una realidad compleja, caracterizada por un espiral de creciente inequidad y de mayores descalabros de la vida sobre el planeta.

A fin de profundizar en este supuesto, el presente artículo de reflexión se referirá al problema considerado más relevante en el proceso actual de investigación en salud pública, el de la construcción de modelos y otros adjuntos a este: i) los relativos a la explicación, ii) el referido al enunciado de los problemas de investigación, y iii) el de la visión del observador.

Para tal efecto y desde las ciencias de la complejidad, se defienden dos tesis: i) la insuficiencia de las ciencias para la investigación de la salud pública está dada por las limitaciones de los modelos de explicación reduccionistas, y ii) la posibilidad se encuentra en la aproximación a la salud pública como un sistema complejo adaptativo.

LO PROBLEMÁTICO DE LOS MODELOS

Los actuales modelos de investigación científica aplicados al estudio de la salud pública hacen acopio de los de la ciencia normal, caracterizados, ellos, por ser sistemas formales de investigación que se han desarrollado: i) con una concepción lógica de espacio y tiempo predeterminado; ii) con el uso de leyes mecánicas para observar cuáles configuraciones aparecen y cuáles procesos se manifiestan (Haugeland, 1981); iii) con una visión de sistemas cerrados, en los cuales es absolutamente posible definir los movimientos, como también comprobarlos en términos de variables o categorías; y iv) con patrones teóricos preestablecidos.

Bajo las metáforas de espacio y tiempo

El problema que subyace a modelos «normales» de investigación, según Prigogine (1997), es que el investigador se constituye en un diseñador de patrones de estudio sobre la idea de una *realidad* como *algo dado*. Bajo este supuesto, el investigador *presume* o parte de una idea *ex ante* de lo que es la realidad, o, para el caso que nos atañe aquí, considera que la salud pública es «un campo de conocimiento especialmente, un campo de práctica, susceptible de ser delimitado y

organizado como tal» (OPS / OMS, 2002: 36). Siendo así, tal realidad se construye una realidad *ex ante*, esto es, se define y delimita dentro de las categorías predeterminadas de tiempo y espacio, en un plano cartesiano.

Mecánica de la dinámica

La investigación en salud pública en su quehacer, ha concebido la realidad como un todo en el cual las partes se comportan o funcionan de manera *mecánica*, esto es, de manera regular, determinada y de fácil control. Esta concepción explica los fenómenos y sistemas sociales en términos de interacciones de materia⁴, nada distinto a la concepción cartesiana para la cual el mundo físico es moldeable, porque las relaciones entre elementos de los cuerpos son mecánicas, mensurables y susceptibles de componerse en partes y para la cual la complejidad de los fenómenos es posible de ser estudiada dividiéndola en partes separadas y tratándola una a una (Descartes, 1973).

El demonio del determinismo

Las concepciones epistemológicas y estilos de investigación hasta ahora señalados, están cobijados a su vez por el determinismo⁵, que sostiene que cualquier tipo de evento proviene directamente de una *causa* de la cual se deriva invariablemente un determinado efecto. Sin duda, esta doctrina, como lo señala Breilh, niega la contingencia, la discontinuidad, y generalmente recurre a un monismo interpretativo en el que un solo tipo de causa explica todos los procesos (Breilh, 2003).

Siendo así, la *explicación* se predetermina con el diseño de modelos que garantizan su condición de posibilidad, como los resultados obtenidos y su objetividad. Si bien esto es posible en las ciencias físico-químicas, en las sociales no siempre lo es, por cuanto: i) en este campo, ningún comportamiento es idéntico; ii) los comportamientos no son lineales y por ende no son repetibles, reversibles, ni mucho

⁴ Entendida aquí como servicios, planes, programas, etcétera, de fácil identificación, definición y medida.

⁵ Existen diversas formas de determinismo: biológico, biologicismo; histórico, historicismo; económico, economicismo, etcétera. Según Breilh (2003), las tres acepciones más frecuentemente presentes en la ciencia frente al concepto de procesos determinados son: i) los definidos, con características precisas; ii) los que mantienen conexión constante y unívoca; y iii) los que tienen un modo de devenir definido.

menos predecibles de forma total; y iii) escapan a todo control y medida preestablecida.

En el contexto de la ciencia normal, la *explicación* connota una visión lineal de los fenómenos sociales, que reduce a una sola dimensión la cantidad de posibilidades o grados de libertad y de expresiones que puedan tener, pues tales modelos presuponen una causa a un efecto ($C \rightarrow E$), o, si admiten una multicausalidad, estas no se piensan interrelacionadas ni se conciben como interacciones; además, se presentan como las causas posibles de un efecto o de varios efectos sucesivos en un espacio y tiempo determinado, lo cual constituye igualmente un explicación lineal ($C1 \text{ y } C2 \dots, \rightarrow E1 \text{ y } E2 \dots$).

Este hecho hace que la explicación causal sea también reduccionista, dado que los complejos fenómenos de la salud pública se limitan a un solo plano empírico; los procesos se reducen al estrato natural y finalmente los procesos de salud-enfermedad se circunscriben a lo individual biológico. Como lo señala Bhaskar (1986) la explicación causal se reduce a lo real, lo actual y empírico, sin reconocer que existe una dimensión no-empírica pero también real. El punto medular es que esta forma de explicación *causalista* no es suficiente para adentrarse a un mundo caracterizado por la transformación, por la diversidad, por la ausencia de regularidades absolutas, donde las conjunciones constantes solo son un episodio no permanente de la realidad.

De otro lado, este reduccionismo causal no incorpora el dominio de los procesos generativos, que para Kosik (1983) sería desentenderse de las condiciones y relacionales y solo ocuparse del plano biológico actual y real, sin tener en cuenta que las enfermedades también incluyen mecanismos generativos, es decir, determinaciones no conjuntivas (no producto de una asociación empírica) y que hacen parte de su devenir en una colectividad. Siendo así, los modelos insinúan o predeterminan un modo de explicación que generalmente es lineal, contrastable, verificable, sobre la base de unos compromisos teóricos y metodológicos previos. La explicación, como sostiene Rescher (1994: 21), tendría «que ser completa por cuanto tiene que dar respuesta a todos los interrogantes». Sin duda, cuando se trata con hechos concretos fácilmente delimitados y se describen estados o situaciones de cosas, como un perfil de salud, y transacciones concretas, no hay duda que la explicación es completa y que nada se le queda por fuera. Pero, tomando en cuenta que las vidas humana y social se definen por ser sistemas de complejidad creciente, la tarea explicativa es por principio demasiado grande,

pues el dominio de la vida humana y social es demasiado amplio como para describirlo y explicarlo completamente, pues se trata de sistemas complejos adaptativos⁶ que por su características de múltiples variables, contingentes, discontinuas, impredecibles, irrepitibles e irreversibles, de múltiples relaciones no lineales, de crecimiento en múltiples direcciones en las que no existe un vector central, se hacen imposibles de ser conocidos completa y acabadamente. Siendo así, la explicación se ha ocupado de sistemas relativamente simples o cerrados, dado que el «triunfo de las ciencias naturales en el curso de los últimos siglos reside en que circunscribe su atención a sistemas naturales simples, con solo unos pocos componentes conceptuales que pueden ser recordados y manejados mentalmente» (Pagels, 1991: 42).

El mundo en función de mito, metáfora y teoría científica

«¿Por qué modelamos la realidad y la representamos como mito, metáfora o teoría científica? (...) ¿Por qué nuestra mente remodela a su propia experiencia en función de símbolos, cuyo significado a menudo nosotros mismos no entendemos?» (Pagels, 1991: 87).

Es un hecho que la investigación en salud pública también está directamente relacionada con procesos de *abstracción*, expresados a través de variables o categorías de observación y medición como la de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), identificadas por la OPS / OMS (2002), que si bien pretenden hacer visible el proceso de medición del desempeño de los sistemas de salud, no lo agotan dada su complejidad. En este último sentido, los investigadores se basan en paradigmas, presupuestos o teorías predeterminadas, los cuales están sujetos a las mismas reglas y normas para la práctica científica normal. Es un compromiso teórico que conlleva requisitos previos de estudio y que el investigador se ve obligado a cumplir, por la creencia de que sin ello no es posible la verificación y la sustentación de los resultados de la investigación. Lo problemático de este hecho es que el compromiso teórico previo implica una racionalidad de la identidad o correspondencia, en la que los hallazgos tienen que identificarse con los presupuestos teóricos. Pareciera ser que los compromisos teóricos para una investigación fuesen la realización de una promesa, lograda mediante la aplicación

⁶ La adaptación connota interacciones intempestivas, no deseadas, obligadas por naturaleza, incesantes, que implican un cambio de su propia estructura y relación con el medio.

del conocimiento de aquellos hechos que el paradigma muestra como particularmente reveladores, aumentando la extensión del acoplamiento entre esos hechos y las predicciones del paradigma y por medio de la articulación ulterior del paradigma mismo (Kuhn, 1985).

El diseño de modelos rígidos, como estos, busca obtener una economía en términos de recursos utilizados, una garantía en el desarrollo de la investigación, esto es, la mejor solución para el problema planteado, y un control del fenómeno estudiado. Detrás de esta tendencia subyace la ideología de que, para investigar, son necesarios expertos con una visión unilateral de los fenómenos. Esta visión ha desembocado en un proceso de especialización a través de la fragmentación de la salud pública, lo que conduce a procesos de *hibridización* con solapamiento de disciplinas sin que ello implique una integración interdisciplinar, sino un proceso más sofisticado de especialización. Esta tendencia ha sido criticada desde mediados de los años ochenta, en centros e institutos de investigación en sistemas complejos no lineales y con el análisis de los sistemas adaptativos que dan origen a verdaderos programas de investigación vinculados a equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios⁷.

Definitivamente existe un valor de supervivencia evolutiva en el hecho de que representamos el mundo en función de mito, metáfora y teoría científica. Somos los únicos seres entre todas las demás especies que utilizamos nuestra capacidad simbólica para controlar las condiciones de nuestra existencia utilizando dichos símbolos. Nuestra capacidad para representar y simular la realidad implica que podemos apropiarnos del orden de la existencia y llevarlo a servir propósitos humanos. Esta racionalidad instrumental conlleva que los problemas investigativos sean formulados dentro de ese mismo esquema, esto es, que partan de presupuestos inherentes a cada una de las posibles respuestas. Independientemente de la respuesta por la cual optemos, los presupuestos son algo con lo que hemos decidido estar comprometidos en todo caso.

Sucede que con los sistemas complejos adaptativos, como los sociales, difícilmente podemos partir de presupuestos que nos permitan la identificación y delimitación de un problema, por cuanto implican cientos de miles de aspectos o consideraciones que no corresponden de ninguna manera a un comportamiento lineal y que más bien se refieren a manifestaciones complejas a gran escala, que además implican los

⁷ Se pueden identificar, entre otros, el Grupo de Santa Fe (Anderson, Gell-Mann; Michell-Waldrop, etcétera); los de Bruselas (Prigogini, Nicolis, Stengers, etcétera) y el de Stuttgart, representado por Haken y Weidlich.

de menor. Dadas estas características, estos problemas son de difícil identificación, descripción y explicación, pues no son fácilmente delimitados, pero lo que es también importante es que son problemas que se suceden sorpresivamente, esto es, emergen en un tiempo y en un espacio no previsto, con características y procesos difícilmente previsibles y predecibles. Desarrollar investigaciones científicas no significa resolver problemas sobre la base de condiciones externas conocidas previamente, ni anticipando desde nuestro punto de vista propiedades generales de las posibles soluciones o adaptando cualquier instrumento (físico, psicológico, epistemológico, etcétera) a las exigencias de un particular estadio histórico o un particular momento de la vida (Feyerabend, 1992).

En efecto, lo propio de los problemas presente en sistemas complejos adaptativos es que no son posibles de ser resueltos desde un modelo rígido, puesto que, siendo sucedáneos como son, no tienen comienzo ni fin. De esta forma, aquel problema que se creía resuelto no ha desaparecido, sencillamente se ha transformado⁸. Por lo dicho, la solución de los problemas sería tan solo una ilusión, puesto que ni problemas ni soluciones se definen por sus fronteras, sino a partir de sus núcleos. Es una idea anticartesiana, por cuanto Descartes pensaba la distinción y la claridad como características intrínsecas a la veracidad de la idea, siendo que no debemos definir los problemas ni las soluciones por las fronteras con que los delimitamos. Tales fronteras son siempre borrosas y superpuestas. Hay que tratar, entonces, de llegar al corazón mismo de los problemas para alcanzar sus soluciones, lo que requiere a menudo un proceso más complejo y menos lineal bastante diferente al señalado por la ciencia clásica. En consecuencia, la posibilidad de la investigación en la salud pública tiene que ver directamente con el *observador*, esto es, de la idea que sobre la salud pública posea. Lo problemático es que esa imagen depende: i) de lo que conoce, que por lo general es un conocimiento que se funda más en la información y poco en el pensar, esto es, en la capacidad de analizar más allá de los caminos ya transitados, trascendiendo los ya recorridos; y ii) del hecho que el campo de la salud pública se conciba como un objeto de conocimiento delimitado, como se analizó antes en un plano cartesiano.

⁸ Si bien las ciencias clásicas han dado por supuesto que los problemas se resuelven, la nueva ciencia y epistemología de la complejidad desmiente esta posibilidad con el argumento de que los sistemas son un continuo de manifestaciones, de tal manera que un problema que se creía identificado y resuelto, ya no lo es, por cuanto se ha transformado en otro distinto, esto es, se ha disuelto (Jara, 2002: 129-148).

EL SENTIDO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Se reconoce desde hace tiempo atrás, que la investigación es una actividad importante en el campo de la salud. Las políticas destinadas a apoyar la investigación han sido una parte de la estrategia nacional e internacional de desarrollo de muchos países. Sin embargo, este reconocimiento se ha concentrado en la investigación biomédica, con hincapié en la experimentación, la especialización y el desarrollo de nuevas tecnologías.

La investigación en salud pública ha centrado su actividad y preocupación en los determinantes de la salud, lo cual incluye aspectos de interés colectivo, político, social, económico y cultural, que influyen en la salud del pueblo, como lo señalan los documentos producidos por la Commission on Social Determinants of Health (CSDH) y la World Health Organization (WHO) (2006) y el documento del director general del Instituto Nacional de Salud de Suecia, Gunnar Ågren, en *Sweden's New Public Health* (2003)⁹. En consecuencia, sus objetivos no se limitan al estudio de la enfermedad, la experimentación, la especialización y al desarrollo de nuevas tecnologías, ni a los llamados bienes y servicios públicos o a las externalidades significativas o aquellas actuaciones reconocidas como responsabilidades de los gobiernos o del Estado. Su mirada busca indagar acerca del *porqué* y los *cómo* de preguntas que tal vez hayan sido respondidas en términos de *en qué medida* y *cuánto*.

La investigación en salud pública ha roto los límites de estudio, siendo el campo de indagación tan amplio que hace que no exista un objeto único¹⁰. Son numerosas las disciplinas (sociología, antropología, psicología, economía, demografía, entre otras) que contribuyen a su comprensión desde otras perspectivas y métodos para lograr un conocimiento multidisciplinario, interdisciplinario y multidisciplinario de

⁹ El texto traducido al español de Ågren puede leerse en la *Revista Gerencia y Política de Salud*, Vol. 5, No.10, julio 2006.

¹⁰ De hecho se han presentado discusiones en este sentido: para la corriente institucional, el objeto principal de la salud pública es la salud de la población; para la corriente latinoamericana de medicina social, se trata del proceso salud-enfermedad como proceso dialéctico y no como categoría dicotómica; la corriente salud colectiva hace énfasis en el estudio de las necesidades sociales de salud de la población. Pese al reconocimiento de la categoría «proceso salud-enfermedad», en tanto que unidad dialéctica opuesta a la consideración de la salud como un «estado estático», existen autores que la cuestionan porque consideran que existen categorías más amplias en las que esta queda incluida. Sin duda se trata de un esfuerzo por superar, de una u otra forma, el reduccionismo de la salud pública como objeto (González, 2007).

ella¹¹. Los avances paralelos en estas disciplinas han dado como resultado distintas formas de conceptualizar y abordar cuestiones tan diversas como la adopción de decisiones en materia de salud, la promoción de la salud, la supervivencia infantil, el uso indebido de sustancias, la sexualidad de los adolescentes, la violencia doméstica y sexual y las relaciones de género. Un progreso similar en la investigación y evaluación de la prestación de los servicios ha permitido comprender mejor los conocimientos, actitudes, creencias y valores de los prestadores, la comunicación entre estos y sus clientes y aspectos vinculados con la accesibilidad y la calidad de la atención de la salud para poblaciones expuestas a alto riesgo. En consecuencia, se ha visto la necesidad de explorar formas creativas de combinación de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas¹², haciendo que las ventajas de uno de ellos compensen las limitaciones de otro, a fin de que los estudios adquieran el mayor de los sentidos, más aún, cuando los problemas fundamentales para la investigación y la práctica en salud pública están profundamente arraigados a sus respectivos contextos culturales (OPS, 2006).

En síntesis, se podría afirmar que las limitaciones del sentido de la investigación en salud pública están referidas, según Almeida (2001): i) a la separación tajante entre investigación básica y aplicada; ii) a la confusión entre los determinantes de la salud individual y la de los grupos o poblaciones; iii) al inadecuado estudio de los determinantes sociales, culturales y ambientales; iv) al uso de un enfoque reduccionista, que no logran estudiar los problemas de salud y sus determinantes en todas sus dimensiones y niveles de análisis; y v) a la poca o casi nula naturaleza interdisciplinaria e intersectorial de los procesos y diseños de investigación.

Estas limitaciones traen como consecuencia la nula correspondencia entre la producción científica y los procesos de formulación, aplicación y evaluación de políticas sociales en general y de salud en particular, cuando la meta de la investigación en salud pública es la de contribuir a mejorar las políticas de salud y apoyar una mejor gestión de los recursos de salud en el ámbito operativo a fin de mejorar las condiciones de vida de la población.

¹¹ Son varios los autores que han defendido esta tesis, entre otros, Frenk en el texto *La nueva salud pública*; Nájera, *La salud pública, una teoría para una práctica. ¿Se precisa su reconstrucción?*; Terris, *Tendencias actuales en la salud pública de las Américas*; Franco, *La salud pública: ciencia en construcción* (González, 2007).

¹² La revista *Nómadas* de la Universidad Central (2003), No. 18, hace una excelente reflexión de los actuales desafíos en relación con la investigación cualitativa y sus posibles combinaciones con métodos cuantitativos.

LA POSIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA

La posibilidad no está en la eliminación de los modelos, dado que la ciencia clásica se constituye en una condición de posibilidad de investigación para la salud pública, pero no la única. Siendo así, la posibilidad también está en complementar esta mirada y estilo de hacer ciencia con nuevas formas de praxis y enfoques científicos. En otras palabras, no nos debemos seguir ocupando y preocupando por la salud pública desde una epistemología clásica que solo permita fenómenos empíricamente observables, pues los eventos observables son apenas una fracción del fenómeno de la salud, del cual también forman parte comportamientos no necesariamente empíricos, como son la vida personal (creencias, valores, significados, etcétera), la vida en grupo (creencias, colectivas y culturales), la dimensión familiar (significados de las relaciones personales y sociales), las relaciones de poder (económico, social, político y cultural) con sus distintas dimensiones y expresiones de comprensión, sentimientos, valores, creencias y relaciones ecológicas.

No se trata de excluir las formas de ciencia e investigación tradicionalmente usadas, sino de reconocer otras. El documento *Measurement and Evidence Knowledge Network* (MEKN)¹³, preparado por el World Health Organisation (WHO) y la Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2007), pone en evidencia este hecho al reconocer la pluralidad de métodos y la complejidad de la explicación causal, que emerge tanto de factores sociales como de evidencias basadas en investigación.

Una aproximación a la salud pública solo es posible a través del análisis de la propia dinámica de la vida que siempre comporta situaciones emergentes¹⁴, pues «el mundo que construimos no depende solo

¹³ “The MEKN will identify what types of instruments exist or need to be developed to measure the impact of a social determinants approach to improving health, as it is mediated through the health systems. In doing so, it will promote the use of combining mythologies and to building a strength of evidence and will avoid disciplinary wars aiming to promote the use of the right method of evaluation to answer specific questions. The MEKN will pay particular attention to the role of qualitative research in assessing the effectiveness of approaches to address the social determinants of health” (WHO, CSDH, 2006: 10).

¹⁴ El concepto fue adoptado por los primeros evolucionistas para rectificar el concepto de evolución biológica a fin de introducir en él características de: a) imprevisibilidad, b) libertad (aparente) de una causa, y c) novedad sobre una realidad existente. El concepto ha tenido recientes desarrollos a través de los modelos matemáticos de

de nosotros, sino que emerge en la interacción multidimensional de los seres humanos con su ambiente, del que somos inseparables (...) Las propiedades ya no están en las cosas sino “entre” las cosas en el intercambio» (Najmanovich, 2001: 110). No cabe duda, entonces, que investigar en salud pública exige:

i) La construcción de modelos que se caractericen por ser desarrollados dentro de una *racionalidad lógica no clásica*¹⁵ del espacio y tiempo, esto es, dentro de una racionalidad con una comprensión múltiple, simultánea, paralela del espacio y tiempo, puesto que de la dinámica propia de los sistemas complejos adaptativos, como son los sociales, resultan situaciones que se caracterizan por ser un conjunto diferenciado de lugares o múltiples de espacio (geometría de fractales, por ejemplo) y un tiempo no lineal, dada la irregularidad propia de su comportamiento¹⁶.

iii) Modelos con una *concepción dinámica*¹⁷ en su estructura y composición, puesto que lo propio de la vida humana y social es el reino de lo no lineal, el reino de la autonomía del tiempo, de la multiplicidad de estructuras y de la irreversibilidad.

iii) La investigación en salud pública también exige *una concepción y un uso diferente de las teorías*. Desde la perspectiva de las ciencias de la complejidad cabe afirmar que la científicidad no se agota en las teorías, y que las ciencias exigen hoy un tipo de racionalidad capaz de trascender sus propias determinaciones teóricas y de adecuarse a

sistemas complejos en morfogénesis: “La teoría de las catástrofes” de Thom, “Las estructuras disipativas” de Prigogine y los “Fractales” de Mandelbrot.

¹⁵ Entre las lógicas no clásicas, están aquellas que son rivales de las clásicas y las que son complementarias de ellas y existe entrecruzamiento entre las lógicas no clásicas: lógica paraconsistente, lógica de la relevancia, lógica modal, lógicas polivalentes, lógica difusa, lógica temporal y lógica cuántica.

¹⁶ Desde el punto de vista de la física, el tiempo es reversible, en los sistemas complejos adaptativos el tiempo es irreversible. En los fenómenos irreversibles se forman estructuras y se observan cómo algunas regiones del espacio se organizan gracias a la irreversibilidad. Los sistemas sociales adquieren nuevas propiedades, típicas de situaciones de no-equilibrio, situaciones en las que lejos de estar aislado, está más bien sometido a fuertes condicionamientos externos que hacen que sus estructuras sean sensibles, de estado múltiples que hacen que su historicidad sea absolutamente diferente en cuestión de minutos. Lo que se quiere sostener aquí es que los fenómenos irreversibles, como son los sociales, son el origen de la organización misma, de la vida misma, de lo social, y lo social es no-linealidad, es autonomía del tiempo. Una buena presentación sobre esta concepción del tiempo la hace Prigogine en *El nacimiento del tiempo*.

¹⁷ Diseños líquidos o programas de simulación.

un mundo por esencia cambiante, mutable e impredecible. Se debe entonces superar el formalismo cristalizado y la idea de la *completud* de las teorías, intentando ser más fieles a la vida humana y social. Ello exige un modo de *pensar* que se abra continuamente a otros niveles de la vida no determinados. Para ello se requiere de un uso lingüístico distinto a los establecidos, que entre en juego con la dinámica propia de la salud pública. Así, las teorías serán el resultado y no el punto de partida, porque, precisamente, en la tarea de pensar, *se puede ir más allá de lo pensado*.

El investigador, en consecuencia, debe comprender que la vida humana y social no es distinta ni distan a él. Es por ello que esas formas de expresiones de vida no pueden reducirse a una cuestión lógica, sino más bien deben constituirse en una necesidad imperativa del observador por *necesitar de esa vida*, vinculándose así con la riqueza de sus horizontes de vida y con su autonomía como ser pensante. Es una necesidad que nos impulsa a ir al encuentro de aquello que subyace detrás de lo establecido, a encontrar lo que se oculta en lo profundo del orden manifiesto de la vida humana y social¹⁸.

Esta posición del observador tiene que ver con lo que De la Cuesta (2003) señala como el carácter reflexivo del investigador, quien construye a lo estudiado no a partir de teorías preconcebidas, sino empleado la reflexión, esto es la especulación, la duda y la sospecha sobre lo dado. En tal sentido el estudio se adapta, se transforma, se contextualiza, se reubica con base en la experiencia compartida del investigador y el fenómeno de estudio, es decir, dentro de una *reflexibilidad*. Reconocer el carácter reflexivo del investigador implica un sujeto situado,

¹⁸ La historia del hombre nos ha ilustrado acerca de los esfuerzos por liberarse de esquemas rígidos del pensamiento y de la imaginación entre los que cabe destacar, por su libertad y la profunda capacidad de anticipación en comparación con la misma ciencia, aquellos que provienen del arte. El arte mantiene un afán por recuperar la vitalidad de la realidad, sus contradicciones, el frenesí de su mismo acontecer sin sujeción a normas de equilibrio previamente establecidas, y refleja el desafío por no quedarse aprisionado en lo que ya se ha cristalizado. Esto pone de relieve la tendencia del artista a recoger el fenómeno como proceso de cambio y metamorfosis incompleta, que puede tener su homólogo en el esfuerzo lógico-epistemológico por captar la realidad en movimiento. La historia de los rompimientos parametrales, sea en la ciencia, el arte u otras manifestaciones, esconde el secreto de la capacidad misma para poder imponerse sobre la inercia. Desde esta perspectiva el investigador debe romper el plano o posición de observador, para colocarse en la pluralidad de planos en los que él también se constituye y del cual no es ajeno.

contextualizado, con capacidad de reconocer y comprender al «otro», con una ubicación propia y no ajena, y con una biografía propia (De la Cuesta, 2003).

No cabe duda entonces que las ciencias de la complejidad proponen la creatividad ontológica del mundo, en el sentido de que los fenómenos no están *listos, ni terminados*, esperando ser reconocidos por nosotros en un proceso de abstracción teórica. El pensamiento complejo nos permite entender el carácter fortuito de la vida, los límites de su saber y la no *predecibilidad* de la emergencia de nuevas formas de vida. Con ello, estamos de cara frente a un demoledor y definitivo golpe al «credo» de que mediante las teorías es posible obtener conocimiento científico. Las teorías, por ende, deben ser tan dinámicas como la vida misma y deben estar orientadas a romper la dicotomía sujeto-objeto mediante una nueva visión ontológica del mundo. Una expresión de la necesidad de tal cambio de paradigma lo señala Félix Patiño (2002) a través de un ilustrativo ejemplo:

Propongo mirar el cáncer más allá de la ciencia natural, a la luz de la teoría del caos y de la ciencia de la complejidad, como un fenómeno aleatorio en un organismo complejo adaptativo de no-equilibrio. Así concebido, el cáncer de por sí es una estructura disipativa, muy alejada del equilibrio, un nuevo estado de la materia que depende de flujos continuos de energía y recursos, provenientes del huésped, o sea del organismo humano sobre el cual se conformó, pero que exhibe una tendencia hacia el crecimiento continuo e ilimitado. Una manera de controlarlo sería induciendo su equilibrio químico y térmico, o sea deteniendo sus proceso de autoorganización y perpetuación, puesto que las estructuras disipativas en equilibrio son organismos muertos (Felix Patiño, 2002: 3).

iv) La investigación en salud pública, de igual forma, debe *reflexionar sobre los fundamentos de los conocimientos*. Una reflexión crítica sobre lo que se *conoce y se dice saber* sobre la *salud pública*, más aún, cuando el concepto de *salud*¹⁹ ha sido dinámico como las

¹⁹ Son varias las tesis expuestas en este sentido. Cabe nombrar, entre otras, la ruptura del concepto de Thomas Sydenham, en siglo XVII expuesta por Pedro Lain Entrelago; los análisis arqueológicos de Michel Foucault, de Alberto Vasco en unos de sus reconocidos artículos «Hacia un nuevo concepto de salud», Emilio Quevedo con *El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista*, en el cual analiza en forma detallada las distintas rupturas epistemológicas del

distintas manifestaciones políticas, sociales, económicas, filosóficas y culturales de lo *público*²⁰.

v) Sin duda esta reflexión epistemológica tiene implicaciones de carácter metodológico, dado que el énfasis en *una visión crítica de la investigación en salud pública conlleva también una reflexión metodológica de ella*.

Se tiene que reconocer que dados los nuevos paradigmas epistemológicos de la investigación social que constituyen un desafío a la complejidad y, por ende, una ruptura crítica de los modelos anteriores, también hemos sido testigos de las «revoluciones o rupturas metodológicas». El «fin de las certidumbres», que es a la vez el título del libro del premio Nobel en Química Ilya Prigogine, nos sitúa frente a un vasto movimiento y propuestas metodológicas de investigación, que desde hace ya alguna décadas viene mostrando el agotamiento de paradigmas construidos en la Edad Moderna y proponiendo enfoques alternativos.

CONCLUSIÓN

La nueva salud pública exige la superación de los paradigmas ontológicos y epistemológicos clásicos. El nuevo paradigma exige desafiar a la salud pública hegemónica, concibiéndola desde la realidad y las vivencias cotidianas, lo que demanda actuar en el terreno de las prácticas de la salud de *lo público*; recomponer el campo epistemológico y de acción de la salud pública; reconocer que no son solamente los actores profesionales de la salud pública tienen que ver con ella; reconstruir *lo público* más allá de la esfera estatal y de los centros de investigación, reconociendo que las comunidades también tienen capacidad de construirlo; transformar el paradigma de enfoque de investigadores, salubristas, Estado y comunidad, dado que cada uno de estos sectores juega un papel importante en los estudios; y fortalecer el ejercicio de participación de la comunidad en los procesos de investigación (Torres, 2006).

En lo que se refiere específicamente a las relaciones entre las políticas de salud e investigación, es necesario incluir otras reflexiones adicionales a los procesos de investigación en salud pública como las indicadas por Pelligrini, como por ejemplo, el papel del gobierno en la producción de

término y más recientemente las exposiciones de Jaime Breilh, quien en su texto *Epidemiología crítica* acentúa en la dimensión compleja de la salud.

²⁰ Existen algunos trabajos que se refieren directamente al tema y concepto de lo público, entre ellos los Norberto Bobbio, de Jürgen Habermas, Hannah Arent y Richard Sennett.

investigaciones en salud pública, la función del Estado financiador de investigaciones, el rol y el grado de poder de las universidades e institutos de investigación tiene en el desarrollo de la líneas de investigación en salud pública, la dimensión y capacitación de la comunidad científica y el grado de participación del Legislativo y del Ejecutivo en el desarrollo de investigaciones en salud pública. Desde esta perspectiva, lo público adquiere una dimensión diferente a la usual dejando de ser el «público numérico» para adquirir otros significados y pasar a ser lo que hacemos colectivamente en un sentido amplio a través de los gobiernos y agencias públicas (políticas públicas) (Meneu, 2012).

De otro lado, como lo señala Pelligrini, en el proceso de definición de políticas para la investigación en salud pública, debe ser analizado el rol de la investigación en su proceso de implementación, el cual involucra diferentes actores y diferentes desafíos. Dependiendo del contenido de los resultados de investigación es posible predecir quiénes serán los que apoyarán o se posicionarán en contra de la aplicación de políticas basadas en esos resultados. Estos podrían ser los diversos actores sociales involucrados en prevenir la enfermedad y proveer servicios de salud, como son los consumidores y profesionales, políticos, investigadores, empresarios, clero, medios de comunicación, etcétera. Para saber cómo influir en cada uno de estos actores es preciso conocer las fuentes de información en que confían, el tipo de información que les interesa, la forma como la evalúan, las motivaciones que tienen para tomar decisiones específicas y con quiénes interactúan, compiten o se alían²¹.

Contactos tempranos con tomadores de decisión en el momento de la formulación de la investigación pueden aumentar la posibilidad de que un tópico relevante para la definición de políticas sea seleccionado por los investigadores y considerado útil. En algunos casos, la bibliografía revisada para la elaboración del protocolo de investigación puede ser una contribución de valor. Contactos adicionales durante

²¹ En este orden de ideas, es importante saber si investigadores y tomadores de decisión pertenecen a diferentes tendencias en un tema particular; si es así se deben buscar las conexiones externas necesarias para promover relaciones entre estos grupos en conflicto, como es, por ejemplo, el establecimiento de redes virtuales que constituyan un verdadero espacio de intercambio, discusión y análisis de los resultados de las investigaciones. En este mismo sentido y considerando que la sociedad civil juega un papel importante en la definición de políticas, y con el fin de hacerlos partícipes de las decisiones, es necesario una amplia difusión de los resultados, redactados de manera tal que sea asequible. Sin duda los medios masivos de comunicación que sean confiables para divulgar ese tipo de información se constituyen en un excelente recurso.

el análisis y redacción aumentan la posibilidad de que los datos sean presentados de una manera útil para el formulador de decisión.

Pero, sin duda, una de las estrategias más importantes de acometer desde un principio es la idea de que los propios investigadores se constituyan en los mejores evaluadores de su investigación, en el sentido de que deben tener habilidades políticas (identificación de grupos de intereses, establecimiento de alianzas) a fin de determinar prioridades (temas y problemas) de investigación para apoyar la toma de decisiones. Por suerte no todas esas capacidades deben estar presentes en una única persona, debiendo también existir estructuras y mecanismos más formalizados que se encarguen de fortalecer los lazos entre investigación y definición de políticas. Dichas estructuras (consejos, institutos de investigación en políticas, etcétera) deberían traducir los resultados de investigación para una diseminación más amplia, establecer diálogo entre los diversos actores (*brokers*) buscando definir una agenda de investigación con su participación, promover incentivos a los investigadores para interactuar con tomadores de decisión, así como la evaluación de resultados de investigación en términos de costo / efectividad antes de considerarlos como base para una política o programa, etcétera.

Por último, se debe agregar el imprescindible cumplimiento en cuanto a la normatividad ética que rige las investigaciones, en donde se vigile la aplicabilidad de la Resolución 8430 de 1993 y la declaración de Helsinki de 1964, para guiar a los médicos mediante los comités de bioética; este es un recurso indispensable para garantizar la integridad ética de la investigación en humanos y es esencial para el desarrollo de la capacidad de respuesta de un país a la necesidad de producir conocimiento (Miranda, 2006). Estos comités, por un lado, buscan cuidar la ética en la investigación científica, esto es, defender la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los participantes de una investigación bajo un principio de equidad y justicia, y, de otra parte, determinar si la evaluación de nuevos procedimientos, métodos o hipótesis en humanos supera el dilema riesgo-beneficio, en especial en el contexto de la investigación clínica. Estos y otros aspectos son muy sensibles a la investigación en salud pública, pues como lo señala Meneu (2012), hoy se debe «reconocer el notorio retraso apreciable en la consideración de las cuestiones éticas relacionadas con la Salud Pública (SP) y sus prácticas —tanto de», «en» y «para» la SP— en relación con otros ámbitos de la salud (bioética) y de la intervención pública (*governance*)» (12).

BIBLIOGRAFÍA

- Ágren, Gunnar (2003), *Sweden's New Public Health*. Sandviken: Sandvikens tryckeri.
- Almeida, Celia (2001), *La investigación sobre políticas de reforma del sector salud en América Latina: iniciativas regionales y estado del arte*. Río de Janeiro: Red de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina.
- Bhaskar, Roy (1986), *Scientific realism and human emancipations*. London: Verso.
- Breilh, Jaime (2003), *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2007), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (DRAFT).
- Descartes, Rene (1973), *Discurso del método*. Barcelona: Vosgos S.A.
- Feyerabend, Paul (1992), *Adiós a la razón*. Barcelona: Ténos.
- Foucault, Michel (1975), *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- González, Edwin Roland (2007), «La salud pública como campo transdisciplinar». En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, No. 1, 70-77.
- Haugeland, John (Ed.) (1981), *Mind Design*. Cambridge: MIT Press.
- Jara, María Inés (2002), «Resolver y disolver: dos actitudes frente a los problemas científicos». En *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, Vol. 3, No. 6 y 7, 129-148.
- Kosik, Karel (1983), *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo.
- Kuhn, Thomas (1985), *La estructura de la revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lain Entralgo, Pedro (1982), *El diagnóstico médico: historia y teoría*. Barcelona: Salvat.
- Maldonado, Carlos (2001), *Visiones de la complejidad*. Bogotá: Colección Filosofía y Ciencia. Vol. 1, 9-27.
- Meneu, Richard (2012), «Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética». En *Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*. Ética y Salud Pública, No. 27. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Miranda, María Consuelo (2006), «Comités de ética de investigación en humanos: una experiencia colombiana». En *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 1, No.1, 141-148.
- Najmanovich, Denise (1994), «De 'el tiempo' a las temporalidades». En *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

- Najmanovich, Denise (2001), «Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia». En *Notas y Debates de Actualidad. Utopía y Praxis Latinoamericana*, Vol. 6, No.14, 106-111, septiembre.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000), «Informe anual del director». *Análisis de la situación de salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), *La salud pública en las Américas*, No.589. Washington, D.C.: Publicación Científica y Técnica.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006), *Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Patiño, José Félix (2002), *Oncología, caos, sistemas complejos adaptativos y estructuras disipativas*. Boletín Informativo de la Federación Latinoamericana de Cirugía, Vol. 7, No. 1, 5-9, enero-marzo. Bogotá.
- Pegals, Heinz (1991), *Los sueños de la razón*. Barcelona: Gedisa.
- Pelligrini, Alberto y Almeida, Naomar de (1996), «La investigación en salud en América Latina y el Caribe: tendencias y desafíos». En *Evaluación de las reformas en políticas sociales*. Disponible en http://web.idrc.ca/es/ev-22961-201-1-DO_TOPIC.html
- Prigogine, Ilya (1982), *La nueva alianza*. Barcelona: Alianza Editorial.
- Quevedo, Emilio (1992), «El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista». En *Salud y Sociedad*. Bogotá: Zeus Asesores Ltda.
- Rescher, Nicholas (1994), *Los límites de la ciencia*. Madrid: Tecnos.
- Torres, Mauricio (2006), «El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada». Ponencia presentada en el Panel *Futuro de la Salud Pública*. XXI reunión de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública – ALAESP. Rio de Janeiro, 20 de agosto de 2006.
- Vasco, Carlos (1988), «Hacia un nuevo concepto de salud». En *Estado y enfermedad en Colombia*, Vasco, A. Medellín: Universidad de Antioquia.
- World Health Organization (WHO) (2006), Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Measurement and Evidence Knowledge Network*. Scoping paper prepares for the commissioners meeting Iran, January.

EL MODELO DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL: SU APORTE Y DESAFÍOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD

Báltica Cabieses
Margarita Bernaldes
Alexandra Obach
Andrés Maturana

RESUMEN*

El modelo de investigación traslacional (IT) surge como una alternativa de acción efectiva y duradera a la compleja relación existente entre la investigación y la toma de decisiones en salud. Hoy se reconoce la naturaleza no-lineal del proceso que vincula de manera efectiva la síntesis de evidencia científica a soluciones sustentables en salud a nivel poblacional. Resulta indudable que el solo hecho de que exista información válida y relevante no garantiza su implementación ni tampoco su impacto a nivel de salud. Este capítulo se propone analizar la relación existente entre la IT y la toma de decisiones sanitarias en distintos niveles,

* AGRADECIMIENTOS

Se agradece al profesor Ian Graham por aceptar que su modelo conceptual haya sido traducido al español. Se agradece a la revista *Journal of Continuing Education in the Health Professions* por aceptar traducir dicho modelo. Se agradece además al Dr. Hugo Arroyo, editor de la *Revista Peruana de Salud Pública y Experimental*, del Instituto Nacional de Salud del Perú, por aceptar la reproducción de la figura del artículo 2001 de Cabieses y Espinoza.

FINANCIAMIENTO

Este capítulo fue desarrollado con fondos del proyecto Fondecyt No. 11130042 «Desarrollando inteligencia en salud pública para inmigrantes en Chile: un estudio multimétodos», proveniente de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile.

como también reconocer sus logros y desafíos pendientes. Se describen los principales modelos de IT disponibles en la actualidad y propone un modelo que combina el modelo cíclico de Proceso de Conocimiento para la Acción con el modelo multidimensional de IT para Salud Pública.

Palabras clave: investigación traslacional, toma de decisiones en salud, políticas en salud, complejidad en salud, innovación en salud.

INTRODUCCIÓN

En la era de la evidencia científica para la toma de decisiones en salud (Lean, Mann, Hoek, Elliot, & Schofield, 2008), surge el modelo de investigación traslacional (IT), cuyo propósito central es brindar una alternativa de acción efectiva y duradera a la compleja relación existente entre la investigación y la toma de decisiones en salud (Woolf, 2008). Existen múltiples conceptos relacionados al de IT, los cuales con frecuencia se utilizan como sinónimos de este emergente modelo conceptual y empírico (ver Figura 1).

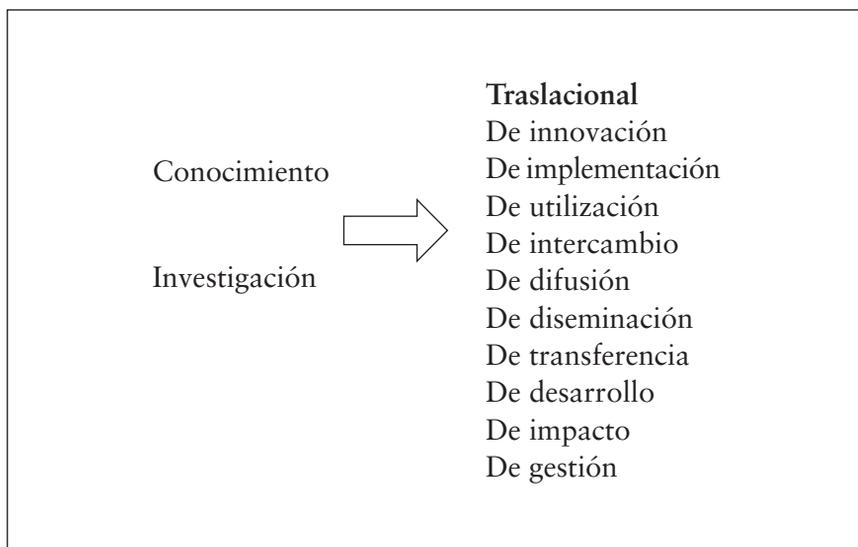


Figura 1: Conceptos frecuentemente utilizados en investigación traslacional.

Durante la última década, múltiples centros académicos, fundaciones, gobiernos, organizaciones y sistemas de salud en todo el mundo han establecido que la IT es una prioridad en salud (Mold & Peterson, 2005; Woolf, 2007). Consecuentemente, la IT ha sido aplicada en escenarios de salud muy diversos a nivel mundial (Azevedo, 2009; Kobayashi & Montero, 2005; Post & Young, 2009). Más aún, la IT está siendo motivo de publicaciones científicas y documentos de trabajo de instituciones gubernamentales, llegando incluso a la generación de nuevas revistas científicas en salud (*Translational Research Journal*). Como ejemplo, la Figura 2 da cuenta del incremento en las publicaciones científicas en el mundo en torno a la IT, desde 1921 hasta el 2014.

Número de publicaciones por año
1921-2014

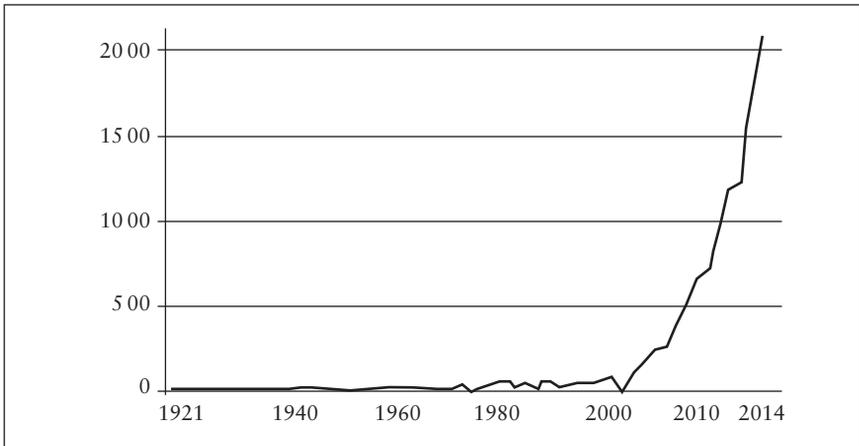


Figura 2: Número de publicaciones científicas en investigación traslacional, 1921-2014. Búsqueda en base de datos Pubmed, 1 de agosto del 2014. Palabras clave: «translational research» OR «research transference» OR «research transfer».

El propósito de este capítulo es analizar la relación existente entre la IT y la toma de decisiones sanitarias, y, al mismo tiempo, reconocer sus logros y desafíos pendientes. Nuestros objetivos son cinco: (i) definir la IT y explorar su naturaleza compleja; (ii) identificar diferentes modelos conceptuales y los componentes esenciales de la IT; (iii) vincular la IT a la investigación en salud más convencional; (iv) vincular la IT a la toma de decisiones en salud; y (v) reconocer algunos obstáculos y desafíos pendientes de la IT para la toma de decisiones en políticas de salud.

DEFINIENDO INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL (IT)

Definición clásica de la IT

La investigación traslacional ha sido definida originalmente como aquella investigación aplicada y comprensiva que pretende traducir el conocimiento científico disponible para hacerlo útil a la población (Benedyk, Berglund, Facciotti, Mobley & Zucker, 2009; Kerner, 2006; Narayan *et al.*, 2000). El Center for Disease Control and Prevention de Estados Unidos, por su parte, la ha definido como aquella investigación que se preocupa de institucionalizar intervenciones de salud pública que han probado ser eficaces en base a la evidencia científica (Lean *et al.*, 2008). De esta manera, la IT pretende maximizar los beneficios en salud asociados a la inversión realizada en investigación, traduciéndola en una entrega efectiva de cuidados de salud a toda la población.

Etapas de la IT

En la visión más primordial de la IT se reconocen al menos tres etapas. La etapa 1 (T1) corresponde a aquella investigación que explora y desarrolla potenciales nuevos tratamientos, y evalúa seguridad y eficacia de nuevas intervenciones y tecnologías por medio de ensayos clínicos controlados. Este tipo de investigación traslacional es también conocida como «del laboratorio a la cabecera del paciente» («*bench to bedside*»), y constituye una etapa necesaria de cualquier innovación en tecnologías en salud (Fontanarosa & De Angelis, 2002; Perzynski, 2010). En la etapa 2 de la IT se examina cómo, cuándo y de qué forma los resultados de un ensayo clínico controlado aleatorizado funcionan en la vida real (Institute of Medicine, 2001; Woolf & Johnson, 2005). Esta etapa ha sido también llamada «de la investigación a la práctica», y pretende garantizar que los nuevos tratamientos lleguen a los pacientes o poblaciones a las que son destinados y que se ejecuten correctamente (Woolf, 2008). T2 informa acerca de: (i) los grados de aceptabilidad de nuevas drogas en la población, (ii) la adherencia a tratamientos y cambios de conductas relacionadas con una nueva intervención, (iii) la efectividad o verdadero beneficio en salud en un escenario poblacional real no controlado, y (iv) la costo-efectividad de una nueva droga / intervención en escenarios poblacionales extensos (Feldman, 2009; Naylor *et al.*, 2009; Rosenkotter *et al.*, 2011). La

tercera etapa (T3) incorpora aquella investigación de nivel político y de impacto sanitario en una población. Para ello, estudia las complejas interacciones que pueden existir entre las políticas públicas de salud y el sistema sociocultural y ambiental donde se ejecutan. Estas etapas han sido descritas con mayor detalle en publicaciones previas (ver, por ejemplo, Cabieses y Espinoza, 2011; Ogilvie, Craig, Griffin, Macintyre & Wareham, 2009).

Conceptos relacionados a la IT

Es esencial identificar conceptos estrechamente relacionados a la IT en la actualidad. En este capítulo hemos de desarrollar los siguientes: complejidad en salud, innovación, interdisciplinariedad y pensamiento bidireccional. Este último será descrito más adelante en este capítulo, desde la mirada pragmática de la IT que ha sido propuesta en la literatura internacional.

Un primer concepto clave es el de complejidad en salud (Plsek & Greenhalgh, 2001; Plsek & Wilson, 2001), dado que el fenómeno de la salud se ha considerado un proceso cada vez más complejo a lo largo del tiempo (Pearce & Merletti, 2006). Los sistemas complejos son definidos como aquellos sistemas que presentan diversos agentes o unidades independientes entre sí, pero que interactúan de manera no lineal e integrada como un todo capaz de autoorganizarse y de adaptarse. Los sistemas complejos funcionan a través de múltiples interacciones entre dos o más de sus unidades y son capaces de cambiar en su estructura y funcionamiento de acuerdo a estímulos del entorno (Pearce & Merletti, 2006; Plsek & Greenhalgh, 2001).

Un segundo concepto relacionado es el de innovación. Una definición de innovación es la introducción intencional y aplicación dentro de un rol, grupo u organización de ideas, procesos, productos o procedimientos nuevos para aquella unidad que los adopta, diseñadas para beneficiar significativamente al individuo, grupo o sociedad (Andersen, De Dreu & Nijstad, 2004). Esta definición incorpora tres conceptos que caracterizan a la innovación: novedad, aplicabilidad y la intención de un beneficio. Al aplicar el concepto de innovación a la salud nos referimos a nuevos servicios, nuevas tecnologías y/o nuevas formas de trabajo que tienen un efecto distinto, idealmente superior, a aquel que se obtendría si la innovación no se llevara a cabo. A nivel

organizacional se puede traducir en mayor eficiencia de los procesos o mayor calidad en el cuidado del paciente (Länsisalmi *et al.*, 2006).

Un tercer concepto relevante en la IT es la interdisciplinariedad. Esto porque, al intentar comprender un fenómeno de salud que es parte de un sistema complejo, la IT se beneficia de un abordaje multidimensional que resulta imposible de lograr con investigadores provenientes de una sola disciplina. Interdisciplinariedad ha sido definida como un campo que cruza los límites tradicionales entre varias disciplinas académicas o entre varias escuelas de pensamiento, por el surgimiento de nuevas necesidades o la elección de nuevas profesiones. En principio, el término *interdisciplinario* se aplica en el campo pedagógico al tipo de trabajo científico que requiere metodológicamente de la colaboración de diversas y diferentes disciplinas y, en general, la colaboración de expertos procedentes de diversas áreas tradicionales.

MODELOS CONCEPTUALES DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL

Componentes esenciales de los modelos de IT

En la literatura internacional existen múltiples propuestas conceptuales e implementaciones empíricas del modelo de IT. Más allá de la variedad teórica y metodológica de los diversos modelos, Ward, House y Hamer identificaron el 2009, a partir de la revisión de 28 modelos conceptuales distintos, cinco componentes comunes en el proceso de transferencia de conocimiento. Estos son: identificación del problema y su comunicación, desarrollo y selección del conocimiento, análisis del contexto, actividades o intervenciones de transferencia de conocimiento, y la utilización del conocimiento (Ward, House & Hamer, 2009). Los mismos autores, en un intento por agrupar las diversas propuestas, identifican tres tipos de modelos en IT: lineal, cíclico y dinámico multidireccional. Estos modelos han sido presentados en dicho orden a lo largo del tiempo, y dan cuenta del avance del entendimiento en torno a la IT y su inherente complejidad.

El modelo clásico lineal de road-map

El primer modelo teórico presentado en la literatura internacional sobre investigación traslacional corresponde a un modelo lineal, que propone un diagrama de camino o vía unidireccional (*roadmap*) con

dos principales obstáculos o brechas en la transferencia del conocimiento. La primera brecha es la traducción del conocimiento de la ciencia básica a productos de mercado (como nuevas drogas o dispositivos médicos). La segunda brecha corresponde a la transferencia de nuevas tecnologías que surgen de la investigación clínica, en voluntarios y bajo estudios controlados, a la población en su conjunto, con el fin de que mantengan sus beneficios en la vida real y sean sustentables a lo largo del tiempo. Este modelo de vía fue impulsado desde el proceso de desarrollo de nuevas drogas para diversas enfermedades y, si bien es relevante para dicho escenario de investigación, resulta rígido e insuficiente (T1, T2 y T3) para otros fenómenos de interés más amplios (Ogilvie *et al.*, 2009; Westfall, Stevenson & North American Primary Care Research, 2007). A partir de este modelo se han desarrollado una serie de propuestas, muchas de las cuales no han sido testeadas por lo que su idoneidad aún se desconoce (Ward *et al.*, 2009).

El modelo de proceso de conocimiento para la acción

Uno de los modelos que rompe con la regla general de falta de comprobación empírica en IT es el modelo de Proceso de Conocimiento para la Acción (*Knowledge to Action Process*) propuesto por Ian Graham y colegas el año 2006 (I. D. Graham *et al.*, 2006). Este modelo parte del supuesto que para poder apreciar de manera efectiva la brecha que existe entre lo que se sabe que se debe hacer y lo que realmente se hace en la práctica (*knowledge to action gap*), es necesario comprender los complejos sistemas en los cuales está inserta la salud poblacional. Se sostiene que los modelos clásicos de transferencia de conocimiento apuntan hacia la generación de cambios al interior de los sistemas de salud a partir de la evidencia que surge desde la investigación, pero no exploran a cabalidad la complejidad de dichos sistemas, ni la manera en que dicha complejidad impacta en la posibilidad de cambio individual, social u organizacional. Este modelo se propone desafiar este pensamiento lineal de la transferencia de conocimiento al sostener que, si bien se reconoce que dicho enfoque es crucial para el diseño de estudios de investigación de alta calidad, no es suficiente (Graham *et al.*, 2006). En este sentido, el modelo sostiene que para influir en el cambio a nivel de individuos, organizaciones y culturas enteras se requiere de enfoques dinámicos y cíclicos en la resolución de problemas, que logren dar cuenta de la complejidad del fenómeno

y, desde ahí, buscar soluciones efectivas, innovadoras y localmente pertinentes. Para lograr estos objetivos el modelo conceptualiza la relación que existe entre la generación de conocimiento y su puesta en acción, identificando algunas fases clave dentro de dicho proceso (ver Figura 3) (Graham, *et al.*, 2006).

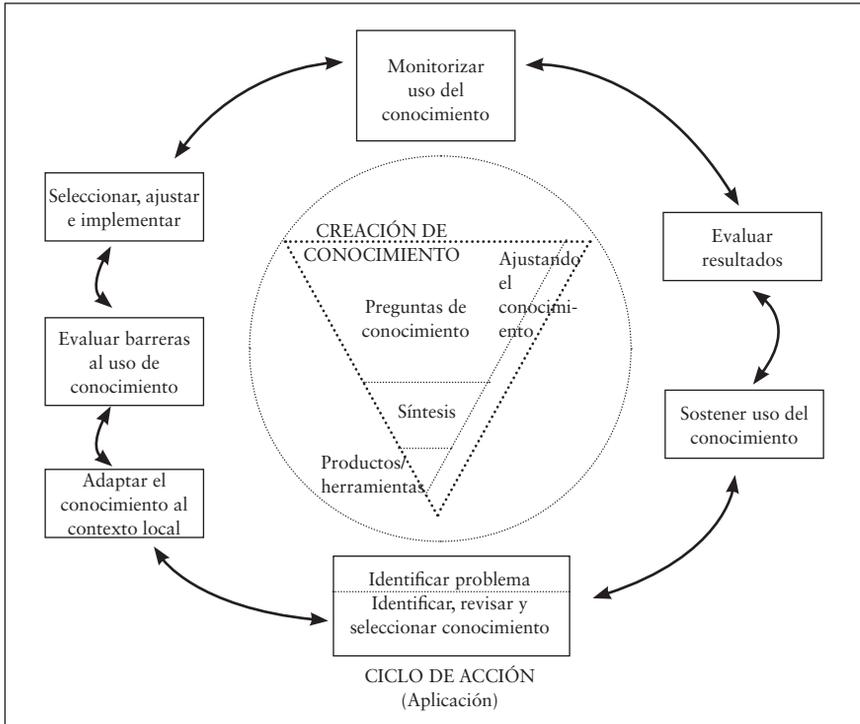


Figura 3: El modelo traslacional de Proceso de Conocimiento para la Acción. Modelo traducido y adaptado por los autores de (Graham *et al.*, 2006).

La fase de generación de conocimiento está representada por un triángulo, el cual simboliza un embudo que evoca la idea de que el conocimiento requiere ser decantado antes de ser aplicado. Este es el espacio que busca responder preguntas de generación de nuevo conocimiento científico y de síntesis de la evidencia disponible. La fase de acción, por su parte, se representa como un ciclo circular que busca traducir el conocimiento desde la investigación hacia la acción, pasando por las fases de planificación, implementación y evaluación del cambio. En contraste con el triángulo, que alude a un proceso más estático, el ciclo de la acción debe ser entendido como una secuencia

de fases, que puede seguir un orden secuencial o bien requerir algunas iteraciones a lo largo del camino. Los principales pasos del proceso de la fase de acción del modelo son ocho: (i) identificar el problema; (ii) buscar, seleccionar y evaluar la evidencia de más alta calidad desde la investigación (triángulo); (iii) adaptar el conocimiento al contexto local respondiendo preguntas tales como ¿por qué es importante?, ¿cómo se realiza la adaptación?; (iv) evaluar barreras y facilitadores para el uso del conocimiento; (v) seleccionar y adaptar la implementación de intervenciones; (vi) monitorear el uso del conocimiento; (vii) evaluar resultados velando por la calidad de la implementación y la efectividad de la intervención; por último, (viii) identificar posibilidades de sostenibilidad en el uso del conocimiento ideando planes de acción para sostener los cambios en la práctica.

El modelo multidimensional para salud pública

Un tercer ejemplo de modelo de IT corresponde a modelos dinámicos multidireccionales, que entienden la transferencia de conocimiento como un proceso dinámico, interactivo y multidireccional que involucra a diferentes actores y actividades (Ward *et al.*, 2009). Un ejemplo de modelo dinámico multidireccional corresponde al presentado por Lean y colaboradores (Lean *et al.*, 2008) y adaptado y traducido al español por Cabieses y Espinoza (Cabieses y Espinoza, 2011), el cual propone una relectura del modelo con tres etapas. Este modelo aborda las etapas T1, T2 y T3 no como unidades estáticas ni herméticas, sino como espacios dinámicos que están en permanente diálogo e interacción mutua. Es decir, desde la perspectiva de este modelo multidireccional los sistemas de salud y la investigación en salud son abordados como sistemas complejos que están constituidos por múltiples unidades que interactúan entre sí. En consecuencia, las etapas (T1, T2 y T3) son en sí mismas unidades complejas que están insertas en contextos particulares e influenciadas por diversos determinantes (ver Figura 4).

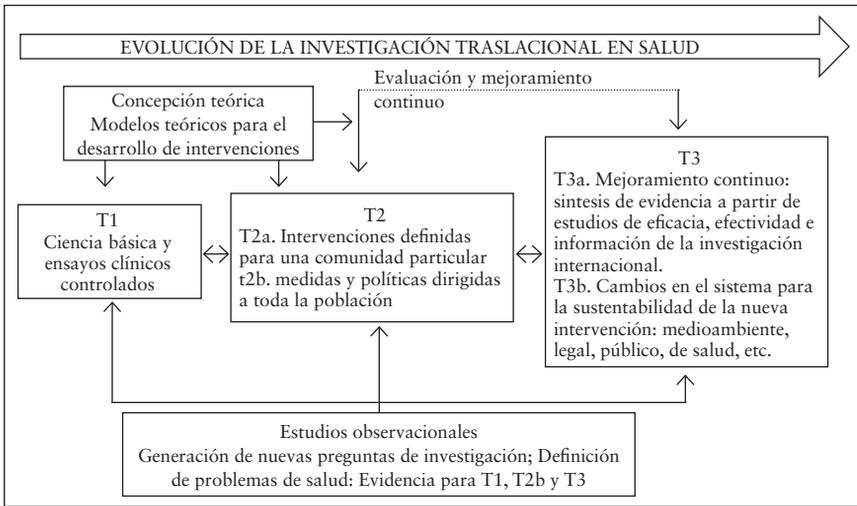


Figura 4: El modelo traslacional multidimensional para salud pública. Modelo traducido y adaptado de Lean *et al.* (2008) por Cabieses y Espinoza (2011).

Una propuesta integradora

Una nueva mirada que quisiéramos proponer en este trabajo, es un modelo integrador que incluye dentro de la perspectiva multidireccional de Lean, el modelo cíclico de Proceso de Conocimiento para la Acción de Graham. Esta desafiante propuesta permite dar cuenta de toda la complejidad involucrada en cada una de las etapas (T1, T2 y T3), así como en el diálogo entre ellas. Esto, en lo que respecta a la generación de nuevo conocimiento, como en las acciones de transferencia de dicho conocimiento. De este modo, la fusión de ambos modelos busca complejizar los procesos involucrados tanto en el modelo de Proceso de Conocimiento para la Acción como en el modelo Multidireccional (ver Figura 5).

Esta propuesta de modelo integrador sostiene que el ciclo de conocimiento para la acción, con generación de sólida evidencia científica y el uso de dicha evidencia en implementación de tecnologías para la investigación y la salud, puede ser aplicado en cada una de las etapas de la IT: T1, T2 y T3. De esta manera, la transferencia de conocimiento para la innovación en salud está presente en la ciencia básica como en la ciencia clínica y la ciencia poblacional. Esto podría tener al menos dos beneficios: (i) formalizar la exigencia de transferir hacia la

etapa siguiente solo aquel conocimiento que ha sido suficientemente desarrollado y probado en su implementación en la vida real; y (ii) proponer una hoja de ruta para la traslación de conocimiento entre las mencionadas etapas que sea cada vez más eficiente, sustentable y articulada. Esta idea de modelo integrador no ha sido aún comprobada empíricamente, pero más que para su evaluación científica se propone como una forma de aproximarse, razonar y organizar la IT de manera más amplia e integral de lo que se plantea con frecuencia en la literatura internacional.

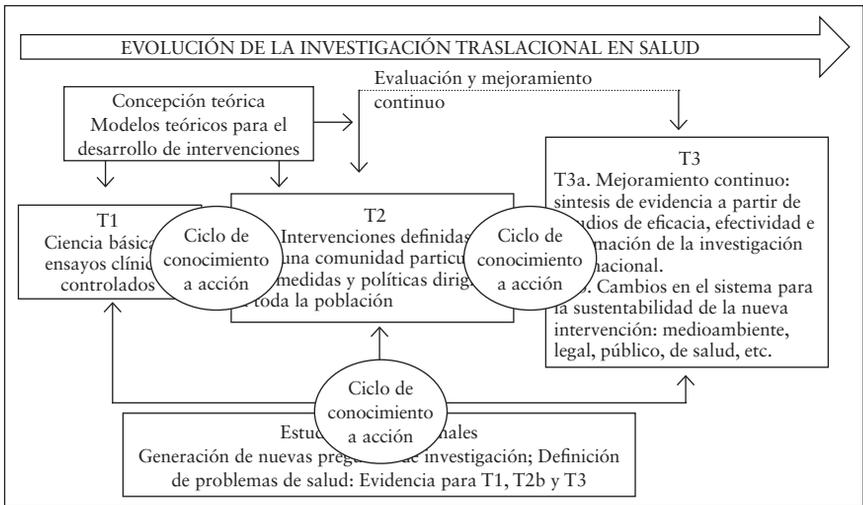


Figura 5: Una propuesta integradora del modelo traslacional multidimensional (Cabieses y Espinoza, 2011; Lean *et al.*, 2008) con el modelo de Proceso de Conocimiento para la Acción (Graham, *et al.*, 2006).

UN PUENTE ENTRE LA IT Y LA INVESTIGACIÓN CONVENCIONAL: EL MODELO PRAGMÁTICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Complejidad y pragmatismo en investigación en salud

Uno de los aspectos fundamentales para la investigación traslacional es el foco en el problema de salud que deseamos resolver. Y dado que la mayoría de los problemas de salud son multifactoriales y dinámicos, estos son por esencia fenómenos complejos de investigar. En consecuencia, resulta necesario que los equipos de investigación posean: (i) estrategias metodológicas variadas que les permitan reflexionar acerca de la mejor forma de acercarse al problema de salud que desean resolver, (ii) trabajo interdisciplinario que comprometa la visión de diferentes puntos de vista y tradiciones teóricas, para de esta forma lograr comprender la real complejidad del fenómeno a estudiar, y (iii) una comprensión de la complejidad subyacente a los fenómenos ligados a la salud de las personas, a las comunidades y a los sistemas de salud en su totalidad.

En este contexto, uno de los paradigmas de investigación que presenta mayor riqueza para el enfoque traslacional es el paradigma pragmático. De acuerdo con Creswell y colegas (Blok *et al.*, 2014), el paradigma pragmático de investigación pone su foco de atención en la problemática o fenómeno que requiere ser analizado desde diversas estrategias metodológicas, incluyendo diseños cuantitativos-deductivos y cualitativos-inductivos. Dichas aproximaciones o paradigmas de investigación en salud, usualmente entendidos como enfoques antagónicos, en el modelo pragmático subyacente a la IT trabajan juntos y se complementan de acuerdo a las necesidades que van surgiendo en torno a un problema de investigación común. El modelo pragmático puede ser considerado, entonces, como un posible puente entre la investigación tradicional y la IT.

Hacia un modelo de IT con pensamiento multidireccional y con foco en un problema de salud

En relación a la inherente complejidad de los fenómenos de salud, desde el enfoque traslacional es prudente mantener la reflexión en torno a dicha complejidad desde el momento en que se inicia el proceso investigativo. Esto es, en la selección del problema a investigar, las preguntas de investigación que se plantean, las estrategias metodológicas que se proponen y las implicancias prácticas y de investigación de los resultados

o hallazgos de la investigación. Una mirada más clásica o simplista de la investigación en salud, como aquella prevalente durante el siglo XIX, exigía no más que el análisis de una pregunta de investigación desde una perspectiva particular, sea esta la de los usuarios o la del sistema de salud. En algunos casos podía integrar ambas perspectivas (Figura 6).

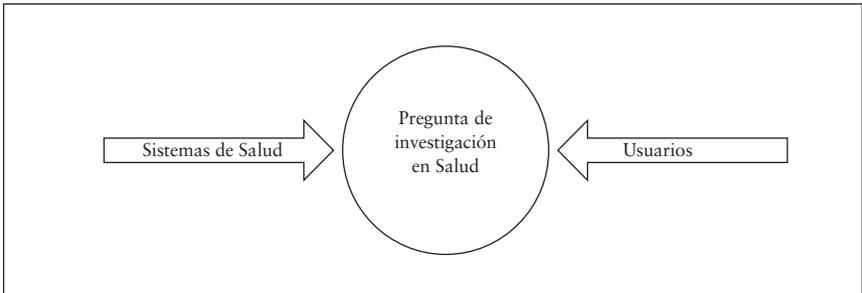


Figura 6: Modelo simplificado de investigación en salud con foco en una pregunta de investigación.

Sumado a la visión más clásica, la mirada traslacional incorporó en sus inicios el pensamiento bidireccional en cuanto a las perspectivas que considera (perspectiva de los usuarios y de los sistemas de salud) y el foco en el problema de salud que se pretende abordar (Yarden, 2011; Zerhouni & Alving, 2006). El foco en un problema de salud más que en una pregunta de investigación ha exigido, a lo largo del tiempo, la inclusión e integración de diversas estrategias metodológicas, cuantitativas y cualitativas, para su resolución. Una representación gráfica de este tipo de IT aparece en la Figura 7.

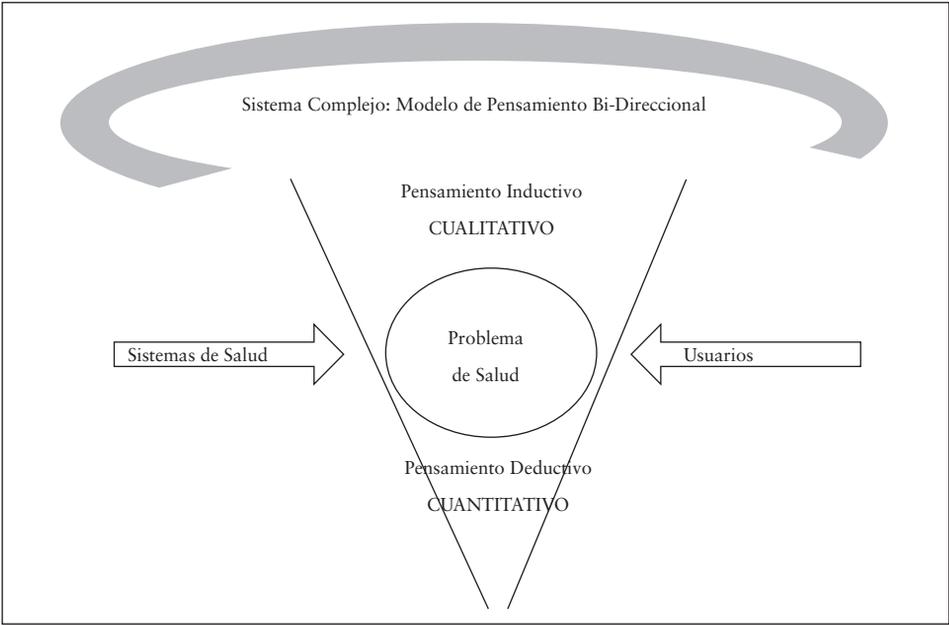


Figura 7: Modelo de IT con pensamiento bidireccional y con foco en un problema de salud.

Retomando el ejemplo expuesto anteriormente en relación a la salud de los inmigrantes en Chile, modelos conceptuales de IT más recientes son multidireccionales y permiten incorporar no solo diversas estrategias metodológicas, sino también la visión de distintas perspectivas y actores clave (Ogilvie *et al.*, 2009; Westfall *et al.*, 2007). Esto se presenta de manera sintética en la Figura 8.

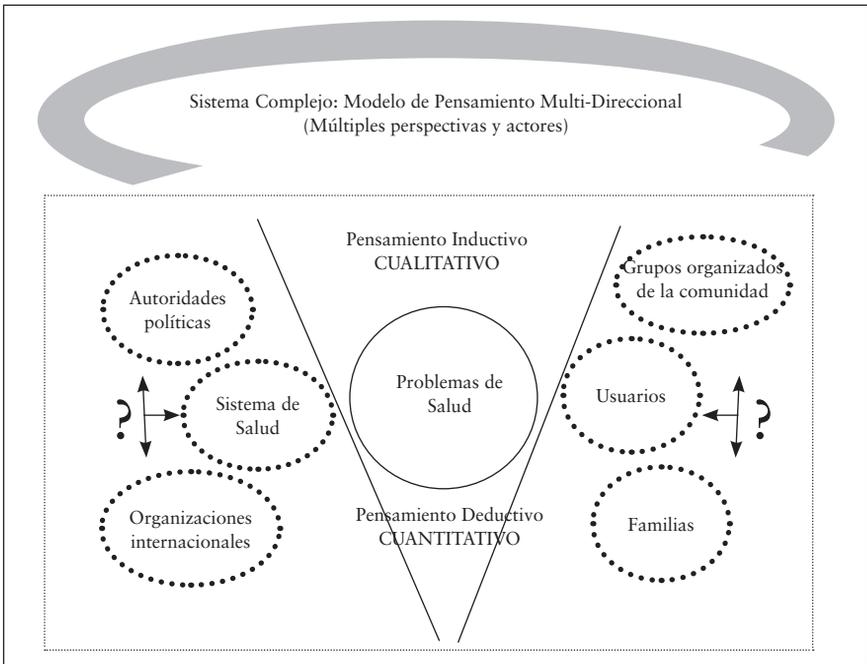


Figura 8: Modelo de IT con pensamiento multidireccional y con foco en un problema de salud.

Las flechas denotan posibles relaciones entre los actores / perspectivas.

Los signos de interrogación denotan el habitual desconocimiento de todos los componentes clave presentes en un problema de salud y su interrelación.

El ejemplo anterior acerca de la subutilización de servicios de salud por parte de inmigrantes internacionales en Chile da cuenta de una IT que toma en cuenta la complejidad de las problemáticas reales en salud y permite una mirada pragmática de las estrategias metodológicas y de las perspectivas o actores clave. Dada la complejidad del fenómeno de salud y la necesidad de incorporar diversas visiones, el pensamiento bidireccional tradicional de la IT se convierte en multidireccional, permitiendo que el problema sea abordado desde distintos enfoques. Esta consideración ofrece la oportunidad de replantear preguntas de investigación cada día más creativas e innovadoras de comienzo a fin. Surge la posibilidad de diseñar nuevas metodologías de investigación que integren múltiples enfoques y paradigmas (por ejemplo diseños multimétodos o mixtos) (Braithwaite *et al.*, 2007; Carroll & Rothe, 2010; Stanton *et al.*, 2009) y son los propios resultados del estudio los que permiten describir y comprender la relación entre los diversos

componentes del modelo. Permiten, incluso, que emerjan nuevos actores no previstos en el diseño original del estudio. Esto conlleva la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario en cualquier investigación que intente ser traslacional. Además de contar con equipos interdisciplinarios, es fundamental contar con coordinadores o facilitadores del trabajo en equipo con altas competencias de liderazgo.

Hacia un modelo de IT pragmático con sentido ético y de responsabilidad pública

Existe una forma adicional de entender la mirada bidireccional de la IT, la cual es referida a la relación entre investigación e innovación en sus concepciones más primordiales (Figura 9). La investigación, en su permanente búsqueda de la verdad desde la ciencia, es el primer paso de la innovación al iluminar qué factores causan o determinan los procesos de salud y enfermedad de una población. Una vez que un nuevo descubrimiento surge en el seno de la investigación científica, este requiere ser transferido para su uso efectivo en las prácticas y políticas de salud. Dicha transferencia tiende a ocurrir a través de mecanismos pasivos de difusión, en revistas o encuentros científicos, y además tiende a presentar una escasa implementación en la vida real en casi todas las áreas de investigación.

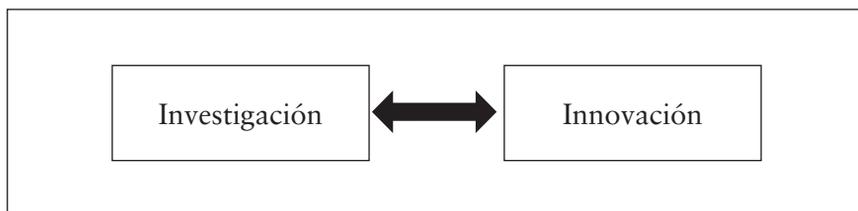


Figura 9: Pensamiento bidireccional: relación entre investigación e innovación.

La innovación, por otra parte, nos invita, a quienes realizamos investigación, a ser agentes activos de cambio en la traslación e implementación del conocimiento científico a nivel básico, clínico y poblacional. La visión de innovación más utilizada propone buscar productos concretos que surjan desde la investigación. Esto es un importante desafío por diversas razones. En primer lugar, no toda investigación científica tiene como fin en sí misma el alcanzar un producto concreto (por ejemplo, la patente de una nueva droga), sino la generación de

conocimiento que de alguna manera, a veces bastante indirecta, logre beneficiar la salud de una población.

En segundo lugar, la mirada más convencional de la innovación surge de otras áreas ajenas a la salud como la ingeniería. En dichos campos, la innovación tiene como fin perfeccionar un modelo de gestión de negocio que sea más eficiente y productivo. La salud, no obstante, no es un modelo de negocios, y como consecuencia el enfoque de innovación habitual en otras áreas puede requerir de algunas adaptaciones. En este sentido, la investigación en salud tiene como fin último el mejorar la salud, y este valor intrínseco donde el bienestar del sujeto humano está en su centro y origen, no puede ser modificado. Una forma de velar por una IT que resguarde este principio esencial es incorporando la bioética en la relación bidireccional entre investigación e innovación (Figura 10). La bioética reconoce que el ser humano es un fin en sí mismo, y no un medio para incrementar el saber o para alcanzar productos de mercado. Así, la bioética regula a los otros dos componentes de la IT y vela por el buen uso del conocimiento y de los productos esperados en todas las etapas de la investigación e innovación.

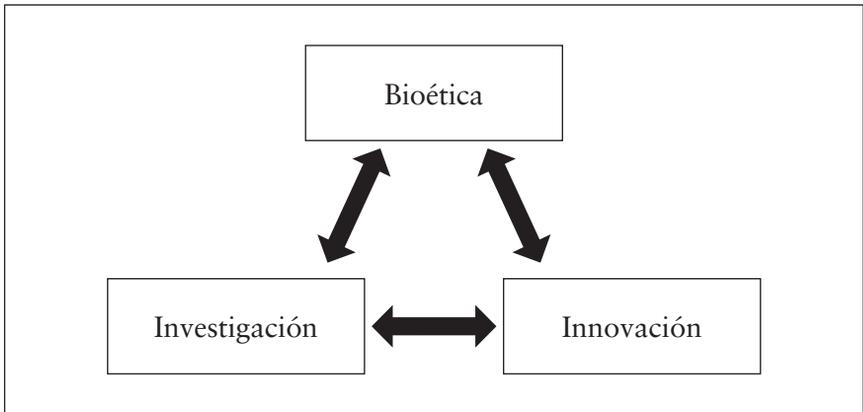


Figura 10: Pensamiento bidireccional adaptado: investigación, innovación y bioética.

En tercer y último lugar, existe un componente particular de la investigación en salud cuyo propósito es proyectarse a la salud poblacional o salud pública. En el modelo multidimensional es conceptualizado en T3, pero en nuestra opinión es un componente que merece atención en cualquier etapa de la IT. Cuando la investigación, en su búsqueda de la verdad acerca de fenómenos complejos, intenta resolver

problemas reales urgentes de salud de una sociedad, de manera natural tiende a direccionarse hacia problemas de salud que sean considerados urgentes, evitables, injustos, o que se concentran en grupos vulnerables. De esta manera, la IT en cualquier país del mundo tiene el potencial de orientarse hacia una relación ética entre la investigación y la innovación, mediante el foco en la solución de problemas prioritarios de una nación, región o del mundo. Así es presentado en la Figura 11, donde el componente de responsabilidad pública o social se incorpora como un cuarto elemento clave en el diseño de la IT, dado su fin último de mejorar la salud pública.

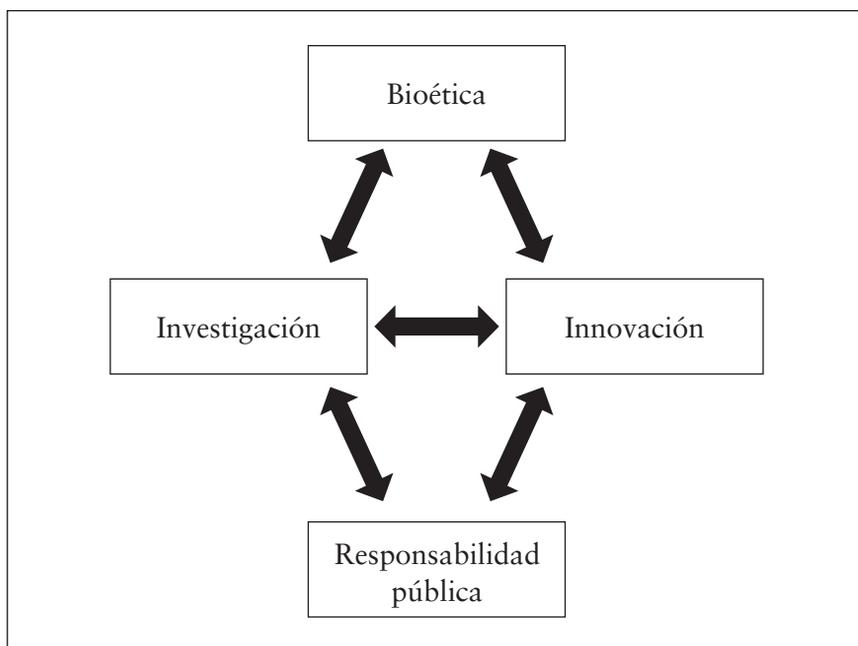


Figura 11: Pensamiento multidireccional: una propuesta adicional de los autores.

LA IT PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD

La IT es hoy una real oportunidad para innovar tanto en investigación en salud como en la toma de decisiones sanitarias. La IT pretende desarrollar acciones efectivas basadas en factores que determinan la salud y la enfermedad, para el cambio de conductas a nivel individual, familiar, comunitario y social. Es así como la mirada de

IT es esencial para la comprensión de la causalidad multifactorial de las enfermedades, que a su vez permite identificar estrategias amplias (no solo clínicas) para incrementar el bienestar de la población (Gray, 2010; Mirvis, 2009; Ogilvie, Mitchell, Mutrie, Petticrew & Platt, 2006; Pollack, Samuels, Frattaroli & Gielen, 2010).

La IT nos entrega variados elementos y exigencias que desafían la mirada tradicional biomédica de la investigación en salud. La necesidad de trabajar en equipos interdisciplinarios que den una visión compleja del fenómeno salud y que logre ir más allá del «sistema de atención en salud», incorporando estrategias metodológicas variadas, sin duda se convierte en un aporte que permitirá incluir nuevos elementos en la investigación más clásica en salud. Lo anterior exige un análisis acerca de los problemas concretos de las comunidades y de la multiplicidad de variables que pudieran estar influyendo en dichas problemáticas, incluyendo las realidades socioculturales de los grupos. En este contexto, la aproximación tradicional de la toma de decisiones en salud, que usualmente se basa en evidencia científica clasificada y jerarquizada según niveles convencionales de evidencia científica (Handoll *et al.*, 2013), requerirá ampliar su mirada a nuevos hallazgos provenientes de otras tradiciones metodológicas. Dichas tradiciones investigativas han sido desarrolladas fuera de la disciplina biomédica, por ejemplo, las provenientes del campo de las ciencias sociales, biológicas y medioambientales. Un claro ejemplo de lo anterior será aceptar que pese a la demostración científica de la eficacia de ciertas intervenciones en salud (Botha & Yach, 1987), cada vez más se requiere de estudios de aceptabilidad y factibilidad cultural de dichas intervenciones antes de ser aplicadas, para asegurar así su implementación, sustentabilidad e impacto (Cabieses, 2013a, 2013b; Lewin, Glenton & Oxman, 2009).

CONCLUSIONES: LOGROS Y DESAFÍOS PENDIENTES

Si bien se reconoce su relevancia y potencial impacto, el cual está avalado por el creciente interés internacional, la IT enfrenta hoy importantes desafíos (Chong & Subramaniam, 2010; Guindon *et al.*, 2010; Lavis *et al.*, 2010; Macintyre, 2003). El primero de ellos es la necesidad de avanzar en el consenso de su definición conceptual. En segundo lugar, dado el amplio alcance potencial de este modelo de investigación, existe cierto debate en torno a quiénes deben financiar

este tipo de investigación en un país y cuánto dinero se le debe entregar a cada una de sus fases. En tercer lugar, existe un amplio campo de estudio para la comprobación empírica de la IT (Cabieles y Espinoza, 2011). Es necesario comprender que la evidencia generada desde la investigación es solo un componente más de la toma de decisiones políticas, además de la voluntad política, limitaciones presupuestarias y estructura gubernamental, entre otros. Las comunidades políticas y de aquellos involucrados en investigación tienen una comprensión diferente sobre lo que significa «evidencia», y esto debe ser discutido y consensuado en conjunto para su inclusión futura en la toma de decisiones de políticas sanitarias en cualquier país y a nivel internacional (Cabieles y Espinoza, 2011).

En una realidad donde existen múltiples interpretaciones de IT se propone un modelo que combina el modelo cíclico de Proceso de Conocimiento para la Acción con el modelo multidimensional, integrando al conocimiento clínico y básico las variables sociales, culturales, históricas y políticas, entre otras. La propuesta, aunque osada, pretende sentar las bases para diseños de investigación en salud que tengan desde su origen una mirada multidimensional. En una situación de salud compleja como la actual debemos pensar no solo en la generación del conocimiento y su potencial aplicabilidad, sino también en las múltiples variables que pueden afectar su real impacto en la salud del individuo o población al cual van dirigidas. Creemos que una propuesta de este tipo lleva implícito el trabajo de investigación en equipos interdisciplinarios que no solo integren el paradigma cuantitativo y cualitativo en su repertorio, sino que permitan una visualización más holística de los problemas de salud que pretenden abordar. Esto conlleva nuevos desafíos para la investigación en salud ya que crear equipos de investigación verdaderamente interdisciplinarios que funcionen eficientemente, le añade mayor complejidad a un escenario actual ya de por sí intrincado y suficientemente complejo.

GLOSARIO DE CONCEPTOS

Traslación: proceso de convertir algo de una forma o medio a otra. El término tiene implícito la aplicabilidad.

Innovación: introducción intencional y aplicación dentro de un rol, grupo u organización de ideas, procesos, productos o procedimientos nuevos para aquella unidad que los adopta, diseñadas para beneficiar significativamente al individuo, grupo o la sociedad en pleno.

Interdisciplinario: involucra el combinar dos o más disciplinas académicas en una actividad.

Pensamiento bidireccional: se refiere a aquella forma de pensamiento que involucra dos perspectivas: la investigación y la innovación.

Complejidad en salud: un sistema complejo es un sistema construido a partir de múltiples unidades mutuamente interactuantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, N.; De Dreu, C. & Nijstad, B. A. (2004), «The routinization of innovation research: A constructively critical review of the state of the science». En *Journal of Organizational Behavior*, No. 25, 147-173.
- Azevedo, V. (2009), «Translational medicine: what's the importance to rheumatologic practice?» en *Rev. Bras. Reumatol*, Vol. 49, No. 1, 81-83.
- Benedyk, M; Berglund, L.; Facciotti, M.; Mobley, W. & Zucker, D. (2009), «Strategies for innovation and interdisciplinary translational research: research and career benefits and barriers». En *J. Investig. Med.*, Vol. 57, No. 2, 477-481. Disponible en 10.231/JIM.0b013e318198bcc2
- Blok, L.; Creswell, J.; Stevens, R.; Brouwer, M.; Ramis, O.; Weil, O. & Bakker, M. I. (2014), «A pragmatic approach to measuring, monitoring and evaluating interventions for improved tuberculosis case detection». En *Int Health*. Disponible en 10.1093/inthealth/ihu055
- Botha, J. L. & Yach, D. (1987), «Epidemiological research methods. Part III. Randomised controlled trials (for interventions)». En *S. Afr. Med. J.*, No. 71, vol. 10, 657-660.
- Braithwaite, J.; Westbrook, M. T.; Travaglia, J. F.; Ledema, R.; Mallock, N. A.; Long, D. & Pawsey, M. (2007), «Are health systems changing in support of patient safety? A multi-methods evaluation of education, attitudes and practice». En *Int. J. Health Care Qual Assur*, Vol. 20, No. 7, 585-601.
- Cabieses, Báltica (2013a), «Complexity theory, how has it been applied in health research?». En *Rev. Med. Chil.*, Vol. 141, No. 11, 1.491-1.492. Disponible en 10.4067/S0034-98872013001100020
- Cabieses, Báltica (2013b), «Learning to look under the water: the evaluation process in health research». En *Rev. Med. Chil.*, No. 141, Vol. 9, 1.220-1.221. Disponible en 10.4067/S0034-98872013000900019
- Cabieses, Báltica y Espinoza, Manuel (2011), «Translational research and its contribution to the decision making process in health policies». En *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública*, Vol. 28, No. 2, 288-297.
- Cabieses B.; Tunstall, H.; Pickett, K. E., & Gideon, J. (2012), «Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile». En *Int. J. Equity Health*, No. 11, 68. Disponible en 10.1186/1475-9276-11-68
- Cabieses, B.; Tunstall, H., & Pickett, KE. (2012), Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. *International Migration, in press*.
- Carroll, Linda & Rothe, Peter (2010), «Levels of reconstruction as complementarity in mixed methods research: a social theory-based conceptual framework for integrating qualitative and quantitative research». En

- Int. J. Environ Res. Public Health*, Vol. 7, No. 9, 3.478-3.488. Disponible en 10.3390/ijerph7093478
- Ministerio de Salud de Chile (2012), *Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Chong, Siow-Ann & Subramaniam, Manimegalai (2010), «The Cinderella of mental health translational research». En *Singapore Med J.*, Vol. 51, No. 9, 680-682.
- Feldman, Arthur (2009), «Translational research and the health insurance industry». En *Clin. Transl. Sci.*, Vol. 2, No. 3, 169. Disponible en 10.1111/j.1752-8062.2008.00112.x
- Fontanarosa, Phil & DeAngelis, Catherine (2002), «Basic science and translational research in JAMA». En *JAMA*, Vol. 287, No. 13, 1.728.
- Graham, I, Logan, J, Harrison, M.; Straus, S., Tetroe, J.; Caswell, W., & Robinson, N. (2006), «Lost in knowledge translation: Time for a map?». En *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 26, No. 1, 13-24. Disponible en 10.1002/chp.47
- Gray, Bradford (2010), «An integrated model to understand and analyze knowledge exchange processes in policy development». En *Milbank Q.*, Vol. 88, No. 4, 439-443. Disponible en 10.1111/j.1468-0009.2010.00607.x
- Guindon, G. E.; Lavis, J. N.; Becerra-Posada, F.; Malek-Afzali, H.; Shi, G., Yesudian, res; Practice Study, Team. (2010), «Bridging the gaps between research, policy and practice in low- and middle-income countries: a survey of health care providers». En *CMAJ*, Vol. 182, No. 9, E362-372. Disponible en 10.1503/cmaj.081165
- Handoll, H. H.; Stott, D. J.; Elstub, L. J.; Elliott, J. C.; Kavanagh, A. L., & Madhok, e (2013), «A framework for effective collaboration between specialist and broad-spectrum groups for delivering priority Cochrane reviews». En *J. Clin. Epidemiol.*, Vol. 66, No. 5, 490-495. Disponible en 10.1016/j.jclinepi.2012.01.016
- Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: N. A. Press.
- Kerner, Jon (2006), «Knowledge translation versus knowledge integration: a «funder's» perspective». En *J. Contin. Educ. Health. Prof.*, Vol. 26, No. 1, 72-80. Disponible en 10.1002/chp.53
- Kobayashi, Eiji & Montero, Edna (2005), «A new concept of translational research in surgery». En *Acta Cir. Bras.*, Vol. 20, No. 3, 194.
- Länsisalmi, H.; Kivimäki, M.; Aalto, P. & Ruoranen, R. (2006), «Innovation in healthcare. A systematic review of recent research». En *Nurs. Sci. Q.*, No. 19, 66. Disponible en 10.1177/0894318405284129

- Lavis, J. N.; Guindon, G. E.; Cameron, D.; Boupha, B.; Dejman, M.; Osei, ; Practice Study, Team. (2010), «Bridging the gaps between research, policy and practice in low- and middle-income countries: a survey of researchers». En *CMAJ*, Vol. 182, No. 9, E350-361. Disponible en 10.1503/cmaj.081164
- Lean, M. E.; Mann, J. I.; Hoek, J. A.; Elliot, R. M., & Schofield, (2008), «Translational Research». En *BMJ*, 337, a863. Disponible en 10.1136/bmj.a863
- Lewin, S.; Glenton, C., & Oxman, A. D. (2009), «Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study». En *BMJ*, 339, b3496. Disponible 10.1136/bmj.b3496
- Macintyre, Sally (2003), «Evidence based policy making». En *BMJ*, Vol. 326, No. 7.379, 5-6.
- McAneney, H.; McCann, J. F.; Prior, L.; Wilde, J., & Kee, F. (2010), «Translating evidence into practice: a shared priority in public health?». En *Soc. Sci. Med.*, Vol. 70. No. 10, 1.492-1.500. Disponible en 10.1016/j.socscimed.2010.01.038
- Mirvis, David (2009), «From research to public policy: an essential extension of the translation research agenda». En *Clin. Transl. Sci.*, Vol. 2, No. 5, 379-381. Disponible en 10.1111/j.1752-8062.2009.00144.x
- Mold, James W. & Peterson, Kevin A. (2005), «Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement». En *Ann. Fam. Med.*, Vol. 3, Suppl. 1, S12-20. Disponible en 10.1370/afm.303
- Nannini, Angela & Houde, Susan C. (2010), «Translating evidence from systematic reviews for policy makers». En *J. Gerontol. Nurs.*, Vol. 36, No. 6, 22-26. Disponible en 10.3928/00989134-20100504-02
- Narayan, K. M.; Gregg, E. W.; Engalgau, M. M.; Moore, B.; Thompson, T. J.; Williamson, D. F. & Vinicor, F. (2000), «Translation research for chronic disease: the case of diabetes». En *Diabetes Care*, Vol. 23, No. 12, 1.794-1.798.
- Naylor, M. D.; Feldman, P. H.; Keating, S.; Koren, M. J.; Kurtzman, E. T.; Maccoy, M. C. & Krakauer, e (2009), «Translating research into practice: transitional care for older adults». En *J. Eval. Clin. Pract.*, Vol. 15, No. 6, 1.164-1.170. Disponible en 10.1111/j.1365-2753.2009.01308.x
- Ogilvie, D.; Craig, P.; Griffin, S.; Macintyre, S. & Wareham, N. J. (2009), «A translational framework for public health research». En *BMC Public Health*, No. 9, 116. Disponible en 10.1186/1471-2458-9-116
- Ogilvie, D.; Mitchell, R.; Mutrie, N.; Petticrew, M. & Platt, (2006), «Evaluating health effects of transport interventions methodologic case study». En *Am. J. Prev. Med.*, Vol. 31. No. 2, 118-126. Disponible en 10.1016/j.amepre.2006.03.030

- Pearce, Neil & Merletti, Franco (2006), «Complexity, simplicity, and epidemiology». En *Int. J. Epidemiol.*, Vol. 35, No. 3, 515-519. Disponible en 10.1093/ije/dyi322
- Perzynski, Adam T. (2010), «Multidisciplinary approaches to biomedical research». En *JAMA*, Vol. 304, No. 20, 2.243-2.244; author reply 2.244. Disponible en 10.1001/jama.2010.1703
- Plsek, Paul E. & Greenhalgh, Trisha (2001), «Complexity science: The challenge of complexity in health care». En *BMJ*, Vol. 323, No. 7.313, 625-628.
- Plsek, Paul E. & Wilson, Tim (2001), «Complexity, leadership, and management in healthcare organisations». En *BMJ*, Vol. 323, No. 7.315, 746-749.
- Pollack, K. M.; Samuels, A.; Frattaroli, S. & Gielen, A. C. (2010), «The translation imperative: moving research into policy». En *Inj. Prev.*, Vol. 16, No. 2, 141-142. Disponible en 10.1136/ip.2010.026740
- Post, Robert M. & Young, Trevor (2009), «Translational research in psychiatry: new developments in Brazil». En *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Vol. 31, No. 3, 200-201.
- Rosenkotter, N.; Vondeling, H.; Blancquaert, I.; Mekel, O. C.; Kristensen, F. B. & Brand, A. (2011), «The contribution of health technology assessment, health needs assessment, and health impact assessment to the assessment and translation of technologies in the field of public health genomics». En *Public Health Genomics*, Vol. 14, No. 1, 43-52. Disponible en 10.1159/000318317
- Stanton, N. A.; Salmon, P.; Harris, D.; Marshall, A.; Demagalski, J.; Young, M. S. & Dekker, S. (2009), «Predicting pilot error: testing a new methodology and a multi-methods and analysts approach». En *Appl. Ergon.*, Vol. 40, No. 3, 464-471. Disponible en 10.1016/j.apergo.2008.10.005
- Ward, V.; House, A. & Hamer, S. (2009), «Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature». En *J. Health Serv. Res. Policy*, Vol. 14, No. 3, 156-164. Disponible en 10.1258/jhsrp.2009.008120
- Westfall, John; Stevenson, Julie & North American Primary Care Research, Group. (2007), «A guided tour of community-based participatory research: an annotated bibliography». En *Ann. Fam. Med.*, Vol. 5, No. 2, 185-186. Disponible en 10.1370/afm.690
- Woolf, Steven H. (2007), «Potential health and economic consequences of misplaced priorities». En *JAMA*, Vol. 297, No. 5, 523-526. Disponible en 10.1001/jama.297.5.523
- Woolf, Steven H. (2008), «The meaning of translational research and why it matters». En *JAMA*, Vol. 299, No. 2, 211-213. Disponible en 10.1001/jama.2007.26
- Woolf, Steven H. & Johnson, Robert E. (2005), «The break-even point: when medical advances are less important than improving the fidelity with

which they are delivered». En *Ann. Fam. Med.*, Vol. 3, No. 6, 545-552.
Disponible en 10.1370/afm.406

Yarden, Yosef (2011), «The biological framework: translational research from bench to clinic». En *Oncologist*, Vol. 16, Suppl. 1, 23-29. Disponible en 10.1634/theoncologist.2011-S1-23

Zerhouni, Elias A. & Alving, Barbara (2006), «Clinical and translational science awards: a framework for a national research agenda». En *Transl. Res.*, Vol. 148, No. 1, 4-5. Disponible en 10.1016/j.lab.2006.05.001

COMUNICACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO COMUNITARIO EN SALUD

Hernán Díaz
Washington Uranga

RESUMEN*

Los cambios en la definición de la salud que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XX abrieron la puerta a la incorporación de la comunicación como una perspectiva de análisis y abordaje de los procesos de salud. La comunicación debe comprenderse como una característica esencialmente humana y como el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural. El comunicador es entendido como articulador de saberes y prácticas. La comunicación para la salud se presenta como una perspectiva integradora, y en la práctica puede convertirse en una potente herramienta para facilitar y articular procesos de cambio comunitario. La problemática de la salud tiene dimensiones individuales pero sobre todo colectivas, de relaciones entre actores sociales, por lo que la propuesta es salud en todas las políticas y comunicación en todas las políticas de salud.

Palabras clave: comunicación, salud, comunidad, participación, democracia.

* Este trabajo es una versión actualizada del artículo «Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria», publicado en 2011 por los mismos autores en *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 1, No. 1, 113-124.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la comunicación como campo de análisis e intervención en las estrategias y programas de salud pública se vincula directamente con los cambios en la definición de salud producidos a mediados del siglo XX. De los primeros planteamientos, que desde un modelo biomédico de recuperación del enfermo definieron a la salud simplemente como la «ausencia de enfermedad», se evolucionó hacia la definición actual que la concibe como «el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1946: 1). Esta definición, fundamentada en una perspectiva bio-psico-social, trajo consigo una profunda transformación en las perspectivas y en las formas de abordar la salud pública, impulsada por las políticas de educación para la salud y promoción de la salud que tomaron fuerza en el último cuarto del siglo XX.

En ese sentido, dos hitos en ese cambio de paradigma en el abordaje de la salud fueron el Informe Lalonde, de 1974, y la 1ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, celebrada en 1986 en la ciudad de Ottawa (Canadá). El primero porque puso en valor a los estilos de vida y el medio ambiente como factores determinantes de la salud, junto con los ya reconocidos aportes de la genética y el sistema sanitario (Lalonde, 1974). El segundo, porque la Carta de Ottawa definió la promoción de la salud como el proceso de «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma» (OMS, 1986:1), poniendo el énfasis en la necesidad de dar capacidades a personas y comunidades para desarrollar conocimientos y habilidades que les permitan tomar decisiones autónomas y saludables.

Entre las cinco estrategias señaladas en la Carta de Ottawa, dos tienen especial importancia en el cambio de la perspectiva de la salud pública: la creación de una política pública saludable, desde una implicación transversal de los diferentes niveles y áreas del Estado que promoviera, además, el desarrollo de la colaboración intersectorial; y el fortalecimiento de la acción comunitaria, facilitando la participación activa de los diferentes actores en la promoción de la salud.

Este marco, consolidado en los últimos años a través de los enfoques de los Determinantes Sociales de la Salud desde la perspectiva de la equidad y la lucha contra la desigualdad (OMS, 2009) y de Salud en todas las Políticas (OMS, 2013), contribuyeron a la integración de

la comunicación como una perspectiva necesaria en el abordaje de los procesos de salud.

La salud es un fenómeno social presente en la vida cotidiana de los sujetos o, visto desde otra perspectiva, es una práctica social atravesada por procesos comunicacionales. Por ese motivo, al abordar los procesos de salud en el marco de proyectos comunitarios es necesario tomar en cuenta que toda acción en ese campo se ejerce sobre sujetos y grupos sociales que, además de dar significado a sus propios problemas y situaciones, aportan significados subjetivos y sociales. La cuestión de la salud es, desde este punto de vista, ante todo una cuestión subjetiva y comunitaria, que requiere de un abordaje transversal y complejo que, como veremos, nunca puede reducirse a mensajes mediáticos.

En este artículo analizaremos las aportaciones de la perspectiva comunicacional al fortalecimiento comunitario en salud, en términos de elemento facilitador de procesos de participación, de desarrollo de estructuras de representación que canalicen más adecuadamente las necesidades y demandas de la comunidad, y de construcción de ciudadanía y sentidos colectivos.

ACERCA DE LA PERSPECTIVA COMUNICACIONAL

En un mundo mediatizado como el que vivimos, existe una cierta tendencia a pensar la comunicación en clave tecnológica, poniendo la mirada en los múltiples medios masivos que forman parte de nuestras vidas y a los que estamos expuestos en nuestro día a día. Existe también una mistificación de la tecnología, en particular de la tecnología de las comunicaciones, que tiende a ubicarse por encima de las capacidades humanas y conduce a inevitables y peligrosas distorsiones. Cabe aquí recordar que, antes que nada, la comunicación es una característica humana, por lo que debe ser considerada dentro de las habilidades para la vida (OMS, 1998).

El debate acerca de la forma de comprender la comunicación parece interminable, aun entre investigadores y profesionales del campo específico. Pero lo más trascendente es que las disímiles miradas dan lugar a modos de ser y actuar, a prácticas de intervención diferentes. Héctor Schmucler anticipó sabiamente dos perspectivas o «maneras de concebir la comunicación» que, si bien no son antagónicas, sí distintas y en alguna medida complementarias respecto de la comunicación:

la primera, «la comunicación en un sentido técnico-instrumental, es decir, las distintas maneras de transmitir algo separable, en unidades de información». La segunda, «la comunicación en sentido ontológico-moral (o antropológico, constituyente de lo humano): es decir, como manera de ser de los hombres en el mundo» (Schmucler, 2014: 113).

En línea con las teorías hegemónicas de mediados del siglo pasado, las primeras aportaciones de la comunicación a los procesos de salud se hicieron desde concepciones con un claro sentido técnico-instrumental, de acuerdo con lo que señala Schmucler. Se la consideraba como una herramienta eficaz para orientar y controlar las conductas individuales y colectivas; una idea claramente vinculada con las primeras teorías de la comunicación, basada en perspectivas sistémicas y funcionalistas, que la concibieron como mera *transmisión de información* con fines persuasivos.

Esto se concretó en prácticas en las que los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o publicistas) fuimos llamados a aplicar nuestras técnicas una vez que los expertos en epidemiología y salud pública ya habían definido hacia dónde querían torcer la realidad; prácticas que tenían el simple objetivo de difundir las actividades de determinado programa de salud entre la población a través de los medios masivos de comunicación durante su implementación. Esta perspectiva, todavía vigente en las prácticas de muchos actores, se sustenta en la ilusión de que el emisor es capaz de controlar casi hipnóticamente las conductas de los receptores, lo que impide sacar provecho de las potencialidades que la comunicación ofrece como herramienta para facilitar e impulsar el cambio, de forma gradual e integrada, en proyectos más amplios que tomen en cuenta la complejidad social. Adicionalmente esta concepción de la comunicación ubicó siempre a los profesionales del campo al final de una cadena o línea de montaje, entendiendo que el aporte de los comunicadores consistía en «vulgarizar» o «traducir» conocimientos para hacerlos accesibles al público o a los pacientes.

Los resultados de aquellas prácticas y los estudios posteriores demuestran que esa perspectiva de la comunicación impide el desarrollo adecuado de procesos de salud pública que tengan como objetivos la educación para la salud y su promoción. En primer lugar porque la comunicación no puede ser reducida a una cuestión de medios de comunicación, ni sus fines pueden ser únicamente la manipulación y la persuasión. En segundo lugar porque está más que demostrado que cambiar conductas, promoviendo decisiones autónomas y saludables

a nivel individual y colectivo, es un proceso extremadamente complejo en el que influyen múltiples actores y circunstancias de la vida de una comunidad; la familia, la escuela y el círculo cercano son factores tan o más importantes que los propios medios.

Por ello, a lo largo de este artículo intentaremos abordar otra perspectiva de comunicación, una mirada relacional que la concibe como el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural. O como lo señala Sandra Massoni, «el momento relacionante de la diversidad sociocultural», es decir, «un espacio de transformación en el cual se pone en juego en forma abierta y permanente el sentido y la acción» (Massoni, 2011: 33).

Esta mirada relacional concibe al comunicador como un articulador de saberes y prácticas presentes y actuantes en los sujetos, que intenta ofrecer elementos para abordar los proyectos comunitarios de salud desde una perspectiva compleja de la realidad. Una perspectiva que contemple a las diferentes instancias de mediación de una comunidad, desde los medios de comunicación hasta los espacios y ámbitos de interrelación social; que incluya a los actores que tradicionalmente han sido hegemónicos en los procesos de salud, en general integrantes del ámbito sanitario, pero también a otros sujetos y líderes comunitarios con capacidad para influir en decisiones que afecten a la salud de la población, y que, por eso mismo, se convierta en una perspectiva integral e integradora, que ayude a consolidar y construir nuevas relaciones entre actores, promoviendo procesos democráticos y participativos.

En esta perspectiva, las iniciativas de comunicación apuntan prioritariamente a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse, los vínculos y mediaciones existentes en cada comunidad, las matrices culturales que constituyen a los sujetos y aportan a la conformación de su identidad y, también, la definición de qué información demanda la comunidad y cómo elaborarla para su comprensión y apropiación. Se trata, por tanto, de abordar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, para desentrañar los motivos y las razones de las conductas relacionadas con la salud y, en consecuencia, interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que refieran a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en espacios y ámbitos colectivos.

¿Hacia dónde encaminar entonces las iniciativas de comunicación para la salud? Indudablemente hacia estrategias que tengan como prioridad al sujeto en el marco de su comunidad. Esto supone también

estrategias de comunicación que, antes que buscar el eventual cambio de conducta a través de técnicas basadas en el impacto publicitario, consoliden las posibilidades de que los sujetos lideren sus propios procesos. Entendiendo las estrategias como «una forma de hacer o de generar criterios para el hacer» (Uranga, 2011: 1), las estrategias de comunicación se constituyen como un componente transversal que apunta a reforzar la autonomía y la capacidad de decisión de las personas antes que en un recurso para aumentar la eficacia de los mensajes.

En definitiva, este cambio en la perspectiva comunicacional se centra no en la capacidad de controlar las conductas de los individuos desde una instancia superior (llámese Estado o cualquier otra entidad promotora de una acción de salud), sino en la producción de condiciones y desarrollo de capacidades para que sean los propios individuos quienes adquieran conocimientos y habilidades para adoptar decisiones más saludables. En resumen, pasamos de una idea de *control* a la de *autocontrol*, de la *dependencia* a la *autonomía*.

FORTALECER LA COMUNIDAD PARA MEJORAR SU SALUD

Antes de adentrarnos en el análisis de las aportaciones de la perspectiva comunicacional a los procesos comunitarios de salud, resulta pertinente definir el campo de la comunicación para la salud. Posiblemente la mejor definición es la elaborada hace ya una década por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos: «el uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud» (2004: 2-3). Consideramos que es una definición adecuada porque reconoce la posibilidad de desarrollar diferentes estrategias (diferentes formas de hacer), pero también porque integra de forma sinérgica el «informar» con el «influir» al que refieren las dos perspectivas comunicacionales analizadas previamente.

Así, la comunicación para la salud se presenta como una potente herramienta para facilitar y articular procesos de cambio comunitario, que puede ayudarnos a conseguir una amplia variedad de objetivos: incrementar el conocimiento de la población sobre un tema relacionado con la salud; desarrollar en los individuos capacidades de prevención y autocuidado en temas relacionados con la salud; influir sobre percepciones, creencias y actitudes, para reforzar o cambiar normas sociales;

apoyar el aprendizaje de habilidades de salud; mostrar los beneficios del cambio de conducta; motivar para la acción; incrementar la demanda y los recursos de los servicios de salud; refutar mitos e ideas equivocadas; abogar por una posición en un tema o política pública de salud; y fortalecer las relaciones entre organizaciones.

Como puede apreciarse, la gran mayoría de los objetivos de la comunicación para la salud refieren a los cambios a nivel individual y grupal respecto a determinadas conductas que favorecen o perjudican la salud. Sin embargo, los últimos dos elementos (abogar por una posición en un tema o política pública de salud y fortalecer las relaciones entre organizaciones) nos hablan precisamente de la potencialidad de la comunicación para construir de forma colectiva y participada nuevos escenarios y realidades. «Uno de los desafíos de la comunicación en un mundo fluido es (...) identificar aquella parte de la solución que cada actor puede y quiere abordar porque de alguna manera responde a sus intereses y necesidades en torno a la problemática» (Massoni, 2011: 43). De eso se trata. De reconocer el aporte que cada sujeto puede hacer a una problemática como la de salud que, si bien afecta a las personas individualmente, es sin duda y ante todo una realidad de dimensiones colectivas.

Como ya hemos señalado, las cinco estrategias planteadas en la Carta de Ottawa para instalar de forma efectiva las políticas de promoción de la salud implicaban, directa o indirectamente, la necesidad de integrar la perspectiva comunicacional en los procesos de salud. Nos centraremos ahora en el análisis concreto de las aportaciones de la comunicación a una de esas cinco estrategias, el fortalecimiento de la acción comunitaria, porque, a nuestro criterio, tiene una trascendencia superior a la hora del cambio de modelo de salud y la aplicación efectiva de las políticas de promoción de la salud.

Lo haremos a través del análisis de tres variables relacionadas con los procesos que la comunicación puede ayudar a promover y articular: la promoción de la participación comunitaria y sus implicancias en las relaciones de poder; la construcción de una perspectiva transdisciplinar que incorpore también los saberes vulgares; y la importancia de valorar estos procesos de cambio comunitario en salud, tanto por las dificultades que pueden conllevar como por sus beneficios.

Participación y poder

Si la voluntad es fomentar la autonomía y mejorar la capacidad de tomar decisiones sobre salud en individuos y grupos, la participación comunitaria adquiere un valor notable. Se trata sobre todo de que los diferentes individuos y grupos que forman una comunidad puedan tomar la palabra para plantear sus necesidades y problemas, y al mismo tiempo articularse para intervenir activamente en la búsqueda de soluciones. Esto supone un cambio en los roles asignados a los diferentes actores en materia de salud, en particular en lo referido a las relaciones de poder. Como señaló la Organización Panamericana de la Salud:

La participación social tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura y, por ello, con las relaciones de poder. Por esto, estudiar y promover la participación social parte de asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hacen de manera suficiente. Esto justifica impulsar procesos de participación social en la lógica del desarrollo de la salud comprendida en relación con una visión de bienestar definido por la propia sociedad» (OPS, 1992: 5).

La incorporación de «nuevos» actores en los procesos de salud para que desempeñen un papel activo, con capacidad para liderar y decidir el rumbo a adoptar, es, primero que todo, un derecho de ciudadanía y un imperativo democrático. Pero, además, es una vía para aumentar la eficacia y la eficiencia de las iniciativas sobre salud, porque esos actores (líderes comunitarios, referentes, colectivos ciudadanos, plataformas de organizaciones civiles) son los interlocutores legítimos de la comunidad, conocen mejor a los destinatarios de la acción, saben cómo relacionarse con ellos y cómo lograr su participación activa en las propuestas de cambio.

La perspectiva transdisciplinar

Esta voluntad de fortalecer la participación de la comunidad conlleva también «un redimensionamiento de la relación entre saberes científicos y saberes populares» (Díaz, 2000: 70). Tradicionalmente, los proyectos comunitarios de salud se desarrollaban con la participación casi exclusiva de profesionales de distintas disciplinas científicas, en la mayoría de los casos de las ciencias de la salud, invalidando o menospreciando buena parte de los saberes *vulgares* o *populares*, saberes que los actores sociales utilizan como parte del sentido común en su vida cotidiana. Este es un aspecto que, en términos de comunicación y construcción de nuevas relaciones entre actores, cobra vital

importancia. Estamos entonces ante «la necesidad de construir perspectivas transdisciplinarias, visiones que trasciendan el ámbito mismo de las disciplinas científicas para incorporar a la comunidad desde el origen de los procesos de cambio. Una perspectiva en la que los actores sociales participen activamente en el reconocimiento de su historia y su presente para proyectar su futuro» (Díaz, 2000: 80).

En definitiva, se trata de avanzar hacia la construcción de una perspectiva compleja de la realidad social, en la que lo comunicacional sea una mirada que se articule con otras disciplinas y con los saberes llamados vulgares y en la que actores sociales tradicionalmente marginados o concebidos solo como parte del objeto de estudio sean artífices del cambio comunitario.

La comunicación para la salud, incluso más allá de las diferentes estrategias que se pongan en juego, tiene que basarse en el reconocimiento de la trama cultural y de la importancia de todos los actores, con saberes diferenciados pero imprescindibles, útiles y valiosos para mejorar las condiciones de vida de la población. La promoción de conductas saludables no es el resultado de campañas o de acosos publicitarios, sino la consecuencia lógica de la apropiación de otro sentido respecto a la calidad de vida y la salud por parte de la ciudadanía.

El proceso de aprendizaje es un resultado en sí mismo

Es evidente que, desde la perspectiva propuesta, la comunicación para la salud puede facilitar e impulsar determinados procesos de cambio, pero tiene también sus dificultades que deben considerarse desde el principio.

En primer lugar, generar proyectos y acciones de promoción de la salud con voluntad de participación comunitaria implica tener en cuenta la complejidad que ello conlleva. Es esperable que aquellos actores que tradicionalmente han acarreado la voz de mando en esos proyectos, generalmente del ámbito sanitario, muestren su oposición y pongan obstáculos ante la pérdida del control (y de la cuota de poder) que implica tener en cuenta las problemáticas, necesidades y formas de gestión planteadas por otros actores representativos de la comunidad. Poner en marcha estos procesos participativos supone dar un lugar preeminente a la comunicación, primero que todo en clave interna, para el reconocimiento mutuo de los actores que participan, la construcción de una nueva identidad colectiva y la búsqueda de consensos sobre los objetivos a seguir y la forma de llegar a ellos.

En segundo lugar, estos procesos participativos pueden enriquecer en gran medida los proyectos comunitarios de salud y aumentar su viabilidad y eficacia, pero también pueden demandar tiempos más largos en su diseño e implementación. Es bastante habitual que los diferentes actores propongan distintas visiones de la realidad y planteen estrategias disímiles para generar el cambio. Además, todo proceso de negociación y búsqueda de consensos requiere de tiempo. Antes que alarmarse por las demoras que se puedan producir en la gestión, hay que considerar que ese proceso es también parte del aprendizaje que los actores participantes obtienen en término de ejercicio de derechos de ciudadanía, que se añaden a los beneficios que obtendrán con los cambios saludables que se pretenden promover.

En este último sentido, puede considerarse que los procesos de participación comunitaria en materia de salud generan, indirectamente, estructuras y mecanismos de representación que fortalecen la red comunitaria y la preparan para actuar de forma colectiva ante cualquier suceso que lo requiera. Por ello, puede considerarse que más allá de los resultados que se obtengan en relación con algún aspecto de la salud de esa comunidad, el simple hecho de mejorar sus capacidades organizativas y de construcción colectiva es un resultado en sí mismo.

SALUD DESDE TODAS LAS POLÍTICAS, COMUNICACIÓN EN TODAS LAS POLÍTICAS DE SALUD

Si el fortalecimiento comunitario es una prioridad máxima en las políticas y estrategias de salud pública, otro elemento que cobra cada vez más importancia es el referido al rol que deben desempeñar las instituciones públicas. Esto no solo se refiere a su rol como promotor de políticas públicas y regulador de los intereses de los diferentes actores, sino también a su capacidad para adaptar la gestión de la cosa pública a esa perspectiva transversal e intersectorial que desde los organismos internacionales de salud se viene pregonando en las últimas décadas.

Las políticas públicas expresan, en el Estado moderno, la síntesis y la práctica de la garantía de derechos integrales para los ciudadanos. En las políticas públicas se traduce la decisión y la capacidad social de garantizar la calidad de vida de los miembros de la comunidad. Atravesamos un momento histórico en el cual existe una «desmonopolización» del manejo de lo público por parte del Estado, en el entendido de que lo público es un ámbito de incumbencia ciudadana en el cual, sin desconocer

el compromiso primero del Estado, tienen incumbencia y responsabilidad todos los actores en la medida de sus capacidades y posibilidades.

Las políticas públicas pueden entenderse como el conjunto de decisiones cuyo objetivo es la distribución de determinados bienes y recursos. Pero también se puede asegurar que «las políticas públicas son el espacio natural de reconfiguración e implementación de los derechos sociales de los ciudadanos» (Uranga, 2012: 153). Los propios abordajes de los organismos internacionales señalan la necesidad de trabajar en la búsqueda de la equidad en materia de salud interviniendo sobre sus determinantes sociales o, dicho de otra manera, «las causas de las causas» (OMS, 2009), en una perspectiva transversal en la que una política pública de salud no puede estar desligada de cuestiones tan diversas como la educación, la renta, lo social, lo ambiental, lo cultural o, incluso, el entretenimiento y el ocio.

Precisamente en ese sentido, la OMS viene promoviendo el enfoque de Salud en Todas las Políticas, que pretende que todos los sectores analicen y valoren de forma sistemática las implicancias que sus decisiones tienen en la salud pública. En ese marco, la 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, desarrollada en Helsinki (Finlandia) en junio de 2013, incluyó en su declaración final dos llamamientos de máxima trascendencia para los gobiernos: el primero, que aseguren la disponibilidad de «estructuras, procesos y recursos eficaces que faciliten la implementación del enfoque de Salud en Todas las Políticas en todos los gobiernos y a todos los niveles»; el segundo, «incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y monitorización de la Salud en Todas las Políticas» (OMS, 2013: 3).

La comunicación se constituye en componente esencial y transversal de toda política pública, partiendo de la base de que el derecho a la comunicación, entendido como derecho humano fundamental, es un derecho habilitante de todos los derechos. Sin comunicación, entendida en su doble faceta de información y construcción de relaciones, no es posible acceder a la integralidad de derechos.

Uno de los principales desafíos a los que se enfrentan las políticas públicas de salud es la construcción de una perspectiva transversal, intersectorial, que haga realidad ese anhelo de Salud desde Todas las Políticas. Pero esto difícilmente podrá conseguirse si no se asume la aportación de la comunicación como perspectiva integradora que facilita la articulación entre organismos, estamentos y actores

que históricamente no han participado en las políticas de salud, promoviendo el diálogo y la construcción de miradas comunes que permitan intervenir de forma sinérgica para transformar la realidad.

Como ya hemos señalado en otros escritos, sería deseable trabajar para que la comunicación «se incorpore como una dimensión más en el proceso de gestión de las políticas de salud pública, de forma integral (a lo largo de todo el proceso) y transversal (en todas las relaciones entre estamentos y actores)»; es decir, que «la comunicación, como perspectiva facilitadora y articuladora de los procesos de cambio social, esté presente en todas las políticas de salud» (Díaz, 2013: 46).

LA SALUD EN EL MARCO CULTURAL

A lo largo del artículo hemos puesto especial énfasis en las aportaciones que, en nuestra visión, la comunicación puede ofrecer a los procesos de salud, en particular en lo referido al fortalecimiento comunitario y al desarrollo de una perspectiva transversal e intersectorial.

En América Latina se han ensayado, de manera consecutiva y simultánea y con éxito variado, diferentes estrategias de comunicación para la salud. Las prácticas de mercadeo aplicadas a las actividades sociales (*marketing* social), la educación por medio del entretenimiento (edumentretenimiento), el posicionamiento de temas en la agenda pública (abogacía de medios), alternativas de educación para la lectura crítica de los medios, los procesos de comunicación para la movilización social y las iniciativas de periodismo social o periodismo cívico, son algunas de las estrategias implementadas en las últimas décadas. Todas estas iniciativas han sido ensayadas, experimentadas y (no siempre) evaluadas. Pero la conclusión central del análisis de todos estos procesos sigue siendo que la mirada tiene que ser puesta centralmente en los sujetos, hombres y mujeres, atravesados por las tensiones y las marcas de su propia historicidad, insertos en matrices culturales que los configuran y constituyen como actores en el escenario social.

Insistimos, por tanto, en la necesidad de incorporar a la comunicación como una dimensión más de los procesos de salud, desde una concepción que articule la importancia del acceso a la información con el desarrollo de políticas de fortalecimiento comunitario que permitan mejorar la salud de la población a través de procesos democráticos y participativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz, Hernán (2000), «Procesos de comunicación para la salud: criterios y acciones para la prevención del infarto en un proyecto de cambio comunitario en Argentina». Tesina de investigación del Magíster en Técnicas de Comunicación en Servicios Sociales. España: Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid.
- (2013), «La comunicación en todas las políticas de salud». En *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 2, No. 2, 45-46.
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI) (2004), *Making health communication programs work*. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en <http://www.cancer.gov/pinkbook>
- Lalonde, Marc (1974), *A new perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Health Care and Welfare of Canada.
- Massoni, Sandra (2011), *Comunicación estratégica. Comunicación para la innovación*. Rosario: HomoSapiens Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- (1986), *Carta de Ottawa. Primera Conferencia Mundial de Promoción para la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf
- (1998), *Promoción para la Salud. Glosario*. Disponible en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- (2009), *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?codrecurso=73>
- (2013), *Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Traducción realizada por el Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1992), *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud*. Documento de trabajo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Schmucler, Héctor (2014), *Memoria de la comunicación*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Uranga, Washington (2007), *Mirar desde la comunicación*. Disponible en www.wuranga.com.ar
- (2011), *Para pensar las estrategias en la planificación de la comunicación*. Disponible en www.wuranga.com.ar

——— (2012), «Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas». En *Perspectivas y experiencias de comunicación política*, editado por Equipo del Centro de Comunicación y Educación La Crujía. Buenos Aires: CCE La Crujía.

SALUD PÚBLICA, SALUD COLECTIVA, OBJETO, PRÁCTICA Y FORMACIÓN

Edgar C. Jarillo Soto
Oliva López Arellano

RESUMEN

Se presenta una reflexión sobre la salud-enfermedad en su conceptualización, con posturas inclusivas de la perspectiva de la ciencia social. Se identifican problemas ontológicos, epistemológicos y teóricos para superar el abordaje medicalizado dominante en la salud pública e incorporar la perspectiva de la medicina social y salud colectiva. Se desataca la necesidad de reconocer los diversos dominios y niveles de la salud-enfermedad como hecho, como fenómeno y como proceso, y se señalan las implicaciones para la práctica social y la formación técnica, profesional y de posgrado del personal de salud.

Palabras clave: enfermedad, medicina social-salud colectiva, salud pública.

INTRODUCCIÓN

El análisis del campo referido al proceso salud-enfermedad, las causas, los procesos y las formas como se distribuye y se presenta en las poblaciones, así como al conjunto de acciones realizadas por las personas, los grupos, las instituciones y los países para enfrentar el proceso salud enfermedad, ha estado dominado por la medicina y la salud pública. A partir de la década de los años setenta del siglo pasado, en América Latina emerge la medicina social-salud colectiva (ms-sc), como un posicionamiento diferente que cuestiona la mirada biomédica y aporta nuevas perspectivas para comprender al proceso salud-enfermedad y la forma de responder ante él.

Entender la transformación de este campo requiere considerar aspectos del pasado y del presente de la configuración de la salud pública, a partir de su diferenciación como campo de conocimiento y práctica social en evolución desde la detección de agentes biológicos, factores de riesgo inmediatos y exposiciones múltiples en la producción de enfermedades, hasta la explicación de los determinantes sociales producto de las formas de organización de las sociedades contemporáneas.

Para la salud pública, la enfermedad ha sido el referente esencial desde las fases fundacionales y su desarrollo posterior, por lo cual Granda (2003) la reconoce como «enfermología pública»; así, los aportes de la salud pública no han tenido centralidad en la salud, sino que su eje explicativo dominante continúa focalizado en la enfermedad. Transitar a una explicación científica de la salud como objeto de conocimiento sigue siendo una tarea insuficientemente desarrollada.

Sin embargo, en este campo, en tanto objeto de estudio, la mayoría de los actores aceptan la confluencia de las dimensiones de la existencia humana marcada por sus rasgos orgánicos de orden biológico, incluso desde el nivel genómico, hasta las dimensiones sociales más generales que se expresan en distintas magnitudes y niveles de daños a la salud entre los individuos de un país, región o comunidad. Este reconocimiento constituye una base significativa que no por asumida es una tarea resuelta. Más bien ocurre lo contrario: estamos frente a un campo de conocimiento donde se debate sobre la naturaleza y formas de presentación de la salud y de la enfermedad en nuestras sociedades. En tanto objeto de estudio, remite a sus características materiales y simbólicas, y a sus dimensiones individuales y colectivas,

aun cuando las relaciones e interacciones entre ambas dimensiones estén insuficientemente exploradas.

Por otro lado, la salud pública también implica una práctica que se configura históricamente a través de la intervención del Estado, con insoslayables especificidades en función de las prácticas sociales orientadas, definidas, instrumentadas por acción u omisión, desde el poder público, modelando prácticas hegemónicas en salud. Este campo, en tanto práctica, es cuestionado, y está lejos de encontrar el modelo de promoción y atención a la salud y formación de profesionales sanitarios que satisfaga las múltiples agendas y necesidades expresadas por diversos actores sociales.

Evidencia de lo anterior es la constante búsqueda de respuestas explicativas de la forma como participan los profesionales de la salud en las acciones sanitarias. Un aspecto relevante ha sido la formación de la fuerza de trabajo que actúa en el campo de la salud pública, la salud colectiva y la medicina social en consonancia con las necesidades de salud en espacios-población delimitados, las intervenciones técnicas individuales y los programas masivos y territorializados, así como la participación en situaciones de emergencia donde se agudizan los problemas y se hace evidente la complejidad de instrumentar acciones colectivas.

La aproximación a la salud en tanto objeto reconstruido tiene tres componentes, los cuales permiten situarla para su análisis y también establecer sus dimensiones y límites. Para ello se recupera el ordenamiento propuesto por Almeida y Silva (1999):

- a. La salud en tanto estado vital, sector de producción y campo de saber, está articulada a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económicas y político-ideológicas, poseyendo, por lo tanto, una historicidad.
- b. Las acciones de salud (promoción, protección, recuperación, rehabilitación) constituyen una práctica social y traen consigo las influencias de las relaciones establecidas entre los grupos sociales.
- c. El objeto de la salud colectiva se construye en los límites de lo biológico y de lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud, así como el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre ellos. En ese

sentido, el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones.

Desde ese posicionamiento puede situarse al objeto salud en una perspectiva de análisis que si bien se comparte con la propia salud pública contemporánea en algunos aspectos, es necesario superar sus límites, para poder no solo dar cuenta u obtener evidencias empíricas de su situación en la realidad, sino tratar de comprender sus regularidades y convertirlas en acciones de intervención para transformarla en una dirección de beneficio técnico, político y humano para la sociedad toda. Aquí se presentan tres apartados donde se exponen planteamientos que recuperan esas dimensiones del objeto salud en tanto campo de conocimiento, espacio de prácticas y espacio de formación.

EL PUNTO DE PARTIDA

El contexto general que enmarca el pensar y el hacer de la salud colectiva se caracteriza por la desigualdad social y económica, la polarización sociosanitaria y la pobreza generalizada. A manera de ejemplo, la situación que presenta México permite valorar la realidad empírica y simultáneamente expresa los desafíos para repensar y cuestionar el alcance del pensamiento dominante en salud, para comprender y transformar esta realidad (ver Tabla 1).

TABLA 1. INDICADORES DE MORTALIDAD. MÉXICO, 1930-2010

Indicador	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Esperanza de vida al nacer (años)	36.5	38.7	49.6	57.9	61.7	67	71.4	75.3	78.1
Mortalidad en la infancia (0-4 años)*	180	172	167	109	98	54	36	28	19
Mortalidad en hombres adultos (15-59 años)*	n.d.	n.d.	380	292	257	246	186	158	122
Mortalidad en mujeres adultas (15-59 años)*	n.d.	n.d.	319	235	193	145	107	91	66
Mortalidad por todas las causas*	26.7	22.8	16	11.5	10	6.7	5	4.5	4.2
Mortalidad por enfermedades transmisibles, de la nutrición y la reproducción**	67.3	63.9	49.8	46.3	57.3	34.4	26.2	14	12.5
Mortalidad por enfermedades no transmisibles**	28.9	n.d.	43.7	47.1	34.7	49.8	59.8	73.3	73
Mortalidad por lesiones accidentales e intencionales**	4.1	5.1	6.2	6.5	10.6	15.7	13.9	12.7	12.5

* Por mil, estimado con base en tablas de mortalidad

** Por ciento

Fuente: Elaboración propia a partir de información de los Programa Nacionales de Salud, 2001-2006 y 2007-2012, y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas históricas de México 2010.

Los perfiles actuales de enfermedad y muerte sintetizan la diversificación y ampliación de los riesgos para la salud que conlleva un modelo de desarrollo concentrador y excluyente como el mexicano, y un Estado omiso frente a sus responsabilidades constitucionales respecto al derecho a la salud. En esos perfiles coexisten y se imbrican los problemas carenciales e infecciosos, la patología crónica y degenerativa, las lesiones accidentales e intencionales, los psicotraumáticos, las adicciones y las nuevas y viejas epidemias (López, Rivera y Blanco, 2011). Además, se incorporan dos fenómenos importantes: la polarización epidemiológica y la regresión sanitaria. La primera, expresada en el incremento de los diferenciales de morbimortalidad entre regiones, estados, municipios y grupos poblacionales específicos y en el aumento de estas desigualdades en el tiempo, lo que conduce a un distanciamiento de los indicadores de riesgo / daño y al incremento de las brechas sanitarias, en donde los espacios-población con mayores índices de marginación concentran de manera creciente problemas de enfermedad y muerte (Linares y López, 2014; Medina y López, 2011). En segundo término, la regresión sanitaria definida como un proceso en el que enfermedades erradicadas o controladas resurgen y nuevamente se convierten en problemas colectivos de salud, tal es el caso del paludismo, el cólera y el sarampión en las décadas de 1980 y 1990; el dengue y la tuberculosis pulmonar desde la década de 1990 (López y Blanco, 1993), y más recientemente la tosferina en 2010.

Objeto de conocimiento

En tanto objeto de conocimiento, la salud está inmersa en un proceso histórico, lo cual le otorga identidad y formas de expresión particulares en cada realidad empírica. En torno a ese objeto con especificidades existen en paralelo el desarrollo de cuerpos conceptuales, nutridos de los aportes de distintas disciplinas y que a su vez han gestado, en su devenir, otros campos disciplinarios nuevos y diferenciados que se retroalimentan.

La salud-enfermedad y las formas como la sociedad responde frente a ella, ha generado interpretaciones y recomposiciones en su práctica con diversas y prolíficas aportaciones que van de la salud pública convencional, la epidemiología, la medicina preventiva, la salud comunitaria, la promoción y educación para la salud, la nueva salud

pública, la salud internacional y la salud global en los años recientes (Farmer, Gómez y Padrón, 2011).

A partir de la comprensión de la salud como fenómeno social (Laurell, 1982), es necesario realizar deslindes para situar sus dimensiones de análisis, porque según como se conceptualice, dependerán las formas de aproximarse a su conocimiento, las implicaciones para su interpretación y las intervenciones generadas para la actuación de los individuos, los grupos sociales o toda la sociedad. La salud constituye un objeto de conocimiento complejo, mucho más por cuanto es imposible situarlo como algo único, dado y estable, tanto en su valoración histórica como en el momento actual (Morin, 2002; Almeida, 2001). Así, es posible constatar a lo largo de la historia la presencia de distintas nociones e interpretaciones de la salud y también la presencia de interpretaciones diversas en una misma sociedad concreta, lo que permite concluir que la interpretación misma se debe a situaciones sociales y no solo al avance del conocimiento. En la actualidad, el desarrollo del conocimiento científico y técnico sobre la salud y la enfermedad permite aproximaciones mucho más precisas y detalladas, pero no existe consenso pleno al respecto, por lo cual es conveniente continuar la discusión sobre el tema.

La salud, la enfermedad o el proceso salud-enfermedad

Una primera situación se presenta si se considera una situación estática. De esta forma es posible aludir a la salud o a la enfermedad en una perspectiva integral y dinámica, en donde es inevitable referirla como salud-enfermedad en tanto expresión que presenta dos momentos de un proceso en donde las personas y los grupos sociales se mueven continuamente. Las miradas coyunturales pueden estar en alguno de esos momentos, pero la existencia de uno se antepone al otro, por lo cual siempre se gravita entre ambos extremos. Por lo tanto, es necesario considerar al objeto de conocimiento como salud-enfermedad, en tanto proceso vital y dinámico que se imprime en la vida de los individuos.

La salud y la enfermedad pueden ser interpretadas como *hecho*, en cuanto acontecimientos que tienen existencia dada, momentánea y específica, lo cual ocurre cuando se valora uno de los dos polos de forma aislada y con una mirada circunscrita, válida pero no suficiente para comprender completamente esa expresión de la vida humana. Es necesario trascender la mirada parcial y extender su reconocimiento como

fenómeno. Aquí se involucra un acercamiento mayor y más complejo donde se sitúan los componentes y la interacción entre ellos. Al mirar la salud como fenómeno se establece la dualidad de su presentación y las circunstancias que enmarcan cada una de sus expresiones, en donde se asocian otros componentes, pero no se alcanza a dar cuenta de las relaciones de determinación que propician la existencia en uno u otro polo. Para alcanzar dicha complejidad explicativa se requiere interpretar a la salud y a la enfermedad como un *proceso*, ya que bajo esa perspectiva se introduce una noción comprensiva de sus componentes, de la interacción entre ellos y de las condiciones bajo las cuales estos se expresan, así como de las relaciones de causalidad y determinación que producen o evitan que se produzcan o que dominen los momentos de enfermedad o de salud.

La primera conclusión de estas consideraciones lleva a comprender a la salud-enfermedad como un proceso, dinámico, de múltiples componentes que interactúan entre sí, y bajo condiciones personales y sociales específicas y concretas que explican su manifestación en la realidad empírica de los individuos, grupos y sociedades.

La existencia ontológica

Una vez situado al objeto en sus implicaciones y señalada la necesidad de interpretarlo como proceso, la siguiente situación a resolver radica en ubicar ese objeto en las condiciones de su conocimiento. Para ello se parte de su existencia en tanto un objeto de la realidad con una característica singular: constituye un objeto de conocimiento complejo en sus dimensiones y en los niveles de conocimiento posibles (Bohm, 1987).

En la realidad material, la salud-enfermedad existe en múltiples dimensiones, y las aproximaciones para su conocimiento implican aspectos biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos, entre otros. Distintas facetas de su existencia corresponden a procesos que ocurren en diversos espacios de la realidad material y social. Ello significa que aun cuando se le aíse o separe para su análisis, no puede evitarse reconocer que forma parte de un complejo entramado de relaciones no atribuibles una o unas de ellas a su propia existencia (Osorio, 2001). Sintetiza entonces un conjunto de relaciones interconectadas con otros procesos diversos, en donde cada uno de ellos puede asociarse directa e indirectamente con el objeto, modulando su

existencia. A su vez, cada una de esas relaciones se constituye en sí misma en una parte posible de estudiarse bajo distintas perspectivas con implicaciones aisladas respecto de la salud-enfermedad, pero cuya relevancia radica en la interconexión con el objeto y por lo tanto en ser parte constitutiva de él mismo. Por lo tanto, incluso cuando ciertas relaciones sean propias de objetos de estudio de otros cuerpos disciplinarios, como por ejemplo la economía, deben ser incorporadas en el estudio de la salud-enfermedad en tanto la afectan y se relacionan con ella.

De esta forma, el recorte del objeto de estudio de la realidad es una definición de quien lo concibe o lo investiga, pero de ningún modo se puede sustraer el investigador/a a reconocer a ese objeto en su existencia concreta y real. En todo caso, ese proceso de abstracción es parte de la definición realizada por quien se aproxima a su conocimiento, pero no puede obviarse que se trata de un objeto complejo y de múltiples vínculos con diversos procesos que ocurren en la realidad social.

Por lo que se refiere a los niveles de existencia, debe considerarse que el objeto salud-enfermedad está presente en diversas formas de organización de la materia, con diversas disciplinas científicas para su estudio, lo cual también supone recortes y parcializaciones. Así, en escala ascendente pueden enunciarse los niveles subcelulares, celulares, tejidos, órganos, individuos, grupos, sociedades. En cada uno de ellos puede ubicarse uno o un conjunto de elementos propios del proceso salud-enfermedad. A su vez existe un proceso comprensivo de inclusión en sentido descendente. Cada uno de los niveles inferiores está incluido en el nivel superior y todos quedan comprendidos por el social, en tanto la dimensión más general y donde todos los demás niveles tienen existencia. Por lo tanto, se puede reconocer que las aproximaciones específicas en cada nivel generan conocimientos especializados necesarios, pero la comprensión integral debe considerar su existencia multinivel y multidimensional.

Por lo tanto, aun cuando cada área de conocimiento, disciplina o ciencia, aborda determinados objetos de estudio o determinados recortes de la realidad material, lo cierto es que cualquier aproximación con pretensiones comprensivas debe tomar en cuenta esa diversidad y atreverse a visualizar fuera de los límites impuestos por su cuerpo disciplinario. Para ello se necesita de los aportes de diversas disciplinas que estudian la salud-enfermedad, para así reconstruirla como un objeto complejo cuyo abordaje es necesariamente inter y transdisciplinario.

Desde esta perspectiva, toda aproximación al conocimiento de la salud-enfermedad como proceso significa partir de su existencia como problema de la realidad con múltiples y diversas expresiones, dimensiones y relaciones. Por lo cual su propia existencia precede, es anterior y primaria, a su descomposición analítica. Es decir deben distinguirse dos procesos: por un lado su existencia, y, por otro, el proceso de abstracción fragmentada y parcial para entenderlo y conocerlo dada su complejidad. Esto es relevante porque es frecuente que el proceso analítico se confunda con la existencia del objeto que se analiza, y de lo que se trata es de evitar recortes arbitrarios con la pérdida de la visión compleja e integral.

El proceso epistemológico de conocimiento de la salud-enfermedad

La aproximación cognoscitiva de la salud-enfermedad plantea la necesidad de distinguir la diferencia en cuanto la realidad que se conoce y el conocimiento desprendido de esa realidad. Así la salud-enfermedad existe y se manifiesta diversificada en múltiples dimensiones, relaciones y en diversos niveles, y al mismo tiempo el proceso de generación de conocimientos produce formas de interpretación también diversas, que transitan desde las aproximaciones propias de la experiencia cotidiana y del sentido común, hasta el conocimiento científico producto de las más sofisticadas formas de experimentación en las fronteras de la bioingeniería. Todas esas formas de conocimiento son resultado, a su vez, de la propia existencia del hecho y de los sujetos que lo interpretan, ambos inmersos en un proceso social. La salud-enfermedad es, por lo tanto, parte de los individuos en tanto materia orgánica, y son estos sujetos pertenecientes a un grupo social y a una sociedad quienes producen el conocimiento, y quienes conocen lo que ocurre en ellos como individuos y en la sociedad donde se desarrollan.

De esta forma, el conocimiento de la salud-enfermedad implica un reto en cuanto se trata de aproximarse a conocer un proceso parte del mismo sujeto que conoce, y que elabora conocimientos sobre sí mismo y sus propias formas de existencia individual y social. Esta condición de existencia del objeto de conocimiento parte de la misma persona que conoce, requiere su comprensión de sujeto como un individuo complejo y múltiple, ya que en sí reúne la suma de existencias diversas enunciadas en niveles. Es en el ser humano donde coexisten simultáneamente expresiones orgánicas y por lo tanto se requiere de

la aproximación científica propia de las ciencias naturales, así como expresiones de la vida colectiva y social que debe ser conocida por aproximaciones de las ciencias sociales.

En esta existencia simultánea es donde se presentan las mayores contradicciones de las interpretaciones y posturas conceptuales de la salud-enfermedad. Por un lado se privilegia la dimensión orgánica y por lo tanto se desprende y postula un conocimiento con apoyo principal en las ciencias biológicas, con un dominio dentro de ellas de las disciplinas médicas, cuyos fundamentos tienen validez científica y son resultado del desarrollo del conocimiento basado en las ciencias naturales con una larga historia de consolidación; por otro, la dimensión social, que corresponde a otro grupo de cuerpos disciplinarios donde aún existen visiones que ponen en duda la validez de sus postulados científicos, como las mismas ciencias naturales que cuestionan, incluso, la propia naturaleza de las ciencias sociales en tanto ciencia.

Frente a estas perspectivas, es conveniente distinguir cuando se define al objeto en su dimensión social, y el desarrollo histórico de las ciencias sociales que es mucho más reciente en comparación con las ciencias naturales. El primer aspecto, el más importante para la salud-enfermedad, se refiere a las formas como se han constituido las ciencias sociales para entender los procesos que ocurren en la vida social; allí radica una de las diferencias fundamentales con las ciencias naturales, pues mientras estas basan su capacidad científica en la posibilidad predictiva sobre el comportamiento y réplica de los fenómenos que estudian; las ciencias sociales describen, comprenden, explican, pero escasamente predicen el comportamiento de los fenómenos humanos. El segundo aspecto, que también abona en su carácter científico, se refiere a la historia de la ciencia en cuanto ha formulado bases científicas aceptadas y aplicadas a los fenómenos que estudia. Las ciencias naturales, en particular la física y la biología, presentan una maduración mucho mayor, y detalles de fenómenos microcelulares, subcelulares, así como explicaciones de fenómenos astronómicos a nivel de las galaxias y el universo. Esto se ha desarrollado en los últimos 25 siglos, llegando a la actualidad con una amplia base de conocimientos científicos y una solidez que se expresa en la tendencia dominante a explicar todos los fenómenos y procesos con la lógica de las ciencias naturales. En general es el paradigma científico (Kuhn, 1991) el que rivaliza con las ciencias sociales, pues su estructura es más sólida, articulada y consensuada, por lo que su capacidad explicativa se presenta con mayor fuerza.

Los cuerpos disciplinarios para interpretar la salud-enfermedad

El cuerpo disciplinario más destacado es el de las ciencias biológicas, ya que han generado nociones científicas con solidez conceptual y una larga trayectoria histórica en comparación con las ciencias sociales. En consecuencia, las dimensiones orgánicas y biológicas de la salud-enfermedad tienen la mayor extensión y profundidad en la interpretación del objeto salud-enfermedad, pero esa presencia tiene como espacio de dominio los niveles del propio objeto, especialmente los niveles subcelulares, celulares, de tejidos y órganos hasta el nivel individual. Y no podría ser de otra forma ya que intrínsecamente esos niveles son parte de los objetos de conocimiento propios de las ciencias naturales. Sin embargo, la simultaneidad de la dimensión orgánica y la dimensión social que configura al propio individuo, modelado como persona humana en sociedad, entraña un desafío para las ciencias biológicas e introduce la necesidad de incorporar la perspectiva de las ciencias sociales para pensar la salud-enfermedad en seres humanos contruidos como tales social e históricamente.

Así, para el objeto salud-enfermedad, su mirada integral, completa y suficiente, implica articular las perspectivas conceptuales que aportan las ciencias sociales y las naturales. Mucho más las primeras en cuanto se trata de los niveles de grupo y sociedad, pero también del nivel individual. En ese cruce de perspectivas conceptuales, afloran las dificultades epistemológicas y ontológicas antes mencionadas. De manera que no puede postularse la preexistencia de un cuerpo disciplinario o disciplina científica única para conocer la salud-enfermedad. Por el contrario, en razón de los atributos del objeto salud-enfermedad se requiere una combinación y diversidad conceptual que involucre al menos algunos componentes de esas dos grandes vertientes científicas: ciencias naturales y ciencias sociales. La indagación con base en los sustentos conceptuales aportados por ambas vertientes, no significa, necesariamente, que ambas deben estar implicadas de forma simultánea, sin obviar que eso es posible dependiendo de la pretensión del conocimiento que se desee. Es indispensable incorporar el cuerpo disciplinario de las ciencias sociales en tanto se sitúe al objeto en los niveles superiores. Es importante evitar transgresiones como las ocurridas en algunos trabajos, que pretenden explicar la sociedad con fundamentos del comportamiento natural biológico, propios de las células u

organismos microcelulares, pero también es pertinente evitar lo contrario: pretender explicar lo subcelular a partir de conceptos sociales.

Para conocer la salud-enfermedad, no hay duda de la necesidad de disponer de vertientes conceptuales múltiples. La multidisciplinaria es condición necesaria para generar información y articularla en la interpretación, de manera que, sin violentar los límites propios de cada disciplina, sí se pueden combinar diversas perspectivas en un abordaje multidisciplinario (Restrepo, 2011). No solo se trata de un artificio conceptual, sino de una necesidad impuesta por la propia naturaleza del objeto de conocimiento en su existencia real y por la necesidad de dar cuenta lo más posible del objeto de conocimiento.

PRÁCTICA SOCIAL

En tanto práctica social, el campo de la salud es un escenario donde confluyen áreas profesionales típicas de la atención a la enfermedad como medicina, enfermería, odontología, psicología; pero también otras, como la administración, ingeniería, veterinaria, economía, sociología y ciencia política. Esto hace un conjunto donde la hegemonía es ejercida por la medicina, pero esta no puede reclamar exclusividad; es la confluencia de profesionales que actúan de manera conjunta y especializada en torno al complejo problema de la salud-enfermedad de las poblaciones y de las formas de práctica que las sociedades desarrollan para responder a las necesidades de salud.

Entonces, es posible distinguir, más allá de las profesiones concretas, un conjunto de prácticas profesionales con incidencia en las acciones individuales, grupales y sociales para intervenir sobre el proceso salud-enfermedad, lo que genera un nuevo entramado científico-técnico que adquiere reconocimiento social, en donde la experiencia dominante en el mundo es que la salud pública, la salud colectiva y la medicina social conforman una práctica social con necesidades de formación de posgrado (Borrel, 2005). Estas prácticas serían las siguientes:

Público-estatal: sistemas, instituciones, servicios, prácticas

La respuesta social organizada instrumentada a través de acciones de salud pública tiene desde su origen un adjetivo que alude al ejercicio desde la estructura del poder público, marcando distancia de cualquier forma de práctica profesional en el espacio de lo privado. Aun cuando puede incluir a esas formas de práctica, lo privado no es un atributo distintivo de la salud pública, incluso en aquellos países donde las reformas del sector imprimen un sesgo privatizador a todo el sistema sanitario.

La acción desde el Estado implica ubicar a la salud en el terreno de los bienes públicos y los espacios donde adquiere existencia y relevancia, ya sea en los niveles nacionales, regionales o locales; tanto en niveles normativos, como operativos. ¿Cómo imaginar un ejercicio de la salud pública sin apoyo en funciones estatales? Incluso la fuerza del Estado a través de las acciones públicas para controlar la enfermedad forman parte del «trípode fundacional» de la salud pública (Granda, 2003). Las instituciones de salud han surgido desde cierta interpretación social de la forma de actuar colectivamente. En estas instituciones se concreta y evidencia una interpretación de la responsabilidad del Estado y las formas como instrumenta las acciones que el Estado realiza. Son las instituciones públicas las que norman, validan y legitiman las prácticas colectivas no solo desde la perspectiva técnica, la cual puede variar con el paso del tiempo y los avances en el conocimiento, sino especialmente porque, al incorporar prácticas de salud pública, les otorga estatuto de existencia, convirtiendo a esas prácticas en modelos reconocidos de práctica social.

Sin entrar a detallar las formas que adquieren los sistemas de salud de los países (Gómez-Dantés *et al.*, 2011), puede señalarse que en todos ellos hay un componente, mayor o menor, de intervenciones públicas, incluso con los procesos de privatización inducidos desde el Estado (Lechuga y Vieyra, 2014). Aun cuando su peso mayor esté en la atención médica, los servicios de salud incluyen acciones de promoción, prevención y curación que son otorgadas individualmente pero en una perspectiva de acción en grupos o para toda la sociedad; así como aquellas orientadas a la construcción de comunidades y entornos saludables. Con esto, se realiza un proceso de retroalimentación recíproca donde los servicios de salud gerencian acciones de salud pública y estas mismas acciones, al realizarse, inciden en los servicios modificando sus prácticas de atención médica.

Práctica general de colectivos

La intervención sobre el proceso salud-enfermedad en los colectivos humanos es una práctica técnicamente formalizada en las instituciones educativas que se realiza en los sistemas, instituciones y servicios de salud. Sin embargo, su vigencia no se limita a estos espacios, sino que incluye las interacciones de las personas conformadas en colectivos humanos quienes desarrollan formas de cuidado y atención de su salud y a quienes se dirigen las acciones institucionales. En estos colectivos se expresan los resultados positivos y negativos de las intervenciones, pero sobre todo, se produce un efecto de incorporación, adaptación y conocimiento experiencial, pues las poblaciones se apropian de esas prácticas, conservándolas, transformándolas, adaptándolas o incluso rechazándolas; pasan en ese proceso a formar parte de las prácticas sociales de los colectivos humanos y son, entonces, prácticas generales de la sociedad. Por lo tanto, como práctica social, la salud está internalizada en todos los integrantes de la sociedad, quienes pueden realizar acciones individuales o colectivas, pero apuntan a un mismo fin: preservar la salud y evitar la enfermedad. De este modo, se trata de la pertenencia y conocimiento social de la salud que escapa al dominio y control técnico-científico de los profesionales de cualquier área, aun cuando sean esos profesionales, quienes en última instancia otorguen validez científica a lo realizado, tanto porque ellos mismos lo realizan, como porque son quienes reconocen la pertinencia de lo realizado.

Práctica profesional de grupos

El reconocimiento técnico y científico de un campo específico adquiere madurez con la profesionalización, sin embargo en el caso de la salud no existe una circunscripción unívoca. Es más, su diferenciación se ha dado desde su surgimiento como especialización técnico-científica y ello ha sido base de su justificación como formación especializada de posgrado. Pero la caracterización de los atributos específicos que la definen es una tarea inconclusa. Pueden ubicarse tendencias dominantes y allí la medicina ha tenido preponderancia. Ahora, pese a ser la profesión dominante no ha sido la única, ni puede abrogarse potestad exclusiva sobre la salud, más aún cuando muchos de los aportes han sido resultado de prácticas específicas de otras profesiones.

Identificar las prácticas en salud pública de los distintos profesionales es una necesidad para establecer las competencias necesarias a

desarrollar y, en consecuencia, definir con mayor nitidez lo que deben hacer y las habilidades que deben tener dichos profesionales. La caracterización y la formación del talento humano en acciones e intervenciones en salud pública, medicina social y salud colectiva requiere conocer no solo su procedencia profesional, sino también su inserción institucional, los espacios ocupados en la organización de los sistemas de salud, las actividades que realizan y los procesos específicos que se dinamizan con su actuación.

FORMACIÓN PROFESIONAL

La formación de profesionales es el espacio con mayor trascendencia de muchos aportes realizados por la salud pública y aquí nuevamente hay convergencia de un proceso doble. Por un lado la generación de conocimientos sobre la salud, más aún cuando se trata de un espacio centrado en la formación de posgrado. A través de la investigación opera los marcos conceptuales, los paradigmas dominantes y las metodologías y procedimientos técnicos validados y aceptados por la comunidad científica, no sin tensiones ni cuestionamientos. Por otro, la transmisión de conocimientos a los profesionales y posgraduados del campo de la salud, reitera esa afirmación de posturas conceptuales y técnicas observadas en la investigación, pero ahora bajo una perspectiva de autoridad y ascendencia de los transmisores de información (maestros) a los receptores (estudiantes), con escaso cuestionamiento y réplica.

Allí aflora una polémica general por la inserción institucional de la formación académica de los posgraduados. Eso sucede preponderantemente en espacios académicos universitarios y, como tal, no pueden sustraerse a la dinámica propia de la lógica de esas instituciones. Tampoco pueden aislarse de los procesos ocurridos en y con la dinámica de los sistemas, instituciones y servicios de salud, porque en ellos está su función social y es donde adquiere concreción la práctica profesional. Así, la formación y práctica de quienes intervienen para actuar sobre la salud-enfermedad los ubica como mediadores estratégicos porque combinan competencia técnica y compromiso por el derecho a la salud, con estrategias amplias e incluyentes de construcción de agendas públicas por la salud y la vida digna, lo que supone un compromiso ético invaluable. Eso evidencia la necesidad para operar entre los

espacios académicos y los ámbitos de servicio, así como entre ambos y las colectividades, en donde los profesionales sean decodificadores de la salud como problema complejo y mediadores estratégicos entre múltiples actores. Son tareas que demandan fortaleza conceptual, diversidad metodológica, competencia técnica, creatividad y compromiso ético. Una breve referencia a los distintos niveles de la formación en salud permite ver la complejidad del reto para afrontarlo en la práctica institucional.

- *Profesionales y posgraduados*

La formación de profesionales alude fundamentalmente al nivel de licenciatura y en casi todos los casos se refiere a profesiones como medicina, odontología, enfermería, nutrición, sociología, administración y economía. La formación en salud pública, medicina social y salud colectiva sucede en el posgrado, donde se complementa la formación profesional. Tratándose del posgrado las dificultades también son múltiples y remiten a distintos aspectos. Es necesario considerar los siguientes: la orientación hacia la investigación; una mayor tendencia a la formación para intervenir en el desempeño en los sistemas, instituciones y servicios de salud; o una combinación de ambas. También los cuerpos de conocimientos definen una matriz que otorga sustento a la práctica profesional, los procesos pedagógicos implicados y los modelos de formación (Davó *et al.*, 2011).

En el posgrado son mucho más evidentes las tensiones de las interpretaciones científicas y disciplinarias sobre la salud. El peso de las formaciones tradicionales es frecuentemente un lastre muy difícil de evitar, y al mismo tiempo introducir variaciones, cambios o nuevas perspectivas puede demandar esfuerzos supremos. A pesar de esto, se han desarrollado programas de posgrado con nuevas perspectivas y que en estos momentos tienen reconocimiento, vigencia y autonomía propia; que sin ser, cuantitativamente, un contrapeso a las formaciones dominantes, sí representan una opción alternativa (Granados, Jarillo, López y Ledezma, 2014).

- *Técnicos*

Los profesionales son un recurso humano muy importante, sin ser los únicos con acciones y actividades en el campo de la salud pública y salud colectiva. Los técnicos son parte del talento humano en salud con relevancia en las acciones institucionales y su formación y

capacitación es vital. Las experiencias nacionales y las circunstancias históricas del surgimiento de las formaciones técnicas aportan experiencias para tener presente. Los casos más significativos son los servicios con modelos que incorporan la atención primaria a la salud, la lucha contra las enfermedades prevenibles por vacunación y las campañas contra la malaria y el dengue, donde la participación de personal con nivel técnico ha sido garantía de su éxito. El soporte de este tipo de personal de salud para las acciones sanitarias, acompañadas de otras intervenciones más amplias y comprensivas, brinda opciones con mayor incidencia en la salud de la población.

- *Formación profesional*

La formación profesional otorga grados académicos con reconocimiento legal, y también es importante incidir allí con las perspectivas relevantes de la salud pública, la salud colectiva y la medicina social para fundamentar y ampliar la visión sobre el campo de la salud y evitar que esta se limite únicamente a la acción curativa individual.

- *Capacitación, actualización y reciclamiento*

Tanto para profesionales de licenciatura y posgrado como para técnicos, la formación continua y el reciclamiento son una necesidad por la implantación de programas específicos que requieren dominio y aplicación de procesos nuevos o diferentes. Ello porque el conocimiento actual impone nuevas formas de afrontar los problemas o porque los procesos de calificación o ascenso laboral son parte de los requisitos para mejorar en el escalafón. En todo caso se requiere de un conjunto de prácticas educativas para incidir en la formación de personal con acciones e intervenciones en la salud de la población.

CONCLUSIÓN: LOS RETOS

La construcción de conocimientos es una necesidad constante con cierta independencia respecto de la lógica de las instituciones educativas donde se arraiga la investigación y los programas de formación profesional y de posgrado. Desarrollar cada vez más evidencias de los procesos sociales que afectan la salud-enfermedad, así como la base epistemológica, conceptual y metodológica de las ciencias sociales para su comprensión e interpretación, con las contribuciones teóricas,

metodológicas y técnicas de los investigadores de América Latina y el Caribe, requiere de mayor visibilidad. Caracterizar y conocer más las formas que adopta la práctica profesional en los diferentes países y en la región permitirá avanzar en el reconocimiento de las formas en que se realiza la práctica en salud. Ello permitirá tener un marco de referencia más preciso para el diseño curricular. Destacan por su importancia la identificación del mercado laboral y el desarrollo de buenas prácticas que han permitido a las intervenciones de la salud pública, medicina social y salud colectiva, constituirse como un espacio autónomo de las demás profesiones, especialmente de la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, Naomar (2001), «For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes». En *Cadernos Saúde Pública*, Vol. 17, No. 4, 753-799.
- Almeida, Naomar y Silva, Jairnilson (1999), «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica». En *Cuadernos Médico Sociales*, No. 75, 5-30.
- Bohm, David (1987), *La totalidad y el orden implicado*. Barcelona: Kairós.
- Borrel, Rosa María (2005), *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS.
- Davó, Carmen; Vives-Cases, Carmen *et al.* (2011), «Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado». En *Gaceta Sanitaria*, Vol. 25, No. 6, 525-534.
- Farmer, Cristiane; Gómez, Rubén y Padrón, Guillermo (2011), «La salud pública internacional: entre viejos y nuevos paradigmas». En *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 30, No. 2, 97-98.
- Gómez-Dantés, Octavio; Sesma, Samuel *et al.* (2011), «El sistema de salud de México». En *Salud Pública de México*, Vol. 53, Supl. 2, S220-S232.
- Granados, Arturo; Jarillo, Edgar; López, Sergio y Ledezma, Guadalupe (2014), «Análisis del desarrollo histórico de la Maestría en Medicina Social en la UAM-Xochimilco». En *La concepción de una nueva universidad*, coordinado por Jorge Martínez y Víctor Manuel Romero, 357-377. México: UAM.
- Granda, Edmundo (2003), *A qué cosa llamamos salud colectiva hoy*. VII Congreso de ABRASCO, Brasilia.
- Jarillo, Edgar y Garduño, Ángeles (2010), «Los determinantes sociales de la salud en la formación de posgrado en medicina social y salud colectiva». En *La medicina social en México II. Globalización neoliberal*, coordinado por Florencia Peña y Blanca León, 117-134. México: ALAMES-ENAH.
- Kuhn, Thomas (1991), *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, Assa Cristina (1982), «La salud-enfermedad como proceso social». En *Revista Latinoamericana de Salud*, No. 2, 7-25.
- Lechuga, Jesús y Vieyra, Ivan (2014), «Las reformas de salud en América Latina». En *Entreciencias*, Vol. 2, No. 4, 151-162, agosto.
- Linares, Nivaldo y López, Oliva (2014), «Inequidades en la salud en México». En *Temas de salud global con impacto local*, editado por José Ramón De la Fuente y Pedro Kury, 247-256. México: Facultad de Medicina de la UNAM, Academia Nacional de Medicina y Secretaría de Salud.
- López, Oliva; Rivera, José Alberto y Blanco, José (2011), «Determinantes sociales y salud en México. Cambios, rupturas y perspectivas en el siglo XXI». En *La salud en México. Pensar el futuro de México*.

- Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*, coordinado por María Elena Contreras y Consuelo Chapela, 93-123. México: UAM.
- López, Oliva y Blanco, José (1993), *La modernización neoliberal en salud, México en los ochenta*. México: UAM.
- Medina, Oswaldo y López, Oliva (2011), «Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, 2008». En *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 27, No. 8, 1.603-1.610.
- Morin, Edgar (2002), *El método. El método del conocimiento*. Madrid: Cátedra.
- Osorio, Jaime (2001), *Fundamentos del análisis social y su conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Restrepo, Diego (2011), «La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las condiciones de posibilidad de una salud pública comprensiva». En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 29, No. 1, 94-102.

DERECHOS HUMANOS Y SALUD DESDE EL PENSAMIENTO MÉDICO SOCIAL / SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANO

Alicia Stolkiner

RESUMEN

El trabajo comienza con un análisis teórico sobre el constructo moderno «derechos humanos», sus diversas interpretaciones posibles y su potencialidad como idea fuerza para la constitución de actores sociales emancipatorios. La exposición sitúa y conceptualiza el antagonismo actual entre la tendencia a subordinar los valores mismos de la vida a la lógica de la acumulación o las fuerzas que pugnan por poner en el centro de la acción social la defensa de la vida, polo en el cual se sitúan los derechos. Luego se centra en los debates sobre el derecho a la salud y las propuestas actuales de «enfoque de derechos» en las políticas públicas en salud. Finalmente contextúa el debate en las reformas realizadas en América Latina, contemplando las propuestas hegemónicas de segunda reforma del Estado o los intentos de construcción de alternativas.

Palabras clave: derechos humanos, enfoque de derechos en salud, América Latina.

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, donde se escriben estas reflexiones, los derechos humanos se constituyeron en una potente herramienta simbólica y discursiva para organizaciones sociales que mantuvieron durante décadas su reclamo de memoria, verdad y justicia por los delitos de lesa humanidad producidos por el terror de Estado durante la dictadura cívico-militar que gobernó entre 1976 y 1983. El accionar de estos movimientos no solo produjo efectos directos sobre su reclamo específico, sino que irradió a la cultura y al conjunto de la sociedad, innovando en formas de participación y produciendo nuevos sentidos al constructo «derechos humanos». No se trató de una experiencia aislada en el subcontinente, por lo que las modalidades de respuesta a las prácticas masivas y sistemáticas de violación de los derechos humanos implementadas por los Estados terroristas¹ sudamericanos aportaron a una nueva configuración (una redefinición, un crecimiento y una nueva actitud) de la praxis de los derechos humanos a nivel regional y mundial (Raffin; 2006: 292). Constituyeron así, un hito en un proceso que tiende a la construcción de una «cultura jurídica cosmopolita» (De Sousa Santos, 1995: 328). A ello debe agregarse otro aporte de los países latinoamericanos: el incluir como parte de nuevos postulados jurídicos conceptos de los pueblos originarios, tal como la categoría de «buen vivir».

En las primeras décadas del siglo XXI, asistimos a una revitalización del discurso de los derechos humanos, contemporánea a la deslegitimación discursiva del neoliberalismo radical de los noventa. En América Latina esto coincide con la existencia de gobiernos con propuestas críticas a las reformas promercado de los años noventa, y también sucede en el contexto global del impacto en los países centrales de la crisis del capitalismo mundializado y la redefinición

¹ El concepto de terrorismo de Estado o Estado terrorista (Duhalde, 1983) se acuñó para señalar la forma extrema de estado de excepción (Agamben, 2003). En ellos la violación de la ley es realizada por la misma instancia que debiera garantizar su cumplimiento, desarrollando un poder arbitrario sobre la vida e integridad de las personas. Uno de sus dispositivos extremos es la desaparición forzada de personas y su reclusión en campos clandestinos de detención. El montaje simultáneo de una red represiva legal y una ilegal y clandestina, ambas gestionadas por el Estado, funcionó como «dispositivo de amedrentamiento del colectivo social», impidiendo la resistencia a la aplicación de medidas económicas de concentración de la riqueza (Calveiro, 2012: 43).

del ordenamiento geopolítico global con agravamiento de conflictos bélicos. En este proceso coexisten fuerzas que pugnan por la configuración de sociedades más justas, y otras que buscan un nuevo discurso de legitimación del poder financiero ante la pérdida de consenso del discurso neoliberal. La doble faceta de la incorporación política de los derechos humanos obliga a analizar con detenimiento en qué discursos y propuestas se inscriben.

A escala global, la construcción y ampliación de herramientas jurídicas de derechos se acompaña con su violación masiva. La expansión de sus objetivos y enunciados contrasta con la situación de vastas poblaciones excluidas, sometidas a carencias básicas, a riesgos bélicos o a situaciones de extrema vulnerabilidad. Podríamos afirmar que nunca la humanidad ha producido tantas enunciaciones de derechos y valor de la vida, y nunca se han violado de manera tan masiva o ha estado tan en riesgo la vida misma. En ello se manifiesta el antagonismo central de nuestra época entre una tendencia a subordinar la vida a la acumulación y concentración de riqueza, y otra desplegada por las fuerzas y actores que pugnan en defensa de la vida y la naturaleza. En este antagonismo, los derechos humanos pueden operar como «idea fuerza», como herramienta de configuración de movimientos y actores en la lucha por sociedades centradas en el cuidado de la vida.

Los derechos humanos, comprendidos desde una lógica de lo social y lo colectivo, forman parte elemental o básica de las luchas modernas populares (Gallardo, 2009: 5). En el terreno de la salud, el antagonismo se manifiesta entre la tendencia a considerar los bienes y acciones que hacen a la salud como derecho de los sujetos y colectivos humanos, y aquella que propugna considerarlos mercancías cuyo acceso depende del mercado. Si bien esta es una esquematización, dado que hay posiciones intermedias, en cuanto antagonismo sucede entre estos dos polos: la salud como derecho o la salud como mercancía (Deppe, 2007: 3).

Esta tendencia a revitalizar el discurso de los derechos humanos se ha manifestado en la Organización de Naciones Unidas a través de la reinstalación de la idea de «perspectiva de derechos» en las políticas de desarrollo, y en la concreción de convenciones que instituyen los derechos de grupos de personas para los cuales estaban limitados, tal el caso de los derechos de niños/as, de personas con discapacidad, mujeres, etcétera. En 1997, el Programa de Reforma de Naciones Unidas estableció los derechos humanos como una cuestión transversal que debía ser incorporada a todas las actividades de la organización; en la Cumbre

Mundial de 2005 los Estados miembros resolvieron unánimemente integrar a los derechos humanos en sus políticas nacionales y apoyar explícitamente su integración en el sistema de Naciones Unidas. Esto se continuó en enunciados posteriores. En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó una observación general sobre el derecho a la salud (OMS, 2013). Consecuentemente con ello la OMS planeó el retorno a un enfoque de derechos en salud, luego de que las reformas neoliberales de finales del siglo XX lo desdibujara².

Importa destacar que hay distintas interpretaciones y concepciones de lo que son los derechos humanos. Los derechos humanos son un producto paradójico de la modernidad y el capitalismo. Originalmente aparecieron como una construcción del pensamiento liberal, fundados en una idea esencialista o naturalista de lo humano que permitió, en el mismo proceso, generar sus «excepciones», aquellos que no se consideraban capaces de ejercerlos o directamente quedaban fuera del modelo de sujeto en el que se fundaban. No obstante, su existencia generó la potencialidad de reclamo y organización de los excluidos, constituyéndose en idea nucleante de movimientos sociales.

Sucede que los enunciados de derechos humanos son producto del orden capitalista, pero el mismo devenir de las sociedades modernas los hace imposibles de cumplir cuando la lógica fundamental es la acumulación. Por eso se constituyen en la «promesa incumplida de la modernidad» (Raffin, 2006: 2), en un horizonte exigible y deseable que involucra e interpela a las sociedades y a los Estados. Según Helio Gallardo, «los derechos humanos solo alcanzan eficacia jurídica si se constituyen desde el interior conflictivo de una economía-cultura y las poblaciones pueden sentirlos como propios» (2009: 5). Postularemos que la potencialidad de los derechos humanos como idea fuerza implica un debate con sus propias conceptualizaciones liberales y naturalistas,

² La OMS (2013) ha puesto en marcha una iniciativa para promover y facilitar la incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos, para lo cual se propone:

- reforzar la capacidad de la OMS y de sus Estados Miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos;
- promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales; y
- promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud.

una reconceptualización de la definición de sujeto en la que se centran y una revisión de su pregnancia cultural occidental.

Es desde esta perspectiva que trataremos de abordar la cuestión de los derechos humanos y del derecho a la salud en América Latina y la tensión que dicho derecho produce en la fijación de políticas en salud en nuestros países.

LOS DERECHOS HUMANOS DESDE UNA CONCEPCIÓN NO LIBERAL

Los derechos humanos son un producto de la modernidad³ y del capitalismo, pero un producto paradójico que entraña en potencia un antagonismo radical con su matriz de origen. Esta es la hipótesis con la cual se tratará de explicitar algunos referentes conceptuales. A su vez, solo pueden ser comprendidos si se analiza simultáneamente la concepción del sujeto que conllevan, «las bases y el substratum de los derechos humanos se apoyan entonces en una cierta construcción del sujeto en cuanto eje del mundo moderno» (Raffin, 2006: 2).

La paradoja debe buscarse en la genealogía de las ideas diversas, y eventualmente contradictorias, que se agrupan bajo la nominación «derechos humanos», y también en el análisis de las praxis que las han constituido, entre ellas, pero no únicamente, las jurídicas. Es desde este análisis crítico que puede formularse la pregunta sobre el lugar que ocupan o pueden ocupar como «idea fuerza» en prácticas colectivas emancipatorias, entre ellas las prácticas en salud. Sucede que bajo la consigna de defensa de los derechos humanos se han cometido o velado crímenes contra poblaciones completas, y que estos fueron el baluarte de Occidente durante la Guerra Fría; pero que también a partir de sus enunciados se han construido barreras y límites a la subordinación de la vida humana a la maquinaria de la acumulación, y se ha hecho posible estructurar movimientos de resistencia y cambio.

El capitalismo naciente requería del «individuo» y la entronización del hombre como su equivalente, diferenciado de la naturaleza, a la que estaría llamado a someter y explotar, y capaz de autonomía o libertad fundada en la razón. Es así que se construyó simultáneamente una concepción del ciudadano moderno y del individuo, a la cual se

³ Al definirlos como productos históricos se toma una posición que descarta la doctrina iusnaturalista, debate que excede los objetivos de este trabajo.

ontologizó de manera esencialista y cuya definición permitió en su mismo proceso dar lugar a las «excepciones»: los pobres o desposeídos, los pueblos colonizados, las mujeres, los niños, los locos, los que se sustraían de la «normalidad» sexual, los que se oponían a ese orden, los que no contribuían a la promesa de «progreso» de la Ilustración.

No obstante, su existencia abrió la puerta para que los exceptuados constituyeran colectivos tendientes a obtener la ampliación progresiva de estos derechos. Sirvan como ejemplo los movimientos reivindicatorios del voto y la participación política femenina; las luchas anticoloniales; las sucesivas luchas que, poniendo en tensión la gubernamentalidad, colocaron en escena la cuestión de «lo social» introduciendo los derechos sociales, económicos y culturales; y las formas en que se dirimió permanentemente el conflicto entre capital y trabajo.

Es cuestionable que la existencia de generaciones de derechos sea una evolución sin cortes y rupturas (e inclusive es cuestionable la idea misma de generaciones), dado que suponen un cambio de concepciones implícitas y de la concepción de sujeto en que se fundan. Los derechos civiles y políticos individuales, considerados como la «primera generación», son los que fundamentalmente se asientan en el «individuo» como sustentador, y son en general de cumplimiento negativo. Ya la segunda generación, la de los derechos económicos, sociales y culturales, reconoce como actor y beneficiario a colectivos humanos y requieren de acciones positivas del Estado y la sociedad para su garantía; estos no reposan en caracteres universales individuales sino en las relaciones sociales conflictivas en que se originan (Gallardo, 2006: 86). En las generaciones siguientes se reconocen los «derechos de los pueblos»⁴ y se consideran sujetos no coincidentes ni con un individuo ni con un grupo humano específico o existente, tal el caso de los llamados derechos difusos (Quiroz Acosta, 2005: 168) o los derechos de las generaciones por venir a recibir un ambiente habitable. Es notable que los primeros se considerados de cumplimiento obligatorio, pero a medida que se avanza en los siguientes su garantía va siendo progresivamente subordinada a otras razones, generalmente a la lógica económica.

La conceptualización de derechos humanos reconoce dos pilares conceptuales: la libertad y la dignidad humana. El pensamiento

⁴ La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981) reconoce que en sus culturas originarias no es dable pensar al individuo a la manera occidental, dado que las relaciones entre el «individuo» y el grupo, por el cual existe y en el cual se realiza, no son comprensibles en términos de antagonismo (Raffin, 2006: 43).

liberal originario concibe la libertad como autonomía del individuo con respecto la comunidad y básicamente al Estado, se sustenta en un concepto esencialista del hombre y la libertad. El sustrato de esta forma de concebir la libertad individual es la libertad de mercado y el derecho a la propiedad. Michael Foucault (2007: 61-62) señala la diferencia entre dos concepciones absolutamente heterogéneas de la libertad, una concebida a partir de los derechos del hombre y otra percibida sobre la base de la independencia de los gobernados. Es esta concepción de libertad la que Terry Eagleton (2007: 17-19) relaciona intrínsecamente con el terror: «La libertad burguesa o de mercado es una libertad negativa que no conoce ni vínculos ni límites inherentes. Claro que puede ser contenida desde afuera, pero un poder impuesto nunca es el más eficaz» (17). «Este tipo de libertad entiende sus límites como barreras a la humanidad en lugar de como parte integrante de lo que somos» (19). En esta concepción se funda la idea consensual de derechos centrada en el individuo que se resume en la frase «mis derechos terminan donde comienzan los del *otro*». El *otro* aparece aquí como el límite *externo* a esa libertad indefinida, como su obstáculo. Si el eje se pone en lo común y en el sujeto, los derechos aparecen fundamentalmente como «*los derechos del otro, y míos en cuanto yo soy el otro del otro*», dado que el sujeto *no antecede* la relación con el otro sino que *se constituye* en ella. Así se rompería con la separación existente entre derechos individuales y sociales, dado que los segundos, que hoy son delegados a cumplimientos relativos o «de baja intensidad» o supeditados a razones «económicas», se transforman en condición inseparable de los primeros. Dicho de otra manera, los derechos son asignables a la gama completa de la diversidad humana o no existen en un sentido esencial para ninguno de sus miembros. La no garantía de derechos del otro degrada los míos, devienen de derecho en privilegio, o sea en un acto de violencia intrínseca. Quizás el pecado original de la idea occidental de democracia sea haber olvidado considerar qué rastros quedaron del haberse originado en una sociedad esclavista.

Con respecto al concepto de dignidad humana se abre también una doble vía: la esencialista, que se fundamenta en un concepto universal de lo humano y la que, cuestionando la idea de universalidad, plantea la diversidad de concepciones de la dignidad humana y a la vez reivindica los derechos humanos como una praxis y una idea fuerza que puede extenderse de manera emancipatoria y cosmopolita (De Souza Campos, 1998: 355). Para poder operar como una forma cosmopolita y

contrahegemónica, los derechos humanos deben ser reconceptualizados de manera intercultural y a la vez superar el enfoque relativista. La idea de universalidad antagoniza con la existencia de distintos regímenes de derechos humanos, para lo cual sería necesaria la generación de diálogos transculturales. A la idea de relativismo se contraponen la propuesta de desarrollar criterios procedimentales transculturales para distinguir entre políticas de regulación y de emancipación. Dado que todas las culturas tienen un concepto de dignidad humana y que todas son incompletas y problemáticas en esta concepción, considera necesaria una construcción transcultural.

No obstante, queda pendiente cómo se fundamenta la idea de derechos igualitarios si se rompe con el esencialismo universalista del concepto de dignidad. Sobre esto quisiéramos retomar un eje central de la teoría de Marx, el proceso de fetichización. En trabajos anteriores (Stolkiner, 2001, 2009) hemos abordado el antagonismo central de nuestra época: la tensión entre la tendencia a la «objetivación» y la tendencia a la «subjetivación». La tendencia a la objetivación condice con un rasgo estructural inherente a la forma mercantil, tal como lo desarrolla Marx al abordar el fetichismo de la mercancía en *El capital*. Se trata de ese curioso efecto estructural por el cual las relaciones sociales *aparecen* como «relaciones propias de cosas entre personas y relaciones sociales entre las cosas» (Marx, 1975: 70). Se trata de que lo que se intercambia es siempre e inevitablemente tiempo de vida. Arjun Apparudai define la «situación mercantil en la vida social de cualquier cosa como la situación en la cual su intercambiabilidad (pasada, presente o futura) por alguna otra cosa se convierte en su característica socialmente relevante» (1991: 29). Aclara que hay objetos en cuya «naturaleza» está el ser mercancías y otros (objetos o seres) que devienen tales pese a que no fueron producidos para el intercambio mercantil. En esta última categoría podríamos incluir la vida humana misma. En la extrema mercantilización de nuestra época, todo lo que tiene sentido para la vida humana, inclusive los seres humanos o sus órganos, pueden adquirir «situación mercantil», o sea, ser colocado en el lugar de «cosa», objetivado en función de la producción de ganancia. Este proceso está en el núcleo de los fenómenos de objetivación.

El fenómeno de la objetivación se extiende más allá de la intercambiabilidad concreta de cada caso para transformarse en prácticas desubjetivantes que anulan el sujeto de derecho. Por eso, lo antagónico de la objetivación es la vigencia efectiva de los derechos. El paradigma

de la objetivación, la metáfora de toda objetivación, es la anulación del sujeto en los dispositivos del terror de Estado, que se materializa en el campo de concentración. Esto establece una continuidad entre terror y mercantilización (Stolkiner y Castro, 2013).

No obstante, aún definiciones idealistas de la dignidad la identifican con la no intercambiabilidad mercantil. «Las cosas (...) tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad. Lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines. La dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía» (Tealdi, 2008: 277).

Si no definimos la dignidad de manera esencialista pero consideramos necesario mantener el concepto, debemos reconocer que su límite es el de la objetivación y que se viola la dignidad cuando aquello que se liga a la vida adquiere «condición mercantil», se subsume la vida a la ganancia de manera directa o indirecta. De manera indirecta la objetivación ligada a lo mercantil reaparece en todos los dispositivos de dominación que sostienen la apropiación de la vida y la naturaleza en aras de la acumulación.

En la bioética actual hay una corriente que plantea la inutilidad del concepto de dignidad y reivindica exclusivamente el de autonomía, entendida como libertad del individuo en la toma de decisiones (Macklin, 2003). Una posición de este tipo convalidaría, por ejemplo, que una persona elija «libremente» vender uno de sus órganos para sacar a su familia de una situación de indigencia. Por lo contrario, desde una óptica integral de derechos, la dignidad es una condición de la libertad o autonomía.

Con este antecedente, incorporaremos algunas consideraciones sobre el derecho a la salud. Al abordarlo debemos recordar que en el corazón de las prácticas en salud se corporiza el antagonismo entre objetivación y subjetivación. Este atraviesa desde la relación entre los profesionales y los pacientes hasta el papel de las poblaciones en la fijación de las políticas bajo la forma de la medicalización y/o la falta de acceso a cuidados.

LA SALUD COMO DERECHO

El debate sobre el derecho a la salud incluye autores radicalmente liberales que niegan su existencia, otros que lo reducen a un mínimo «posible» o que intentan conseguir un margen de «justicia» dentro de la lógica de libertad de mercado, asignando al Estado una función reguladora (Vélez Arango, 2010: 63-67). Como contraparte están las posiciones que pugnan por sistemas de acceso universales y por la integralidad del derecho a la salud en el marco de la determinación compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado.

Muchos de los discursos fundamentados en el neoliberalismo más radical, para el que cual el mercado era el mejor distribuidor y asignador de recursos, han sido reemplazados por otros que plantean la necesidad de evitar los excesos e «imperfecciones» del mercado de la salud y garantizar la «cobertura universal». No obstante, esa cobertura, generalmente sustentada en seguros, no necesariamente garantiza el acceso a las prestaciones necesarias en cada caso sino a algunas de ellas, diferenciadas según el «estrato» social del asegurado. En muchos casos se fija un tope de derechos mínimos indeclinables (un «mínimo decente») a los que Boaventura de Souza Campos denomina «derechos humanos de baja intensidad», que se convierten una «manifestación tardía de la reducción de las reivindicaciones emancipatorias de la modernidad occidental al bajo nivel de emancipación posibilitado o tolerado por el capitalismo mundial» (1998: 355).

El reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos. También incluye el derecho a la no-medicalización de la vida. La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud y una faceta de la biopolítica. Sucede que también está contenida en el derecho a la salud una doble faceta. Con el proceso de medicalización creciente la salud entró en el campo de la macroeconomía y el derecho a mantenerla y restaurarla se convirtió en cuestión de Estado, generando una nueva «moral del cuerpo» (Foucault, 2008: 69). Extender las prestaciones en salud sin cuestionar de alguna manera los paradigmas en que se asientan, aun haciéndolo en nombre del derecho a la salud, puede ser funcional a la medicalización y biomedicalización de la vida, y por ello también a la ampliación indefinida de los mercados generados alrededor de ello. Un ejemplo es la creciente invención de «patologías psiquiátricas» en los niños, que los

hace factibles de medicamentación cada vez más temprano y frente a las cuales se suelen constituir asociaciones que pugnan para que los tratamientos de tales «patologías» sean costeados por los Estados en nombre de los derechos (Stolkiner, 2012). En tales asociaciones suelen confluír la lícita preocupación de los padres ante un problema al cual se ha definido como una patología específica, por lo que demandan tratamientos, con los intereses de corporaciones profesionales y de la industria farmacéutica.

Las propuestas de la OMS con respecto al derecho a la salud, como suele suceder con enunciados de organismos de esta índole, reconocen diversas lecturas posibles, pero su letra aporta algunos lineamientos que avanzan con respecto a las limitaciones de las políticas focalizadas y selectivas de finales del siglo XX. En la Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establece la Observación General 14, referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (UN, 2000). En principio se aclara que el derecho a la salud no significa el derecho a estar sano sino a tener el más alto nivel de salud posible. Por ello, no solo abarca la atención oportuna, accesible, aceptable y de calidad, sino también la acción sobre los determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (OMS, 2013).

En función de ello, los Estados miembros se encuentran en la obligación no solo de respetar y proteger tal derecho sino de cumplirlo, o sea de desarrollar para ello las acciones positivas que correspondan. No obstante, como suele suceder con los derechos sociales, económicos y culturales, estos compromisos se establecen operativamente en relación a «niveles mínimos esenciales», aunque bajo condición de no regresividad, en base al principio de realización progresiva. La presencia de «niveles mínimos esenciales» abre la posibilidad de desarrollar políticas donde, bajo el enunciado de universalidad y derechos, se mantengan los criterios de selectividad existentes en las reformas promercado.

Pese al debate abierto, algunos autores reconocen que estas normativas internacionales han producido un importante avance al desplazar a los derechos humanos de un lugar exclusivo de discurso ético y moral

al de fundamento de propuestas para la formulación de políticas, la construcción de herramientas concretas de gestión y el desarrollo de modelos de atención que permitan cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud (Ase y Buriyovich, 2009: 28-29).

La tensión es considerable teniendo en cuenta que el campo de la atención en salud tiene actores poderosos a nivel global como el complejo médico-industrial y las aseguradoras, y también actores corporativos a nivel de países, con fuerte peso en la fijación de políticas.

EL DERECHO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Los derechos humanos integraron el discurso político del bloque capitalista durante la organización bipolar de la posguerra. Este impuso una doble moral dado que, por ejemplo, fueron violados en la represión de los movimientos anticoloniales por países que se proclamaban defensores de la democracia y sus derechos. Al considerarlos parte del discurso de poder de los países capitalistas hegemónicos, no fueron adoptados explícitamente por los movimientos emancipatorios de los años sesenta y setenta.

La crisis capitalista de mediados de los setenta inauguró el período de endeudamiento e implementación de políticas neoliberales en la región. El modelo de salida requería de sociedades desmovilizadas y en la mayoría de los países de América Latina se logró por golpes militares que impusieron el terror de Estado. Como respuesta surgieron movimientos cuyos objetivos eran denunciar las acciones del Estado terrorista y concitar la solidaridad internacional con las víctimas. Posteriormente se abocaron a reclamar memoria y justicia. En ellos, los derechos humanos se convirtieron en una potente herramienta reivindicativa y aglutinadora.

También, frente al daño y la exclusión producidos por las políticas neoliberales se gestaron movimientos sociales diversos (locales y globales), cuya riqueza es su diversidad y cuyo riesgo es el encasillamiento en reivindicaciones específicas, si no tienden redes hacia propuestas políticas dirigidas a la integralidad.

La aplicación de los postulados del Consenso de Washington se acompañó por reformas de los sistemas de salud y seguridad social promovidas por organismos financieros internacionales. El objetivo de

mercantilización extrema de la salud requirió de un borramiento de la idea de derechos sociales y, por derivación, de derechos humanos.

En el documento del Banco Mundial (1993) que orientó la mayoría de las reformas neoliberales no se menciona el derecho a la salud. Es notable que cuando construyeron el estadígrafo AVAD para «no tener que asignar valor monetario a la vida humana» y poder ponderar la relación costo-efectividad a fin de seleccionar las acciones de salud garantizables, reconocen haber fundamentado sus decisiones en elementos ético-valorativos, entre ellas el valor relativo de cada año de vida y «las ponderaciones de discapacidad utilizadas para convertir la vida afectada por un caso de discapacidad a una medida común con la muerte prematura» (Banco Mundial, 1993: 93), o sea, equivaler un discapacitado a un muerto. Dado que la herramienta sirvió para legitimar y naturalizar la negación del acceso a servicios indispensables para la sobrevivencia a personas que no pudieran comprarlos (por ejemplo, quimioterapias en cánceres de alta letalidad, terapias intensivas neonatales o cirugías cardíacas en países de ingresos bajos) (Banco Mundial, 1993: 119), cabe preguntarse si subyace allí un supuesto equivalente al de «vidas que no merecen ser vividas» (*Lebensunwertes Leben*) del nazismo.

No obstante, como muestra que no hay linealidades ni determinaciones absolutas, en Brasil y con el impulso del movimiento de salud colectiva, se estableció la salud como derecho constitucional y se fundó el SUS, un sistema de salud que aspira a prestaciones universales y gratuitas.

El escenario de las primeras décadas del siglo XXI es altamente complejo. En el mundo, el estado de guerra constante ha llevado la lógica del «estado de excepción» a un nivel global bajo la forma de la «guerra» contra «el terrorismo» y/o el narcotráfico, tensionando la vigencia de la idea misma de derechos, simultáneamente hay una expansión de la idea y de la construcción jurídica de derechos, aspirando a compromisos estatales y visibilizando sus violaciones.

En América Latina coexisten gobiernos innovadores que reconocen derechos de sectores largamente excluidos, otros económicamente heterodoxos o neokeynesianos y los que mantienen políticas económicamente ortodoxas. Hay también un nuevo realineamiento geopolítico que se manifiesta en organismos económicos y políticos (Mercosur, ALBA, UNASUR) y en la mayoría de los países hubo un ciclo económico de crecimiento, que en muchos se acompañó de una disminución de la pobreza.

En Bolivia y Ecuador las nuevas constituciones incluyeron una categoría de innegable riqueza y construcción multicultural: «el buen vivir» o «*sumak kawsay*» (en quichua). Se trata de una innovación en el campo de las representaciones de derechos que algunos consideran un nuevo paradigma jurídico y que innegablemente contiene una representación distinta del sujeto. Pone en primer lugar la armonía y la solidaridad por sobre la acumulación, la competencia y el mercado. Se incluye, además, la innovación de incorporar derechos de la naturaleza. En este período, sin embargo, ha persistido la fragmentación y segmentación de sus sistemas de salud, y su transformación aparece como dificultosa aun en gobiernos que se plantean políticas tendientes a incorporar en el campo de los derechos a poblaciones excluidas por pobreza o diversidad.

La revisión crítica de los efectos negativos, de las reformas promercado de finales del siglo pasado y la deslegitimación de sus discursos, ha promovido un remozamiento de las propuestas hechas desde organismos como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo, dando lugar a la «segunda reforma del Estado» que le reconoce, a diferencia de la anterior, un rol regulador y la necesidad de que instrumente políticas sociales para mitigar las situaciones de pobreza. No obstante, no se trata del retorno a alguna forma de Estado de bienestar; su objetivo «sería resolver la cuestión de legitimidad del 'nuevo orden social', o sea, la profunda reorganización de la sociedad sobre la base del proyecto neoliberal» (Laurell, 2010: 80). En salud se proponen políticas que enuncian la universalidad y derechos, propugnando una «cobertura universal» basada en formas diversas de aseguramiento que no necesariamente garantizan el acceso igualitario según necesidades, manteniendo la propuesta de servicios esenciales y articulando lo público con lo privado. Es por ello que «un discurso contrahegemónico que solo invoca el derecho a la salud y la obligación del Estado de garantizarlo junto con la defensa de las instituciones públicas es actualmente insuficiente» (Laurell, 2010: 86). Se requiere de una revisión crítica constante de los discursos y es necesario que el debate y la acción empoderen actores y movimientos que construyan prácticas contrahegemónicas.

América Latina cuenta, como herramienta, con una producción original de pensamiento y prácticas en salud colectiva y medicina social (Stolkiner y Ardila, 2012). Con ellas debemos enfrentar el desafío de garantizar el derecho a la salud sin que al hacerlo se reproduzca el

núcleo mercantilizante y objetivante del proceso de medicalización. También debemos tender a su incorporación, indispensable en una política de integralidad de garantía de derechos.

Se trata de un doble desafío porque implica cambios político-sociales y económicos generales y, a la vez, requiere de transformaciones en un campo específico que tiene actores y resistencias propias, y ancla en representaciones hegemónicas en la sociedad. Frente a ello, el esfuerzo es promover una praxis que despliegue la potencialidad de construir y ejecutar nuevas formas de abordar colectiva y solidariamente los procesos de salud-enfermedad-cuidado.

La medicina social latinoamericana como praxis establece una articulación profunda con las praxis de derechos humanos emancipatorias. Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación. Esto va desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, Giogio (2003), *Estado de excepción*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Apparudai, Arjun (1991), *La vida social de las cosas-perspectiva cultural de las mercancías*. México: Grijalbo.
- Ase, Ivan y Buriyovich, Jacinta (2009), «La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?». En *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Vol. 5, No. 1, 27-47, enero-abril.
- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Calveiro, Pilar (2012), *Violencias de Estado. La guerra antiterrorista y la guerra contra el crimen como medios de control global*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Deppe, Hans Ulrich (2007), «Commercialisation or Solidarity? The fundamental Orientation of Health Policy». En *Health Policy in Europe: Contemporary dilemmas and challenges*, compilado por Alexis Bennos, Hans Ulrich Deppe y John Lister, 3-16. Londres: IAHPE.
- De Souza Santos, Boaventura (1995), *Toward a new Common Sense. Law, Science and Politics in the Paradigmatic Transition*. London-New York: Routledge.
- (1998), «Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos». En *De la mano de Alicia. Lo social y lo político en la posmodernidad*, 345-352. Bogotá: Ediciones Uniandes, Siglo del Hombre Editores.
- Duhalde, Eduardo Luis (1983), *El Estado terrorista argentino*. Buenos Aires: Ediciones Desde Abajo.
- Eagleton, Terry (2007), *Terror sagrado. La cultura del terror en la historia*. España: Editorial Complutense.
- Foucault, Michel (2007), *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2008), «La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina». En *La vida de los hombres infames*, 67-84. Buenos Aires: Altamira.
- Gallardo, Helio (2009), *Derechos humanos como movimiento social*. Colombia: Ediciones Desde Abajo.
- Laurell, Asa Cristina (2010), «Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina». En *Medicina Social*, Vol. 5, No. 1, 79-89, marzo. Disponible en www.medicinasocial.info
- Macklin, Ruth (2003), «Dignity is a useless concept: It means no more than respect for persons or their autonomy». En *British Medical Journal*, No. 327, 1.419-1.420.
- Marx, Karl (1975), *El capital. Crítica de la economía política*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Naciones Unidas (UN) (2000), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. Ginebra: CESCR (E/C.12/2000/4).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), Derecho a la salud. Nota Descriptiva No. 323, noviembre. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Quiroz Acosta, Enrique (2005), *Teoría de la Constitución*. México: Porrúa.
- Raffin, Marcelo (2006), *La experiencia del horror: subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur*. Buenos Aires: Editores del Puerto.
- Stolkiner, Alicia y Castro, Dardo (en prensa) (2013), «Subjetividad, terror y derechos humanos: la experiencia argentina». En *Samblajes de cultura y sociedad*, coordinado por Leticia Cufre Marchetto, Norma E. García Meza y Edgar García Valencia. México: Universidad Veracruzana.
- (2012), *Infancia y medicalización en la era de la «salud perfecta»*. Propuesta Educativa N° 37, FLACSO, Año 21, Junio, Vol. 1, 28-38.
- y Ardila, Sara (2012), «Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanos». En *Rev. Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. 23, 57-67.
- y Garbus, Pamela (2009), «Derechos humanos y salud mental». En *Salud mental y psicoanálisis*, compilado por J.C. Fantin y Pablo Fridman, 171-187. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- (2009), «Consecuencias actuales del terrorismo de Estado. Nuevos debates y desafíos teóricos». En *Acompañamiento a testigos y querellantes en el marco de los juicios contra el terrorismo de Estado. Estrategias de intervención*, 36-40. Buenos Aires: Colección Derechos Humanos para Todos. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.
- (2001), «Antagonismo y violencia en las formas institucionales». En *Pensando la institución*, compilado por Cecilia Moise-Rosa y Mirta Goldstein, 125-134. Buenos Aires: El Escriba.
- Tealdi, Juan Carlos (director) (2008), *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO-Universidad Nacional de Colombia. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>
- Vélez, Alba Lucía (2010), «La protección de la salud en la filosofía liberal». En *Rev. Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 25, No. 1, enero-junio. Disponible en [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_5.pdf)

LA CRISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD: PARADIGMAS Y PROPOSICIONES ALTERNATIVAS

Jaime Llambías Wolff

RESUMEN

El acelerado incremento de los costos de la atención curativa como resultado de las transiciones demográficas y epidemiológicas y el aumento de la desigualdad en el acceso a los servicios, está impactando críticamente sobre los sistemas de salud. Frente a ello las respuestas a las reformas en el área se orientan a mejorar los procesos de gestión, a obtener una mejor eficiencia en la administración de los servicios curativos y a equilibrar la gestión financiera. En dicho contexto se ha mantenido hasta ahora y de manera hegemónica el predominio de un modelo de sistema de salud sustentado en una visión biomédica de la salud, apoyado con una infraestructura hospitalaria de alto costo y con un marcado énfasis en el uso y desarrollo de la tecnología de punta y la farmacología. Los sistemas de salud requieren encontrar respuestas originales y un cambio de paradigma frente a los desafíos del siglo XXI. Este trabajo intenta ofrecer un debate crítico sobre estos temas, con el propósito de explorar y de imaginar el potencial de respuestas alternativas en el campo de la salud.

Palabras clave: crisis de sistemas de salud, modelo biomédico, alternativas en salud, políticas de salud, paradigmas y reformas en salud.

INTRODUCCIÓN. EL DIAGNÓSTICO

Hace algunas décadas, se tenía la certeza de que a fines del siglo XX la medicina y la ciencia iban a erradicar exitosamente las enfermedades infecciosas, que los antibióticos terminarían por ganarle la guerra a las bacterias invasoras y que las vacunas iban a controlar de una vez por todas las enfermedades virales. Sin embargo, la realidad es muy distinta: la emergencia y la reemergencia de enfermedades infecciosas, junto a la concomitante amenaza pandémica, demuestran que estamos bastante lejos de ganar la batalla a los microorganismos y sus constantes mutaciones.

También se pensó que el desarrollo económico y social, sumado al rápido avance en las especialidades médicas, permitiría un enorme salto en la salud de la población, en particular en los países económicamente desarrollados. Hoy, en el nuevo milenio, siguen presentes los problemas de calidad de vida, las «enfermedades de la pobreza» y las «enfermedades de la civilización o de la riqueza», es decir las enfermedades crónicas, esencialmente antropogénicas. Junto a ello y ya desde hace varias décadas, vivimos la constante amenaza global de las enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes, como el SIDA, SARS, ébola, etcétera. Observamos, sin embargo, un hecho paradójico: los costos exorbitantes de la medicina moderna, la excesiva especialización, el avance de la tecnología y la amplia invasión del mercado farmacéutico, aún no logran resolver el 90% de los retos en salud (Llambías-Wolff, 2103: 372-374).

Cada año las enfermedades crónicas causan cerca de 30 millones de muertes en todo el mundo. Sin embargo y a pesar de la creciente reacción ante tamaña evidencia, la respuesta mundial al problema sigue siendo insuficiente (Yach *et al.*, 2004: 2.616). Un inmenso arsenal contra las enfermedades y las causas de la morbilidad y de mortalidad, sumado a una increíble cantidad de gastos para absorber los costos de la atención médica, no logran aún contener lo que otrora se creyó científicamente posible y económicamente viable.

Por otro lado, los avances de la ciencia, la robótica, la informática, las biotecnologías y el extraordinario avance de las comunicaciones, no solo están cambiando al mundo, sino que también a nosotros como parte y en interacción con él. Sus consecuencias son notables en la biotecnología, las manipulaciones genéticas, la fertilización *in vitro*, el aborto, el derecho a la muerte, la eutanasia, los efectos secundarios

de las drogas, los trasplantes de órganos, etcétera. El desarrollo de la tecnología médica y sus éxitos notables en el campo de la medicina, contienen, sin embargo, un sólido trasfondo ideológico y un importante valor mercantil. La dependencia del individuo se acrecienta frente a las máquinas, los laboratorios y las drogas, mientras el complejo médico-industrial sigue siendo el que otorga una de las más altas rentabilidades al capital (Llambías-Wolff, 2014:197-198).

Actualmente son pocas las naciones que pueden ignorar los críticos desafíos que significa garantizar servicios médicos y de salud; un acceso efectivo y equitativo de la población a la infraestructura hospitalaria o de centros médicos; el uso, monitoreo y control de la tecnología médica o la necesidad de implementar enfoques multidisciplinarios e intersectoriales en las políticas de salud. Las crisis fiscales, las transiciones demográficas y epidemiológicas, las amenazas pandémicas, la inequidad, la inflación técnico-médica y una creciente demanda de calidad y cantidad de servicios de salud por parte de la sociedad civil, son particularmente delicadas para el futuro de los sistemas de salud (Fox, 1994; Kaufman, 1993; Carlson, 1978; Cassels, 1995).

Es por ello que las sociedades deben hacer frente a una serie de dificultades tales como: la insuficiente cobertura de los servicios; la escasez de profesionales de excelencia; los largos tiempos de espera para las poblaciones de menores ingresos; los limitados presupuestos públicos en salud; las desigualdades socioeconómicas; la falta de regulaciones para las compañías privadas de seguros de salud; las infecciones intrahospitalarias; el impacto de los errores en procedimientos médicos, mediáticamente silenciados; las dificultades para acceder a la atención de un especialista en zonas geográficas aisladas; la falta de «médicos de familia» o médicos generalistas; la hiperespecialización y la pérdida de humanismo en la relación médico-paciente; la falta de información; la dependencia farmacológica; las enormes listas de espera de cirugía programada, etcétera (Ver Blendon, RJ *et al.*, 2003).

Esta crisis mundial, que afecta tanto al sector privado como a los sistemas de salud públicos (Crawford, 1981; Huebner, 1993; McKeown, 1981; Illich, 1975; Renaud, 1977; Powless, 1973; Rossman y Zola, 1981), ha sido profusamente documentada por alrededor de tres décadas. Debido a las evidentes limitaciones de un paradigma centrado en el aspecto curativo (Bozzini *et al.*, 1981; Capra, 1982; Turner, 1987; Lupton, 1994), ni la aparición de un sofisticado sector médico privado, ni la sola recuperación de un limitado sistema público de salud

pueden responder con eficacia a estos urgentes desafíos, ya que ambos se mueven al interior del mismo paradigma biomédico dominante.

Los nuevos enfoques de las políticas públicas en salud tienen la intención de introducir reformas para hacer frente a esta crisis continua y creciente, pero el impacto positivo que han conseguido ha sido muy limitado ya que todavía se centran en la gestión financiera o en variables organizacionales que apuntan exclusivamente a la eficacia, la eficiencia, la productividad o la reducción de costos y gastos, sin cuestionarse las razones o las causas que han llevado al encarecimiento de los servicios médicos y de salud. Es cierto que la voluntad racionalizadora puede ser necesaria y que el encarecimiento se debe, entre otras causas, a una tecnologización cada vez más pronunciada, pero este diagnóstico no hace sino testimoniar una realidad que no asocia estos factores causales al porqué de ellos, menos a cómo neutralizarlos desde otra perspectiva o visión.

Para solo mencionar algunos ejemplos recientes tenemos el caso de Rusia, que ha pasado de un sistema socialista¹ a uno de medicina de mercado buscando así mejorar la eficiencia y la calidad de sus servicios (Tragakes y Lessof, 2007). Estas reformas al otrora centralizado sistema de salud de la era soviética han permitido reducir el financiamiento público, pero no han cambiado un sistema hospitalario y deficiente que sufre actualmente de un efecto dominó. Como principal argumento puede esgrimirse que el aumento de la brecha de desigualdad en el territorio ha sido consecuencia de la falta de financiamiento público.

En Canadá, varias reformas y comisiones han destinado su labor, a través de los años, principalmente a la reducción de gastos, el mejoramiento de la eficiencia, la integración de los servicios y la transferencia de costos, la instalación de un enfoque descentralizado, el cambio en la agenda de prioridades, la reestructuración del sistema hospitalario y la racionalización en la toma de decisiones. Sin embargo, pese a la envergadura de los desafíos, la mayoría de los informes llegaron a la conclusión de que los determinantes sociales como la renta, la estabilidad laboral, el acceso a la vivienda y educación, entre otros, son esenciales para lograr soluciones a largo plazo.

En el caso de los Estados Unidos, investigadores de todo el mundo coinciden sobre la ineficiencia del sistema de atención de salud curativa. El modelo de este país es el más costoso y tecnológicamente avanzado

¹ La Unión Soviética fue el primer país que tuvo como política garantizar una amplia gama de servicios médicos gratuitos a toda su población.

del mundo, sin embargo sus resultados son comparables y muchas veces peores a los de países con bastante menor gasto en salud (Blendon *et al.*, 2003: 297). El complejo médico-industrial y de servicios, junto a la industria farmacéutica, controlan el sistema y presionan para evitar cambios que pudieran alterar un modelo que hace de la atención médica un muy rentable negocio.

La situación de los países latinoamericanos no ha sido muy diferente a lo ya expuesto. Chile fue un país considerado pionero en términos de política social hasta el año 1973, donde se desarrolló un sistema universal de bienestar (Racynski, 1994 y Castiglioni, 2001). La mayoría de la población de aquel entonces estaba cubierta por el sistema público, con un 65% de habitantes beneficiados a través del sistema de atención gratuito en el marco del Servicio Nacional de Salud, un 20% acogido por los Servicios Médicos para los Empleados (SERMENA) y el 5% restante en las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas. Solo un 10% de la población debía cancelar los derechos de atención en salud curativa. El financiamiento de la atención pública tenía su apoyo en las contribuciones del Estado, las donaciones y los fondos de pensión para trabajadores y empleados. Después del golpe militar de 1973, la situación cambió drásticamente, dada la imposición de un enfoque liberal de mercado en el sistema de atención médica, con las consiguientes transformaciones en el sistema de bienestar social. Todo esto condujo a un acelerado proceso de privatización y de fortalecimiento de un enfoque mercantil en salud. La crisis, como bien sabemos, está lejos de ser resuelta; por el contrario, se ha incrementado altamente el número de pacientes que se han convertido en meros consumidores de medicina, productos farmacéuticos y tratamientos médicos, con una limitada capacidad de pago y una alta tasa de endeudamiento.

Cuba, cuyo sistema de salud goza de amplio reconocimiento dado el alcance de notables resultados en los indicadores de salud, en la calidad de la atención, en la cobertura en la atención médica y en la efectividad de la prevención, es un ejemplo de un sistema de salud socializado que ha tenido éxito. Por otro lado, naciones industrializadas como Japón, Francia, Alemania, Reino Unido, Suiza, Taiwán, Suecia o Noruega, que poseen diferentes sistemas de salud, también han sabido responder adecuadamente a las necesidades de su población. Sin buscar modelos exclusivamente públicos han implementado modelos mixtos, con mayor o menor presencia del sector privado, alterando definitivamente la ecuación salud-mercado.

Una arista del impacto se hace patente a través de la estructura, el funcionamiento de los sistemas y sus efectos sobre el acceso a los servicios curativos (Chapman, 2009: 97). Ya sea con sistemas de carácter socializado, como Canadá y los países nórdicos, o en los sistemas con mayor énfasis en la atención a través de seguros privados, como en parte de Europa occidental y algunos países asiáticos, ambos han logrado el equilibrio necesario para responder adecuadamente a uno de los principios de la constitución de la Organización Mundial de la Salud: los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por el estado de salud de sus pueblos, objetivo que solo puede ser logrado mediante la correcta adopción de medidas sociales sanitarias².

La manera en que se gestiona la atención en salud plantea así un debate acerca de dos dilemas recurrentes: el primero es de orden político-económico, relacionado con la gestión y el financiamiento de la organización de los servicios curativos y sanitarios; el segundo es de naturaleza epistemológica y conceptual, que implica los principios básicos que orientan las políticas de salud. Ambos debates se interrelacionan y enfrentan a las transiciones epidemiológicas y demográficas, la crisis fiscal del Estado y una economía globalizada que inserta los servicios de salud curativos en el modelo de mercado.

El paradigma actual en salud no puede permanecer inmutable frente a los cambios y debe adaptarse urgentemente a la nueva realidad mundial. La liberalización de la economía de mercado ha conducido a una fuerte privatización y a, como bien se ha dicho, una cada vez más profunda concepción mercantil de los servicios de salud. Las bases políticas, económicas e ideológicas de este modelo continúan siendo la retirada parcial del Estado, la formación de un poderoso mercado para el sector privado y el crecimiento de una estructura que reproduce la autonomía y rentabilidad del sector privado de salud. Incluso ciertos enfoques instrumentalizan interesantemente los necesarios cambios a los estilos de vida, para reducir los factores agravantes de las enfermedades crónicas, con una reducción del papel del Estado, buscando personalizar las soluciones o, como lo planteaba Crawford (1981), «victimizar a los pacientes», en vez de políticas públicas y de salud que estimulen los cambios en la calidad de vida, como impuestos a la comida chatarra, reducción en azúcares y sales, incrementos el ejercicio físico en la población, minimizar el uso del automóvil, extender los

² <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>

espacios públicos verdes, reducir la contaminación, descongestionar las ciudades, flexibilizar y reorganizar los horarios de trabajo, etcétera.

En este contexto y frente a la incapacidad fiscal de asumir todos los costos de las prestaciones, es prácticamente imposible imaginar un retorno al Estado de bienestar tradicional. Por otra parte, también es socialmente contraproducente profundizar aún más los procesos de privatización, dado su conocido impacto sobre los estratos económicos más bajos y de alta vulnerabilidad. Las alternativas al modelo biomédico dominante requieren ir más allá de un mero revisionismo del modelo de Estado de bienestar y de la reingeniería de los servicios curativos (eficiencia, productividad y calidad), pues siempre subyacen bajo el paradigma biomédico dominante que está alterando la noción misma de lo que es preservar y mejorar la salud.

Resulta por tanto indispensable comprender que la crisis y la reorganización de los sistemas de servicios de salud necesitan de un análisis teórico que supere dos grandes limitantes paradigmáticas, ante los cuales se ve enfrentado el hegemónico modelo curativo: a) las interpretaciones mecanicistas ligadas a la biomedicina y al racionalismo científico, y b) las concepciones reduccionistas y lineales del desarrollo y de la modernidad. Ambas limitantes tienen consecuencias cruciales sobre las definiciones, las estrategias y las políticas de salud para el futuro de nuestras sociedades.

Ante tal escenario es necesario proponer una reflexión que vaya más allá de la medicina, e incluso más allá de una concepción tradicional de la salud, que permita debatir el futuro que ya se está construyendo en este siglo XXI y que nos lleve a repensar y a redefinir nuestras propias prácticas y postulados epistemológicos, los cuales parecen no facilitar la comprensión de los problemas de un mundo cada vez más interdependiente, globalizado y homogeneizado.

Según lo indicado por Jones, nuestro desafío será el de «abordar las cuestiones éticas y sociales que acompañan a los avances médicos con el mismo rigor que se aplican los retos científicos a sí mismos» (2010: 53). No solo se trata de cuestionar el paradigma biomédico en su rol hegemónico, sino que también se incluye el cuestionamiento de la división social del trabajo, las políticas sobre medio ambiente, las características mismas de la modernidad, el ideario surgido del concepto de desarrollo, la primacía epistemológica del racionalismo científico y tantos otros constructos que, cada vez más, son puestos en tela de

juicio por aquellos que piensan y ejercen labores en torno a la salud (Bozzini, Renaud, Gaucher & Llambías-Wolff, 1981).

Los límites del acceso a los servicios de salud curativos y la incapacidad fiscal para resolver las esperanzas de una salud universal y sin discriminación como un derecho humano, catapultan el debate sobre lo que es una «buena» sociedad. Los derechos cívicos y humanos, la educación, la participación, el empoderamiento, la democracia y la justicia social son las demandas globales de una sociedad más conciente y reivindicadora. El indicador de salud de un pueblo se torna cada vez más el reflejo del nivel de equidad de cada sociedad. Los indicadores de salud van más allá de la ausencia de enfermedad e incluyen los distintos elementos que tienen relación con la calidad de vida. La crisis de los sistemas de salud se enmarca así en una reconceptualización mucho más profunda de la salud, que incluye sus dimensiones culturales, filosóficas, éticas y valóricas. Los retos consisten en la capacidad para promover cambios paradigmáticos que logren poner en práctica políticas en torno a un nuevo concepto de la salud que sea parte integral del desarrollo económico y social, convirtiéndola en un verdadero valor ético de la modernidad.

Para efectos de un análisis más exhaustivo, estas preocupaciones críticas se han organizado en cuatro categorías:

1. Problemas epistemológicos: la construcción social de las enfermedades, la revisión de la noción de salud, los enfoques pluralistas y transdisciplinarios y la necesidad de un cambio de paradigma.
2. Ciencia y conocimiento: el debate sobre la eficacia en la medicina, sus limitaciones y definiciones científicas, además de una adecuada normativa que regule y promueva el uso de opciones alternativas.
3. Las relaciones de poder y la economía política: el poder y las formas ideológicas con sus prácticas y políticas de salud.
4. Enfoques alternativos y sus consecuencias prácticas: las prácticas holísticas y el «regreso al futuro» en torno a los determinantes sociales de la salud.

I. CUESTIONES EPISTEMOLÓGICAS

Las limitaciones del modelo biomédico parecen ser uno de los principales obstáculos para superar la crisis de salud en sí misma (Capra, 1982; Engel, 2002; Wade y Halligan, 2004). En la intención de redescubrir y visitar los pensamientos, opiniones y experiencias de aprendizaje de los siglos XVIII y XIX, emerge un renovado interés por centrarse en los determinantes sociales mediante un enfoque que integre factores subjetivos, que reformule el rol de los individuos y que destaque la importancia interrelacionada de la política, la economía y de la filosofía en el campo de la salud.

Lamentablemente, pese a haber transcurrido un buen tiempo desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara que salud no es simplemente la «ausencia de enfermedad», la medicina moderna sigue teniendo como eje principal el combate a las enfermedades. Ello es parte fundamental del rol de la medicina, pero esta no es la única ni la más importante respuesta frente a la salud. Las transiciones demográficas y epidemiológicas, junto con los crecientes costos de las tecnologías médicas, las crisis fiscales de los Estados de bienestar, así como el enfoque empresarial en el sector de servicios hospitalarios, están obligando a los teóricos a deconstruir la noción hegemónica del concepto salud-enfermedad.

Como resultado de ello el debate se centra cada vez con mayor énfasis en la necesidad de un cambio de paradigma. Por otro lado es también interesante constatar que la satisfacción de las necesidades de los pacientes es otro indicador, entendiendo que la humanización de la atención médica y curativa es parte de la reconstrucción del modelo dominante (Costa *et al.*, 2008). Este proceso de humanización (Goldberg, 2008) permite una evaluación más subjetiva, enriqueciendo la relación médico-paciente. También se aprecia que las sociedades y los gobiernos reconocen cada vez más la importancia de la ética y de la «dimensión social de la salud» (Raphael, 2006; Marmot, 2005; Bolaria y Bolaria, 2002).

Por tanto, reconocer en términos teóricos el potencial de puntos de vista innovadores implica dar espacio a una cosmovisión transdisciplinaria, desplazada por la especialización y por el tecnicismo, pero que aparece cada vez más importante como referente. La reconstrucción del enfoque pluralista de un paradigma de salud en lugar de una «hiperdisciplina» es crucial, ya que «propone un diálogo entre las ciencias, las

artes, la literatura [y] la experiencia humana» (Alvarenga, Sommerman y Alvarez, 2005). En primer lugar, los problemas de la complejidad y de la lógica de las realidades se deben abordar y no ignorar. El estudio de estas complejidades allana el camino para responder preguntas sobre qué tan profundamente arraigado en la sociedad moderna está el paradigma biomédico, e identificar así el potencial para cambios.

Son muchas las consideraciones e interrogantes que pueden contribuir al proceso de repensar la salud, en un esfuerzo para explorar cambios paradigmáticos que permitan ofrecer soluciones a largo plazo: ¿podrán los métodos alternativos servir como puente para alcanzar la salud y el bienestar?, ¿pueden dos sistemas de valores en torno a la salud, coexistir?, ¿cómo se puede inducir una transición de pensamiento hacia la redefinición de salud, con un enfoque más holístico e integral del ser, que vaya más allá de reconocer la mera ausencia de enfermedad?, ¿podrá el enfoque pluralista o inter-transdisciplinario ser la vía adecuada para el desarrollo de un nuevo paradigma de la salud?, ¿cómo se puede generar conciencia sobre la necesidad de la reflexión interdisciplinaria?, ¿cómo pueden integrarse los aspectos éticos y de justicia social en las prácticas actuales?

2. CIENCIA Y EL CONOCIMIENTO

Es a través de las limitaciones de la medicina que ha comenzado a desarrollarse la crítica sobre el modelo biomédico (Wayland, 2004). Las raíces sociohistóricas de la biomedicina han tenido un impacto crucial en todo el mundo, siendo un hecho que la demanda biomédica no deja de incrementar su presión sobre la asignación y disponibilidad de recursos financieros.

Debido a la insuficiente capacidad para responder de forma eficaz a las problemáticas de las enfermedades de la civilización, las nuevas visiones emergentes son entonces proposiciones críticas contra al paradigma dominante de la medicina, que desde la perspectiva científica sigue siendo monolítica (Hollenberg y Muzzin, 2010) y excluyente y que parece ignorar lo que se encuentra más allá de sus propias fronteras epistemológicas (Alvarange, Sommerman y Alvarez, 2005). Sin embargo, las opciones alternativas que subrayan las restricciones y las «deficiencias» de la biomedicina, no logran aún ofrecer una visión unificadora frente a la ideología dominante. Desde la perspectiva de la ciencia y del conocimiento es a través de la investigación

que la integración de las modalidades alternativas, seguida por la reforma de las políticas públicas, pueda ir surgiendo. Según Plack (2005), la posibilidad de un cambio completo de paradigma se basa en la investigación, ya que esta labor es la única que le otorga asidero y proyección real a la necesidad de transformación del *statu quo*. Plack (2005) asegura que es crucial incluir las opiniones de los investigadores, políticos, funcionarios gubernamentales e instituciones afines, así como a los grupos de interés, quienes deben participar en el proceso de toma de decisiones frente a cambios y reformas. Es de esta forma que la investigación en salud debe incluir los aportes que vienen tanto de la biología, la psicología, así como también de la ecología y las ciencias sociales (Longino, 1998).

Aunque la investigación actual en salud se está expandiendo hacia los enfoques inter y transdisciplinarios, la construcción de modelos alternativos en salud está también y en gran medida dificultada por las propias limitantes de la investigación científica, centrada en el marco teórico biomédico (Kaptchuck y Miller, 2005). Es por ello que la investigación debe promover perspectivas colectivas e incluir también la acción comunitaria dirigida a informar sobre la práctica basada en la evidencia, la acción social (Dankwa-Mullan *et al.*, 2010), que permita cuestionamientos y una reflexión innovadora.

Las interrogantes que podrían contribuir a esta reflexión sobre la ciencia y el conocimiento en búsqueda de alternativas no son menores. Surgen así preguntas tales como: ¿cómo medir la calidad de vida?, ¿cómo evaluamos la incorporación de variables tales como los buenos hábitos de vida en la reducción de enfermedades?, ¿cómo se objetiviza la participación de la comunidad en la prevención?, ¿cómo podemos articular las variables sobre la participación de las personas como sujetos activos de salud y no solo como pasivos pacientes posefermedad?, ¿cómo podemos evaluar la eficacia de los métodos y prácticas alternativas?

3. LAS RELACIONES DE PODER Y LA ECONOMÍA POLÍTICA

Las reformas y los cambios en el área de la salud son el resultado normativo del proceso político expresado en negociaciones entre una amplia red de actores políticos, sociales y económicos, insertos en las realidades y estructuras sociopolíticas y económicas de las sociedades. Los cambios a los sistemas de salud deben evaluarse o imaginarse a la luz de la interacción y la dinámica de estos factores políticos, sociales y

económicos. Las reformas en el área salud deben también ser entendidas en función de la interacción de los diversos objetivos que persiguen los grupos de interés; en donde los actores no son individuos aislados, sino que están insertos en complejas redes sociales, económicas y políticas.

Remontándonos al surgimiento del concepto del Estado de bienestar social, es a fines de la Segunda Guerra Mundial cuando los países capitalistas más desarrollados adoptaron como doctrina los postulados del Informe Beveridge, junto a las políticas económicas keynesianas. Es necesario recordar que W. Beveridge, al intentar hacer frente a las circunstancias de la guerra, trató de mermar la brecha de desigualdad de las sociedades ideando bases para un sistema de seguridad social y de subsidios gubernamentales.

Haciendo un salto histórico, las reformas liberales y neoliberales actuales han ido, durante el transcurso de los años, cambiando la relación entre el Estado y la sociedad, ya sea mediante la sustitución de la lógica política de un Estado solidario (Fleury, 2000), por los principios del mercado o a través de desregulaciones y mecanismos mercantiles en un área de gran sensibilidad y que debiera estar ajena de los movimientos del mercado. Las instituciones financieras internacionales han influenciado en forma crucial las políticas sociales, particularmente en las áreas de los programas de salud y de pensiones. Dentro de este contexto y por defecto, el Estado sigue siendo responsable de la población más vulnerable de la sociedad, lo que generalmente significa un acceso restringido a la atención en salud (Berlinguer, 1999). De acuerdo con Hart (2004), la situación no deja de ser complicada y pareciera que la acción política en salud estuviese orientada en tantas direcciones como intereses existan. Ante esta problemática siempre aparece como recurrente el debate de lo público versus lo privado, para determinar qué es lo óptimo para ofrecer servicios curativos eficaces. Pareciera ser que la falta de voluntad política para mitigar la crisis de los sistemas de salud sigue directa o indirectamente entendiendo las reformas a través de mecanismos de ingeniería organizacional o financiera.

La importancia de los determinantes sociales de la salud y la humanización de la atención curativa implican la valoración del derecho a la salud como un derecho humano. Es por ello que el derecho a la salud ya se encuentra codificado en varios instrumentos jurídicos internacionales como la Carta Social Europea, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Chapman, 2009: 99, 101). Es también por similares razones que la propia constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca como principio fundamental la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Se señala además que el disfrute del grado máximo de salud que sea posible alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición socioeconómica³.

A pesar de la primacía del enfoque biomédico dominante, comienza a surgir un cambio a través de un lenta legitimación, promoción e integración de enfoques y opciones alternativas. Hay quienes esgrimen que su interés se encuentra en los estratos sociales más acomodados, con un mayor poder adquisitivo, los cuales, por ende, tienen más posibilidades de acceder a estos tratamientos de salud menos masivos y, por lo general, más costosos. Sin embargo los gobiernos también pueden ser promotores de cambios para reimaginar las políticas de salud y para descongestionar la creciente demanda en el sistema público. Esta transición hacia un cambio de paradigma requiere del empoderamiento y la participación ciudadana que debe instalarse en el centro mismo de la sociedad, para que las personas puedan tener una mayor capacidad de decisión, tomar mayor control sobre sus propias vidas y apropiarse de formas, vías y métodos más innovadores y sostenibles para su propia salud.

4. ALTERNATIVAS: OPCIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Las opciones alternativas al modelo biomédico dominante obligan a repensar los modelos curativos, especialmente en las urbes industrializadas, con servicios congestionados, con serias dificultades en la accesibilidad a estos servicios y como consecuencia no menor de los límites de la medicina moderna. En algunos casos, como indica Walyland (2004), no solo no hay resultados positivos, sino que empeora la salud de la población, pues las falencias o limitaciones entorpecen la búsqueda de vías de solución. Métodos alternativos de salud tales como las sinergias culturales, las prácticas ancestrales tradicionales, la reinención de la salud social, los métodos naturales, etcétera, son

³ <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>

algunas de las respuestas a la crisis de gestión de los servicios curativos, para establecer una relación de equilibrio integral entre los seres humanos y su entorno de vida físico y social.

El concepto y el enfoque de sostenibilidad se convierten en estrategias cada vez más recurrentes. La sostenibilidad se refiere a la viabilidad financiera del sistema de salud y a la capacidad de respuesta de la colectividad que se integra o se incorpora en la gestión. El individuo pasa de ser un sujeto pasivo que espera respuestas frente a la enfermedad, a ser un sujeto activo que se preocupa por su salud. Algunos teóricos alternativos visualizan la salud como un «modelo, emergente, imprevisible, de visión unificada, intuitiva e innovadora», donde se considera el cuerpo humano como un «campo dinámico de la energía» (Newman, 2000). Otros se centran en el fomento de la salud bajo la relación del cuerpo con la naturaleza y los beneficios recíprocos existentes entre la salud física y psicológica (Hansen-Ketchum, Marck y Reutter, 2009). En los últimos tiempos, la aparición de una visión holística de la salud abarca el medio ambiente, la biología, la psicología, las ciencias sociales y otros aspectos, promovándose como el diálogo razonable uno que pueda ser llevado a cabo entre las ciencias, la filosofía, las artes, la literatura y la experiencia humana.

Esta visión ha comenzado a influir en las políticas de salud, en la defensa de los derechos del paciente y en la inclusión de la medicina complementaria y alternativa en el modelo biomédico actual. No obstante, como ya hemos comentado, las prácticas alternativas han sido objeto de críticas por su falta de legitimidad en la teoría y la práctica, pero la innegable fuerza de su resurgimiento (sobre todo en un tiempo de acelerado avance tecnológico) sugiere que la biomedicina también tiene claras restricciones (Shupe y Haden, 1988). Dados estos hechos, existe hoy una creciente popularidad de la medicina integral y la implementación de políticas innovadoras (Hollenberg y Muzzin, 2010). Dado que los pueblos conceptualizan la salud de maneras distintas (Levin y Browner, 2005), es también necesario acomodar una multiplicidad de visiones acerca de la noción de salud dentro de un nuevo paradigma y en paralelo con las habilidades de integración de los médicos a un entorno global cada vez más mutante (Hsiao, Ryan, Hays, Coulter, Andersen & Wenger, 2006).

La participación de la población y las implicaciones prácticas de un nuevo paradigma también están presentes en el campo de la promoción de la salud, dada su importancia en el desarrollo social (Gumucio-Dargon, 2010). La promoción de la salud es así un mecanismo

dinámico para relacionar la salud con la sociedad y con la vida diaria de las personas, mejorando el conocimiento de los factores y las causas de la enfermedad y potenciando una vida más sana o con menos factores de riesgos. Ello también tiene un impacto en el empoderamiento y la participación de los ciudadanos, permitiendo o facilitando la identificación de objetivos y la negociación de consensos, para identificar y priorizar cuáles son las metas de salud de una determinada colectividad (Scheid, Joynerm Plescia y Blasky, 2006).

CONCLUSIÓN

Se ha hecho evidente el dominio del paradigma biomédico en los análisis contemporáneos sobre la crisis mundial de los servicios curativos, ante lo cual se genera bastante especulación sobre la manera adecuada de mejorar los indicadores de salud. Sin embargo, una mejor medicina no es equivalente a una mejor salud, no obstante lo que digan u ofrezcan los centros médicos, las clínicas o las empresas de seguros médicos y hospitalarios. La escasez de recursos, el aumento de los costos en los servicios curativos y el giro aparentemente fuera de control de la industria farmacéutica, junto al mercado privado de servicios hospitalarios, están teniendo cada vez más un impacto negativo sobre la percepción de lo que entendemos por salud y sobre los cambios que se requieren. Se transmutan los valores y las creencias, las opciones y las prioridades. Se hace creer que la salud de las personas se hace manifiesta cuando pasan al estado o calidad de pacientes. Frente a sus necesidades, se ofrece un arsenal tecnológico y farmacológico que es muchas veces contraproducente, pues lo prioriza como la única opción posible, lo que no solo es limitante sino que además inoperante y, por lo general, solo paliativo. Esta situación está claramente demostrada justamente donde el sistema es más oneroso para los fondos públicos y más rentable la medicina privada.

Sin embargo, hay que reconocer que la esperanza que sugieren las ideas y los aportes innovadores en la búsqueda de paradigmas alternativos enfrenta problemas de legitimidad y de aplicabilidad. El cambio en las perspectivas, la validación de prácticas alternativas e innovadoras, el reconocimiento de medicinas y terapias naturales y, en algunos países, la institucionalización de la medicina tradicional, han comenzado a instalarse en el escenario actual. Sin embargo los procesos de cambio y

de reconocimiento son lentos y requieren de legitimación, especialmente frente al peso del paradigma y de los intereses dominantes en el campo de la salud y de la medicina. La ciencia, los aportes a la investigación, los recursos en infraestructura, las escuelas de medicina y la difusión en publicaciones científicas, refuerzan el énfasis en el tratamiento de la sintomatología en lugar del gran abanico de determinantes sociales. La salud requiere de una construcción conceptual humanista, holística y antes que nada interdisciplinaria.

Afortunadamente, los enfoques alternativos van más allá de priorizar el financiamiento y los aspectos organizacionales de los servicios curativos, hacia el reflexionar acerca de la problemática, la contingencia y la adopción de nuevas formas de (re)pensar el concepto de salud. Cabe preguntarse si estas ideas emergentes y nuevos paradigmas se irán transformando en opciones posibles de implementar, si lograrán suficiente legitimación institucional, si alcanzarán a ser parte de las opciones del ciudadano o si todavía seguirán siendo alternativas teóricas, marginales o utópicas.

Debemos hacer un esfuerzo valiente y original para comprender y analizar los procesos salud-enfermedad desde otra perspectiva y aceptar humildemente que el sistema actual está en crisis, que no es sostenible y que no presenta opciones de recambio real, sino solo de ajustes y de readaptación, que solo retarda sus efectos negativos y que no aportan soluciones. Las transiciones epidemiológicas y demográficas y el envejecimiento de la medicina alopática, junto al impacto del mercado y de los intereses del complejo médico-industrial y de servicios, hacen inviable una opción dentro del paradigma biomédico dominante. Las opciones interdisciplinarias y, por qué no, un retorno a los médicos filósofos del siglo XIX, al menos nos permite cuestionarnos y buscar alternativas que permitan explorar o imaginar el potencial de respuestas alternativas en el campo de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarenga, Augusta Thereza de; Sommerman, Américo & Alvarez, Aparecida Magali de Souza (2005), «International congresses on transdisciplinarity: reflections on emergences and convergences of ideas and ideals towards a new modern science». En *Saude soc.* [online], Vol. 14, No 3, 9-29.
- Berlinguer, Giovanni (1999), «Globalization and Global Health». En *International Journal of Health Services*, Vol. 29, No 3, 579-595.
- Bolaria, B. Singh & Bolaria, Rosemary von Elling, (2002), «Personal and Structural Determinants of Health and Illness: Lifestyles and Life Chances». En *Health, Illness, and Health Care in Canada*, B. Singh Bolaria & Harley D. Dickinson, 445-459. Harcourt, Brace & Co, Toronto.
- Blendon, R.J., Schoen, C., Des Roches, C., Osoborn, R., & Zapert, K., (2003), «Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries». En *Health Affairs*, No 22 (3), 106-121.
- Bozzini, Luciano ; Renaud, Marc ; Gaucher, Dominique y Llambías-Wolff, Jaime (1981), *Médecine et Société. Les Années 80*. Québec: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin.
- Capra, Norman F. (1982), *The Biomedical Model, The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture*. London: Fontana.
- Carlson, Rick J, (1978), «Breakthroughs in Biomedical Technology». En *Dominant Issues in Medical Sociology*, editado por H. Schwartz & C. Karl, pp. Don Mills, Ontario: Addison-Wesley Publishing Company.
- Cassels, Andrew (1995), *Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries*, Document WHO/SPS/NHP/95.4. Geneva: World Health Organization.
- Castiglioni, Rossana (2001), «The politics of Retrenchment: The Quandaries of Social Protection Under Military Rule in Chile, 1973-1990». En *Latin American Politics and Society*, Vol. 43, No 4, 37-66.
- Chapman, Audrey R. (2009), «Globalization, human rights, and the social determinants of health [corrected] [published erratum appears in BIOETHICS 2009 May; 23(4): 261]. En *Bioethics*, No 23(2), 97-111. En base de datos EBSCOhost
- Costa, G.D; Da Cotta, R.M.M.; Franceschini, S, de C.C.; Rodrigo, S; Andreia, P.; Cardoso, P.; Ferreira, M de L. da S.M. (2008), «Physis». En *Revista de Saude Coletiva, Health Evaluation: Reflections on Contemporary Sanitary Paradigms*, Vol. 18, No. 4, 705-726.
- Crawford, Robert (1981), «C'est de ta faute: l'Idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé». En Bozzini et al. *Médecine et Société*. Montréal: Albert St.Martin.
- Dankwa-Mullan, Irene et al. (2010), «Moving Toward Paradigm-Shifting Research in Health Disparities Through Translation, Transformational,

- and Transdisciplinary Approaches». En *American Journal of Public Health*, Vol. 100, No. S1, 19-24.
- Engel, George (2002), «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». En *The health psychology reader*, editado por D. F. Marks, 50-65. London: Sage Publications.
- Fox, Nicholas (1994), «Medical Technology: A Postmodern View». En *Post-modernism, Sociology and Health*, Toronto: University of Toronto Press.
- Goldberg, Judah L. (2008), «Humanism or professionalism? The white coat ceremony and medical education». En *Journal of the Association of American Medical Colleges*, No 83(8).
- Gumucio-Dargon, Alfonso (2010), «When the Doctor Does Not Know» Critical Remarks on Health Promotion, Communication and Participation. En *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Vol. 16, No 31, 67-93.
- Fleury, Sonia (2000), «Reshaping Health Care in Latin America: toward Fairness? En *Reshaping Health Care in Latin America*, editado por S. Fleury; S. Belmartino & E. Baris, *International Development Research Center*, Ottawa, pp.225-262.
- Hansen-Ketchum, P; Marck, P. & Reutter, L. (2009), «Engaging with nature to promote health: new directions for nursing research». En *Journal of Advanced Nursing*, No 65(7), 1.527-1.538. En base de datos EBSCOhost.
- Hart, Tudor (2004), «Health Care or Health Trade? A Historic Moment of Choice». En *International Journal of Health Service*, Vol. 34, No 2, 245-254. En base de datos MEDLINE.
- Hollenberg, Daniel & Muzzin, Linda (2010), «Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine». En *Health Sociology Review*, Vol. 19, No 1, 34-56.
- Hsiao, A. F., Ryan, G. W., Hays, R. D., Coulter, I. D., Andersen, R. M., & Wenger, N. S. (2006), «Variations in provider conceptions of Integrative Medicine». En *Social Science & Medicine*, No. 62 (12), 2.973-2.987.
- Huebner, Albert (1993), «The Non-Win War on Cancer» East-West. En *The Journal of Natural Health and Living*, en Eileen Daniel, Taking Sides, Dushkin Publishing Group. Mc Graw Hill, Columbus, OH.
- Illich, Yvan (1975), *Némesis Médicale: l'expropriation de la Santé*. Paris: Éd. Seuil.
- Jones, Walter (2010), «Global; Health: Systems, Policy, and Economics». En *Comparative Health Systems: Global Perspectives*, editado por J. Johnson & C. Stoskops, Burlington MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Kaptchuk, Ted J. & Miller, Franklin G. (2005), «Viewpoint: what is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: opposition, integration, or pluralism?». En *Journal of the Association of American Medical Colleges*, No 80(3), 286-290.

- Kaufman, Sharon (1993), «Medicines' Means and Ends, 1970s-1990s: Technological Superiority, Moral Confusion». En *The Healer's Tale*, 301-315, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Levin, BV & Browner, CH, (2005), «The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological, and cultural anthropology». En *Social Science & Medicine*, No 61 (4), 745-750.
- Llambías-Wolff, Jaime (2013), «La salud y sus desafíos a futuro: interrogantes teóricas e implicancias prácticas». En *América Latina: interrogantes y perspectivas*, editado por Jaime Llambías-Wolff, 371-388. Toronto: York University Bookstore.
- (2014), «La salud y sus desafíos a futuro: interrogantes teóricas e implicancias prácticas». En *Los nuevos desafíos para América Latina*, editado por Jaime Llambías-Wolff, 189-206, Santiago de Chile: RIL editores.
- Longino, CF Jr. (1998), «The Limits of Scientific Medicine: Paradigm Strain and Social Policy». En *Journal of Health & Social Policy*, Vol. 9, No 4, 101-116.
- Lupton, Deborah (1994), «The Lay Perspective on Illness and Disease». En *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, Chap. 4, London: Sage.
- Marmot, Michael (2005), «Social determinants of health inequalities». En *The Lancet*, No 365 (9.464), 1.099.
- McKeown, Thomas (1981), «Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles: le comportement, l'environnement et la médecine». *et al. Médecine et société*, editado por Luciano Bozzini *et al.* Montréal: Albert St. Martin.
- Newman, Margaret (2000), *Health as Expanding Consciousness*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Plack, Margaret M. (2005), «Human Nature and Research Paradigms: Theory Meets Physical Therapy Practice». En *Qualitative Report*, Vol. 10, No 2, 223-245.
- Powles, John (1973), «On the limitations of modern medicine». En *Science Medicine Man*, No 1(1): 1-30.
- Racynski, Dagmar (1994), *Social Policies in Chile*. Working Papers No 4. Notre Dame IN: Kellogg Institute, University of Notre Dame
- Raphael, Dennis, (2006), «Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions». En *International Journal of Health Services*, No 36 (4), 651-667.
- Renaud, Marc (1977), «Crise de la médecine et politiques de santé: leçons de l'histoire». En *Possibles*, Vol. 2, No 2, invierno, 33-49.
- Rossmann, Michael (1975), «The orthodox and unorthodox in Health Care». En *Social Policy*, mayo-junio.

- Scheid, T. L., Joyner, D. R., Plescia, M. G., Blasky, K. (2006), «Steps to a Negotiated Consensus: A Framework for Developing Community Health Initiatives». En *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 24, 235-257.
- Shupe, Anson & Hadden, Jeffrey K. 1998), *Spiritual Healing and the Medical Model*. Ohio, North Central Sociological Association.
- Tragakes, E. & Lessof, S. (2003), «Healthcare systems in Transitions: Russia Federation». En *The European Observatory on Health Systems and Policies*, No 5-3. Copenhaguen, 2003. World bank economic report No 15. World Bank Moscow Office, Noviembre 2007.
- Turner, Bryan S. (1987), «Concepts of Disease and Sickness: Women's Complaints: pp.. 37-54, Patriarchy and Illness». En *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage.
- Wade, Derick T & Halligan, Peter 2004), «Do biomedical models of illness make for good health care systems?». En *British Medical Journal*, No 329, 1.398-1.401.
- Wayland, Coral 2004), «The failure of pharmaceuticals and the power of plants: medicinal discourse as a critique of modernity in the Amazon». En *Social Science & Medicine*, Vol. 58, No 12, 2.409-2.419.
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, L., & Hofman, K.J., (2004), «The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control». En *The Journal of the American Medical Association*, No 291(21), 2.616-2.622.

LISTA DE COLABORADORES*

ERNESTO BÁSCOLO:

Doctor en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario-Capacita Salud, Investiga Más. Correo electrónico: ebascolo@gmail.com

JOAN BENACH:

Licenciado en Medicina. Especialista y máster en Medicina Preventiva y Salud Pública, Universitat Autònoma de Barcelona. Estudios en historia contemporánea, Universitat Autònoma de Barcelona; metodología de las ciencias sociales, Universitat de Barcelona; salud pública, University of California. Doctor en Salud Pública (Políticas de Salud), Johns Hopkins University. Investigador senior, director del Grup de Recerca en Desigualtats en Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET). Profesor titular de Salud Pública y Salud Laboral en el Departamento de Ciencias Políticas y Sociales (área de Sociología) de la Universitat Pompeu Fabra. Profesor colaborador de la Johns Hopkins University, la University of Toronto y la University of Alberta. Correo electrónico: joan.benach@upf.edu

MARGARITA BERNALES:

Psicóloga. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. PhD Salud Comunitaria, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda. Docente investigadora de la Universidad del Desarrollo, Chile. Correo electrónico: margaritabernales@udd.cl

* Por orden alfabético.

BÁLTICA CABIESES:

Enfermera-matrona. Magíster en Epidemiología, Pontificia Universidad Católica de Chile. PhD Health Sciences (Social Epidemiology), University of York, England. Docente investigadora de la Universidad del Desarrollo, Chile. Visiting Scholar at the Department of Health Sciences University of York, England; Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research, England. Correo electrónico: bcabieses@udd.cl

HERNÁN DÍAZ:

Máster oficial en Comunicación de las Organizaciones, Universidad Complutense de Madrid. Director de Comunicación de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) y coordinador académico del Magíster *online* en Comunicación y Salud de la Universidad Complutense de Madrid. Socio fundador de COMUNIDEAS, Consultoría Artesana en Comunicación. Correo electrónico: hernandi@ucm.es

MARÍA INÉS JARA-NAVARRO:

MSc. en Filosofía; MSc. en Investigación y Tecnología Educativa, Pontificia Universidad Javeriana. Directora *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Correo electrónico: mjara@javeriana.edu.co

EDGAR C. JARILLO SOTO:

Doctor en Sociología, Universidad de Barcelona. Profesor investigador del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. Correo electrónico: jsec6322@correo.xoc.uam.mx

NIVALDO LINARES-PÉREZ:

Médico cubano. Maestro en Ciencias de la Salud (UNAM). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Coordinador de proyectos de investigación en poblaciones de alto riesgo. Jefe de Estudios Epidemiológicos de Campo y experto en diseño y evaluación de programas de salud. Consultor en la oficina OPS/OMS en México (2001-2003) y profesor invitado en programas de posgrado en ciencias de la salud. Dirección de Política Científica, Ministerio de Salud, La Habana, Cuba. Correo electrónico: nlinares@oc.biocubafarma.cu; nlinares@infomed.sld.cu

JAIME LLAMBÍAS WOLFF:

Licenciado en Derecho. Máster en Sociología, McGill University. Doctor en Sociología (Economía Política), Universidad de Montreal. Doctor en Derecho, Osgoode Law School, Canadá. Especialización en Sistemas de Salud Comparados, Boston University. Es profesor titular de York University, Canadá. Ha sido profesor invitado en la Escuela de Industrias, Universidad Técnica Federico Santa María, Chile; MBA de la Universidad de Santiago, Chile; Academia Diplomática de Chile y Universidad de Québec, Montreal. Ex senador académico (Universidad York). Dirección electrónica: jlwolff@yorku.ca

OLIVA LÓPEZ ARELLANO:

Médica mexicana. Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Doctora en Ciencias en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública. Médica comunitaria en programas de extensión de cobertura en la Huasteca Potosina y Chiapas y epidemióloga en servicios de salud del Distrito Federal y Michoacán. Profesora de posgrado en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco desde 1988 y directora general de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (2000-2003). Coordinadora actual del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X), responsable del Cuerpo Académico Consolidado: Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención y de la Red PROMEP «Salud, condiciones de vida y políticas sociales». Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: oli@correo.xoc.uam.mx

ANDRÉS MATURANA:

Médico, pediatra, neonatólogo, Universidad de Chile. Master of Science in Health Research Methodology & Clinical Epidemiology, McMaster University, Canadá. Miembro de la Oficina de Desarrollo Educativo, Universidad del Desarrollo, Chile. Correo electrónico: amaturana@udd.cl

CARLES MUNTANER:

Licenciado en Medicina, Universitat de Barcelona. Doctor en Psicología, Universitat Autònoma de Barcelona. Formación posdoctoral en el National Institute on Drug Abuse Addiction Research Centre.

Máster en Ciencias de la Salud en el área de Epidemiología Psiquiátrica, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University. Formación posdoctoral en Sociología de la Salud Mental, Laboratory of Socio-Environmental Studies, National Institute of Mental Health. Profesor titular de la Dalla Lana School of Public Health y el Department of Psychiatry en la University of Toronto. Profesor adjunto en la Johns Hopkins University. Investigador principal en la Faculty of Nursing, University of Toronto, y la Social Equity and Health Section, Social Policy and Prevention Department, Centre for Addiction and Mental Health y del GREDS-EMCONET. Correo electrónico: carles.muntaner@utoronto.ca.

ALEXANDRA OBACH:

Antropóloga social. Magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. PhD Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Docente investigadora en la Universidad del Desarrollo, Chile. Correo electrónico: aobach@udd.cl

MARIO PARADA LEZCANO:

Médico salubrista. Doctor en Sociología, Universidad Autónoma de Madrid. Profesor titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Correo electrónico: mario.parada@uv.cl

ALICIA STOLKINER:

Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. Profesora titular e investigadora de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesora del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanus. Coordinadora del Equipo Auxiliar de la Justicia de la CONADI, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Argentina. Correo electrónico: astolkiner@gmail.com

WASHINGTON URANGA:

Periodista y comunicador social. Investigador de la comunicación. Se desempeña en las universidades de La Plata, Buenos Aires y Quilmes, todas en Argentina. Director de la Maestría en Comunicación Institu-

cional de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Correo electrónico: wuranga@wuranga.com.ar. Sitio web: www.wuranga.com.ar

MONTSE VERGARA-DUARTE:

Diplomada y licenciada en Estadística, Universitat Autònoma de Barcelona y Universitat Politècnica de Catalunya. Máster en Salud Pública, Universitat Pompeu Fabra. Doctora en Biomedicina (Área de Epidemiología y Salud Pública), Universitat Pompeu Fabra, España. Profesora asociada en la Universitat Pompeu Fabra y la Universitat Politècnica de Catalunya. Colaboradora del GREDS-EMCONET. Correo electrónico: montse.vergara@upf.edu

NATALIA YAVICH:

Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Directora del Certificado Universitario con competencias en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Atención Primaria de la Salud, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario-Capacita Salud, Investiga Más. Correo electrónico: nyavich@gmail.com

ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN:

NATALIA PÉREZ:

Socióloga, Universidad de Valparaíso. Magíster(c) en Relaciones Internacionales, Universidad Católica de Valparaíso. Correo electrónico: nataliaps.sociologa@gmail.com

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres digitales de

RIL® editores

Teléfono: 2223-8100 / ril@rileditores.com
Santiago de Chile, abril de 2015

Se utilizó tecnología de última generación que reduce el impacto medioambiental, pues ocupa estrictamente el papel necesario para su producción, y se aplicaron altos estándares para la gestión y reciclaje de desechos en toda la cadena de producción.

Todo el mundo sabe, supuestamente, qué es la salud, por lo que no se necesitaría entrar en profundidades. Sin embargo, nos encontramos con la sorpresa que la respuesta no es tan sencilla. Cabe preguntarse: ¿por qué las ciudades están llenas de farmacias? o ¿por qué los hospitales, los profesionales médicos y de la salud y los fármacos apenas contribuyen en una ínfima proporción a mejorar la salud de la población? Nos enfrentamos a una crisis estructural no menor que se profundiza. La búsqueda de alternativas no solo es práctica y política sino que es inicialmente epistemológica, pues primero hay que saber y reconocer que vamos por el camino equivocado. Se requiere entender la crisis de los sistemas de salud dentro de un contexto más amplio que incluye las dimensiones cultural, filosófica, ética y valórica, pues lo que sí está claro es que los principales problemas de la salud hoy son de orden antropogénico.

El objetivo del libro es explorar teóricamente los problemas contemporáneos e intentar reflexionar sobre el estado actual de lo que es y debiera ser la salud, con la esperanza de facilitar el debate para otras opciones paradigmáticas, aquellas que den luz a políticas originales y vanguardistas que esperan su momento histórico.

El modelo actual no solo está en crisis, sino definitivamente agotado. El desafío, entonces, es lograr que la salud pueda convertirse en un valor ético de la modernidad.



RiL editores

ISBN 978-956-01-0175-4



9 789560 101754