



CICLO DE INTRODUCCIÓN A LAS CIENCIAS DE LA SALUD 2024

**Facultad de Medicina
Universidad de la República**

**Enfoques y perspectivas sobre la salud y la enfermedad.
Nociones fundamentales**

Documento de trabajo 1

Docentes responsables:

- Profa. Agda. Ima León
- Profa. Adj. Adriana Méndez
- Aste. Gabriel Barrero
- Aste. Silvana López
- Aste. Mercedes Pérez

Objetivos de aprendizaje

- Describir y reflexionar sobre distintos enfoques y nociones sobre salud y enfermedad, salud individual, salud pública y salud colectiva.
- Relacionar la salud y la enfermedad con sus determinantes y con la determinación social.

Introducción

Los conceptos de salud y de enfermedad no son universales. Ello significa que no son ahistóricos: cambian a lo largo del tiempo y están en relación con contextos culturales específicos. En este sentido, la salud y la enfermedad deben ser entendidas como fenómenos sociales.

Para San Martín (1981):

(...) el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan.

Lo mismo vale a la hora de pensar la noción de enfermedad. Veamos algunos ejemplos, no tan alejados en el tiempo. En el siglo XIX ciertos comportamientos adoptados por algunas mujeres fueron considerados síntomas de una patología a la que el campo médico denominó histeria (de hecho, el término histeria proviene del griego “hystera”, que significa útero). No fue hasta 1952 que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) dejó de considerar a la histeria como enfermedad. Otro ejemplo lo constituye la homosexualidad. En 1973 la APA eliminó a la homosexualidad del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Mientras que recién en 1990 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminó a la homosexualidad de su lista de enfermedades psiquiátricas.

Otro aspecto a destacar es que la salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida personal.

La calidad de la vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal (Costa y López, 1986).

Las representaciones y las prácticas en relación a la salud que adoptan las personas no son hechos aislados ni espontáneos, sino que tienen anclaje espacial y temporal, en el marco de los contextos económico, político, social y cultural del que forman parte los individuos.

Perspectiva histórica de la salud y la enfermedad

La medicina occidental moderna es una de las muchas prácticas sociales y cuerpos de conocimiento relacionados a la salud y a la enfermedad humanas. De hecho, es de los de más reciente desarrollo en la historia de la humanidad; y debe asumirse como en continua construcción o reformulación -por ello, no como un saber y una práctica osificadas-. En la actualidad, convive con otras prácticas y con otros cuerpos de saber. Por ejemplo, China e India -que juntas reúnen casi una tercera parte de la población del planeta- también practican, junto a la medicina occidental moderna, la medicina tradicional china y la medicina ayurvédica, respectivamente. En la India, además, coexisten diferentes medicinas con sus respectivas facultades (alopática occidental, el ayurveda, la unani y siddha). Otro ejemplo es el del continente americano, donde actualmente coexisten prácticas que combinan la medicina moderna occidental con aquellas propias de grupos sociales y culturales con vínculos ancestrales (pueblos originarios).

Distintos contextos culturales, en distintos momentos históricos, han concebido de diferente forma a la salud y a la enfermedad. Para reflexionar en torno a ello, a continuación, se presenta un breve y esquemático recorrido por algunas de estas expresiones¹. Este recorrido no sólo no pretende ser exhaustivo, sino que, además, tampoco pretende transmitir una visión acumulativa, lineal y determinista -desde esta perspectiva, se asumiría que se parte de nociones y prácticas más primitivas, hasta llegar a la actualidad con prácticas y nociones más desarrolladas-.

En la India de los siglos III y IV a.C. se destacó la práctica de la medicina ayurvédica (ayurveda significa la sabiduría de la vida). Desde esta perspectiva, la salud resultaba de la coordinación del alma, la mente, los sentidos y el cuerpo, con la totalidad de la naturaleza y el cosmos. Las personas afectan y son afectadas por cada otra cosa animada e inanimada que exista en el universo.

Desde la filosofía griega, Hipócrates de Cos consideró que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo físico, que resultaba de cambios en su sustrato material. A partir de la observación y de la experiencia, el cuerpo debía ser tratado como un todo y no como una serie de partes. Los estudios históricos sobre la medicina ubican a Hipócrates, en general, como el fundador de la medicina racional y de la ética médica (“juramento hipocrático”).

Durante el transcurso de la Edad Media en el mundo árabe se practicaba la disección de cadáveres, la observación y los experimentos. Los árabes sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad, señalando que de acuerdo con el equilibrio o el desequilibrio de

¹ Para realizar este recorrido se toma como referencia preliminar el trabajo de Parafita, D. (2020).

seis principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad. Estos principios eran: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales del medio ambiente y el esfuerzo de la naturaleza por restaurar y conservar sus funciones vitales.

En el mismo periodo, occidente fue sacudido por enfermedades epidémicas (como, por ejemplo, la lepra, la viruela, la peste y el tifus). Durante este periodo convivieron distintas prácticas vinculadas a la salud y la enfermedad. En occidente, un importante papel debe ser reservado a los médicos árabes, persas y judíos, pues fueron quienes resguardaron los conocimientos de la antigua medicina griega.

Todo intento por estudiar y comprender cómo se ha ido concibiendo a la salud y a la enfermedad en la cultura moderna occidental -y, consecuentemente, cómo se han establecido prácticas sociales en torno a ellas- debe considerar en su análisis una reflexión histórica sobre el papel que ha tenido el desarrollo del pensamiento científico moderno. Su desenvolvimiento ha sido posible en la medida en que se ha institucionalizado como cuerpo de conocimiento, a través de la consolidación de espacios de saber -es decir, de ámbitos privilegiados para su producción, reproducción y legitimación-. En este marco histórico se desarrolló el pensamiento científico sobre la salud y la enfermedad, así como su relación. Es en la modernidad que la medicina se institucionalizó como disciplina; es decir, como cuerpo de conocimiento científico.

En el lapso que se extiende desde el último cuarto del siglo XV hasta la finalización del siglo XVII se consolidó el pensamiento médico científico moderno occidental, organizado alrededor de la enfermedad y de la clínica. Ello fue acompañado por el desarrollo exponencial de tecnologías, que posibilitaron una nueva forma de aproximación al mundo material -y con ello, también, a su dominación-. El microscopio compuesto, por ejemplo, nació alrededor del siglo XVII, lo que facilitó el desarrollo de la microbiología (ciencia que trata los seres vivos cuyo tamaño se encuentra por debajo de las posibilidades directas de la visión humana).

Desde la doctrina filosófica de René Descartes se promovió la escisión dual del mundo natural en dos sustancias: la *res extensa* (lo corpóreo reducido a leyes mecánicas de extensión y movimiento, determinado por su ambiente físico) y la *res cogitans* (el alma, la conciencia con capacidad de establecer juicio, lo inmaterial). Ese paradigma filosófico habilitó la mirada de la *res extensa*, del mundo natural vivo, como una máquina; es decir, como materia capaz de ser comprendida en su estructura y funcionamiento. De esta manera, en la medida que muchas de las conductas observables en las personas dependían de procesos físicos ellas podían explicarse mecánicamente. El racionalismo cartesiano mecanicista ha tenido un importante influjo a través de los siglos,

hasta la actualidad; y ha calado profundamente el pensamiento médico occidental moderno.

Al médico italiano Bernardino Ramazzini se le atribuye el estudio de las relaciones entre la enfermedad y las condiciones de trabajo. En 1700 Ramazzini publicó *De morbis artificum diatriba (Enfermedades de los trabajadores)*. En este documento se realizó un análisis de las causas (análisis etiológico) de los factores que generaban afecciones en prácticas laborales propias. Los estudios se orientaron a vincular la condición socio-económica de la población y su salud.

Por otro lado, entre los siglos XVII y XVIII comenzaron a desarrollarse en Europa las prácticas en salud que responsabilizan al estado por la salud de la población, dando origen a lo que se dio en llamar “sistema de policía médica” (estado vigilante de la salud del pueblo). El término “policía médica” fue utilizado por primera vez por Wolfgang Thomas Rau, en 1760, en la obra *Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policeyordnung in einem Staat (Reflexiones sobre la utilidad y necesidad de una ordenanza para la policía médica en un estado)*. Pero es a Johann Peter Frank a quien se le atribuye ser el fundador de la salud pública moderna. En 1784 Frank publicó lo que se asume fue el primer tratado moderno de salud pública e higiene: *System einer vollstaendigen medicinischen Polizey (Un sistema completo para una policía médica)*. Se debe tener presente que el término “policía” aquí debe ser entendido como “política”, en su acepción administración del estado. Por lo tanto, refiere a la administración desde el estado de las cuestiones vinculadas a la salud de la población.

Durante el Antiguo Régimen de enfermedad -caracterizado por enfermedades infecciosas, las grandes epidemias como la peste- la gestión de los padecimientos estuvo marcada por tres características principales: (a) los números (las epidemias mataban a miles de personas); (b) la impotencia y la muerte (no era posible hacer algo para detenerla); y (c) la exclusión (los que padecían enfermedades estigmatizantes -como la lepra- eran apartados y reclusos). Fue a partir de la propagación de los casos frecuentes de tuberculosis, en el siglo XIX, que surgió y se consolidó la figura de la “persona enferma”, en lugar del “grupo enfermo”, en las representaciones colectivas sobre la enfermedad. La enfermedad asumió así un carácter individual a la vez que se convirtió en un fenómeno social. En este contexto, el significado de la enfermedad se vinculó estrechamente a la productividad y competitividad económicas: estar enfermo pasó a ser sinónimo de incapacidad para desempeñarse laboralmente.

Con el desarrollo de la medicina clínica (medicina basada en la investigación clínica o método clínico) surgió la posibilidad de analizar el cuerpo internamente. La superficie del cuerpo dio paso al interior del mismo, en la medida en que se entendía que allí radicaban la mayoría de las enfermedades. Hasta el siglo XVIII se percibía e interpretaba a la enfermedad a nivel corporal: los signos corporales

(un cuerpo hinchado) eran considerados los principales indicadores de enfermedad. Esta lógica se correspondía con las principales enfermedades de la antigüedad (plagas, lepra, sífilis, viruela).

La industrialización, urbanización y la pauperización de grandes contingentes de trabajadores hicieron más notorio el vínculo entre salud y sociedad, al tiempo que pusieron sobre la mesa la importancia de concebir a la salud y a la enfermedad como fenómenos sociales. Ello estuvo acompañado por el interés de otras disciplinas (las ciencias sociales y humanas) por dar cuenta de estos fenómenos. El conocimiento producido por estas disciplinas, además, se constituyó en un insumo estratégico para la toma de decisiones políticas en momentos de gran descontento y agitación social.

Desde mediados del siglo XX el pensamiento complejo comenzó a tener una presencia significativa en el pensamiento científico moderno. Surgió como respuesta crítica a otros enfoques epistemológicos. En el campo de los estudios sobre salud, el pensamiento complejo busca trascender los aspectos biológicos, para incluir la dimensión subjetiva y simbólico social, permitiendo visualizar a la salud y a la enfermedad como fenómenos diversos, multicausales interrelacionados en diferentes niveles, en donde la situación contextual y la historia de vida del individuo dan origen a nuevos enfoques (Gómez y Jaramillo, 2011).

Lo que se ha querido mostrar y ejemplificar hasta aquí, de forma muy breve, es que las distintas visiones y prácticas sobre la salud y la enfermedad deben ser entendidas en sus contextos históricos y temporales concretos. Aunque no se ha profundizado en este aspecto, estos procesos también, y principalmente, deben ser entendidos en el marco de las cosmovisiones (representaciones de cómo funciona el mundo) en las que se inscriben.

Esto nos lleva a afirmar que la posición hegemónica de algunas visiones y prácticas es el resultado, en algunos casos, de la acumulación de consensos y, en otros casos, de imposiciones -lo que implica pensar que es el resultado de relaciones de poder-, más que el resultado de una comprensión acumulativa del funcionamiento del mundo natural y social.

Surgimiento e institucionalización de la Salud Pública moderna

El surgimiento y la institucionalización de la Salud Pública moderna constituye un capítulo que merece particular atención. Entre los siglos XV y XVII comenzaron a gestarse dos concepciones teórico-prácticas en relación a la salud y a la enfermedad. Estas dos concepciones mantuvieron caminos paralelos que llegaron hasta nuestros días:

1. Por un lado, desde fines del siglo XV se desarrollaron las ciencias de la salud centradas restrictivamente en la clínica. Estas tienen por objeto a la

enfermedad y al individuo descontextualizado de su medio social: “el individuo clínico”. La definición de este individuo clínico se agota en su realidad biológica, psicológica o psicobiológica.

2. Por otro lado, a partir del siglo XVII surgieron otras formas de comprender a la salud y a la enfermedad. Estas otras formas son las que se materializaron en los desarrollos de la policía médica, el movimiento de salud pública, la medicina social y la epidemiología. Dichas perspectivas convergieron, en los comienzos del siglo XX, para dar nacimiento a la moderna Salud Pública. El campo fue rápidamente enriquecido por la incorporación de la mirada disciplinar de las ciencias sociales y de la ecología humana.

El nacimiento de la Salud Pública moderna responde a fenómenos propios de la Revolución Industrial: la migración masiva del campo a la ciudad, el hacinamiento y la pauperización de los sectores populares. Hechos que produjeron la rápida multiplicación de enfermedades transmisibles (tuberculosis, neumonía, sarampión, viruela y cólera). Las reivindicaciones laborales y de condiciones de vida de los trabajadores, así como la necesidad de preservar la funcionalidad de la mano de obra dio lugar al movimiento de Salud Pública.

Se considera al inglés Edwin Chadwick como uno de los principales precursores de dicho movimiento en Europa. Entre otras acciones, en 1848 Chadwick impulsó un conjunto de medidas sanitarias a partir de las *Leyes de Salud Pública (Public Health Act)*: estas leyes concedieron poderes especiales a las autoridades municipales para hacer cumplir las regulaciones sanitarias e impulsaron el desarrollo urbano y la planificación de los servicios públicos. Con ello se consideró a la Salud Pública como un problema no exclusivo de la medicina, sino, también, de ingeniería y urbanismo. Como dato adicional, se debe tener presente que en 1854 el inglés John Snow demostró que la epidemia de cólera que por entonces azotaba a Londres era causada por el consumo de aguas contaminadas. Entre los pobladores de Londres los sectores más pobres de la ciudad eran los más afectados debido a sus desfavorables condiciones de vida. Por otra parte, Snow fue un pionero en el uso de metodologías de investigación epidemiológica moderna.

La Salud Pública se consolidó a lo largo de todo el siglo, principalmente en el norte de Europa y en los Estados Unidos. A mediados del siglo XIX surgió la *epidemiología* como campo de conocimiento específico. En el año 1851 tuvo lugar la primera Conferencia Sanitaria Internacional, lo que constituyó el primer antecedente de lo sería la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el marco de la perspectiva de la Salud Pública, entre finales del siglo XIX y comienzos del XX se produjo un desplazamiento de la concepción biológica de la salud hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso

biológico comenzó a ser visto como un hecho ligado a las condiciones que rodean a la vida humana (Vergara, 2007).

Algunas definiciones de salud

Como se ha mostrado, el concepto salud no es universal. Ello porque responde: (a) a contextos específicos (en tiempo y espacio); (b) a presupuestos distintos; y (c) a aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que desea alcanzar cada comunidad o grupos dentro de ellas (Gavidia y Talavera, 2012).

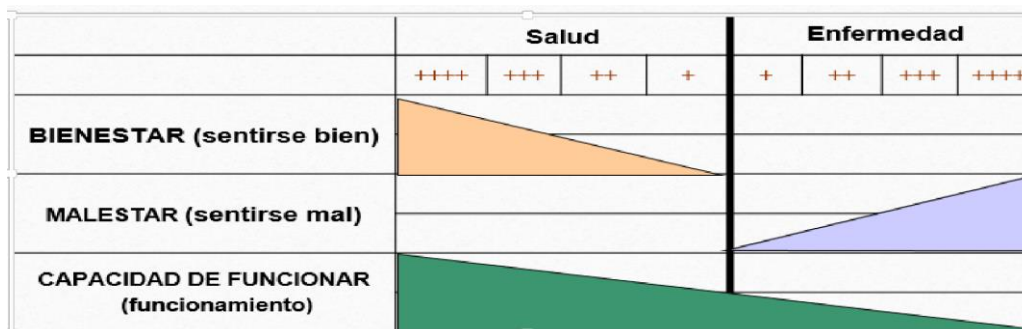
A continuación, se presentan algunas definiciones sobre salud y enfermedad. Muchas de ellas constituyen definiciones clásicas al tiempo que se les puede atribuir un carácter normativo (a partir de formas institucionales las actividades de las personas son configuradas y/o reguladas):

- **OMS (1948).** “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. Por primera vez se define a la salud por aspectos positivos y no por contraposición a la enfermedad. La salud es concebida con carácter universal. Las críticas a esta noción se centraron en que se concibe a la salud como algo utópico (“completo estado de bienestar”); no es una definición operacionalizable (reduce salud a bienestar: ¿Cómo se pondera el bienestar?); es estática (la salud como un estado o una situación); y es subjetiva. Estas críticas parten del hecho de que la salud y la enfermedad no son categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino que son parte de un proceso que implica un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción.
- **Laframbroise (1973) y Marc Lalonde (1974).** A partir del modelo holístico de Laframbroise, Marc Lalonde propuso que el nivel de salud de una comunidad estaba influido por cuatro grandes grupos de determinantes (causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud de las personas):
 - Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).
 - Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
 - Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).

- Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia).

Desde esta perspectiva, se sostiene que a estos cuatro grupos de determinantes se les debe asignar igual relevancia, al tiempo que considerar su interacción es fundamental para la preservación de la salud -la cual constituye el principal propósito de este enfoque-.

- **Salvador Allende (1973).** La salud es un: “Proceso dialéctico, biológico y social producto de la interrelación del hombre con el medio ambiente, influido por las relaciones de producción y que se expresa en niveles de bienestar físico, mental y social”. Esta definición introdujo la idea de que la salud responde a un “proceso dialéctico” -por lo tanto, dinámico-, al tiempo que resalta la estrecha relación de la salud humana con el ambiente y el sistema productivo.
- **Milton Terris (1975).** La salud es el: “Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Este concepto elimina la idea del completo estado de bienestar introducido por la OMS en 1948, por tratarse de utópico. Además, se propone operacionalizar la noción a partir de centrarse en el funcionamiento. De esta forma se pasa de una concepción estática de la salud (la salud como estado) a una concepción dinámica (la salud como proceso). Se introduce la idea de proceso salud-enfermedad; donde la salud y la enfermedad forman un continuo en el que la enfermedad ocupa el polo negativo y la salud el extremo positivo.



- **Hugo Villar y Roberto Capote (década de 1980).** “La salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad y constituye un inestimable bien social.”

- **Salleras-San Martín (1985).** “La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad”. Esta definición agrega la importancia del factor ecológico y el entorno como determinantes o condicionantes de la salud individual y colectiva.
- **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1992).** A comienzos de la década de 1990 el PNUD concibió a la salud desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables sociales y económicas en la salud de las poblaciones. Se asistió a un cambio epistemológico, pasando de la concepción de la persona como ser individual y biológico a un paradigma social, en el que las relaciones entre los individuos y sus contextos culturales, socio-familiares, políticos y económicos adquieren preponderancia.
- **II Seminario Internacional sobre Salud Intercultural desde los Pueblos Indígenas (2011):** En el marco de este Seminario se acordó definir a la salud como “la capacidad de convivencia armónica de todos los elementos que constituyen el equilibrio en la naturaleza, incluyendo el territorio, los derechos colectivos y la paz interior de los hombres y mujeres, con los demás seres que los rodean y con los espíritus y deidades de los pueblos indígenas” (Centro de Culturas Indígenas del Perú, 2011).
- **La salud como sistema complejo adaptativo:** A lo largo del siglo XXI se viene profundizando en una perspectiva epistemológica que concibe a la salud como un sistema complejo adaptativo (SCA). Desde esta perspectiva se propone abordar científicamente a la salud como un conjunto de sistemas que presentan una alta conectividad, límites difusos, comportamiento no lineal, autorregulados, dependientes pero autónomos, determinado por experiencias pasadas y contextos actuales, pero con capacidad de reacción que lo hace impredecible a largo plazo (Toro-Palacio y Ochoa-Jaramillo, 2012).

Luego de este recorrido por distintas definiciones de salud, se sostendrá que en la actualidad la salud puede ser entendida como un recurso para la vida más que el objetivo de la vida. En este sentido, estar sano podría definirse como la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales concretas. Ahora bien, esa capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado, ¿de qué factores sociales, económicos, políticos y/o culturales depende? Por otro lado, cuando no es posible que se desarrollen dichas capacidades, ¿quién o quiénes serían los responsables por ello? ¿Se trata de una responsabilidad individual (es decir, de los individuos particulares) o existe responsabilidad a nivel institucional (como, por ejemplo, del sistema educativo o del sistema de salud)? De igual manera, ¿quién o quiénes definen

el estado de equilibrio apropiado a la edad y las necesidades sociales de las personas?

En suma, para dar cuenta de la salud de las personas no sólo es necesario estudiar los diferentes aspectos relacionados con la biología, con la fisiología, de los cuerpos humanos, sino, también, las características del medio donde las personas desarrollan sus actividades cotidianas, los servicios a los que acceden, los estilos de vida particulares y de la comunidad en el que cada individuo está inserto. Todos estos aspectos interactúan de forma dinámica, y constituyen situaciones singulares que deben ser abordadas en su especificidad.

Pese a que en la actualidad el modelo biomédico -modelo que privilegia a la enfermedad como un problema estrictamente biológico- sigue siendo dominante, han venido emergiendo cuestionamientos centrados en su exacerbada racionalidad técnico-instrumental. Racionalidad que deja de lado las configuraciones culturales y sociales en las que se producen los procesos y prácticas referidas a la salud y a la enfermedad. La identidad de género y sexual, el entorno físico que habitan las personas, las prácticas alimenticias, el acceso al consumo de bienes y servicios, la educación, los valores, las condiciones laborales, la pertenencia a grupos sociales y étnicos, la disponibilidad, acceso y calidad de los cuidados médicos, el ocio y el tiempo libre, las tradiciones y costumbres respecto al cuerpo y a la enfermedad y las ideas religiosas constituyen algunos de los tantos aspectos de orden sociocultural que explican las cadenas causales de la enfermedad.

Desde algunas corrientes del pensamiento sociológico que estudian a la salud y a la enfermedad se sostiene que las concepciones que las sociedades se forman acerca de los enfermos -y que ellos internalizan y sostienen- orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y, en cierta medida, “producen” la “realidad” de los enfermos (Herzlich y Pierret, 1988). Cuando las plagas eran la forma dominante de enfermedad la colectividad entera, y no solamente los individuos aislados, era afectada por la calamidad. El concepto de persona enferma surgió cuando la experiencia de la enfermedad se pudo individualizar. Sólo bajo este giro conceptual pudo surgir, más recientemente, la idea de que las personas deben mantenerse saludables.

Concepto de salud colectiva

Silva Paim y de Almeida Filho definen la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas, técnicas, ideologías políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación. La salud colectiva se nutre de distintas corrientes de pensamiento en el marco de las reformas de los

sistemas de salud latinoamericanos. Se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras (Almeida y Silva, 1999).

También denominada por algunos autores como Medicina Social, mantiene la posición de que la salud se relaciona con la preservación de la vida y con el desarrollo de capacidades humanas, por lo que se sostiene como una necesidad humana básica en sentido estricto. Por esto, todo ser humano debe tener derecho a la satisfacción óptima de la misma, garantizado únicamente a través de la acción pública (Laurell, 1994). La salud colectiva sienta el interés sobre la salud y vida y no solo en la enfermedad.

El objeto de la Salud colectiva es la necesidad de salud de los grupos sociales y no solo los problemas de salud (Bertolozzi y De La Torre, 2012). Esta perspectiva incluye la planificación, la organización y la gestión de la salud.

La consideración de que el proceso salud y enfermedad es socialmente determinado permite ampliar el concepto de necesidades de salud. Esto implica que los servicios de atención médica no son suficientes para la transformación de la salud o la enfermedad.

Esta perspectiva ha privilegiado a los estudios cualitativos en la investigación en salud colectiva, al tiempo que ha estimulado el desarrollo de la epidemiología social.

Concepto de salud pública

Con fines didácticos es posible organizar en dos grandes conjuntos la noción de salud pública (Gómez, 2002):

- Por un lado, se encuentran aquellas aproximaciones basadas en la salud y enfermedad individuales. Desde esta perspectiva se enfatiza el rol del estado en la regulación de la atención médica.
- Por otro lado, se encuentran las posiciones holísticas, cada vez más cercanas a la noción de calidad de vida de los grupos humanos y no restringidas a la regulación de la atención médica.

La noción de salud pública alberga, por lo menos, tres grandes grupos de significados: como saber, como práctica y como realidad social. La noción debe ser interpretada en términos de procesos políticos; es decir, en el marco de relaciones de poder que determinan, en un contexto social concreto, qué es un saber, qué es una práctica legítima y cómo se configura la realidad social.

En 1920, el estadounidense Winslow definió a la salud pública como "(...) la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (Winslow, 1920). Más adelante Winslow modificó el término "salud física" por el de "salud física y mental".

En la década de 1990 Milton Terris propuso definir a la salud pública como: "La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (Terris, 1994). Esta noción puso sobre la mesa la importancia de considerar los procesos y los problemas colectivos de la salud y de la enfermedad, más que a nivel individual -de los individuos-.

El nuevo concepto de Salud Pública promovió cambios en la investigación epidemiológica. Puso a las teorías etiológicas en el centro de la disciplina, no limitándose al método y la identificación de factores de riesgo. Se puso énfasis en la perspectiva poblacional de la epidemiología, y se acentuó la relevancia del contexto social, cultural y medioambiental

La construcción de una propuesta alternativa en el campo de la salud pública debería estudiar la potencialidad de construir una salud pública fundamentada que reconozca los siguientes presupuestos:

1. Un enfoque filosófico-teórico centrado en la salud y la vida.
2. Métodos que integran diversas teorías, y proponen variadas técnicas capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras.
3. Prácticas sociales que integran diversos actores y poderes además del poder del Estado.

En suma, la salud pública constituye un espacio de controversia en el plano ideológico, metodológico y filosófico. Ello requiere asumir la existencia de contradicciones entre enfoques, métodos y prácticas sociales.

Epidemiología Crítica: la determinación social de la salud

La *epidemiología crítica* surgió en latinoamericana, a fines del siglo XX, en respuesta a lo que se ha dado a llamar la *epidemiología convencional* (Hernández, 2009), de tradición más anglosajona. La epidemiología crítica se concibe como uno de los ejes disciplinares del movimiento de la Medicina Social, en conjunto con la planificación y las ciencias sociales en salud. Es decir que se ubica en un contexto como disciplina dinamizadora de la Salud Colectiva como movimiento alternativo de Salud Pública. Para Almeida Filho la epidemiología crítica, a diferencia de la epidemiología hegemónica o convencional, reconoce la dimensión política de los procesos de salud y enfermedad.

Determinación social de la salud

Desde la epidemiología crítica latinoamericana se ha propuesto comprender la salud y la enfermedad en relación a la “determinación social de la salud” -con lo cual se toma distancia del enfoque de los determinantes sociales de la salud-. En el marco de esta perspectiva se asume que las lógicas de producción y reproducción social (es decir, la forma en cómo se estructura y funciona una sociedad) condiciona la salud y la enfermedad de las personas a nivel de los grupos sociales y, consecuente, a nivel individual. En este sentido, Jaime Brehil (2013) propone pensar la salud a partir de considerar tres dimensiones:

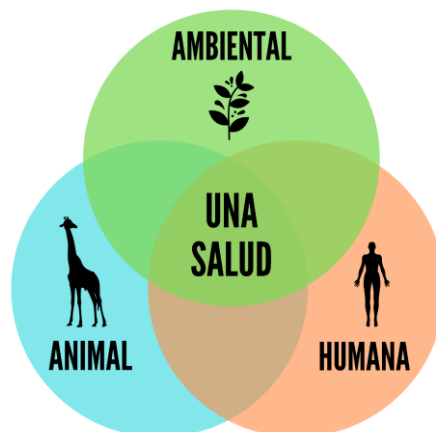
- (a) **Dimensión general:** Una sociedad funciona y se desarrolla en torno a tres elementos: la configuración económica, la configuración política y la configuración cultural. Estos tres elementos conforman lo que Breilh llama la determinación general de la salud. Así, por ejemplo, si la lógica de una sociedad (su forma de reproducción social) se caracteriza por la acumulación de riqueza (configuración económica), beneficiándose unos grupos sociales por sobre otros, entonces se genera un sistema social caracterizado por la exclusión. Este hecho determina, a su vez, la forma de organización del poder político (configuración política) y de la cultura (configuración cultural), las cuales asumen características que permiten reproducir a lo largo del tiempo dicha lógica.
- (b) **Dimensión particular de los grupos:** El marco descrito en la dimensión anterior determina los diferentes modos de vivir de los grupos sociales (dimensión particular de los grupos del cual las personas forman parte).
- (c) **Dimensión singular de los individuos/familias:** A su vez, el lugar que las personas ocupan en los distintos grupos de una sociedad condiciona su salud a nivel individual/familiar (es decir, condiciona de qué enferman y mueren las personas, y cómo ellas transitan estos procesos, tanto en términos de sus posibilidades materiales como culturales).

De esta manera, el paradigma de la determinación social de la salud se ha propuesto poner en el centro del análisis al modelo de producción capitalista, entendido como lógica o estructura que intrínsecamente genera desigualdades sociales. De esta manera, la salud y la enfermedad de las personas -tanto a nivel individual como colectivo- se explica por sus modos y condiciones de vida, en tanto que estos están condicionados o, mejor dicho, determinados por una lógica de acumulación exacerbada. En este sentido es que se habla de “determinación social de la salud”.

Una Salud (OMS)

Si bien el concepto "Una salud" (*One Health*) fue incorporado, relativamente, hace poco tiempo por la OMS -formalmente en el año 2008-, el mismo lleva décadas instalado en la agenda pública. Esta noción data de los años 1960-1970, y surge en el campo de la medicina veterinaria como forma de atender a las zoonosis como problema de salud pública.

El concepto de Una salud hace referencia a la interdependencia existente entre la salud humana, la salud animal y la salud ambiental. Es bajo esta perspectiva que se resalta la importancia de las acciones interdisciplinarias, multisectoriales, e interinstitucionales.



Una salud resulta de la intersección de la salud humana, la salud animal y la salud medioambiental.

De acuerdo a lo afirmado en 73ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (OPS, 2021):

El propósito de esta política sobre “Una salud” un enfoque integral para abordar las amenazas para la salud en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medioambiente” es fomentar la coordinación y la colaboración entre los diferentes marcos de gobernanza de los programas de salud humana, animal, vegetal y medioambiental. Una de las preocupaciones prioritarias en el enfoque de “Una salud” son los riesgos que afectan a los sistemas de los que depende la sociedad: salud, agricultura y ganadería, y medioambiente.

Actualmente, el crecimiento demográfico, la urbanización no planificada, la deforestación y la invasión de los bosques han desdibujado los límites entre la población humana y la población animal, junto con la globalización de los viajes y el comercio, lo que afecta a todo el ecosistema. Estos desafíos influyen en las relaciones entre los seres humanos, los animales y el medioambiente, y exigen enfoques estratégicos y transversales como el de “Una salud”.

Si consideramos la salud desde una perspectiva ecológica, la misma es el resultado de los sistemas socioecológicos, con consecuencias para la sostenibilidad. A su vez, las interacciones sistémicas entre las sociedades y los ecosistemas están influenciadas por los recursos, la gobernanza y los usuarios en entornos sociales, económicos y políticos determinados (17).

Algunos de los cambios mundiales recientes en los sistemas socioecológicos que incluyen la urbanización, la globalización, el crecimiento de la población humana, el aumento del consumo, el cambio climático y la pérdida del hábitat y la biodiversidad, han creado un entorno que favorece la aparición y el desbordamiento de los patógenos.

Los determinantes de la salud, incluidos los servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene, así como la contaminación del aire y la gestión inadecuada de las sustancias químicas como los pesticidas y el mercurio, pueden tener un impacto negativo para la salud de los seres humanos, los animales y las plantas. La deforestación y la explotación de la vida silvestre pueden generar cambios en el contacto entre los animales y los seres humanos, lo que a su vez puede dar lugar en ciertas circunstancias a brotes de enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, los brotes de enfermedades pueden representar una gran amenaza para la biodiversidad, junto con la destrucción del hábitat, la introducción de especies invasoras, la contaminación, el aumento de la población y la explotación agrícola excesiva.

Las soluciones a estos desafíos solo pueden entenderse adecuadamente mediante estrategias interdisciplinarias y multisectoriales que aborden la salud de las personas, los animales y el entorno que compartimos. Los vínculos entre la salud humana, animal y medioambiental, y la agricultura y ganadería, unidos a las repercusiones de la globalización y el impacto de los seres humanos en el medioambiente, han exacerbado los riesgos en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medioambiente.

La política “Una salud” comprende seis líneas de acción estratégica que pueden aportar orientación valiosa para las actividades de las autoridades nacionales de salud y las de prestación de cooperación técnica.

1. Realizar un análisis y mapeo de las complejas interacciones entre actores y procesos en los campos de la salud humana, animal, vegetal y medioambiental en contextos nacionales específicos.
2. Establecer mecanismos multidisciplinares, multisectoriales e impulsados por el consenso para la gobernanza de “Una salud”, para la administración y el financiamiento de estructuras funcionales que trabajen en todas las instituciones y que permitan la coordinación, la comunicación, el compromiso y la colaboración, y para el acceso a los conocimientos y recursos pertinentes.
3. Fortalecer los aspectos multidisciplinares e intersectoriales de los mecanismos y marcos existentes relacionados con la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente.
4. Fomentar actividades multisectoriales, incluida la planificación estratégica, la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, la vigilancia integrada de la enfermedad y la salud y la presentación de informes al respecto, las pruebas y redes de laboratorio, y las mejores prácticas para impulsar las actividades de colaboración basadas en la evidencia, respaldadas por el análisis de riesgos y que abarquen la evaluación, la gestión y la comunicación de riesgos.
5. Adoptar soluciones de salud digital, herramientas científicas y tecnologías emergentes que faciliten las iniciativas de “Una salud”.
6. Promover la investigación y la creación de capacidad sobre las amenazas para la salud en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medioambiente en diferentes sectores y disciplinas.

Síntesis principales conceptos

Salud y enfermedad

Es importante tener presente que la idea de que ni la salud ni la enfermedad, ya seas como conceptos o como experiencias, son universales.

Sobre salud pública

La salud pública es un espacio de controversias. No hay una definición universal ni acabada de salud pública, ya sea como saber (como campo de conocimiento/s) o como práctica social. En este sentido, debemos tener en cuenta que, por un lado, existe una visión de la salud pública que históricamente

ha privilegiado el papel del Estado (en tanto institución) como actor protagónico para asegurar las condiciones que permitan mantener la salud de una sociedad. Por otro lado, existe posturas, más arraigadas en la perspectiva de la salud colectiva latinoamericana, que enfatizan en la importancia de contemplar las condiciones sociales concretas y el derecho a la salud de los pueblos, al tiempo que ponen a la sociedad toda como hacedora en la generación de las condiciones que aseguren su salud.

Sobre salud colectiva

En lo que refiere a la salud colectiva, es importante diferenciar:

- (a) **La salud colectiva como concepto en sentido amplio.** De forma simplificada, refiere a todo aquello que tiene que ver con el perfil de salud de una población. Ello implica el análisis de las situaciones frente a la morbilidad y a la mortalidad. De esta manera, el concepto de salud colectiva se diferencia del concepto de salud individual.
- (b) **La salud colectiva como movimiento.** Otra cosa es conceptualizar a la Salud Colectiva en tanto movimiento. En este sentido, por la década de 1970 surgió en América Latina el movimiento de la salud colectiva con la intención de proponer un paradigma renovado de la salud pública -también era crítico de la medicina familiar y comunitaria-. La crítica de esta perspectiva se centró en que la visión de la salud pública tradicional, llamémosle, le daba un lugar protagónico al Estado en lo que tiene que ver con las decisiones sobre la salud de las personas, y, además, en que su foco estaba en la "enfermedad", en lugar de en la "salud". La visión latinoamericana, entonces, pone foco en la "salud", y ubica al Estado como un actor más, junto a las organizaciones sociales y las instituciones, en la construcción colectiva de las condiciones de salud de los pueblos. Hay que contextualizar su emergencia en un continente -y en particular en algunas regiones- en el que conviven culturas heterogéneas, donde lo comunitario tiene un peso relativo considerable en la toma de decisiones de los colectivos y donde se identifican graves problemas de exclusión y de desigualdades.

¿Qué características debe tener un problema para ser considerado un problema de salud pública?

En un sentido amplio, un **problema de salud** es toda aquella situación que una comunidad entiende que afecta negativamente el bienestar de los integrantes de esa comunidad.

A priori, podríamos decir que para definir un problema como un problema de salud pública es necesario considerar su "magnitud" y su "importancia". Ahora bien, ¿quién o quiénes definen cuál es la magnitud y la importancia de un problema para ser considerado de salud pública?

En relación a lo anterior, es importante tener en cuenta que, en la actualidad, hay posiciones que la asignan al saber y a la práctica médica un lugar privilegiado, frente a otros, en lo que refiere a las definiciones de qué es un problema de salud pública. Dentro de este campo, la epidemiología ha venido ocupando un lugar protagónico. Por otro lado, se encuentran posturas que dan lugar a otros saberes, además del saber médico, tanto del ámbito científico y/o académico como del saber no científico (saber popular) a la hora de definir qué es un problema de salud pública.

Determinantes de la salud

La salud y la enfermedad de las personas se encuentran determinadas por una compleja red multifactorial de aspectos biológicos y sociales, que se ponen en juego en la medida que interactúan las características propias de cada individuo y las características del entorno social y ecológico de la comunidad a la que se pertenece.

Los **determinantes de la salud** son causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud de las personas en una comunidad. A partir del modelo holístico de Laframbroise, en 1974 Marc Lalonde propuso concebir el nivel de salud de una comunidad como influido por cuatro grandes grupos de determinantes (causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud de las personas):

- **Estilos de vida y conductas de salud** (participación laboral, en actividades recreativas, patrones de consumo, otros).
- **Biología humana** (constitución y carga genética, funcionamiento de los sistemas, procesos de maduración y envejecimiento, aspectos concernientes a la salud física y mental).
- **Medio ambiente** (factores externos al cuerpo humano: medio físico, biológico y social).
- **Sistema de asistencia sanitaria:** respuesta organizada y especializada de la sociedad para la atención a la salud (utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia). Aspectos relacionados a la prevención, el tratamiento y la recuperación.

Desde esta perspectiva, se sostiene que a estos cuatro grupos de determinantes se les debe asignar igual relevancia, al tiempo que se asume que su interacción es fundamental para la preservación de la salud -la cual constituye el principal propósito de este enfoque-.

Debido a los avances científicos y tecnológicos en el campo de la genética, la biotecnología y la nanotecnología, se acepta la posibilidad de incidir cada vez en

mayor grado en los determinantes de la biología humana. Ello se relaciona con nuevas posibilidades de diagnóstico y tratamiento de distintas patologías.

Promoción de la salud

Desde el **enfoque de la promoción de la salud** se busca incidir en las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud de las personas; es decir, en los determinantes de la salud. En este sentido, la preservación de la salud constituye el principal propósito del enfoque de la promoción de la salud. De aquí la estrecha relación entre la perspectiva de los determinantes de la salud y el enfoque de la promoción de la salud.

Determinantes de los estilos de vida

Los **determinantes de los estilos de vida** son aquellos determinantes que se relacionan con patrones o formas de comportamiento de las personas.

Si bien muchas veces se asume que los estilos de vida refieren a comportamientos voluntarios que inciden sobre la salud, y sobre los cuales se puede ejercer un mecanismo de control, es importante enfatizar el hecho de que referir a los “determinantes de los estilos de vida” no implica asumir que la toma de decisiones sobre la salud de las personas se reduce a una responsabilidad únicamente o principalmente individual (reduccionismo voluntarista).

El hecho de asumir que los estilos de vida de las personas responden enteramente o fundamentalmente a decisiones individuales (a su propia voluntad), sin situar dichas decisiones en la estructura social, conlleva, en muchas ocasiones, a culpabilizar o penalizar determinadas conductas. Por ello se torna necesario proponer un análisis que sitúe los comportamientos y las decisiones individuales de las personas en el contexto sociocultural y socioeconómico concreto en el que se desenvuelven. De aquí la importancia de relacionar el estilo de vida con los conceptos “determinantes de la salud”, “producción social de la salud” y “determinación social de la salud”.

Determinantes sociales de la salud

Para asumir la importancia de las condiciones sociales como un factor preponderante de la salud de las personas se ha propuesto la noción de **determinantes sociales de la salud** (DSS). Para la Organización Mundial de la Salud los **DSS** son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluidos el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

Esto significa que la pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, las condiciones habitacionales y el acceso a servicios, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludables y la falta de trabajo o la precariedad

laboral condicionan el estado de salud de las personas -por lo tanto, condicionan como transitan los procesos de morbi-mortalidad-.

Producción social de salud

La noción de **producción social de la salud** remite a que la salud de las personas puede entenderse como el resultado de la interacción de los actores sociales (individuales y colectivos) entre sí, y de éstos con su entorno.

Determinación social de la salud

Este paradigma -el cual se posiciona de una postura crítica del enfoque de los determinantes sociales de la salud- asume que las lógicas de producción y reproducción social (es decir, la forma en cómo se estructura y funciona una sociedad) condiciona la salud y la enfermedad de las personas a nivel de los grupos sociales y, consecuente, a nivel individual/familiar.

Esto significa que, el lugar que las personas ocupan en los distintos grupos que configuran a una sociedad condiciona su salud a nivel individual/familiar (esto es, condiciona de cómo viven y se desarrollan las personas, de qué enferman y mueren, y cómo ellas transitan estos procesos, tanto en términos de sus posibilidades materiales como culturales).

Desigualdades sociales y salud

A modo de síntesis de lo abordado en los puntos anteriores, se puede decir que las circunstancias desiguales en las que las personas nacen, crecen, trabajan, se desarrollan y envejecen, condicionan de forma desigual la salud de las personas.

Bibliografía

- Almeida N. y Silva J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Bertolozzi, M. y De La Torre, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36.
- Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.

- Centro de Culturas Indígenas del Perú (2011, octubre). *Acuerdan concepto de salud desde los pueblos indígenas*. <http://chirapaq.org.pe/es/acuerdan-concepto-de-salud-desde-los-pueblos-indigenas>
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Martínez Roca.
- Gavidia V. y Talavera M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Revista Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175.
- Gómez, C. y Jaramillo, F. (2011). Complejidad: una introducción. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 831-836.
- Gómez, R. (2022). La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 101-116.
- Hernández, L. (2009). Qué critica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. *Boletín del Observatorio*, 2(4).
- Herzlich C. y Pierret J. (1988). De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales*, 43, 21-31.
- Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada.
- Laurell, A. (1994) Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud Enfermedad. En, MI. Rodríguez (Coord.) *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*, 1-12, OPS.
- OPS (2021, julio). *CD59/9 - Una Salud: un enfoque integral para abordar las amenazas para la salud en la interfaz entre los seres humanos, los animales y el medioambiente*. <https://www.paho.org/es/documentos/cd599-salud-enfoque-integral-para-abordar-amenazas-para-salud-interfaz-entre-seres>
- Parafita, D. (2020). *Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad*. [Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semipresencial, Área de salud, Facultad de Psicología, Curso Niveles de Atención en salud]. Udelar
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelaalconcepcionesdeSE1.pdf

- San Martín, H. (1981). *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Masson.
- Terris, M. (1964). *Goldberger on Pelagra*. Louisiana State University Press.
- Toro-Palacio, L. y Ochoa-Jaramillo, F. (2012). Salud: un sistema complejo adaptativo. *Rev Panam Salud Publica*, 31(2) 161-165.
- Vergara, M.C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la promoción de la salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.
- Winslow C.E.A. (1920) The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51, 23-33.