

CICLO DE INTRODUCCIÓN A LAS CIENCIAS DE LA SALUD 2025

Carrera Doctor en Medicina

Facultad de Medicina

Universidad de la República

Documento de trabajo 1

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

Docentes responsables (Departamento de Medicina
Preventiva y Social).

- Profa. Agda. Ima León
- Adriana Méndez
- Aste. Gabriel Barrero
- Aste. Silvana López
- Aste. Leandro Larrosa
- Aste. Corina Espinosa

Objetivos de aprendizaje

- Introducir y reflexionar sobre distintos enfoques y nociones sobre salud y enfermedad, salud individual, salud colectiva y salud pública.
- Presentar las perspectivas de los determinantes y de la determinación social de la salud.

Introducción

1

Los conceptos de salud y de enfermedad no son universales. Ello significa que cambian a lo largo del tiempo y en relación con contextos culturales específicos. La salud y la enfermedad deben ser entendidas como fenómenos sociales históricamente situados. En este sentido, como afirma 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 a la hora de pensar la noción de enfermedad. Veamos algunos ejemplos. 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. De igual manera, 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.

A lo largo del documento se presentan algunos contenidos que permiten

profundizar en esta discusión.

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 humana. De hecho, es de los de más reciente desarrollo en la historia de la humanidad; y debe asumirse en continua construcción o reformulación, no como un saber y una práctica osificada. 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, presentamos 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 visión 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 (460 a.C. - 377 a.C.) 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 período 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. En este marco histórico se desarrolló el pensamiento científico sobre la salud y la enfermedad. 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 (1596-1650) 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 (1633-1714) 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 a 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 (1721-1772), 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 (1745-1821) 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 -que, como veremos en encuentros posteriores, estuvo 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 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. 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 tienen relevancia (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.

Algunas aproximaciones a la noción de salud

Como se ha mostrado, el concepto salud no es universal. Ello 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, presentamos algunas definiciones sobre salud y enfermedad. Muchas de ellas constituyen definiciones clásicas al tiempo que se les puede atribuir un carácter normativo (lo que significa que en la medida que estas

definiciones se expresan en formas institucionales las actividades de las personas son configuradas y/o reguladas por ellas):

- **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.

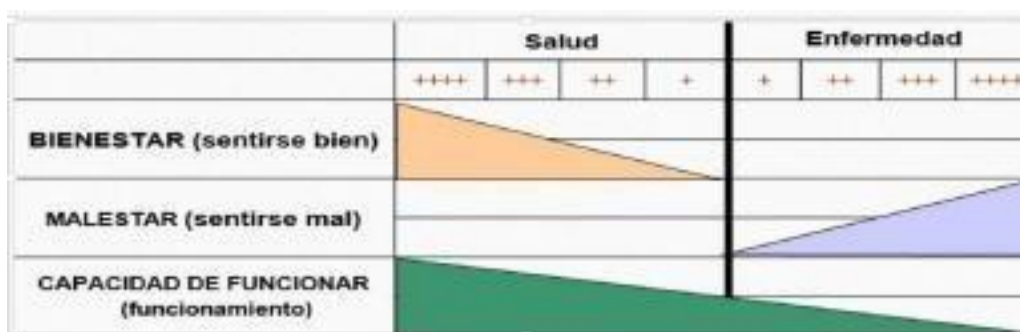
- **Laframboise (1973) y Marc Lalonde (1974):** A partir del modelo holístico de Laframboise, Marc Lalonde propuso que el nivel de salud de una comunidad está influido por cuatro grandes grupos de determinantes (causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud de las personas):
 - Estilos de vida y conductas de salud (consumo de 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 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.

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

7

- **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

8

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).

- **“Una salud” (One Health):** Este concepto fue incorporado formalmente en el año 2008 por la OMS. No obstante, esta noción data de las décadas de 1960 y 1970; surgió en el campo de la medicina veterinaria como forma de atender a las zoonosis como problema de salud pública. “Una salud” hace referencia a la interdependencia existente entre la salud humana, la salud animal y la salud ambiental. Bajo esta perspectiva 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.

Luego de este recorrido por distintas definiciones de salud, se diremos 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

9

dichas capacidades, ¿quién o quiénes serían los responsables en garantizar que ello ocurra? ¿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, se tornan relevantes 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 técnica. Dicha racionalidad 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, el entorno físico que habitan las personas, las prácticas alimenticias, el acceso al consumo de bienes y servicios, la educación, las condiciones laborales, la pertenencia a grupos sociales y étnicos, la disponibilidad, acceso y calidad de los cuidados médicos, el tiempo libre, las tradiciones y costumbres respecto al cuerpo y a la enfermedad y las ideas religiosas constituyen algunos de los tantos aspectos que se asocian a la salud y a la enfermedad.

Salud pública y salud colectiva

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

10

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 se produjo el desarrollo 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 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 (1800-1890) 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 (1813-1858) 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 que 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 concibió la 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).

11

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)².

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 asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Terris, 1964).

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 o de los individuos aislados.

Como sostiene López Arellano (2017), por salud pública es posible entender todo “aquello que e, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar condiciones que permitan a la población permanecer saludable” (p. 21).

La salud pública como un espacio de controversia

En un sentido amplio, puede decirse que un **problema de salud pública** refiere a todo aquello que tiene que ver con la dimensión poblacional de la salud de una población. Ahora bien, la salud pública puede ser entendida “como un campo de saberes y prácticas que aborda la salud de los colectivos humanos y las respuestas sociales organizadas para promoverla y mejorarla” (López Arellano 2017, p. 15). Por lo tanto, la noción de salud pública alberga, por lo menos, dos significados: como campo de saberes (como espacio de conocimientos) y como práctica social. Ello debe ser interpretado en el marco de relaciones de poder que determinan, en un contexto social concreto, qué es un saber válido/verdadero y qué es una práctica considerada legítima, en lo que refiere a la salud de las personas. Esto nos conduce a interrogarnos sobre quién define

² Más adelante Winslow modificó el término "salud física" por el de "salud física y mental".

12

cuándo un problema de salud ha de ser considerado un problema de salud pública, así como quiénes son las personas indicadas para abordarlo.

Laurence Gostin (referido por López Arellano, 2017) hace referencia a dos perspectivas sobre salud pública, a saber: la acotada y la ampliada. La **perspectiva acotada** se centra en el modelo biomédico, se preocupa por la enfermedad y privilegia la tecno-intervención para reducirla. Asimismo:

Su proceder se inscribe en el método positivista y en la noción de riesgo, y se orienta al estudio de los factores que afectan la salud de la población [factores de riesgo], sean estos biológicos, ambientales, conductuales o sociales, con el propósito de modificar las exposiciones riesgosas (López Arellano, 2017, p. 17)

Como veremos más adelante, la perspectiva acotada sobre salud pública se relaciona con dos conceptos centrales: los determinantes de la salud y la promoción de la salud.

Por otro lado, la **perspectiva amplia**, en cambio:

[...] entiende la salud-enfermedad como resultado de los modos de vida de los colectivos y expande su mirada a los procesos sociales productores de enfermedad y muerte, para así proponer intervenciones sociosanitarias y transformaciones estructurales. La medicina social y la salud colectiva latinoamericanas se inscriben en esta perspectiva [...]. Esta mirada marca diferencias filosóficas, teórico–metodológicas e instrumentales respecto a la salud pública convencional y a los horizontes de búsqueda de la salud (López Arellano, 2017, p. 17)

Desde esta visión resulta central el carácter social asignado a los procesos de salud-enfermedad, por lo cual categorías como estilos de vida, producción social de la salud, determinación social de la salud, estructura social y clase social pasan a tener centralidad descriptiva y analítica. Esta perspectiva tendrá una mirada crítica a la idea de determinantes de la salud y, con ello, al enfoque de la promoción de la salud clásica, digamos.

Como se puede ver, ambas perspectivas presentan diferencias filosóficas, teóricas, metodológicas e instrumentales en torno a la definición de lo qué es un problema de salud pública, así como de su resolución. De forma que la salud pública constituye un espacio de controversia.

13

El movimiento de la salud colectiva y la epidemiología crítica latinoamericana

El movimiento de la **salud colectiva** surgió en América Latina, en la década de 1970, con la intención de proponer un paradigma renovado de la salud pública. 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, puso foco en la salud, y ubicó 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 muy 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.

La salud colectiva aborda la salud-enfermedad de los sujetos a partir de su consideración en grupos sociales y por las formas particulares de inserción social de miembros. Estas formas de pertenencia e inserción determinan el curso de vida de las personas, lo que se traduce en cómo transitan los procesos de salud 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).

Si bien presenta puntos de convergencia con la salud pública, muestra algunas diferencias que interesa resaltar (López Arellano, 2017):

1. ¿Cómo se reconstruye lo social? La salud colectiva posiciona a lo social “como resultado de contradicciones entre los distintos grupos sociales y ubican las causas de la desigualdad en la naturaleza de las formas de producción y en la distribución de la riqueza de una sociedad” (p. 22).

2. ¿Cómo se reconocen e interpretan los mecanismos de determinación de los procesos de salud? En la salud colectiva, la determinación de los procesos de salud “se vincula a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos bio-psíquicos, y que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica” (pp. 22-23).
3. ¿Cómo se investiga desde el punto de vista empírico? El abordaje de la salud colectiva “propone trabajar con variables relacionales, que además de describir las condiciones de salud-enfermedad, pretende explicar su determinación y distribución diferencial a través de un proceso de construcción conceptual” (p. 22). Una de las críticas a este abordaje se centra en la dificultad para operacionalizar (medir) estos aspectos conceptuales que se propone abordar. Más allá de ello, esta perspectiva

14

ha privilegiado a los estudios cualitativos en la investigación en salud, al tiempo que ha estimulado el desarrollo de la epidemiología social y el aporte de las ciencias sociales en las cuestiones que hacen a la salud de los grupos humanos.

Por lo pronto, como apuntan Morales y Rocha (2027): “La salud pública y la salud colectiva son corrientes [de pensamiento] que confluyen y disputan en el área de la salud por ser un campo social en construcción” (p. 31). Las distintas miradas sobre la salud pública influyen en las características que toman 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 la atención médica no es suficiente para la transformación de los procesos de salud y de enfermedad.

En el marco de las discusiones sobre la salud colectiva surgió en América Latina la **epidemiología crítica**, con la intención de proponer un paradigma renovado en relación a lo que se ha dado a llamar la epidemiología convencional (Hernández, 2009), de tradición anglosajona. Esta visión, arraigada en la perspectiva de la salud colectiva latinoamericana, enfatiza 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. Para Almeida Filho la epidemiología crítica, a diferencia de la epidemiología hegemónica, reconoce la dimensión política de los procesos de salud y enfermedad (Hernández, 2009). El cuestionamiento de la epidemiología crítica se centró en que la visión de la salud pública hegemónica le daba un lugar protagónico al Estado (en tanto institución) 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.

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, 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

15

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 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.

En síntesis, 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 estructurales –como generadoras de las condiciones de salud de las

personas— 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.

16

¿Determinantes de la salud o determinación social de la salud?

Para finalizar, a partir de las discusiones que hemos planteado en el documento, proponemos algunas ideas en torno a distintas formas de pensar y abordar los procesos de salud y de enfermedad.

El enfoque de los determinantes de la salud y la promoción de la salud

Como hemos visto, a mediados de la década de 1970 Marc Lalonde propuso concebir el nivel de salud de una comunidad como influido por cuatro grandes grupos de determinantes (“**determinantes de la salud**”): (a) estilos de vida y conductas de salud, (b) biología humana, (c) medio ambiente y (d) sistema de asistencia sanitaria. 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 aquí la estrecha relación entre la perspectiva de los determinantes de la salud y el enfoque de la promoción 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 cómo transitan los procesos de morbi-mortalidad.

Producción social de la 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 contexto. Este paradigma -el cual se posiciona desde una postura crítica al enfoque de los determinantes de la salud- asume que las lógicas de producción y reproducción social condiciona cómo viven y se desarrollan las personas o grupos de personas, de qué enferman y mueren, y cómo ellas transitan estos procesos, tanto en términos de sus posibilidades materiales como culturales. Por lo tanto,

17

para modificar las formas en cómo viven, enferman y mueren las personas es necesario transformar las condiciones sociales sobre las que ello se produce y reproduce.

Bibliografía

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.

Hernández, L. (2009). Qué crítica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. *Boletín del Observatorio*, 2(4).

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada.

López Arellano, O. (2017). Salud colectiva y salud pública. ¿Se está hablando de lo mismo? En M. Morales, *Cuadernos del Doctorado No. 18*. Universidad Nacional de Colombia.

Morales, M. y Rocha, A. (2017). Debate entre salud colectiva y salud pública. En M. Morales, *Cuadernos del Doctorado No. 18*. Universidad Nacional de Colombia.

Parafita, D. (2020). *Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad*. [Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semipresencial, Área

18

de salud, Facultad de Psicología, Curso Niveles de Atención en salud]. Udelar https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasc oncepcionesdeSE1.pdf

San Martín, H. (1981). *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Masson.

Terris, M. (1964). *Goldberger on Pellagra*. Louisiana State University Press.

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. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51, 23-33.

