

Ensayos

sobre salud pública y desarrollo social

Anderson Rocha-Buelvas

Claudia Isabel Córdoba Sánchez

Rodrigo Ruiz Lurduy

Felipe Mejía Medina

Hector Fabio Restrepo Guerrero

Jairo Corchuelo Ojeda

Giovane Mendieta Izquierdo

Juan María Cuevas Silva

Claudia Isabel Córdoba Sánchez
(Editora académica)

Ensayos

sobre salud pública
y desarrollo social

Claudia Isabel Córdoba-Sánchez
Editora académica

Córdoba Sánchez, Claudia Isabel Editora académica
Ensayos sobre salud pública y desarrollo social -- / Editora académica Claudia Isabel Córdoba
Sánchez. -- Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina, 2019.

ISBN: 978-958-5462-38-0

191 páginas fotografías, graficas, tablas; 23 cm.
Incluye índice

1. Salud pública - Ensayos, conferencias, etc.– 2. Desarrollo Social – Ensayos, conferencias, etc.
Catalogación en la fuente Biblioteca Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá)

614 – scdd22

Ensayos sobre salud pública y desarrollo social

©Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, junio de 2019.

©Anderson Rocha-Buelvas, Claudia Isabel Córdoba Sánchez, Rodrigo Ruiz Lurduy,
Felipe Mejía Medina, Héctor Fabio Restrepo Guerrero, Jairo Corchuelo Ojeda, Giovane
Mendieta Izquierdo, Juan María Cuevas Silva.

ISBN (digital): 978-958-5462-38-0

Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 70 No. 12-55, Bogotá, Colombia
Tel: +57 (1) 7424218 Ext. 1231
Correo electrónico: publicaciones@areandina.edu.co

Director editorial:
Omar Eduardo Peña Reina

Coordinador editorial:
Camilo Andrés Cuéllar Mejía

Corrección de estilo, diagramación e impresión:
Xpress Estudio Gráfico y Digital

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial
de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin
autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

BANDERA INSTITUCIONAL

Pablo Oliveros Marmolejo †
Gustavo Eastman Vélez

Miembros Fundadores

Diego Molano Vega

Presidente de la Asamblea General y Consejo Superior

José Leonardo Valencia Molano

Rector Nacional y Representante Legal

Martha Patricia Castellanos Saavedra

Vicerrectora Nacional Académica

Ana Karina Marín Quirós

Vicerrectora Nacional de Experiencia Areandina

María José Orozco Amaya

Vicerrectora Nacional de Planeación y Calidad

Darly Escorcía Saumet

Vicerrectora Nacional de Crecimiento y Desarrollo

Erika Milena Ramírez Sánchez

Vicerrectora Nacional Administrativa y Financiera

Felipe Baena Botero

Rector - Seccional Pereira

Gelca Patricia Gutiérrez Barranco

Rectora - Sede Valledupar

María Angélica Pacheco Chica

Secretaria General

Omar Eduardo Peña Reina

Director Nacional de Investigación

Rafael Molina Béjar

Director Escuela de Posgrados en Salud

Daniel Gonzalo Eslava Albarracín

Director Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social

Camilo Andrés Cuéllar Mejía

Subdirector Nacional de Publicaciones

Tabla de contenido

Presentación	7
Prólogo	11
Deliberaciones políticas y científicas sobre el desarrollo y la salud pública <i>Anderson Rocha-Buelvas</i>	21
La política pública como anclaje entre la salud pública y el desarrollo social <i>Claudia Isabel Córdoba Sánchez</i> <i>Rodrigo Ruiz Lurduy</i>	49
Las tecnologías en salud y el gasto en salud <i>Felipe Mejía Medina</i>	71
Ambiente y salud pública: Una mirada desde el impacto ambiental a la salud <i>Héctor Fabio Restrepo Guerrero</i>	101
Perspectiva teórica de estudios relacionados con desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención dental a gestantes <i>Jairo Corchuelo Ojeda</i>	137
Salud pública en el marco del desarrollo social y la bioética <i>Giovane Mendieta Izquierdo</i> <i>Juan María Cuevas Silva</i>	165

PRESENTACIÓN

La salud pública ocupa un lugar importante en el desarrollo social, más aún, la salud pública es uno de los principales motores del desarrollo social. En efecto, los indicadores relacionados con la salud infantil y materna, la esperanza de vida al nacer, la tasa de fecundidad y natalidad, entre otros, no reflejan solo el estado de salud de una población, expresan además la capacidad de respuesta del Estado ante las necesidades de salud y el nivel de desarrollo social de un país. Asimismo, se ha establecido que el desarrollo social tiene en la salud pública uno de sus principales propósitos y muestra de ello son los avances tecnológicos y científicos que, sin duda, han mejorado las condiciones de salud de la población.

Y aunque existen numerosas evidencias que indican que la inversión en salud tiene efecto positivo sobre los niveles de desarrollo, muchos gobiernos, particularmente los de países con democracias débiles, muestran desinterés político y económico para mejorar los niveles de salud de la población. Además, las políticas públicas de salud no tienen el alcance deseado y dejan en el mercado la prestación de los servicios y bienes de salud, de forma que solo los sectores sociales de mayor ingreso tienen capacidad económica para comprar su salud.

Las experiencias globales con enfermedades como el sida, la malaria, el zika o el ébola han demostrado la fragilidad de la especie humana, su vulnerabilidad y finitud. De igual manera, se ha comprobado que los desórdenes sociales que acontecen en algunas partes del mundo se pueden extender rápidamente a otras geografías por vía del terrorismo, los conflictos armados y el deterioro medioambiental.

Lo anterior plantea la urgente necesidad de atender la salud de las poblaciones menos favorecidas, pues dejarla en manos del mercado, como lo han sugerido algunos economistas, puede poner en riesgo el

desarrollo social de toda la humanidad o buena parte de ella, sobre la base de la enfermedad y muerte de miles de personas. En efecto, aunque se reconoce la importancia del crecimiento económico, este por sí solo no es capaz de reducir las tasas de morbi-mortalidad general y menos aún las de los sectores vulnerables, de modo que se requiere aumentar el acceso de los más pobres a los servicios básicos de salud enfrentando, entre otros males, la corrupción y la privatización de la salud.

Algunas corrientes de pensamiento provenientes de Latinoamérica plantean nuevas formas de mirar el desarrollo social. Gudynas (2011) propone el buen vivir como un concepto que asume ideas y prácticas novedosas que no tienen nada que ver con el progreso occidental. En efecto, en esta última perspectiva, los valores económicos están por encima de valores como el reconocimiento del otro y de lo otro, las conductas ético-morales y el respeto por la tierra y el entorno, valores propios de las comunidades indígenas americanas.

Se trata de establecer un equilibrio de la vida del ser humano en una relación armoniosa con la naturaleza, sin que la idea de desarrollo impacte de manera negativa al mismo hombre o a la naturaleza. En ese sentido, para vivir mejor es necesario involucrar ideas, discursos y prácticas que en conjunto nos aparten de las concepciones de desarrollo occidentales, en las que el desarrollo social se relaciona con el trabajo productivo, el progreso económico con tendencia acumulativa, y el consumismo, que no son otra cosa que elementos nucleares del concepto colonial de desarrollo para la modernidad. Se trata de una forma de vida en armonía, en la que la dignidad, el buen corazón, el convite y la felicidad sean esenciales, no una vida desde la acumulación de capital y bienes.

Estas otras formas de pensar se conectan con la perspectiva indígena, aunque se gestan en el seno de corrientes occidentales que se resisten a la hegemonía y valoran la felicidad, tranquilidad, armonía y equilibrio. Son posturas ante la vida que se niegan también a continuar con disposiciones antropocéntricas, en las cuales se considera que todo desarrollo debe ser funcional al ser humano en detrimento de los derechos de otros seres animales o de la naturaleza. Es desde las posturas críticas al antropocentrismo que surgen los derechos del agua, de los

animales, de la naturaleza misma. Por eso, acudimos a Arturo Escobar, quien plantea que antes de buscar desarrollos alternativos, es mejor buscar alternativas al desarrollo.

Es en ese ámbito de discusión que presentamos el libro *Ensayos sobre Salud pública y desarrollo social* como vehículo de conocimientos, experiencias, argumentaciones y discusiones provenientes de un grupo de profesores de un programa de Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social. Los encuentros y desencuentros en el escenario académico, pero sobre todo el interés de cada uno de los autores, constituyen la pieza fundamental para estructurar esta obra. Con ella pretendemos poner el conocimiento generado en la Maestría a disposición de académicos, estudiantes y público interesado en el tema de la salud pública y el desarrollo social, con las debidas reflexiones y ejercicios investigativos propios del trabajo académico. Esperamos que este esfuerzo configure el primero de otros tantos que aporten a la transformación social.

Claudia Isabel Córdoba Sánchez

Editora académica

Prólogo

Realizar el prólogo de una obra me obliga a remitirme, en primer lugar, al origen etimológico de la palabra o término, que proviene del griego “prólogos”, formado del prefijo pro-antes y logos-palabra o expresión. De ahí que se use esta palabra para definir al discurso que se efectúa antes de empezar una obra y que le sirve a su vez de introducción. Sin embargo, el uso cotidiano que se daba al término en la antigua Grecia, se refiere al mundo del teatro donde en las representaciones, uno de los actores, ya ataviado con su vestuario y con la máscara de su personaje en la mano, salía al frente ante el público y recitaba, explicando el argumento de la obra que estaba por ser representada, o la situación inicial de los hechos de los que partiría, o que se desarrollarían durante la obra para una mejor comprensión de la trama. Al pasar el tiempo, se le dio el nombre de prólogo a este preámbulo que se recitaba antes de cada obra de teatro o algunas óperas, y en la actualidad se utiliza para valorar el escrito o discurso que antecede a un texto, se trate de formato de libro electrónico o impreso, como en este caso.

El reto de semejante empresa, no es menor, toda vez que el sugestivo título del libro, *Ensayos de salud pública y desarrollo social*, impone como primera condición, analizar primero de manera individual y luego en conjunción las dos categorías constitutivas que se enuncian y desarrollan en los diferentes capítulos del trabajo que la Fundación Universitaria del Área Andina presenta a los lectores como contribución académica de un grupo de docentes adscritos al programa de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, de la Facultad de Ciencias de la Salud, ellas y ellos con una diversidad y riqueza en su formación de pregrado y posgrado, que evidenciarán los lectores al discurrir por los capítulos y secciones del libro. Esta diversidad se hará explícita, o en algunas secciones la encontraremos implícita, ya que al abordar cada uno de los temas objeto de discusión, los autores nos dejan entrever su posición epistemológica, ética y política, desde donde nos escriben al ocuparse de la Salud Pública y el Desarrollo Social; o de

las intersecciones o solapamientos entre ambos; de las derivaciones y profundización hacia otras áreas relacionadas con las categorías principales, como son “las inequidades en salud oral”, “la salud del ambiente”, “la política pública”, “lo político de la salud pública” o “la sostenibilidad financiera del sistema de salud” y “la relación entre el desarrollo social y la bioética”; o incluso de las evidentes contradicciones o vacíos en el conocimiento al abordar en profundidad una u otra categoría, desde cada una de sus áreas de experticia. Esta primera conclusión de la lectura completa del libro, se soporta en los trabajos de investigación de cada uno de los autores, en su ejercicio docente, más sobre todo en las provocadoras discusiones y reflexiones que en los últimos años han efectuado desde las diferentes líneas de profundización que lideran o en las que participan en la institución y en la maestría, que les han permitido acometer la nada fácil tarea de escribir y publicar un libro a varias manos sobre las categorías fundacionales y ejes de trabajo de su maestría.

Con esta idea inicial quiero señalar, que si bien la lectura del libro (que realicé en varias ocasiones, unas veces en el orden en que aparecen los capítulos, otras eligiéndolos al azar) es accesible, en la tercera acepción que aparece en el Diccionario de la Lengua Española, “*de fácil comprensión, inteligible*”, la tarea de prologar el libro que los autores de manera generosa me solicitaron, no me resultó fácil, por la estatura intelectual y ética de quienes firman el libro y por la sensibilidad política que genera escribir o hablar sobre temas relacionados con la salud pública o con el desarrollo social. Con este horizonte, me dispuse a estudiar los elementos constitutivos del libro y de cada capítulo, con el ánimo de encontrar el o los hilos conductores y el desarrollo de las categorías planteadas, utilizando la metáfora de un estudioso de la música, que con partitura en mano se dispone a escuchar una y otra vez una composición musical, para además del fenómeno estético y emocional que produce su escucha, ya por si solo valioso, encontrar las claves de su escritura y seguir mentalmente el desarrollo y evolución de cada una de las melodías, que superpuestas, componen la armonía de la pieza musical elegida. Y fue esta metáfora la que me permitió dimensionar en todo su valor el aporte que este libro hace a la comunidad científica y académica, a los actores e instituciones del sector salud, del sector educativo, o a la comunidad general, interesada en la discusión de temas de tanta valía e impostergables en este momento histórico que vive Colombia, que habiendo firmado la terminación del conflic-

to armado, se dispone ahora con muchos sobresaltos a reconstruir el tejido social y construir y mantener la paz en un país tan deteriorado después de casi seis décadas de enfrentamientos que cubrieron la casi totalidad del territorio patrio.

El libro *Ensayos de salud pública y desarrollo social* contiene insumos necesarios para todos aquellos empeñados en apoyar esta reconstrucción, que aspiramos muchos compatriotas en el mediano plazo permita el acceso universal y de calidad a servicios de salud, a eliminar las inequidades de cualquier índole, a pensar en una ética de las ciencias y de la vida y a un desarrollo social sustentable que sin un acto egoísta de depredación a la naturaleza permita la viabilidad a largo plazo de la interacción entre humanos, animales no humanos, plantas y el ecosistema biótico y abiótico, no solo en nuestro país, sino, repitiendo la consigna de los diversos foros mundiales de que: ¡OTRO MUNDO ES POSIBLE!.

Y tendremos un mundo diferente, si comprendemos que la salud humana, la salud pública, la salud del ambiente, las políticas públicas, la bioética y el desarrollo social, como insisten los autores en todos los capítulos, requieren ser pensadas, vividas y demandadas de una manera distinta al modelo de industrialización impuesto por los así llamados organismos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la UNESCO, por citar algunos. Para lograr semejante tarea, se requiere de aportes como el que hoy el lector tiene en sus manos, un libro en el que los autores, con rigor académico, con evidencia derivada de sus vivencias como investigadores y docentes en la Fundación Universitaria del Área Andina o de otros claustros académicos, nos proponen una manera diferente de entender tanto la salud pública como el desarrollo social y para lograr esto, en los distintos capítulos, los autores dan cuenta de que han tenido que estudiar las obras de diferentes pensadores que les han influido y aportado en sus carreras para poder componer esta partitura colectiva. Al dar cuenta de algunas de las obras de estos pensadores en sus capítulos, imposibles de presentar y desarrollar en su totalidad dado el alcance del libro, los autores, sin embargo, nos invitan a todos a volver a estas fuentes, algunas clásicas y que ayudaron a moldear el mundo que hoy conocemos y otras más cercanas a nosotros en el tiempo,

pero quizás desconocidas o parcialmente conocidas para quien lee este libro y que resultan fundamentales en la pretensión que tiene la universidad de cara al siglo XXI, que no es otra que formar ciudadanos comprometidos con atender las necesidades de sus comunidades y con dar respuesta desde donde se encuentren, geográficamente, política o administrativamente en distintas instancias de gestión y dirección en los campos de la salud o del desarrollo, actuando siempre con una perspectiva ética del buen vivir, de una vida de calidad, de la buena vida del pensamiento indígena andino y amazónico.

En esta línea argumentativa de exposición de ideas, los autores revisan y sutil o frontalmente, nos proponen volver sobre las obras de Carlos Marx y Federico Engels, para entender las bases que subyacen al modelo económico de acumulación capitalista y mostrarnos cómo desde su mismo nacimiento, en ruptura con el modelo feudalista anterior (la relación señor feudal y siervo en un modo de producción de baja productividad), sino que este inicio revolucionario del capitalismo estará marcado por la acumulación por desposesión (denominada por Marx acumulación originaria y retomada y actualizada por David Harvey en su prolífica obra), pues la lógica interna que subyace a este modelo es la de acumular y acumular ganancias, a expensas de extraer valor, ya sea a la fuerza de trabajo o a la transformación de materias primas, recursos naturales y a la venta de bienes y servicios, particularmente los financieros, en muchas ocasiones sin una base material que les sustente, dando lugar a una vertiginosa expansión del denominado capital ficticio y a la especulación financiera, que al sobrepasar los límites imaginados de su propia reproducción en una economía de casino, comienzan a generar pérdida de la confianza de los inversores y luego se transmite como por contagio a los productores y luego a los consumidores que somos todos. La "confianza inversionista", que es la base sobre la que se sostiene la promesa de ganancias futuras para los capitalistas y los ciudadanos, es la que al deteriorarse dio comienzo a la crisis. Este proceso de pérdida de confianza comenzó con el rescate hecho público por parte de las reservas federales y del tesoro estadounidense de las entidades hipotecarias semipúblicas Fannie Mae y Freddie Mac, se continuó con la declaración de banca rota del cuarto mayor banco de inversión estadounidense, Lehman Brothers, eventos que fueron los detonantes de la inocultable crisis sistémica capitalista en el año 2008 y que tuvo y aun sigue generando repercusiones de alcance planetario, como por ejemplo (citan los autores en el texto), el

capital que se había destinado años atrás para financiar varios de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Dicho capital abruptamente es retirado y re-direccionando para el salvamento del sector financiero internacional, con el bochornoso abandono de las metas en salud y desarrollo que se pensaba estarían cumplidas para el año 2015, y que luego de sorteadas las primeras sacudidas de la crisis, efectuados los multimillonarios rescates financieros al capital bancario, aplicadas bajo amenaza las reformas estructurales a varios países para exigir a como dé lugar el pago de la deuda, en una nueva sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGAS, por sus siglas en inglés), sin ningún recato ni vergüenza, los países asistentes replantean los objetivos, minimizando su alcance y posponiendo para más adelante ese exiguo cumplimiento. Aun con esta disminución de alcance e intensidad, al día de hoy pocos países pueden demostrar el cumplimiento de estos objetivos; uno de ellos, Cuba, que alcanza estos logros tras seis décadas de asedio y bloqueo económico de su vecino, medidas que ahora se han extendido a todos sus socios comerciales y los socios de sus socios, es decir, casi todo el planeta. Por suerte, aun cuentan con países amigos, que con sus relaciones comerciales y cooperación internacional, garantizan, a pesar del sobre costo que implica para el gobierno cubano cumplirle a la sociedad los estándares de salud, educación, trabajo y antes de todo, dignidad.

Solo una comprensión de los fenómenos y la esencia del funcionamiento económico y político de la sociedad, permitirá a las actuales generaciones comprender y dar respuesta al por qué no se pudieron alcanzar los prometidos objetivos de reducción de la morbilidad, de la mortalidad, de la pobreza y de las inequidades, incumplimientos que son documentados y denunciados reiteradamente en el libro por los autores. Más esta comprensión estaría incompleta, si no se revisan otros referentes además de los citados por nuestros autores, para incluir a Manfred Max Neef al lado de Amartya Sen, reconocidos respectivamente con premio nobel alternativo y otro tradicional en economía, autores que articulan el pensamiento económico con las perspectivas actuales y futuras del desarrollo, tomando en cuenta que *“El desarrollo a escala humana”* de Max Neef, así como la totalidad de la obra de Sen, son referentes obligados para todos quienes quieran hablar con fundamento de desarrollo social. Noam Chomsky, James Petras, Atilio Borón, Samir Amin, Tariq Ali, Nestor Kohan, Claudio Katz, Renán Vega Cantor, Jairo Estrada Álvarez, por mencionar algunos, son

autores clave a la hora de poner en contexto la economía con las otras ciencias sociales y la salud y tender los puentes que permitan a personas no especialistas en estos temas, dar cuenta y realizar un cuadro comprensivo de cómo son las interacciones del mundo de la economía con el mundo de la vida cotidiana y sus implicaciones para la vida, la salud, el ambiente y el desarrollo.

Continúo la lista de autores visitados y sugeridos por nuestros autores, con el filósofo Michel Foucault, prematuramente muerto y de quien destaco para este prólogo las categorías de *biopoder* y *biopolítica*, mismas que son especialmente útiles para la comprensión de los problemas de salud pública y del desarrollo que se exponen en los distintos capítulos del libro, dado el hecho de que hoy no solo nuestros cuerpos, sino incluso nuestro pensamiento, son objeto de control y codicia por parte de las transnacionales de todos los sectores, pero en especial del sector salud. A las categorías foucaultianas tendremos entonces que sumar la categoría de capitalismo cognitivo del economista italiano Andrea Fumagalli y así comprender y no tildar de absurdas escenas que nos presenta el cine distópico de Hollywood, donde una corporación que vende servicios de defensa, por fin ha logrado borrar la mente de sus mercenarios, y estos se encuentran (sin siquiera saberlo ellos mismos) infiltrados de manera anónima y con el desconocimiento de los gobiernos, preparando atentados, asesinando, creando caos y zozobra, todo con el fin de responder a intereses económicos y políticos. Hanna Arendt y Agnes Heller, adscrita esta última a la Escuela de Budapest, filósofas, profundas estudiosas, fecundas escritoras e inquietas periodistas, son también referentes obligadas si se quiere aumentar el campo de análisis y comprensión de los debates actuales que se dan en la política pública, entendida esta como instrumento de acción de la salud pública y el desarrollo social. Se suman a la lista de autoras que debemos leer y que nos pueden brindar ayuda teórica y metodológica en la comprensión de los problemas tratados en el libro, la historiadora y filósofa feminista Joan Scott, junto a Nelly P. Stromsquist, Angela Davis, Martha Lamas, Rita Segato, Silvia Federici, las expertas en bioética, Adela Cortina y Celia Amorós, junto con el chileno Miguel Kottow, así como las obras sobre justicia de Martha Nussbaum y la activista india Vandana Shiva.

De las obras de Enrique Dussel, Gianni Vattimo, Paul Ricoeur, Anibal Quijano, Ramón Grosfoguel y Alfonso Escobar, beben también los au-

tores y ponen sobre la mesa y en el centro de la discusión nuevamente valiosas categorías de los estudios post-coloniales o de decolonización, que valga la pena decirlo a los lectores, comienzan con el texto fundacional del revolucionario pensador de tez negra, nacido en la isla-colonia francesa de Martinica, Frantz Fanon, titulada *“Los condenados de la tierra”*. Los autores utilizan las categorías del pensamiento decolonial para someter a escrutinio los procesos de reformas a los sistemas de salud, sus consecuencias para toda la sociedad y los retos que enfrentan los movimientos anticoloniales y el resurgimiento de la psicopatología de la colonización, ahora no vivida y encarnada por las personas no blancas y del sur global, sino por sus hijos o nietos. Estos ciudadanos, hijos o nietos de inmigrantes, a pesar de haber nacido en los países que acogieron a sus padres en las épocas en que la mano de obra barata escaseaba y fueron invitados o llevados a la fuerza para cimentar el crecimiento industrial y el desarrollo que llevó a estos países al sitio del desarrollo donde están, hoy son virulentamente discriminados, atacados, despojados de esa ciudadanía que tan duramente sus padres lucharon por conseguir y en casos extremos expulsados para que regresen a los países que los imperios coloniales conquistaron en el pasado y de los que hoy en plena crisis del empleo y del crecimiento, no quieren sino saquear sus recursos naturales, pero en respuesta a las solicitudes de la migración legal o ilegal a sus territorios, construyen muros, alzan barricadas, tienden cercas eléctricas y miles mueren en el intento de sortear estos nuevos muros de la infamia. Para intentar comprender esta demencial actuación, les invito a leer o escuchar en Youtube a Boaventura de Souza Santos, quien en su extensa y prolífica obra nos habla de las “epistemologías del sur”, no solo del sur global que he descrito y que se amplía a la producción indígena y de los pueblos originarios de todo el continente, sino del sur dentro del norte y por esto, los autores del libro dialogan, discuten y proponen con autores, que nacidos en el norte global, tienen un pensamiento epistémico del sur y se convierten en nuestros aliados y aliadas al momento de empeñarnos en el derecho a la salud para todos y todas, a hacer ciencia y a investigar con una ética diferente y por sobre todo, a luchar por el derecho a una vida digna para todos y todas.

En este punto de recitar mi prólogo, espero haber ya producido una sacudida, una curiosidad o un estremecimiento, así sea momentáneo, de interés por el desarrollo completo de la obra, por ver cómo se urde y madura la trama, cómo suena esta partitura, es decir, la lectura del

libro completo o de cualquiera de sus capítulos, y luego pasar revista a las obras de cualquiera de los diferentes autores y autoras que me han permitido apuntalar la importancia capital que para el medio universitario y especialmente aquellos interesados en discutir sobre el futuro de nuestro planeta, de nuestra especie, de la vida misma, de una ética de las ciencias y de la vida y de la importancia de reflexionar sobre la huella ecológica que dejamos cada uno de nosotros, cada ciudad, cada país, sobre la salud el ambiente. En el capítulo destinado al ambiente, pródigo en argumentos, cifras y denuncias, podrán los lectores preguntarse a medida que avancen en su lectura: ¿Por qué el modelo de acumulación capitalista no incluye en sus factores de producción o de ganancias y pérdidas a los impactos sobre el ambiente y los reporta como meras externalidades? Al examinar las tablas, cuadros, gráficos y mapas que acompañan este capítulo se podrán dar cuenta de que a pesar de que nuestro país tiene una capacidad de amortiguación y recuperación biótica inmensa y que dejamos una huella ecológica pequeña comparados con los países industrializados, aparecemos en los últimos puestos en los efectos negativos sobre el ecosistema, pero estamos en los primeros lugares de vitalidad del ecosistema para recuperarse. Voy dejando preguntas abiertas, para la discusión: ¿Por qué no hablar frontalmente en nuestras universidades y en nuestros escritos, sobre lo que implica para la salud pública, para la salud del ambiente, para el desarrollo social, para la posibilidad de pensar una bioética diferente, el seguir adelante con un modelo de producción que ha probado desde todos los ángulos desde donde se le mire o se le juzgue, ser incompatible al largo plazo con esas categorías que anhelamos y que nos convocan en este libro?

No por ser menos importante, sino por ser para mí un terreno conocido o lo que llamamos una “zona cómoda”, debida a mi formación profesional y a mi ejercicio de docencia e investigación en la Universidad Nacional de Colombia, dejo para la parte final de este prólogo, una revista a los autores y autoras que aquellos más interesados por la epidemiología y la salud pública pueden querer leer con detalle, a partir por supuesto de la provocación que nos han dejado los autores a lo largo de los capítulos donde les han ido referenciando. Ocupan lugar de privilegio en esta lista, Enrique Dussel, argentino nacionalizado en México; Vicente Navarro, español; Jaime Breilh, ecuatoriano; Naomar De Almeida Filho, brasileiro; Asa Cristina Laurell, sueca de nacimiento y mexicana de corazón (como ella misma lo dice); Joan Benach, español;

Carles Muntaner, canadiense; Howard Watzkin, estadounidense; Juan Bautista, boliviano; Carme Borrel, española; Celia Almeida, brasilera; Nuria Omedes, española; Leticia Artiles, cubana; Débora Tájer, argentina; César Abadía-Barrero, colombiano; María Esperanza Echeverry, colombiana; Román Vega Romero, colombiano; Alberto Maldonado Copello, también y a mucho honor, colombiano. Ellos y ellas, defensores de una postura crítica de la salud pública y de la epidemiología, con perspectiva de clase social y de género, en contrapunto con la hegemónica penetración en nuestras universidades de la teoría de los determinantes, que por supuesto debemos conocer, manejar y usar en su momento, para contrastar y discutir con los resultados de estudios hechos bajo la perspectiva crítica de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, hoy más necesarios que nunca, en el escenario territorial del posconflicto.

Termino mi recitativo agradeciendo a la Fundación Universitaria del Área Andina por la confianza depositada en mí para prologar esta obra, al igual que a la editora, profesora Claudia Isabel Córdoba y al colectivo de autores, que se sometieron a mi mirada intrusa y me permitieron luego de examinar sus escritos, expresar estas ideas, que por supuesto solo me comprometen a mí y en nada a los autores o a la institución editora. Los aciertos, si los hay, provienen de las reflexiones suscitadas por los textos revisados una y otra vez y los desaciertos, de mi excesivo rigor y academicismo universitario. Invito a los lectores a que consideren el libro *Ensayos sobre salud pública y desarrollo social*, que hoy tienen en sus manos, como una polifonía, donde se escuchan varias voces, como una obra que realizada por humanos, es perfectible y siempre en construcción. Queden para este futuro que auguramos mejor que nuestro inmediato pasado, las reflexiones y discusiones que suscite la lectura de este libro.

John Harold Estrada Montoya

Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia

Julio de 2019

Deliberaciones políticas y científicas sobre el desarrollo y la salud pública

Anderson Rocha-Buelvas

Profesor de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Fundación Universitaria del Área Andina.

Introducción

Para Sen (1999) el desarrollo “consiste en la eliminación de algunos tipos de falta de libertad que deja a los individuos pocas opciones y escasas oportunidades para ejercer su agencia razonada”. No en vano, connotados intelectuales como Max-Neef (1986), Nussbaum (2009) y el mismo Sen han propuesto enunciados que van más allá de la idea económica de desarrollo y hacen énfasis en los procesos sociales y en los contenidos culturales que configuran el sentido del desarrollo.

En contraste con esta asunción de desarrollo está la hegemónica, que se vincula a la idea del desarrollo capitalista, ampliamente utilizada hoy en planes de gobierno de los países de Occidente y de la región, usualmente promovida en los medios de comunicación e implícita en el quehacer cotidiano (Escobar, 1998). Es importante señalar que este tipo de desarrollo, aparentemente popular, es como lo señaló Schumpeter (1954) en plena posguerra: un proceso de “destrucción creativa”, lo cual quiere decir que logra expandirse rápidamente a partir de mercados de pocos oferentes altamente dinámicos con el objeto de erigir sociedades más ricas, pero, con efectos destructivos como las desigualdades sociales.

De la anterior aserción surge una pregunta: ¿Por qué produce profundas desigualdades un modelo tan utilizado y aceptado? Para dar respuesta es necesario escudriñar en los orígenes mismos de esta idea de desarrollo. Las desigualdades, la pobreza y las tragedias humanitarias han sido comunes desde el origen mismo del capitalismo. A partir de la Revolución Industrial en Europa Occidental, entre 1840 y 1920, se produjeron grandes oleadas de migración, alrededor de sesenta millones de personas. El hambre, la desesperanza y la violencia obligaron a muchos campesinos a abandonar sus tierras y todo lo que representaba en el plano espiritual, social y cultural. Este éxodo, sumado al de las dos guerras mundiales, se desplazó a los territorios de dominio europeo o antiguas colonias, en especial a los territorios de América Latina. Los

motivos fueron económicos, producto de la explosión del desarrollo capitalista que estuvo acompañado de una explosión demográfica en Latinoamérica, lo que puso los cimientos del modelo de pensamiento hegemónico occidental (Sunkel, 1977) en nuestros países.

Esto explica que en los últimos sesenta años el crecimiento económico de países industriales no tenga precedentes, pese a que sus efectos negativos hayan sido motivo de duras críticas. El modelo de desarrollo capitalista ha promovido la alineación de las políticas económicas, un innecesario consumismo y desperdicio, acentuada concentración de poder, destrucción del medioambiente, excesiva burocratización y numerosos desempleos por causa de la transferencia de industrias al extranjero cuando las condiciones tributarias y de recurso humano no le son favorables al capital y a sus pretensiones de acumulación. En gran parte los fenómenos actuales de desregulación del Estado, inflación, crisis monetaria internacional, incertidumbre sobre el crecimiento económico, pérdida de control sobre los recursos naturales del mundo y amenazas de guerra son razones suficientes para dudar de este modelo de desarrollo (De Sousa Santos, 2003).

Esta preocupación y desconfianza hacia la idea capitalista de desarrollo data en Latinoamérica desde la década de los cincuenta, cuando la escuela estructuralista latinoamericana puso en tela de juicio la teoría neoclásica en general y la teoría ortodoxa del comercio en particular (Oman, 1991; Ramírez-Faría, 1991). Los factores que llevaron a contradecir teórica y políticamente esta idea de desarrollo en las últimas décadas se debieron, en primer lugar, a la permanente alegoría del neoliberalismo en el escenario mundial, esto por parte del 'thatcherismo' y la 'reaganomics' dentro y fuera del Reino Unido y Estados Unidos producidos por el fracaso del keynesianismo y el Estado benefactor; en segundo lugar, a la glorificación del capitalismo por cuenta del fracaso de países como Tanzania, Mozambique, Kampuchea, Chile, Nicaragua, entre otros, en su intento por instaurar y sostener un socialismo con renta baja de manera independiente y soberana y en medio del milagro económico de los países del sureste de Asia; y en tercer lugar, a las bondades del capitalismo que fueron pregonadas en medio del sometimiento de algunos países latinoamericanos (Marcos, 2002), como Colombia y otros del hemisferio, a los programas de cambio estructural impuesto por las potencias económicas a través del Banco Mundial.

Esos acontecimientos contribuyeron a que el nuevo poder del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional fuera hasta nuestros días el eje central del mensaje neoliberal. Esta teoría del desarrollo ha tomado más fuerza desde el colapso del bloque socialista de Europa Oriental; de hecho, es cuando más ha promovido cambios estructurales, todos sin contar con el trasfondo de cada país y pueblo, lo que ha fragmentado el desarrollo global en primer, segundo y tercer mundos.

Este desarrollo no ha encarado las problemáticas del medioambiente, ni las producidas por la pobreza, las crisis de los refugiados y la migración internacional, así como los eventuales impasses del comercio, las finanzas y la seguridad (Kay & Guadarrama, 1993).

Inevitablemente el siglo XXI emergió con un mapa político de América Latina inusitado, puesto que la tradicional y hegemónica clase dirigente de derecha y centro-derecha tuvo que ceder paso a unas renovadas fuerzas políticas de izquierda y centro-izquierda, las cuales se posicionaron en el poder con un discurso crítico del modelo neoliberal y donde el papel del Estado es protagonista del proceso de desarrollo. Estas coaliciones desarrollistas han combatido políticamente los intereses de las élites locales y las corporaciones transnacionales (Grugel & Riggirozzi, 2009; Zurbriggen & Travieso, 2016), razón por la cual se han suscitado coyunturas políticas, sociales y económicas que han tomado la ventaja sobre estas alianzas (Stoessel, 2014).

El desarrollo, ¿una disputa?

En las últimas décadas, en el escenario mundial la disputa entre dos paradigmas del papel del Estado ha estado presente y situada en dos procesos de desarrollo: el modelo neoliberal y el desarrollista, fundamentados ambos en la ciencia política, la historia económica y la economía del desarrollo (Zurbriggen, 2007). Los prosélitos seguidores del modelo de desarrollo neoliberal son simpatizantes de la estrategia económica como clave del desarrollo, una idea de desarrollo que Estados Unidos y Gran Bretaña imponen desde instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Wade, 2010; Stubbs, 2011). Por otro lado, los Estados desarrollistas se insertan internacionalmente, también con una estrategia de crecimiento económico, pero mediante las agencias del gobierno y su burocracia de extracción meritocrática. Esta estrategia

económica, a diferencia de la neoliberal, ha considerado que la prosperidad económica y la seguridad social no pueden ser mutuamente excluyentes. El modelo desarrollista sostiene que es posible mantener el bienestar social a partir del “diseño de políticas sociales articuladas a un patrón de acumulación basado en una economía del conocimiento en un contexto globalizado”, es decir que es posible articular el desarrollo económico con la política social, porque el primero no subordina al último, por el contrario, se asocian. Esta idea de modelo desarrollista ha sido erigida por países del sudeste asiático, y junto con el modelo de desarrollo neoliberal, han sido los modelos a seguir en Latinoamérica (Kim & Lee, 2010; Ringen et al., 2011; Hwang, 2012).

El dilema sobre qué modelo apunta a un mejor desarrollo ha llevado a que el BM, con el apoyo de renombrados economistas, planteen la importancia de fortalecer las capacidades estatales para avanzar hacia una democracia deliberativa como estrategia para permear en el diario vivir la idea de un modelo capitalista de desarrollo (Sabel & Zeitlin, 2012).

El modelo desarrollista ha planteado un nuevo orden al desarrollo, por ejemplo, que la salud sea coproducida por los pacientes, sus familias y sus comunidades; que la protección del medioambiente sea coproducida por las comunidades (Ostrom, 2010) y que las políticas de innovación sean coproducidas entre el sector privado y la sociedad civil (Baiocchi et al., 2011). Lo anterior implica que el esfuerzo conjunto de los organismos públicos y las comunidades mismas se resista a un patrón persistente de producción y comercialización de bienes primarios, como sucede en Suramérica, y una persistente producción y comercialización de manufacturas con deficiente contenido tecnológico, como sucede en México, ya que condiciona los alcances del Estado (Zurbriggen & Travieso, 2016). Aunado a esto, el papel de agencias intergubernamentales erigidas a partir de la tragedia de la Segunda Guerra Mundial, como la Organización de Naciones Unidas (ONU), que practica desde hace décadas la cooperación para el desarrollo, si bien han alcanzado determinadas metas en materia de desarrollo social no han atacado frontalmente las causas que provocan el subdesarrollo, por el contrario, han contribuido a profundizarlas. En el seno de la discusión sobre el desarrollo social se considera prioritario reestructurar y reforzar tanto el contenido y claridad de los estatutos de la ONU y sus programas, como sus capacidades para desplegar acciones tendientes

a cumplir con sus responsabilidades. Es necesaria, entonces, una visión más plural y renovada de los diferentes desarrollos, sobre todo en países de la América Latina que se encuentran en crisis o reinventándose bajo la guía de alguno de los dos modelos de desarrollo (Prado, 2006).

Sin duda el desarrollo social sigue sin estar clarificado desde la posguerra. Los economistas, como los líderes responsables y encomendados por los políticos para su diseño, formulación, implementación y ejecución, carecen de un enfoque científico en la programación de la seguridad social; suelen afirmar que los planes de seguridad social deberían estar incluidos en los programas de desarrollo porque son una demanda social, pero no se asume a la seguridad social como un pilar del desarrollo social. Es por ello que la seguridad social está siendo satisfecha de dos formas, la primera mediante la concesión de subsidios y reducción de la escala de otros proyectos de desarrollo, y la segunda exigiendo de manera taxativa que los ciudadanos asuman su seguridad social conforme sus posibilidades. Es decir, el mensaje político recurrente de la primera forma es que el desarrollo social se sustente en los aportes económicos de una población joven, cuyo aporte al sistema de seguridad social permita apalancar otros proyectos de desarrollo, mientras que el mensaje de la segunda forma consiste en redistribuir los ingresos de los ricos a los pobres, de los jóvenes a los viejos, de los sanos a los enfermos, y de los empleados a los desocupados. Inobjetablemente, el mayor problema que enfrenta el desarrollo social es económico, y tiene que ver con la financiación y administración del sistema de seguridad social (Higgins, 1971).

¿La salud pública emerge con el desarrollo hegemónico?

La premisa histórica sobre el desarrollo fue la llamada "acción colectiva" en la conformación del Estado moderno y el desarrollo de la legislación, las normas, los códigos morales y la salud misma (Porter, 1999). De hecho, en el siglo XVIII las grandes conglomeraciones de personas en un contexto mercantilista y de consumo despertó la necesidad de configurar la salud pública como ciencia social, a propósito de los efectos de la salud producidos por las actividades industriales que se midieron por primera vez de manera cuantitativa. De manera que las teorías científicas de la época influenciaron la idea de la salud, al punto

que se consolidaron acciones que convirtieron la salud en un derecho civil, cuya respuesta de acción colectiva fue elemento esencial para justificar las democracias liberales (Novick et al., 2008).

Historiadores como Porter (1999) centraron y sintetizaron su obra en torno a la interpretación histórica de la salud pública contemporánea con el objeto de visibilizar la acción colectiva que arropa la salud pública como elemento de la conformación del Estado moderno en Occidente, mientras que importantes historiadores como Rosen (1958) basaron su análisis en los hitos históricos de la medicina desde un análisis euronórdico y estadounidense. Por tales motivaciones, la historiografía más reciente del 'estado del bienestar' subyace en la historia de la conformación de las sociedades más industriales y la apropiación de conceptos como el desarrollo¹. Por consiguiente, la historia mundial de la salud pública no existe, puesto que quienes cuentan la historia excluyen el importante aporte de Europa del Este, Europa mediterránea, Latinoamérica y otras latitudes.

La salud pública no ha sido ajena al concepto de desarrollo, ya que forma parte de la comprensión del Estado como una organización social. En los últimos años el poder centralizado del Estado se ha liberalizado así como la salud pública ha crecido por medio de la movilización y los procesos políticos (Navarro, 1983). En efecto, la salud pública ha sido protagonista de la medicalización, la burocratización, la racionalización y la democratización de la ciudadanía social y del estado de bienestar (Foucault, 1977), incluso de las razones mismas que fundamentan al capitalismo occidental bajo la justificación de la acción colectiva.

El concepto de desarrollo capitalista se ha constituido en las sociedades occidentales a partir del siglo XVIII. La salud pública ha sido un instrumento de esta tendencia, por ejemplo, concibió la medicalización o la medicina individual basada en relaciones mercantiles médico-paciente como una red densa que integra la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo humano. Históricamente la dimensión colectiva o la dimensión social de la salud ha ignorado desarrollos de Occidente; específicamente, ha ignorado los avances en esa materia de la medicina de Estado alemana y la higiene pública de Francia, que

1. Esto luego de Bretton Woods y la emergencia de instituciones financieras y políticas mundiales durante la Guerra Fría.

datan del siglo XVIII, y la medicina laboral inglesa del siglo XIX. De modo que esta biopolítica de la medicina ha operado bajo una estrategia de procesos colectivos en la cual la medicina se capitalizó y la sociedad capitalista se medicalizó a través de la estructuración de experiencias de segregación social y reclusión dominada por una ciencia racionalista y una filosofía positivista (Foucault, 1977).

Si bien la medicalización ha sido una práctica de control social generalizada que ha desmontado la esencia universal de la salud través del discurso de la verdad, la enfermedad y la normalidad, la medicalización y el desarrollo capitalista están vinculados con las relaciones de poder y los modos de ejercicio de poder desde la industrialización. Estas sociedades se han caracterizado por poseer soberanías, disciplinas, regulaciones de ley y reglamentos eminentemente disimétricos, pues se han constituido a partir del desarrollo de capacidades para obtener cosas y personas, por eso no es extraño que las tecnologías en salud pública hayan estado basadas en la disciplina del cuerpo y la regularización de la vida. Según Foucault, la industrialización como fenómeno global ha promovido que las masas pasen por un proceso biosociológico que amalgama el cuerpo-organismo-disciplina-instituciones y la población-procesos biológicos-mecanismo-regularizaciones-Estado. Este ejercicio de poder ‘hace vivir’ y ‘deja morir’, está implícito en el saber técnico de la medicina moderna, cuyo saber-poder va del cuerpo a la población y del organismo al proceso biológico con efectos reguladores y disciplinarios. Es así como Foucault advirtió que la medicalización surge junto con el concepto de desarrollo capitalista, abarcando aspectos como: la ciudad, la infancia, las familias, la existencia, la población y la sociedad, donde la existencia, la conducta y el cuerpo humano son parte de una telaraña de prácticas e instituciones médicas o red de medicalización con función social y apegadas a derecho. Siendo así, el médico y el prestador de servicio de salud tienen una función política de la mano con la consolidación del capitalismo y sus sociedades, las cuales impulsan los servicios y el consumo de la salud para la fuerza productiva, dado que el “cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1977).

Esta idea de medicalización y desarrollo prevaleció en Latinoamérica. La institucionalización de la medicina surge con la Oficina Sanitaria Internacional entre 1902 y 1923 y luego con la Oficina Sanitaria Panamericana entre 1923 y 1958. Esta organización fue promovida en

Latinoamericana por grupos económicos estadounidenses como los Rockefeller, siendo este el primer aparato institucional que fomentó la salud pública en los países de la región, pero que también tuvo incidencia en asuntos relacionados con la explotación de recursos naturales. Estas oficinas, al convertirse en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el objeto de promover las políticas de salud pública y su financiación, empiezan a finales de los años noventa a declinar el control democrático, a concentrarse más en financiar el tratamiento de enfermedades dependientes de productos farmacéuticos, y a concentrar más sus esfuerzos en la curación que en la prevención, de hecho fue una directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS, 1996).

Este cambio biopolítico indujo a los países dependientes de la cooperación internacional como los latinoamericanos a implementar reformas, a privatizar sus sistemas de salud y a que la promoción de la salud (PS) como una corriente innovadora en el campo de la salud pública se reduzca a la discusión teórica durante más de una década, en vez de incluirse en la agenda sanitaria. Lo anterior porque el marco conceptual de la promoción de salud utilizado en la Carta de Ottawa en 1986 no está en sintonía con el desarrollo capitalista (OPS, 1996). Esta hipótesis se fortalece cuando se revisa la información que impulsaba la promoción de la salud. La más importante la revela el informe Lalonde (1974), en el que se exponen los múltiples factores que actúan sobre la salud de las poblaciones y los desafíos de la política en salud, así como una importante evidencia recabada sobre la importancia del entorno físico y social en la salud, y fenómenos como la violencia, los accidentes laborales, el tráfico, la contaminación, el desempleo, la desnutrición, la falta de vivienda y las condiciones higiénicas, todas, razones suficientes para exigir planteamientos y soluciones políticas contundentes (OPS, 1996).

Hoy en Occidente el ideario de PS privilegia las intervenciones sobre el comportamiento individual, cuando paradójicamente fue construido sobre un modelo explicativo que tiene como centro el empoderamiento social y los determinantes sociales. Inevitablemente, en nuestros días prevalece el complejo médico industrial y la medicalización, indiferente con los derechos, la dignidad y la autonomía de los individuos y colectivos como un proyecto de salud pública. No obstante, la noción de empoderamiento social se denota actualmente en las

luchas de los nuevos movimientos sociales, los movimientos de autoayuda y psicología comunitaria, así como en las discusiones en torno a la noción de ciudadanía en la sociedad. La lucha de la salud pública contra el desarrollo capitalista yace en la negación de la autoprotección del bienestar y la disminución de la prestación de servicios sociales desde una explicación fiscal. El avance del desarrollo neoliberal ha desvirtuado el empoderamiento social y lo ha reemplazado por uno psicológico, con el objetivo de aniquilar la ampliación de la capacidad reflexiva y la participación de los individuos en procesos comunitarios tales como el agenciamiento en contra del *statu quo* sanitario (OPS, 1996).

Hoy en día se insiste en explicar la enfermedad mediante el comportamiento individual, en que el paciente o el individuo son responsables de parte de su situación, debido a sus elecciones y no a una causa social de la enfermedad. Esta confusión entre lo individual y lo colectivo desconoce que la forma individual de vida trae consigo ciertas imposiciones sociales y que algunos grupos humanos no cuentan con libertad de elección dada su condición de vulnerabilidad. En el apogeo del desarrollo neoliberal se debate en Latinoamérica si la salud es un asunto social que requiere la interpretación médico-sanitaria; si la salud como un asunto social sirve de instrumento de apoyo a la modernización, y si la salud como asunto social motiva la profesionalización de lo social y la crítica al poder.

Esta confusión invita a comprender que el binomio salud-enfermedad es un asunto social cuya discusión tiene profundas limitaciones en los cuerpos académicos. Algunos asumen, como el positivismo mismo, que el comportamiento individual y la separación de lo biológico y lo social son únicos e incuestionables, mientras que las ciencias sociales miran con recelo la sencillez y practicidad del empirismo-analítico, cayendo innecesariamente en el paroxismo de insistir en la necesidad de complejizar y problematizar, mas no de resolver y simplificar, convirtiéndose a veces en un conocimiento ininteligible que está en disputa con sus mismas corrientes y disciplinas (Laurell, 1989; Briceño-León, 2003).

La relación desarrollo capitalista-salud pública es impulsada por pensadores muy influyentes como Frenk (1992), un intelectual muy afín

con la modernización de la salud y el desarrollo neoliberal. Frenk plantea que las acciones en salud pública deben ser orientadas a justificar el mejoramiento de la salud a partir de fortalecer el talento humano y la investigación; esta posición pragmática invita a integrar el conocimiento en salud al concepto de desarrollo con el objeto de culminar tres retos: el primero consiste en optimizar los esfuerzos médicos de la academia y la política enfocándolos a la innovación, la ciencia y la tecnología; el segundo consiste en diversificar la academia, y el tercero se refiere a consolidar una red de investigación interinstitucional, interregional e intersectorial con sus respectivos niveles y objetos de análisis. Cabe resaltar que la propuesta de que el conocimiento trascienda las fronteras del sector público en salud está realmente abocada a despolitizar la gestión pública, identificada como un problema modular del funcionamiento de la salud pública. Dicho ideal capitalista es soportado en la sensación política de que el fortalecimiento de las democracias se logra con reformas estatales privatizadoras, con una sociedad civil más participativa que procura su bienestar, una mayor exigencia del Estado al sector privado, y un auge de las comunicaciones y la información, que llevan a la conciencia de aldea global. Las tareas que Frenk plantea son las de salud pública que se vienen implementando en América Latina desde los años ochenta.

Siendo el objetivo principal el de profundizar en el desarrollo neoliberal a partir de la privatización de la salud, pues la salud es un bien o mercancía, no un derecho que debe ser garantizado por el Estado, lo anterior justifica la necesidad de pasar de lo macro a lo micro, atender los detalles que surgen de las propuestas, acciones y políticas en salud; lograr atar lo conceptual a la realidad, es decir, que las propuestas en salud pública se materialicen, y dar cabida a la incursión de un pensamiento nuevo en salud pública (McMichael & Beaglehole, 2000). Estas categorías conceptuales requieren una nueva síntesis dialéctica que articule las concepciones y procesos colectivos en salud pública.

El asunto de la causalidad

Junto con el capitalismo emerge el positivismo, por tanto, la salud pública como conocimiento surge junto con el desarrollo liberal y neoliberal, y al igual que otras disciplinas y conocimientos occidentales apelará a las explicaciones por medio de líneas causales (mecanismos) con la intención de encontrar un acercamiento a posteriori de los fenómenos sociales.

Es importante mencionar que los positivistas Hume y Weber sostenían que la forma de explicación causal es alcanzable en las ciencias sociales, es decir, que es posible establecer afinidad electiva entre eventos. De allí que en su relato de la ética protestante y el espíritu del capitalismo Weber afirma que no se trata de ‘entrar’ en la mente, sino de construir un ideal de cómo alguien ante el impacto metafísico del protestantismo daría sentido a su situación y acto, ofreciendo una explicación causal de sus intentos de establecer los actos por sí mismos que fueron salvados —guardar la riqueza como signo de salvación— y explicar la correlación empírica con el desarrollo del capitalismo —la acumulación del capital— (Elster, 2007).

Los debates posteriores en las ciencias sociales, especialmente en la sociología americana (foco del ideal de desarrollo hegemónico) acerca de la causalidad fueron sobre la relación entre la acción intencional y las estructuras sociales. Por ejemplo, basta revisar las obras *Una teoría realista de la ciencia* de Roy Bhaskar (1975), *Causal Powers* de Rom y Madden (1975) y *La constitución de la sociedad* de Anthony Giddens (1984) para encontrar como argumento que la tarea de la causalidad consiste en examinar cómo las estructuras sociales son perdurables, pues son anteriores a la persona y en estas no hay más remedio que participar. Asimismo, basta revisar las obras de Alfred Schutz y su desarrollo de la sociología fenomenológica dominada por la integración de la ontología de Durkheim, que argumenta que existen hechos sociales con la suficiente fuerza para hacer que los individuos actúen de maneras específicas y estos hechos sociales se demuestran con la estadística y las correlaciones probabilísticas. En resumidas cuentas, la confusión que suele rodear la definición y uso de la noción de mecanismos sociales se relaciona con las discusiones sobre la necesidad de proveer explicaciones causales en ciencias sociales, pues se tiende a confundir la necesidad de reducir fenómenos “lo macro” con las interacciones individuales “lo micro”. Dicho en otras palabras, la gran confusión surge de una búsqueda de los ‘fundamentos micro’, los intentos de ‘reducción’ y las ‘explicaciones causales’, de modo que la búsqueda de mecanismos sociales y el reduccionismo corresponden a preguntas relacionadas pero analíticamente distinguibles. Así por ejemplo, mientras que la primera busca definir procesos intermedios y conexiones causales entre condiciones iniciales y efectos, la segunda se pregunta por los distintos niveles de la realidad en los cuales la relación entre condiciones iniciales y efectos deben ser entendidos. Los mecanismos causales

a través del individualismo metodológico, como método explicativo, sostiene que todos los fenómenos sociales (su estructura y cambios) son en principio explicables por elementos individuales, esto es, por las propiedades de los individuos tales como sus metas, creencias y acciones. Obviamente, para lograr esta clase de explicaciones tenemos que llevar a cabo cierto reduccionismo, cuya racionalidad se explica por medio de una ley basada en un 'lapso' entre el *explanans* y el *explanandum*, es decir, entre la causa y el efecto, con el objeto de evitar explicaciones espurias. De modo que este reduccionismo no es un fin en sí mismo, sino un medio tanto para dar una explicación más detallada, como para lograr comprender mejor qué sucede cuando pasamos de lo macro a lo micro y de tiempos más breves a más largos. Es así como los mecanismos sociales representan una estrategia analítica que se dirige a proveer explicaciones causales en ciencias sociales, los cuales sirven para explicar asociaciones empíricas, generar hipótesis de investigación e indicar las condiciones sociales bajo las cuales ocurren eventos concretos. De esa manera, estos sirven como un repertorio de patrones de comportamiento a partir de los cuales se pueden problematizar fenómenos sociales y explorar explicaciones alternativas a fenómenos empíricos (Elster, 2007), ya que desde la filosofía de la ciencia se aboga por un modelo determinista que insiste en que hay más formas de determinación que el determinismo estricto (Bunge, 1959).

El panóptico científico del desarrollo y la salud pública

Indefectiblemente, el campo de la salud pública ha sido construido por el paradigma biomédico y el morbicentrismo sanitario (Franco, 1993). Por tanto, la epidemiología se ha encontrado en la vorágine de los esfuerzos por contradecir o revertir los efectos del desarrollo en los países, incluyendo los promotores del capitalismo (Cassell, 1964; Vandembroucke, 1988).

Para comprender en detalle el papel de la epidemiología como herramienta del pensamiento científico en salud pública es necesario hablar sobre la corriente de la epidemiología social anglosajona (ESA), la cual fue fundada por los epidemiólogos y esposos Susser en los años cincuenta, quienes por su experiencia de vida en la segregación social

producida por el apartheid² en Sudáfrica desarrollaron ideas ampliamente compartidas acerca de cómo ir de la inferencia causal a juicios causales. El objetivo de los Susser fue describir, aclarar y desarrollar una línea pragmática del pensamiento epidemiológico que cuestionaba a los epidemiólogos que adaptaban filosofías a los conocimientos y conceptos de la enfermedad para apuntar a la mera práctica de la inferencia causal. Estos fundamentos filosóficos se alineaban hacia dos enunciados: i) existe distinción entre las propiedades esenciales de una causa y los criterios para juzgar la existencia de esas propiedades, y ii) la clasificación de los diseños epidemiológicos se basa en la importancia de las propiedades causales y el papel en el proceso de juicio de dichas propiedades, razón por la cual las causas podrían ser consideradas: determinantes, exposiciones y factores de riesgo, y clasificadas como necesarias o suficientes, únicas o múltiples, directas o indirectas. Obviamente el esfuerzo de los Susser es relevante, porque en esa época se carecía de un debate acerca de por qué se insinuaba que las causas eran activas y los efectos pasivos cuando los modelos multicausales distinguían entre causas y determinantes. Los Susser influyeron en la forma de estudiar los fenómenos sociales producidos por el desarrollo capitalista; por consiguiente, desde entonces se ha considerado que las propiedades esenciales de una causa y los criterios útiles para decidir sobre la presencia de estas propiedades requerirán de un procedimiento sistemático para una epidemiología pragmática en el que todos los determinantes sirvan como causas y sus propiedades esenciales sirvan para la asociación, el orden de tiempo y la dirección en una jerarquía ascendente (Susser, 1991).

De modo que el pensamiento científico positivista de los Susser a través de la llamada ecoepidemiología, al ser muy influyente, ha estado en las últimas décadas vinculado a los postulados sociales del modelo ecosocial de Krieger y de los sistemas socioecológicos de McMichael. Estos trabajos de la ESA, si consecuentes con el individualismo metodológico, plantean distintos niveles o planos al explicar las causas de las enfermedades, es decir, el dinamismo o los cambios entre dichos niveles desde lo individual a lo poblacional o desde lo individual a lo ecológico (Susser, 1989), por lo tanto, poseen serias dificultades para señalar la importancia de los procesos económicos, políticos y sociales

2. Sistema de segregación racial en Sudáfrica y Namibia desde 1948 hasta 1992 impuesta por la minoría blanca; significa 'separación' en afrikáans (lengua germánica derivada del neerlandés, hablada principalmente en dichos países).

en los patrones de enfermedad de las poblaciones, que de alguna manera contribuyen a perfeccionar el análisis sobre las causas de las enfermedades. No es suficiente con la comprensión del proceso de la enfermedad a partir de una comprensión de que lo social funciona como una red o interconexión de causas y efectos, tendencia que pretende aproximarse teóricamente a las ideas de la concatenación universal o ley de interrelación universal de Konstantinov (1959), donde sobresalen las relaciones mutuas entre los objetos o entre los individuos. El mayor cuestionamiento hoy a la ESA yace en la interrogante de por qué unos grupos de población tienen más riesgo de enfermar que otros, cuáles son los condicionantes que influyen en estas diferencias y en qué nivel de organización estamos operando cuando realizamos un estudio epidemiológico (Susser, 1991).

La ESA está basada en la epidemiología moderna orientada al multicausalismo, que demuestra que la situación de salud de las poblaciones puede ser explicada por los múltiples vínculos o relaciones causales entre la enfermedad y los factores o causas propias de los individuos y el ambiente (Krieger, 2001). En un mundo cuya concepción de desarrollo es puramente económico las situaciones de salud son relacionadas con determinantes sociales, un ejercicio de la salud pública que acepta acriticamente el multicausalismo, un cuerpo teórico dedicado solo a debatir la validez de las inferencias causales y a modelar las complejas relaciones entre los factores, en lugar de debatir las explicaciones sobre los estados de salud de las sociedades humanas y comprender los orígenes de los estados de salud y las implicaciones para la salud en el mundo global.

La salud pública, al hacer parte del conjunto de esquemas del desarrollo, asumió en Occidente, sin duda, unos códigos discursivos, epistemológicos y prácticos propios del mundo moderno. No sorprende esta vocación ahistórica de la epidemiología social anglosajona si se la ubica en el período de la Guerra Fría y su expresión corolaria local de mccartismo (cacería de brujas), donde era usual en los países anglosajones, especialmente en Estados Unidos, que se censurara la mención de términos como clase social o inequidades sociales dado que eran términos afines al discurso político socialista y de activistas de derechos humanos, catalogados de subversivos. Con el desarrollo del modelo de causas componentes suficientes de Rothmann (Rothman et al., 2008) se justificó el individualismo biomédico, que asume a los

determinantes biológicos de la enfermedad como susceptibles de intervención a través del sistema de salud, por considerar los determinantes sociales como secundarios o irrelevantes, y porque considera a la población como la suma de individuos y a los patrones poblacionales como el reflejo de los casos individuales (Olsen, 2003).

La teoría ecosocial de la enfermedad con el modelo fractal de Krieger es la más aceptada, ya que se centra en quién y qué dirige (conduce) los actuales y cambiantes patrones de las desigualdades sociales en salud, lo cual coincide con la perspectiva de la producción social de la enfermedad cuando responsabiliza a las instituciones políticas y sociales de las desigualdades sociales en salud, pero sin responsabilizar al mercado, por tanto, es distante la dialéctica entre lo humano y lo social. De hecho la epidemiología social planteada por Krieger se traduce en una construcción académica de la medicalización de la sociedad, puesto que asume la existencia de un constructo de la *encarnación* (embodiment), consistente en cómo incorporamos biológicamente el mundo material y social desde el nacimiento hasta la muerte, esto, a partir de las *vías de encarnamiento*, que se refieren a los arreglos sociales de poder y propiedad y a las formas cambiantes de producción, consumo y reproducción, lo cual reta las limitaciones y posibilidades de nuestra biología determinadas por la historia evolutiva de nuestra especie, por nuestro contexto ecológico y por nuestra historia individual. De modo que estas trayectorias de nuestro desarrollo biológico y social fundamentan el constructo de *acumulación interactiva entre exposición, susceptibilidad y resistencia*, en múltiples niveles (individual, local, regional, nacional, inter- o supranacional) y en múltiples dominios (hogar, trabajo, escuela u otros escenarios públicos), estos con relación a nichos ecológicos. Finalmente, el constructo de la responsabilidad e intervención se expresa en el embodiment, por la estrecha relación que tiene con las instituciones (Gobierno, negocios y sector público), hogares e individuos (Krieger, 2005).

El darwinismo de la epidemiología social, según Krieger, plantea desterrar el término de 'lo próximo' (upstream) y lo 'distal' (downstream) de la salud pública, con el argumento de que 'lo social' subyace en el dominio de lo distal y lo próximo a través de lo biológico, identificando que los 'patrones sociales de enfermedad' que representan las consecuencias biológicas de las formas diferenciadas de vivir y trabajar permitidas a cada grupo social son producidas por la sociedad, su

economía y prioridades políticas. Se deduce entonces que el objeto de Krieger no era mostrar cómo las relaciones de poder son claves en la comprensión del proceso salud/enfermedad y las desigualdades sociales, sino la búsqueda de integrar los argumentos sociales y biológicos con su dinámica ecológica en una causalidad más dinámica y multidimensional y demostrar que los procesos causales pueden producirse desde lo individual a lo poblacional y lo ecológico. Asimismo, esta ESA plantea investigar los determinantes de la distribución de las enfermedades en las poblaciones y en las desigualdades sociales en salud, y finalmente indaga las causas de los patrones de enfermedad entre niveles, vías y fuerzas y su articulación, argumentando su nueva teoría ecosocial (Krieger, 2008).

Ha de mencionarse que el trabajo de Krieger carece de una postura ético-política, pues intenta trazar rutas y apuestas divergentes desde el discurso acrítico del multicausalismo. Es claro que la ESA y sus protagonistas no superan aún las tradicionales explicaciones sobre la causalidad y el riesgo (McMichael, 1999), ignoran las relaciones de poder y la comprensión del proceso salud/enfermedad sobre la base de que subyace una construcción sociohistórica y, evidentemente, prevalecen los aspectos epistemológicos, metodológicos y ontológicos, cuyo presente y pasado se extienden de lo individual a lo poblacional y de lo próximo a lo lejano, es decir, tiene dificultades para explicar las verdaderas causas y desenlaces de las desigualdades en salud aunque revele que el campo social de la salud permite explicar problemas como la pobreza, las condiciones de trabajo y enfermedad y aunque asuma a través de los determinantes sociales de salud que algunos procesos sociales condicionan los patrones de salud y enfermedad.

De modo que la comprensión de la ESA sobre la sociedad es limitada, pues su realidad poblacional como una sumatoria de individuos impide reconocer que la sociedad en su conjunto es irreductible a la dinámica individual, debido a que su perspectiva es funcionalista y no conflictual al asumir los procesos de producción y reproducción social sobre lo biológico; por tanto, el individuo es planteado como separado de lo objetivo y lo social que contiene (Buck et al., 1988).

Otra limitación de la ESA, y que va de la mano con el desarrollo capitalista, es su insistencia en la estratificación social con fundamento en los

contextos sociales como determinantes de la salud, de la educación, del trabajo, de los ingresos y hasta de la cohesión social de los individuos, dando por hecho que las condiciones de vida de las personas poseen exposición y vulnerabilidad diferencial (Krieger, 2011), cuando la génesis de las desigualdades no privilegian ni al sujeto ni a la sociedad en tanto el proceso salud/enfermedad depende de los procesos de producción y reproducción en la esfera de lo particular y lo general, es decir, no es el medioambiente el que emite daño y deterioro a la salud, sino los modos y condiciones de vida propias de cada contexto social, político y económico. De manera que es equívoca la vocación de la ESA al invisibilizar los conflictos de poder en la sociedad, mediante el gradiente social del individuo, ignorando las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a la formas de vivir y morir de las personas; esto es, el multicausalismo y la red de causalidad pretende fragmentar la realidad del proceso salud/enfermedad: clase social, género o etnia. En conclusión, la ESA carece de capacidad para lograr la convergencia necesaria de ciencia y política como un propósito fundamental de la investigación y la acción en salud pública y es estandarte de la ciencia del desarrollo social capitalista u occidental.

Por el contrario, la epidemiología social latinoamericana (ESL) contradice el desarrollo capitalista y es parte de la construcción del pensamiento crítico, se basa en la determinación como un nodo epistémico, cuyo foco es la producción de la vida y su complejidad, de modo que las rupturas y el crecimiento de la epidemiología se analizan desde la salud colectiva y por lo tanto sus debates están enfocados a discernir acerca del modelo empírico analítico y su enfrentamiento con el histórico crítico; también, en lo individual, grupal y colectivo como unidad de análisis, y en el enfoque multimetodológico y la triangulación donde, desde luego, las principales variables son la reproducción social, la clase social, la determinación social y los modos de vida (Iriart et al., 2002). Su mayor justificación es el hecho de que la salud pública se encuentra en crisis por la incapacidad de las sociedades para mejorar y proteger la salud de las poblaciones, hacer frente a las abruptas transformaciones sociales y optimizar las relaciones Estado-sociedad-mercado. La ESL representa entonces una herramienta de un proyecto académico-político renovador de la praxis de la salud, es decir, la salud como un fenómeno socionatural, como un proceso social y por tanto histórico, con capacidad para plantear su carácter multidimensional,

complejo y contradictorio, enunciando el papel subordinado y funcional de la ciencia dominante en un horizonte no solo explicativo, sino como aporte a un proceso de humanización y emancipación (Breilh, 1999).

Siendo así, la reflexión epistemológica de la ESL asevera que esta es una herramienta contrahegemónica, auténticamente 'colectiva', dado que su praxis se concentra en la defensa y promoción de la vida, por ende no puede estar "al margen de los procesos históricos que marcan a los objetos y sujetos que la distinguen y que condicionan sus bases materiales y espirituales" (Breilh, 2003). De manera que la ESL se opone al desarrollo capitalista cuando critica la proyección social de la epidemiología y argumenta que la salud pública ha desempeñado un papel importante en la construcción de la hegemonía que se quiere combatir desde la medicina social y la salud colectiva, lo cual va en dirección de la anterior deliberación sobre la ESA. El uso de la ESL ha elaborado imágenes que visibilizan los procesos de poder que han atentado contra la salud y fundan la epidemiología en una comprensión inverosímil de determinación de la salud. Por consiguiente, la propuesta inevitablemente va orientada a que la ESL se convierta en brazo 'diagnóstico' de la salud colectiva, dadas las tensiones, los impulsos y obstáculos que ha implicado la construcción de su conocimiento (Breilh, 2003).

La ESL propone que la información epidemiológica sea utilizada como instrumento socialmente valorado que salvaguarde la vida de las colectividades, erradique y mitigue problemas de salud pública que contradictoriamente minimizan los efectos del capitalismo acelerado en nuestras sociedades. La medicina social y la salud colectiva, al igual que su propuesta de determinación, está amenazada por la influencia de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya línea hegemónica ha logrado penetrar con éxito las instituciones académicas, investigativas y políticas del mundo mediante un modelo teórico operativo y eficiente. Lo anterior porque la investigación en determinantes sociales de la salud no va en la dirección de una epidemiología que contribuya a explicar el impacto del capitalismo, a integrar distintas visiones, a apoyar la movilización social organizada, a preocuparse por mejorar el quehacer epistemológico y por inducir un perfeccionamiento metodológico (Breilh, 2006).

Es claro que la ESA no ha logrado producir una auténtica interlocución con las realidades políticas, económicas y sociales pese al discurso de las inequidades sociales en salud, pues ha omitido la existencia de una lucha de clases sociales generada por un capitalismo sin límites y sin escrúpulos. Sumado a esto, ha brillado por su ausencia la evidencia y la pedagogía social para un desafío académico que apunte a la praxis, como sí lo pretende la ESL.

Por otro lado, la materialización de la determinación social en las sociedades latinoamericanas es complicada, ya que por un lado convoca a un encuentro de la acción por la salud humana, cuando no existe en nuestra cultura y mucho menos en nuestros imaginarios la claridad y convencimiento sobre la lucha por la defensa de la naturaleza o el medioambiente, y por otro es difícil consolidar una epidemiología desde la salud colectiva cuando contamos con una sociedad eminentemente construida con un sentido antropocéntrico e individualista; por consiguiente, la ecología crítica orientada a la sustentabilidad parece no ser viable. La propuesta de la ESL es perfectamente posible en la academia; no obstante, la construcción del sujeto de conocimiento en una sociedad sin distintivo claro de lucha social y además poco ilustrada, es muy complicado, dado que las colectividades no académicas también requerirán un cambio de objeto, de sujeto y de praxis, combinando y abordando las preguntas científicas, la metodología y los escenarios con bases sociales para que finalmente en la praxis se formule una epidemiología desde la salud colectiva.

Así entonces, la determinación social de la vida y la salud es un contraargumento de la ESA, al no consistir en buscar las causas de las causas, como plantea la multicausalidad anglosajona a través de la red de causalidad que sigue considerando a la explicación causal y a la experiencia como criterio máximo de las verdades, sino en asumir que la causa es un modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades, porque la salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados en las relaciones 'social-biológico' y 'sociedad-naturaleza' —propias del marxismo— que ponen a la determinación en una categoría que supera la noción epidemiológica tradicional de lo social, la cual se constituye en una construcción inductiva desde lo individual y cual una disciplina de análisis de contrastes cuando registra términos

como 'equidad', 'desigualdad', 'diferenciales', entre otros proclives a la comparación de contrastes sociales y la estratificación por grupos, por edad, por género, por etnia, etc. (Breilh, 2013).

No cabe la menor duda de que la ESL presenta retos enfocados a la justicia y a la exigibilidad del derecho a la salud, a renovar su visión y espectro a partir de la construcción de carácter crítico, interdisciplinario e intercultural, y no en forma de procesos históricos-sociales que se disuelven en forma de factores y niveles que acontecen en tiempo y espacio como categorías que facilitan la clasificación de las evidencias de los sentidos y su proyección práctica del conocimiento científico. Por consiguiente, el proyecto académico-político de la ESL debe plantear fines estratégicos como la gobernabilidad que implica el poder y el acervo de técnicas, destrezas y habilidades para la acción, lo cual implicará procesos automatizados y una vigilancia epistemológica sobre los usos y límites de las técnicas desarrolladas. Bien afirmaba Almeida Filho (2000): "la epidemiología no ha terminado de construirse", así que será evidente la pugna entre formas de concebir el desarrollo y sus ciencias inmersas en la salud pública, persistirá la subvaloración política de la epidemiología crítica a la convencional y la subvaloración técnico-científica de la epidemiología convencional a la crítica.

Conclusión

Sin prolegómenos, este texto entra en materia a partir de las deliberaciones políticas sobre los dos modelos de desarrollo hoy en disputa. Lo anterior, con el objetivo de introducir al lector en las deliberaciones científicas en torno a la epidemiología social anglosajona y latinoamericana como panópticos de la salud pública, que desde luego también se encuentran en disputa y anclados a los dos modelos de desarrollo hegemónicos. No obstante, el texto provoca al lector con una posición contrahegemónica, marxista y crítica de la realidad, reconociendo que el proceso histórico es esencial para construir el pensamiento crítico en salud vinculado al desarrollo social; por tanto, defiende una epidemiología social acorde con un modelo de desarrollo no capitalista basado en la determinación como un nodo epistémico, cuyo foco es la producción de la vida y su complejidad. Las rupturas y el crecimiento de la epidemiología crítica y la medicina social han planteado un análisis desde la salud colectiva, cuyos debates se enfocan a discernir

acerca del paradigma empírico analítico y la epidemiología anglosajona, y a la convergencia de variables como la reproducción social, la clase social, la determinación social y los modos de vida.

La postura política y científica de este manuscrito parte del hecho de que la salud pública se encuentra en crisis por la incapacidad de las sociedades para mejorar y proteger la salud de las poblaciones y por las abruptas transformaciones sociales y de las relaciones Estado-sociedad-mercado fundamentadas en un modelo de desarrollo capitalista. Por tanto, la convivencia de la ciencia concebida desde un paradigma positivista a través de una epidemiología multicausal vinculada a un ideal de desarrollo neoliberal es contradicha por una epidemiología que no se configura como herramienta de la salud pública o una disciplina conexas, sino como parte de un proyecto académico-político renovador de la praxis de la salud que apunta por un desarrollo más social que económico, por ende contrahegemónico y anticapitalista (Breilh, 2013).

El alcance político y científico de la salud pública y el desarrollo debe ser desde la mirada de los pueblos, por eso requiere que la salud pública, que ha desempeñado un papel importante en la construcción de la hegemonía y el desarrollo capitalista, se transforme mediante la influencia de la medicina social, la cual apunta a un desarrollo eminentemente social que requiere incuestionables cambios en la dirección intelectual y moral de las clases dirigentes en Latinoamérica. La conceptualización, entonces, de salud/enfermedad, no corresponde a una simple categoría dicotómica, sino a un proceso dialéctico. La salud y el desarrollo requieren repensarse y analizarse en múltiples niveles y contextos para superar las clásicas asociaciones, fragmentaciones y cuantificaciones de la realidad; es necesario comprender qué, por qué y cómo se dan las condiciones sociales: reproducción social, producción económica, marginalización, entramados culturales, y la movilización y participación política que afectan la vida humana y su binomio salud-enfermedad.

Referencias

Almeida, N. (2000). *La ciencia tímida, ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Baiocchi, G.; Heller, P., & Silva, M. (2011). *Bootstrapping Democracy: Transforming Local Governance and Civil Society in Brazil*. Stanford, California: Stanford University Press.

Breilh, J. (1999). *Epidemiología, economía, medicina y política*. México D. F.: Distribuciones Fontamara.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Introducción, 27-92. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2006). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidade*. Río de Janeiro: Editorial Fiocruz.

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(Suppl. 1), 13-27.

Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciencia & Saúde Coletiva* 8(1), 33-45.

Buck, C.; Llopis, A.; Nájera, E, & Terris, M. (1988). Discussion. En: C. Buck, A. Llopis, E. Nájera & M. Terris (Eds.), *The Challenge of Epidemiology: Issues and selected readings*. Washington D. C.: M. PAHO/WHO.

Bunge, M. (1959). *Causality and Modern Science*, third revised edition. Cambridge: Harvard University Press; Nueva York: Dover Publications, New York, 1979.

Cassell, J. (1964). Social science theory as a source of hypotheses in epidemiologic research. *American Journal of Public Health* 54, 1482-1488.

De Souza Santos, B. (2003). *La caída del angelus novus: ensayos para una nueva teoría social*. Bogotá: Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos; Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales - Ediciones Anthropos.

Elster, J. (2007). *Explaining social behavior. More nuts an bolts for the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, capítulo 1, 9-31; capítulo 2, 32-51.

Escobar, A. (1998). *La invención del tercer mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Norma.

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 1-25.

Franco, S. (1993). *Proceso vital humano proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva*. Conferencia presentada en el seminario marco conceptual para la formación de profesionales de la salud, Universidad Nacional de Colombia.

Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. OPS, 540, 75-93.

Grugel, J., & Riggirozzi, P. (2009). *Governance after Neoliberalism in Latin America*. Nueva York: Palgrave MacMillan.

Higgins, B. (1971). Planificación de las asignaciones para el desarrollo social. *Investigación Económica*, 31(123), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Economía.

Hwang, G. J. (2012). Explaining Welfare State Adaptation in East Asia: The Cases of Japan, Korea and Taiwan. *Asian Journal of Social Science*, 40, 174-202.

Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam. Salud Pública*, 12(2), 128-130.

Kay, C.; Guadarrama, A. (1993). Estudios del desarrollo, neoliberalismo y teorías latinoamericanas. *Revista Mexicana de Sociología*, 55(3), 31-48. Universidad Nacional Autónoma de México.

Kim, T., & Lee, K. (2010). Developments and General Features of National Health Insurance in Korea. *Social Work in Public Health*, 25(2), 142-215.

Konstantinov, F. V. (1959). *Los fundamentos de la filosofía marxista*. México: Grijalbo.

Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.

Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 350-355.

Krieger, N. (2008). Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230.

Krieger, N. (2011). *Social epidemiologic alternatives*, capítulo 6. Oxford: Oxford University Press.

Lalonde, M. A. (1974). New perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, Canadá.

Laurell, A. C. (1989). Social analysis America. *Social Medicine*, 28, 1183-1191.

Navarro, V. (1983). *Crisis, health, and medicine: a social critique*. Nueva York: Tavistock.

Novick, L. F.; Morrow, C. B.; Mays, G. (2008). *Public health administration. Principles for population-based management*, 2nd ed. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

Nussbaum, M. (2009). *Libertad de conciencia* [traducción de Alberto Enrique Álvarez y Araceli Maira Benítez]. Barcelona: Tusquets.

Marcos (Subcomandante) (2002). *Our Word is our weapon: Selected writings*, ed. De Juana Ponce de León, Nueva York: Seven Stories Press.

McMichael, A. J. (1999). Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 149, 887-897.

McMichael, A. J.; Beaglehole, R. (2000). The changing global context of public health. *The Lancet*, 356(9228), 495-499.

Max-Neef, M. (1986). *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y reflexiones*, Barcelona, España: Icaria Editorial.

Olsen, J. (2003). What characterises a useful concept of causation in epidemiology. *Journal of Epidemiology & community health*, 57, 86-88

Oman, C. P.; Wignaraja, G. (1991). *The Postwar Evolution of Development Thinking*. Londres: MacMillan.

Organización Panamericana de la Salud - OPS (1996). *Promoción de la salud: una antología* (primera sección), 557, 3-44, Washington.

Ostrom, E. (2010). Beyond Markets and States: Polycentric Governance of Complex Economic Systems. *American Economic Review*, 100(3), 641-672.

Porter, D. (1999). *Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*. Nueva York: Taylor & Francis or Routledge's.

Prado, J. P. (2006). La ONU y el desarrollo: una reflexión crítica y propositiva. *Foro Internacional*, 46(2) (184), 263-290, El Colegio de México.

Ramírez-Faría, C. (1991). *The Origins of Economic Inequality Between Nations: A Critique of Western Theories on Development and Underdevelopment*. Londres: Unwin Hyman.

Ringen, S.; Kwon, H. J.; Ilcheong, Y.; Taekyoon, K., & Lee, J. (2011). *The Korean State and Social Policy: How South Korea Lifted Itself from Poverty and Dictatorship to Affluence and Democracy*. Nueva York: Oxford University Press.

Rosen, G. (1958). *A History of Public Health*. Nueva York: MD Publ.

Rothman, K. J.; Greenland, S., & Lash, T. L. (Eds.). (2008). *Modern epidemiology*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Sabel, Ch., & Zeitlin, J. (2012). Experimentalist Governance. En: D. Levi-Faur (ed.). *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press.

Schumpeter, J. A. (1954). *History of economic analysis*. Oxford: Oxford University Press, 1994.

Sen, A. K. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press; New York: Alfred Knopf.

Sunkel, O. (1977). El desarrollo de la teoría del desarrollo. *Estudios Internacionales*, año 10, 40, 33-46. Universidad de Chile, Instituto de Estudios Internacionales.

Susser, M. (1989). Epidemiology today: 'A Thought-tormented world'. *International Journal Epidemiology* (18), 481-488.

Susser, M. (1991). *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en ciencias de la salud*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Stoessel, S. (2014). Giro a la izquierda en la América Latina del siglo XXI. *Polis*, 39, 1-22.

Stubbs, R. (2011). The East Asian Developmental State and the Great Recession: Evolving Contesting Coalitions. *Contemporary Politics*, 17(2), 151-166.

Vandenbroucke, J. P. (1988). Is 'the causes of cancer' a miasma theory for the end of the twentieth century? *International Journal of Epidemiology*, 17, 708-709.

Wade, R. (2010). After the Crisis: Industrial Policy and the Developmental State in Low-Income Countries. *Global Policy*, (1), 150-161.

Waitzkin, H. (1986). *The second sickness: contradictions of capitalist health care*. Nueva York: The Free Press.

Zurbriggen, C. (2007). La "falacia tecnocrática" y la reforma del Estado. *Revista Nueva Sociedad*, 210, 156-172.

Zurbriggen, C. y Travieso, E. (2016). Hacia un nuevo Estado desarrollista: desafíos para América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 24(47), 259-281.

La política pública como anclaje entre la salud pública y el desarrollo social

Claudia Isabel Córdoba Sánchez

Profesora investigadora de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina.

Rodrigo Ruiz Lurduy

Profesor investigador de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina.

Introducción

Es innegable la estrecha relación existente entre la salud pública y el desarrollo social. No solo están las evidencias científicas para corroborarlo, sino que desde lo fáctico se sabe que los indicadores de salud poblacional tienen injerencia directa sobre los procesos de desarrollo social de cualquier población y, a su vez, que el desarrollo social tiene un impacto definitivo sobre la salud de las poblaciones. Múltiples estudios (Barkin, 1998; Wagstaff, 2002; Blanco, 2007; Barceló, 2007; Salvador, 2008; Murray, 2013) demuestran que en contextos de pobreza, exclusión, conflicto armado, violencia, desplazamiento forzado, bajo nivel educativo, contaminación ambiental, inadecuada gestión política e incapacidad estatal para responder a emergencias sociales, están dadas las condiciones para que los niveles de salud de la población sean bajos y se presenten indicadores que señalan altas tasas de morbi-mortalidad, menor esperanza de vida al nacer, nacimientos de niños y niñas antes del término o con bajo peso, mortalidad materna, entre otros. Del mismo modo, los bajos indicadores en salud poblacional tienen efecto negativo sobre el capital social de los colectivos, lo cual afecta la cohesión, la equidad, las redes de confianza, la reciprocidad y la integración del grupo (Kliksberg, 2002).

Los procesos de industrialización, considerados como parte del desarrollo social, trajeron consigo fenómenos migratorios del campo a la ciudad y de países menos desarrollados a países desarrollados, los cuales causaron aumento de la contaminación ambiental, disminuyeron las tasas de fecundidad y generaron mayor envejecimiento de la población, que a la postre se constituyeron en la base para el cambio del perfil demográfico y epidemiológico de la población mundial. Con esto, la densidad poblacional aumentó en la mayoría de las grandes ciudades y en los países desarrollados, de manera que las enfermedades infecciosas propias del subdesarrollo comenzaron a coexistir con enfermedades crónicas derivadas de la agitación de la vida cotidiana, la alta productividad, el desmesurado consumo de alimentos rápidos,

el uso masivo de medios de transporte, la polución, el ruido, así como la pérdida de hábitos de descanso y ocio, que en conjunto, no han contribuido al mejor bienestar de la población y menos aún al buen vivir (Gudynas & Acosta, A., 2011)

Quienes se alinean con la perspectiva hegemónica del desarrollo social defienden las políticas contemporáneas de corte neoliberal que han resultado contrarias a los niveles adecuados de salud de la población (Escobar, 1998). En particular este tipo de políticas suelen tener impacto negativo cuando la economía entra en crisis y el mercado por sí mismo no logra llenar el vacío del Estado para garantizar la sostenibilidad de los programas sociales de educación, trabajo y salud. Está documentado que en situaciones de crisis económica la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, se deteriora y aumentan significativamente los indicadores de morbilidad, mortalidad, desnutrición, desempleo y desplazamiento, entre otros (Menéndez, 1985; Filho & Paim, J. S., 1999).

Debido a esta relación entre desarrollo, salud y bienestar poblacional con frecuencia se sitúa aquel concepto en el centro de los debates académicos y políticos contemporáneos, considerándolo además el fin último del diseño e implementación de las políticas públicas. El interés por el desarrollo social se ha agudizado a partir de la segunda posguerra y desde entonces se le ha ligado a una idea liberal de crecimiento económico que exige también unas políticas públicas con enfoque liberal. Con este enfoque se esperaba superar la pobreza en la que los países europeos quedaron después de la Segunda Guerra Mundial. Luego, este enfoque sería aplicado a los países mal llamados subdesarrollados o tercermundistas, para lograr su acercamiento al modelo capitalista de los países desarrollados que representaban con 'gran éxito' un estilo de vida occidental (Cardoso & Faletto, E, 1996). Ese interés por el desarrollo social ha conducido a un avance vertiginoso en los últimos tiempos de la producción científica relacionada con lo que el mundo contemporáneo 'debe' entender por él (Sen, 1998).

Sin embargo, pese a este avance y a la gran cantidad de información disponible al respecto, persisten tensiones irresueltas en torno a lo que el concepto significa, en tanto en la cotidianidad de los sectores sociales más pobres y vulnerables el desarrollo social con perspectiva

liberal —y ahora neoliberal— no se ha logrado el bienestar y la calidad de vida que todo ser humano merece. La promesa del *trickle-down*³, es decir, el goteo de arriba hacia abajo respaldado en la idea de que el progreso de los más ricos terminaría beneficiando a los más pobres, debido a que la lógica económica aumentaría el empleo y generaría redistribución de la riqueza, no se ha cumplido. La famosa expresión *laissez faire, laissez passer*⁴ que pretendía dejar que las fuerzas del mercado operaran libremente, solo ha contribuido a aumentar las profundas diferencias sociales. En este sentido Lander (2005) asegura que el neoliberalismo no puede ser asumido como una simple teoría económica, por cuanto este configura

un discurso hegemónico de un modelo civilizatorio, esto es, como una extraordinaria síntesis de los supuestos y valores básicos de la sociedad liberal moderna en torno al ser humano, la riqueza, la naturaleza, la historia, el progreso, el conocimiento y la buena vida. (p. 11)

El discurso hegemónico, engendrado bajo un esquema colonial eurocéntrico, fue impuesto en el territorio latinoamericano, donde se resignificaron, experimentaron y aplicaron distintas concepciones construidas en el escenario de auge del liberalismo económico y el neoliberalismo, en que logró atar los conceptos de desarrollo social a las nociones económicas de crecimiento y progreso. Así pues, el desarrollo social en esa perspectiva es “[...] un proceso de evolución lineal, esencialmente económico, mediado por la apropiación de recursos naturales, guiado por diferentes versiones de eficiencia y rentabilidad económica, orientado a emular el estilo de vida occidental” (Gudynas, s. f., p. 23), un enfoque hambriente de producción, consumo, rentabilidad y acumulación. De acuerdo con este paradigma surgieron corrientes de pensamiento que dieron soporte a teorías como el desarrollo endógeno, el extractivismo desarrollista, la tercera vía, el dependetismo, el neoestructuralismo y el desarrollo a escala humana, entre otros, cada uno de ellos enfatizando en una⁴ problemática particular del desarrollo social y desconociendo otras dimensiones para atender la totalidad del problema.

3. El concepto trickle-down fue acuñado por el sociólogo George Simmel para señalar el efecto de goteo en el conjunto del mercado.

4. Esta es una expresión de origen francés que al español traduce déjalo hacer, déjalo pasar, y que señala, en la perspectiva económica clásica, que el funcionamiento de la economía debe dejarse al libre albedrío del Mercado, evitando la intervención del Estado.

El buen vivir como alternativa al desarrollo

Pero América Latina también ha sido el lugar en el que se han producido discusiones locales en torno a las nuevas alternativas al desarrollo social, que han tenido sus orígenes en las teorías críticas con perspectivas de liberación, posdesarrollistas, poscoloniales y de ecología de saberes, hasta llegar a apuestas que nacen en la periferia social de la periferia mundial y que hoy se consolidan como formas de vivir bien o del buen vivir⁵.

Estas recientes apuestas son el producto de luchas de resistencia epistémica a los valores y prácticas hegemónicas que hoy se reconfiguran y permiten visibilizar sectores sociales tradicionalmente no politizados, como los grupos de mujeres, ancianos, hombres, niños y jóvenes, que se niegan a aceptar la hegemonía del capitalismo financiero global, han posibilitado numerosos encuentros y desencuentros en escenarios políticos y académicos y pretenden descolonizar el saber/poder al postular que el desarrollo social no solo tiene que ver con la distribución de la riqueza, el crecimiento económico y la posesión de bienes materiales, sino que para vivir mejor se necesitan otros valores sociales que implican unas relaciones equilibradas con los otros y con lo otro. En suma, muchos sectores sociales claman por la justicia social, la equidad para la igualdad y la democratización. Desde estas nuevas epistemologías, hoy se superan los conceptos sobre desarrollo social que marcaron el pensamiento de la modernidad y que se instalaron en América Latina desde el siglo XIX como un grupo de saberes anclado al progreso bajo una condición de colonialidad (Gudynas, s. f.).

Estos fenómenos particulares de América Latina se han concretizado en ejercicios constitucionalistas de abajo hacia arriba, cuyo protagonismo lo han logrado los excluidos, quienes a través de movimientos sociales fuertes han y están transformando las habituales relaciones Estado-sociedad⁶ en la que se plantea la unidad en contra de la homogeneidad y la uniformidad y se define una nueva forma de hacer políticas públicas (Acosta, 2010; Barkin, 2012; Cortéz, 2011).

5. No es posible desconocer el extraordinario esfuerzo por romper con ese modelo civilizatorio único que la crítica feminista, en sus múltiples variantes, ha hecho. Tampoco se pueden desconocer los aportes de los estudios subalternos, aunque en este documento no se consideren.

6. Ese es el caso de Bolivia y Ecuador.

Las nuevas perspectivas al desarrollo social pueden ser consideradas por algunos como un continuum de la resistencia epistémica latinoamericana que nace tras una larga historia de explotación, miseria y hambre de pueblos enteros; mujeres, jóvenes y niños segregados; indígenas y campesinos masacrados; países enteros enviados a la periferia de un mundo jerarquizado. Dussel (2005) asegura que lo que se conoce como pensamiento crítico latinoamericano hunde sus raíces en el proceso mismo de la conquista a través de ejercicios de resistencia social que tomaron forma en múltiples protestas indígenas, campesinas y de intelectuales que configuran los antecedentes para consolidar una propuesta filosófica latinoamericana que nació como contradiscurso al planteamiento hegemónico occidental y que se conoció como la filosofía de la liberación.

Sin embargo, fue en la primera mitad de la década de los setenta que un nutrido grupo de intelectuales en Argentina⁷ se inició en la consolidación de esta filosofía para luego de la segunda mitad de la década expandirla por todo el continente como un discurso alternativo que surgiría desde la “conciencia oprimida en un mundo periférico, que (podía) por eso mismo, como alteridad arrojada fuera de la historia universal, proponer categorías integradoras realmente ecuménicas” (Zea et al., 1975).

Luego de los años setenta Latinoamérica experimentó una serie de debates académicos y mayor crecimiento en el campo filosófico a lo largo y ancho del territorio que lograron llamar la atención de algunos países como Estados Unidos, Alemania e Inglaterra, de continentes como Asia y África, y de un nutrido grupo de pensadores mundiales, entre los que se destacaron Paul Ricoeur, Charles Taylor y Gianni Vattimo, quienes ayudaron a delimitar los discursos posmodernos y los discursos de la liberación (Dussel, 2005).

La filosofía de la liberación se opuso abiertamente a las diversas modalidades teóricas derivadas del liberalismo económico y el neoliberalismo⁸, que profesaban una sola forma de generar el desarrollo social. Planteó la existencia de una multiplicidad de formas originales para

7. El nacimiento de la filosofía de la liberación en Argentina coincidió con algunos procesos de movimientos democráticos de protesta en Estados Unidos y Europa Occidental.

8. El neopositivismo, el estructuralismo, el neoconservadurismo, el pospositivismo, entre otras.

alcanzar el desarrollo social, de manera que, para un verdadero progreso, era perentorio superar la dependencia neocolonial. Esta filosofía pretendía ser la base teórica de la práctica política en la periferia, en el sur, e invitaba a superar la historia de dominación y dependencia que se venía dando desde el mal llamado 'descubrimiento del nuevo continente', pasando por el período de la colonización hasta el neocolonialismo que hoy vivimos. Dussel, con elementos de la filosofía de la liberación, quiso adherirse teórica y pragmáticamente a quienes buscaban cambiar la situación de dominación a la que ha sido sometida América Latina y para ello partió "de la periferia, del oprimido, del dominado, para dirigirse al centro, al dominador como un mensaje crítico subversivo" (Miranda, 2005, p. 418). Así es como los aportes de Dussel para la configuración de un pensamiento filosófico latinoamericano han sido, en palabras de Salazar Bondy (1968) y Zea (1974), fundamentales para cuestionar ontológicamente la filosofía occidental a fin de proponer un nuevo orden en el que el hombre latinoamericano oprimido sea liberado de la praxis alienadora y dominante. El trabajo intelectual de Dussel se ha configurado como la base para discusiones teóricas en América Latina y ha ayudado a fortalecer en buena parte el pensamiento crítico latinoamericano que busca otras alternativas al desarrollo social.

En la segunda mitad de la década de los noventa se empezó a consolidar un grupo de pensadores latinoamericanos que venían trabajando, cada uno por su lado, en temas relacionados con la colonialidad del poder/saber⁹. Dentro del grupo, Dussel estableció relaciones académicas con Aníbal Quijano y Walter Mignolo. El primero se había iniciado en los debates relacionados con la teoría de la dependencia, la cual aseguraba que el subdesarrollo de los países de la periferia y semiperiferia estaba directamente relacionado con la expansión de los países del centro, de manera que el subdesarrollo y el desarrollo eran dos aspectos opuestos y dependientes de un mismo proceso (Blomström & Ente, 1990). El proyecto intelectual y político de Quijano respecto a la teoría de la dependencia le permitió continuar por las sendas de la identidad-modernidad, el eurocentrismo, la colonialidad del poder y las relaciones entre saberes centrales y periféricos. Para este pensador era necesario establecer las bases de otra epistemología, cuya

9. Edgardo Lander, Aníbal Quijano, Arturo Escobar, Walter Mignolo, Coronil, Enrique Dussel, Ramón-Grosfoguel y Lao-Montes.

racionalidad se encontrara situada fuera de los límites del ámbito de la modernidad eurocéntrica y con la cual pudiera explicarse la específica realidad histórico-social de Latinoamérica. Quijano asegura que el desarrollo capitalista es concebido como modernización, es decir, un proyecto evolucionista que les exige a los pueblos latinoamericanos dejar su conocimiento tradicional y aprender otro de la sociedad moderna. La construcción de otra epistemología debe desembocar en una racionalidad alternativa a la dominante, en la que el patrón de poder mundial fundamentado en la colonialidad sea desnaturalizado (1988, 1990, 2000).

Por su lado, Mignolo dirige sus esfuerzos intelectuales para aportar al trabajo que se venía adelantando en torno a la colonialidad del poder/saber. Así, elabora el concepto de decolonialidad con base en la idea de que “si la lógica opresiva produce una energía de descontento, de desconfianza, de desprendimiento entre quienes reaccionan ante la violencia imperial, esa energía se traduce en proyectos de decolonialidad que, en última instancia, también son constitutivos de la modernidad” (2008, p. 248). El mayor aporte de Mignolo es, sin duda, la posición decolonial, la cual surge como una teoría crítica que busca la decolonización del conocimiento y del ser que permitirá pensar la economía y la política de otra forma, situadas ambas en la historia colonial de América Latina y en la perspectiva de los excluidos (2007).

Por la misma línea de pensamiento, Arturo Escobar encuentra un nicho propicio para articular su proyecto intelectual relacionado con la crítica a la noción hegemónica del desarrollo que, según sus propias palabras, “privilegia el crecimiento económico, la explotación de los recursos naturales, la lógica de mercado y la búsqueda de satisfacción material e individual sobre cualquier otra meta” (2013). En congruencia con el trabajo de los otros pensadores latinoamericanos, Escobar asegura que el tercer mundo es una invención de Occidente (1996), y que ya no es prudente hablar de posdesarrollo (2010), sino más bien de buen vivir, concepto que nace en los pueblos indígenas de América Latina y que se empieza a consolidar como alternativa al modelo hegemónico de desarrollo capitalista. Desde estos pueblos locales surgen debates novedosos sobre “el lugar que se afirma en oposición al dominio del espacio y el no capitalismo en oposición al dominio del capitalismo como imaginario de la vida social” (2005, p. 125). Para Escobar es necesario rescatar el lugar —como la cultura local— y las

formas de pensar y hacer economías alternas; para ello se basa en los múltiples trabajos etnográficos que han revelado prácticas y procesos alternativos elaborados por grupos locales que muestran adaptaciones de propuestas hegemónicas y que motivan la configuración de nuevas identidades, relaciones sociales y prácticas económicas.

Los avances teóricos de estos autores, para pensar otra forma de desarrollo, se articularon con la propuesta del norteamericano Immanuel Wallerstein, quien venía planteando su teoría sobre el sistema-mundo (Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007). A este grupo se vincularon otros científicos sociales¹⁰ que también venían trabajando temas relacionados con la reestructuración de las ciencias sociales, las geopolíticas del conocimiento y la colonialidad del poder. De esta forma se creó la red modernidad/colonialidad, que propugnó la desobediencia epistémica a fin de asumir otra opción de pensamiento y acción para el desarrollo social, que ha implicado rebeldía a los grandes metarrelatos imperiales, al disciplinamiento de las ciencias sociales, así como a las tradicionales posturas de izquierda y derecha. La colonialidad se coloca como discurso de poder y conocimiento que domina la relación entre el centro en posición hegemónica y la periferia en posición subalterna.

El grupo modernidad/colonialidad logra desarrollar un número importante de actividades y publicaciones que dan cuenta de la gran actividad intelectual, al igual que de la alta participación política y social a través de la vinculación de muchos de sus miembros con los movimientos indígenas de Bolivia y Ecuador, y con movimientos afro del Caribe. En medio de esas actuaciones se produce un diálogo académico fructífero con el sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos, quien desde otros lugares discute cómo el desarrollo basado en el capitalismo se encuentra en crisis, por cuanto se ha vuelto cada vez más salvaje, más discriminador y más desigual en Europa y Estados Unidos. Para este autor, la teoría del sistema mundo está mostrando que la hegemonía de Estados Unidos está por finalizar y en su lugar están emergiendo otros protagonistas como China. Sin embargo, De Sousa coloca su interés por experiencias post-capitalistas que se están desarrollando en Latinoamérica, ese parece ser el caso de Bolivia y Ecuador. Propone entonces las epistemologías del sur mediante las

10 Santiago Castro-Gómez, Oscar Guardiola, Zulma Palermo, Freya Schiwy, Javier Sanjinés, Chaterine Walsh, José David Saldívar, Nelson Maldonado-Torres.

cuales se reflexiona “creativamente sobre esta realidad para ofrecer un diagnóstico crítico del presente que, obviamente, tiene como su elemento constitutivo la posibilidad de reconstruir, formular y legitimar alternativas para una sociedad más justa y libre” (De Sousa Santos, 2011).

De Sousa Santos hace una crítica abierta a la teoría crítica eurocéntrica al asegurar que

la teoría crítica ha ido perdiendo todos los sustantivos hasta quedarse ahora con los adjetivos, es decir, si la teoría convencional habla de democracia, nosotros hablamos de democracia participativa, radical, deliberativa; si la teoría convencional burguesa habla de desarrollo, nosotros hablamos del desarrollo democrático, sostenible, alternativo; si la teoría convencional habla de derechos humanos, nosotros hablamos de derechos humanos colectivos, interculturales, radicales; si la teoría convencional habla del cosmopolitismo, nosotros hablamos del cosmopolitismo subalterno, insurgente. (2011)

Las epistemologías del sur son el reclamo por otro tipo de desarrollo, nuevos procesos de producción, valorización de otros conocimientos que pertenecen a quienes han sufrido opresión y discriminación a causa del colonialismo capitalista.

Las epistemologías del sur parten de considerar que la comprensión del mundo es mucho más amplia que la comprensión del mundo occidental, que la diversidad del mundo es infinita, que esta gran diversidad del mundo no puede ser monopolizada por una teoría general. El trabajo de las epistemologías del sur es ampliar el horizonte de posibilidades y de inteligibilidades que se logra a partir de la ecología de los saberes y la traducción intercultural.

En la “ecología de saberes” (2012) De Sousa Santos no desconoce la importancia de promover unos niveles altos de productividad, pero sugiere hacerlos compatibles con unos adecuados niveles de protección social, si Latinoamérica no quiere repetir la historia del viejo continente, que señala una profunda crisis social, derivada de una crisis económica en la que las fórmulas del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional han tenido gran responsabilidad. El autor cree que

se debe pasar de la dualidad referida a la multiplicidad de poderes/saberes surgidos en el ámbito de la experiencia latinoamericana, que requieren ser reglamentados para impedir la contradicción. Esto se logra con la construcción de una ecología de prácticas y concepciones que vinculan saberes diversos y hasta contradictorios, de lo que se trata es de generar “prácticas y pensamientos emancipadores que amplíen el espectro de lo posible por medio de la experimentación y la reflexión sobre proposiciones que representen formas de sociedad más justas (De Sousa Santos & Rodríguez, 2011, p. 38).

Aunque De Sousa Santos asegura que no necesitamos alternativas, sino que lo que nos hace falta es un pensamiento alternativo de alternativas, en sus visitas a Latinoamérica descubre experiencias de alternativas al desarrollo que buscan la emancipación a la propuesta capitalista hegemónica que, por sus principios, valores y tipos de organización, reproduce esquemas patriarcales, promueve el beneficio personal y el desprecio por la solidaridad, estimula las desigualdades de recursos económicos y de poder, y el agotamiento de los recursos naturales con un enfoque extractivista. Esas experiencias son recogidas como formas de producción no capitalista que incluyen las cooperativas de producción, las economías populares, el asociativismo y el socialismo de mercado, en el cual el mercado no es rechazado, sino que se le reconoce como “un mecanismo de coordinación de decisiones económicas descentralizadas” (p. 58) que promueve la igualdad, la solidaridad y la libertad.

Las experiencias constitucionalistas de Ecuador y Bolivia han permitido posicionar el buen vivir como ese conjunto de ideas, aún en construcción, que surge como alternativa a los conceptos convencionales sobre el desarrollo, pero que no pretende ser otro discurso hegemónico. El buen vivir se configura desde otros relatos, otras prácticas y formas de ver y pensar, relacionarse, construir y experimentar la naturaleza y la cultura diferente, porque para muchos grupos indígenas, afro y campesinos, ni la naturaleza ni la cultura son entes dados, presociales, son construcciones culturales. Desde la perspectiva del buen vivir, la producción, consumo y acumulación no son los únicos determinantes para alcanzar el bienestar, existen “otros valores en juego: el conocimiento, el reconocimiento social y cultural, los códigos de conductas éticas e incluso espirituales en relación con la sociedad y la naturaleza, los valores humanos, la visión de futuro, entre otros” (Acosta, 2008). El

buen vivir cuestiona las ideas del desarrollo capitalista y su apego por el crecimiento económico e incapacidad para resolver los problemas relacionados con la pobreza.

Pero esta perspectiva del buen vivir va más allá de presentar desarrollos alternativos por cuanto estos se mantienen en la lógica del progreso lineal, la explotación de la naturaleza y las relaciones entre humanos. Lo alternativo implica cambios profundos que deberían plantear alternativas al desarrollo (Escobar, citado por Gudynas, 2011).

En definitiva, el desarrollo social debe ser entendido como un proceso complejo que exige considerar las posturas contestatarias de Occidente como los saberes tradicionales y la misma cultura dominante actual con el objetivo de construir una sociedad con equidad para la igualdad, democrática, con identidad cultural, derecho ciudadano (a la tierra, al trabajo, a los recursos naturales, a la educación y a la salud), una nueva relación del Estado con la sociedad en la que se reconoce la multiplicidad, la diversidad, exigiendo un nuevo enfoque del Estado en acción, es decir, un nuevo enfoque de las políticas públicas (Kliksberg, 1998).

La política pública como anclaje entre la salud pública y el desarrollo social

Con frecuencia se define la política pública como un mecanismo del Estado para su acción. De acuerdo con Roth (2002), la política pública es

un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una organización o institución gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática. (p. 27)

Estas acciones del Estado y sus instituciones políticas son susceptibles de ser evaluadas a partir del nacimiento de una rama de las ciencias políticas: el análisis de la política pública. Desde allí es posible

controvertir el papel de los gobiernos de turno en su interpretación de las problemáticas reales de la sociedad, así como exigir formas de acción que ayuden a combatir los intereses de los sectores dominantes.

Las políticas públicas se deben configurar entonces en la vía de concreción de ideas, valores y principios, opiniones públicas e identidades políticas que nacen de la experiencia de vida de las personas y colectivos. Las políticas deben ser construidas a partir de estrategias que permitan rehabilitar el debate político, promover un ámbito de acción más incluyente y democrático, reconocer el valor de otro saber, de manera que todas las partes involucradas en un problema público participen y deliberen en su proceso de formulación y decisión pública en igualdad de condiciones, donde se confronten diferentes puntos de vista que al final imposibiliten el elitismo y la tecnocracia con frecuencia al servicio de unos cuantos grupos dominantes (Gavilanes, 2010; Roth, 2002; Salazar, 2011).

El desarrollo de un análisis de política deliberativo o participativo debe facilitar la construcción de procesos emancipatorios para la ciudadanía subyugada por intereses establecidos y poderes y saberes del Estado (Bardach, 1998; Fischer, 1993). Las políticas públicas pueden permitir avanzar hacia la construcción de una organización social que supere la visión de una institución tutelar que domina a la sociedad para su bien. Por ello es preciso promover la experimentación de modelos institucionales de democracia participativa y deliberativa, no tanto representativa, de democracia directa en la cual las instituciones públicas asumirían más bien un papel de proveedor de medios y recursos, organizador de una deliberación en condiciones de igualdad entre las partes involucradas en la formación de las políticas, y no de un actor político que busca imponer un punto de vista. Se trata entonces de generalizar y profundizar las experiencias de acción pública ya existentes por medio de las cuales se favorecen mecanismos participativos y deliberativos entre ciudadanos, entre expertos y ciudadanos, que permita democratizar el trabajo de las instituciones administrativas y gubernamentales (Roth, 2002).

Infortunadamente, los diseñadores de políticas públicas continúan utilizando el andamiaje conceptual de las teorías desarrollistas de corte neoliberal que les exige tomar decisiones para continuar con

el enfoque de desarrollo hegemónico. La manera como las personas interpretan y dan significado a su mundo y a sus acciones no está representada en el diseño de las políticas, y el lenguaje que funciona como el vehículo a través del cual se concretan esas representaciones es despreciado.

Se afirma con razón que la política es una construcción social y es creada discursivamente. El acuerdo político sobre el que descansa una política se refiere a una comprensión basada en un conjunto normativo y empírico de creencias incluido en una línea narrativa. En ese sentido un analista es ante todo un investigador que necesita desvelar las comprensiones que subyacen a un concepto particular (Arendt, 1996).

Por lo tanto, tal y como lo señala Majone (1989), la comprensión de una política y sus resultados no puede separarse de las ideas, teorías y criterios con los cuales la política es analizada y descrita. La política debe ser interpretada como una entidad simbólica para de esta manera establecer su relación con una situación particular, el sistema social y el marco ideológico.

Así pues, los problemas relacionados con la salud de la población no pueden ser definidos solo desde aspectos técnicos que desconocen los contextos culturales, psicológicos y lingüísticos de los grupos humanos. Ese desconocimiento encierra una serie de fallas que dificultan distinguir entre las prioridades del sistema de salud y los valores y metas para el desarrollo social. De cualquier manera, una postura tecnocrática encierra un aire de colonialismo, pues una vez sustentada es poco probable valorar otras alternativas o lecturas en torno a la situación que se analiza. Este tipo de prácticas es lo que se conoce como la crisis metafísica, la cual está relacionada con los estragos que ha generado para mantener la salud de las gentes, la toma de decisiones basada solamente en la argumentación tecnocrática ha generado una devastación de la calidad de vida de las personas sin prever las consecuencias para las generaciones futuras y la irreversibilidad de los daños en las vidas humanas. Existen evidencias de esta devastación de la calidad de vida en la incapacidad de las personas y colectivos para acceder a medicamentos, dispositivos médicos, servicios de salud

especializados, definición de problemáticas en salud sentidas, que en conjunto impiden que la salud sea un derecho de todos (Abadía, 2008, 2010).

Lo anterior implica que para evitar el papel impositivo e imperante de los argumentos técnicos es necesario propiciar procesos deliberativos en los cuales se logren comprensiones claras y básicas con relación a quién obtiene qué, cuándo y cómo. En otras palabras, se necesita una comprensión epistémica de la interacción entre lo técnico y las representaciones socioculturales que reconozca ambos modos de raciocinio.

Los procesos deliberativos son importantes porque en ellos se evidencian las múltiples raíces que fundan un problema o situación y porque además, a medida que se involucran los actores, se amplía en ellos el espectro comprensivo de la situación a través de los argumentos presentados por los otros, lo cual representa un aprendizaje que implica autotransformación y una probable mayor actitud de seguir vinculándose a las discusiones en torno a otros asuntos sociales (Retolaza, 2010).

Un país que se autodenomine democrático no puede pensarse como tal en tanto no genere oportunidades para que los ciudadanos se vinculen a los procesos deliberativos que fijan a su vez los procesos de construcción de política y en este sentido favorecen su capacidad de aprendizaje y transformación.

El aprendizaje transformativo se sustenta en la construcción social de los intereses que se da por los procesos de socialización y por ello refiere una parte de la realidad y no puede ser asumido como algo totalizante. Una postura crítica es necesaria para contrastar aquello que se da por un hecho y movilizar nuevos sentidos y significados en torno a las cosas. La principal tarea de la perspectiva crítica es entender la manera como los puntos de referencia se usan para guiar la conciencia, influenciar sobre los sentimientos y modelar la acción.

En el escenario de la salud pública los procesos deliberativos se constituyen en el principal elemento para el diseño de políticas que busquen

garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo social del país. (DNP, 2015)

Los procesos deliberativos aportan al fortalecimiento de la capacidad institucional, a la cualificación del recurso humano que soporta los procesos de planificación y gestión en salud, y ofrecen material situado en la realidad para la investigación pertinente.

Lo anterior conlleva que la política pública para la salud debe ser enriquecida con la perspectiva de los otros, incluso en procesos que tradicionalmente han sido considerados de competencia técnica. La vigilancia epidemiológica, las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, el diseño e implementación de las políticas, la planificación y gestión en materia de salud pública, el saneamiento básico, la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud, son escenarios que bien podrían ser enriquecidos con la participación efectiva y concreta de la comunidad. Esto, por supuesto, requiere de recursos humanos y materiales para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar esquemas flexibles que faciliten la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias con el propósito de fortalecer un mayor control sobre las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de las personas.

El desarrollo social dependerá entonces de la posibilidad que tengan los individuos y colectivos para preservar su salud. Es por eso que los movimientos críticos Latinoamericanos se apartan de los planteamientos de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que sugiere subsanar las desigualdades en una generación a partir del diseño de políticas públicas que alcancen la equidad sanitaria interviniendo en los determinantes sociales de la salud (OMS, 2009), pero no abandonan la perspectiva empírico-analítica, en la que la consecución del conocimiento y la elaboración de prácticas saludables emergen desde una racionalidad instrumental que se aleja de las dinámicas sociales, incapacitándose para atender los problemas relacionados con

la salud de las poblaciones. Esta perspectiva restrictiva impugna las dimensiones históricas, culturales, económicas, políticas e ideológicas que son propias de los grupos e individuos.

Conclusión

La superación del concepto de política pública centrado en el lineamiento político-programático del Estado para su acción, posibilita la ampliación del marco comprensivo para pensar la política pública más allá de la instrumentalización. Los procesos de definición de problemas sociales sentidos, el agendamiento público, la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas para el desarrollo social, deben partir de posturas ontológicas, epistemológicas y praxiológicas que lleven a concretar acciones participativas, descentralizadas y transparentes, atravesadas por enfoques de género, generación, interculturalidad, capacidades diversas y movilidad humana para la construcción de escenarios en los que dominen los principios de igualdad y equidad para la justicia.

Referencias

- Abadía-Barrero, C. E., & Oviedo-Manrique, D. G. (2008). Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales. *Universitas Hmanística*, (66), 57-82.
- Acosta, A. (2010). El buen vivir en el camino del posdesarrollo. Una lectura desde la Constitución de Montecristi. *Policy Paper*, 9(5), 1-36.
- Arendt, H. (1996). *Entre el pasado y el futuro: ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Península.
- Barceló, R. (2007). Desplazamiento, salud y pobreza: obstáculos para el desarrollo de los adolescentes más vulnerables de asentamientos marginales de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 23(2), 302-316.
- Bardach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas: un manual para la práctica* (N.o 320.6 B3.).
- Barkin, D. (1998). *Riqueza, pobreza y desarrollo sostenibles*. México, D. F.: Editorial Jus y Centro de Ecología y Desarrollo.
- Barkin, D. (2012). Superando el paradigma neoliberal: desarrollo popular sustentable. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, (43).
- Barrero, C. E. A., & Manrique, D. G. O. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102.
- Blanco, M. (2007). *Pobreza y desarrollo infantil: una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Cardoso, F. H., & Faletto, E. (1996). *Dependencia y desarrollo en América Latina: ensayo de interpretación sociológica*. México, D. F.: Siglo XXI.
- Cortez, D. (2011). La construcción social del "buen vivir" (Sumak Kawsay) en Ecuador. Genealogía del diseño y gestión política de la vida, s. d.
- De Sousa Santos, B. (2011). Epistemologías del sur. *Utopía y praxis latinoamericana*, 16(54).
- De Sousa Santos, B. (2012). *De las dualidades a las ecologías*. La Paz: REMTE.
- Escobar, A. (1998). *La invención del tercer mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Editorial Norma.

Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Ediciones Unaula. (Capítulo primero: El desarrollo (de nuevo) en cuestión: algunas tendencias en los debates críticos sobre capitalismo, desarrollo y modernidad en América Latina).

Filho, N. A., & Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, (75).

Gavilanes, R. V. (2010). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". *Desafíos*, 20, 149-187.

Gudynas, E., & Acosta, A. (2011). La renovación de la crítica al desarrollo y el buen vivir como alternativa. *Utopía y praxis latinoamericana*, 16(53).

Kliksberg, B. (1998). Repensando el Estado para el desarrollo social: más allá de dogmas y convencionalismos. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, (8).

Kliksberg, B. (2002). *Capital social y cultura, claves olvidadas del desarrollo*. Foro internacional, 454-496.

Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico-Sociales*, 33, 3-34.

Murray, C., Richards, M. A., Newton, J. M. & Fenton, K. A. (2013). Uk health performance: findings of Global Burden of Disease study. *The Lancet*, 381(9871), 997-1020.

Quijano, A. (2000). El fantasma del desarrollo en América Latina. *Revista venezolana de economía y ciencias sociales*, 6(2), 73-90.

Quijano, A. (2012). "Bien vivir": entre el "desarrollo" y la des/colonialidad del poder. *Viento Sur*, 122(180), 46-56.

Retolaza, I. (2010). *Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social*. Guatemala: PNUD/Hivos.

Salazar, C. (2011). *Políticas públicas*. Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México: Grupo Editorial Mariel.

Salvador, B. (2008). Desarrollo, educación y pobreza en México. *Papeles de población*, 14(55), 237-257.

Sen, A. (1998). Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. *Cuadernos de economía*, 17(29), 73-100.

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6).

Las tecnologías en salud y el gasto en salud

Felipe Mejía Medina

Profesor-investigador de la Maestría en Salud Pública
y Desarrollo Social,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Fundación Universitaria del Área Andina

Introducción

¿Cuál es la relación que existe entre las tecnologías en salud y el gasto en salud en Colombia? Las tecnologías en salud (dentro de las que se incluyen medicamentos, dispositivos médicos, vacunas, sistemas de información, guías de práctica clínica, telemedicina y muchas más), son indispensables para la adecuada prestación de servicios de salud; sin embargo, su uso representa un impacto notable en el gasto en salud, no solo en Colombia, sino en todos los países del mundo. ¿Por qué?

Por un lado, el aumento en la expectativa de vida, la prevalencia de enfermedades crónicas, la baja tasa de fertilidad y el aumento del porcentaje de personas mayores de 60 años, ejercen una presión sobre la demanda de servicios. Se requiere cada vez más para un mayor número de personas —y durante más años de la vida— por su probable condición crónica. Por otro lado, la innovación constante y la difusión de nuevas y mejores tecnologías en salud crean una presión desde la oferta de servicios.

¿Qué se puede hacer al respecto? Múltiples estrategias buscan reducir el gasto en salud: mediante la disminución de la demanda a través de intervenciones más exitosas en prevención y promoción, el control de precios de las tecnologías, la mejora y optimización de los procesos de atención, la evaluación de tecnologías en salud tanto desde su efecto en los indicadores de salud como desde el proceso de adquisición y renovación del prestador de servicios, la descentralización del hospital a través del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), y muchas más. ¿Para qué? Para poder ampliar la cobertura y mejorar la calidad, la oportunidad y el acceso a los servicios por parte de toda la población, independientemente de su situación social, económica, cultural o de género. Por otra parte, para poder redirigir recursos, que por principio son fini-

tos, a otras tareas de interés para la sociedad como la educación, la construcción de carreteras, el fomento de la cultura y el deporte, por apenas nombrar algunos.

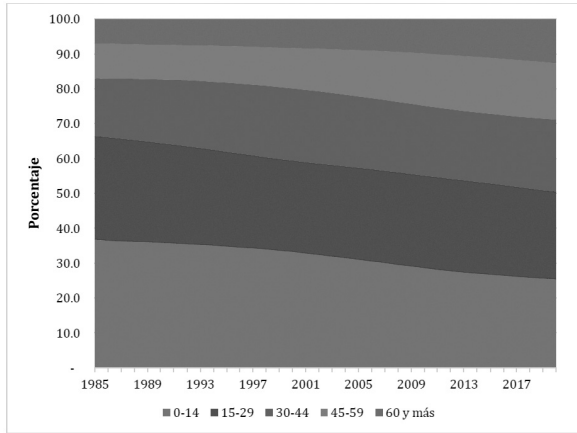
Este capítulo se centrará entonces en el impacto de las tecnologías en salud y en el gasto en salud con enfoque en Colombia. La primera parte explica el cambio demográfico y epidemiológico que explica la presión desde la demanda; la segunda define y desagrega el gasto en salud; la tercera detalla las presiones sobre la demanda y la oferta; la cuarta se enfoca en qué son las tecnologías en salud y qué efecto tienen sobre el gasto en salud; la quinta se refiere a algunas alternativas para enfrentar el gasto en salud, en el contexto de las tecnologías en Salud; la última parte presenta las conclusiones.

Algunos indicadores de interés en salud pública en Colombia

Distribución de la población: la ilustración 1 muestra la distribución porcentual de la población en Colombia por rangos de edad, entre 1985 y 2020, según las estimaciones realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2016b). Como se puede observar, hay tendencia al aumento de personas de 60 o más años, mientras que se observa decrecimiento de las menores de 14 años; es decir, la población colombiana se encuentra en un proceso de envejecimiento. Este no es un caso solo colombiano, un buen número de países del mundo enfrentan, unos más, otros menos, el reto del inevitable envejecimiento de su población (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2015).

Esto es claro con un simple ejercicio: si se le pregunta a un grupo de personas no mayores de 40 años sobre cuántos hermanos tienen, lo más probable es encontrar de respuesta entre uno y cuatro. Ahora, si se les pregunta sobre el número total de tíos, por parte de madre y padre, lo más probable es encontrar de respuesta entre cuatro y diez. Esto da cuenta de cuánto ha cambiado la fertilidad total, lo cual es indicativo de la proporción de personas jóvenes frente al de personas mayores.

Ilustración 1



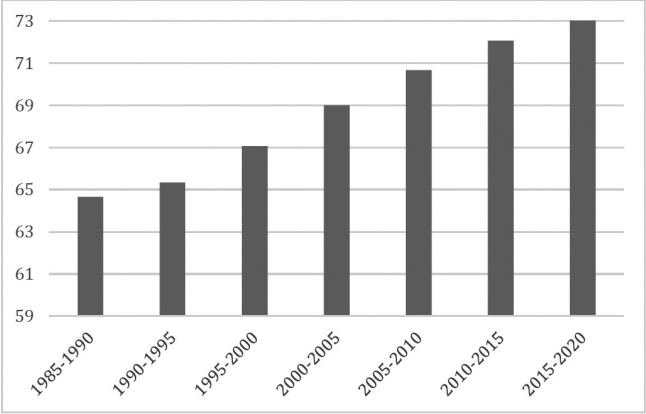
Distribución porcentual de la población en Colombia, por rangos de edad, entre 1985 y 2020.
Fuente: DANE, 2016

Expectativa de vida: la ilustración 2 muestra la tendencia en la expectativa de vida al nacer en Colombia, entre 1985 y 2020, según las estimaciones realizadas por el DANE (2016a).

Como puede verse, entre 1985-1990 y 2015-2020 se estima un aumento de casi nueve años, al pasar de 65 a 73 años la esperanza de vida al nacer. En el mundo la esperanza de vida es de 67 años (Latorre & Barbosa, 2012)

En Colombia la expectativa de vida varía según regiones. Por ejemplo, Bogotá tiene la más alta (78 años), mientras que el Chocó tiene la más baja (69 años); no obstante, en las demás regiones la expectativa de vida de los colombianos ha ido en aumento (Latorre & Barbosa, 2012)

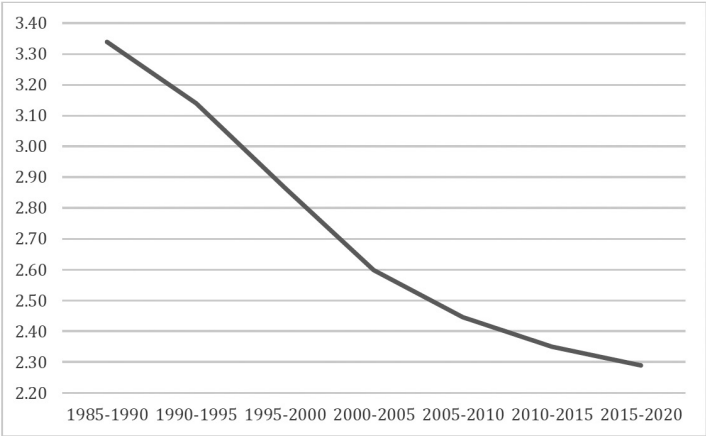
Ilustración 2



Tendencia en la esperanza de vida al nacer en Colombia, entre 1985 y 2020
Fuente: DANE, 2016a

Fecundación: la ilustración 3 muestra la tendencia de la tasa global de fecundidad (número promedio de hijos por mujer) en Colombia, entre 1985 y 2020, según las estimaciones realizadas por el DANE (2016a). Como puede verse, hay descenso notable, al pasar de 3,34 a 2,29.

Ilustración 3



Tendencia de la tasa global de fecundidad, entre 1985 y 2020
Fuente: DANE, 2016a

Enfermedades crónicas: de acuerdo con Acosta, Peñaloza y García (2008), el 76% de la carga corresponde a enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que las condiciones transmisibles, maternas, perinatales y de nutrición representan el 15% y las lesiones el 9% de la carga global. Es de notar en este punto que “grupos de 0 a 4 y los mayores de 60 años requirieron más servicios por habitante, con tasas de utilización del 49% y 53% de la población dentro del respectivo grupo de edad” (Latorre & Barbosa, 2012), lo cual está muy relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas, pues suelen presentarse con mayor frecuencia en población mayor de 60 años.

El gasto en salud en Colombia: según el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), es determinado por “los agentes de financiación identificados en el flujo de recursos” y está compuesto fundamentalmente por:

Gasto del Gobierno en salud:

- Gasto del régimen contributivo.
- Entidades promotoras de salud (EPS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de los regímenes de excepción (REE).
- Gasto del régimen subsidiado:
- Entidades promotoras de salud del régimen subsidiado.
- Prestación de servicios a la población pobre no asegurada (PPNA).
- Gasto que se cubre con fondos de origen fiscal:
- Salud pública.
- Promoción y prevención, programa ampliado de inmunizaciones (PAI), entre otros.
- Otros servicios y programas institucionales, como servicios a población reclusa, investigación en salud, entre otros.

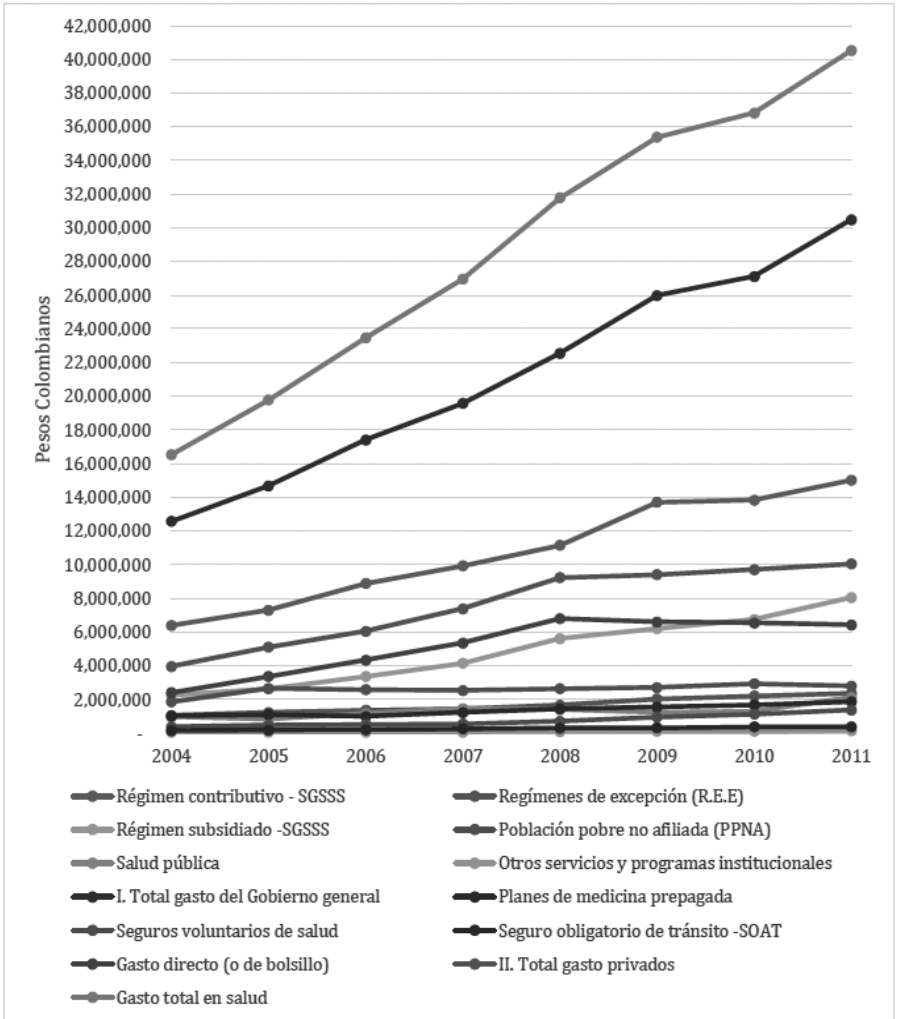
Gasto privado:

- Gasto en seguros privados:
- Medicina y ambulancia prepagas, seguros voluntarios de salud y de accidente, pólizas de seguro, entre otros.
- Gasto de bolsillo.
- Recursos propios de la población, que incluye cuotas moderadoras y copagos, entre otros.

La ilustración 4 muestra el gasto en salud y la ilustración 5 la distribución porcentual de los gastos, calculados por el Ministerio de Salud y Protección Social (2014). En ellas se puede observar el gran incremento del gasto total en salud, que ha pasado de dieciséis a cuarenta millones de pesos colombianos constantes de 2011. También, que el mayor gasto lo hace el Gobierno nacional, manteniéndose estable entre 70-76% durante los años evaluados.

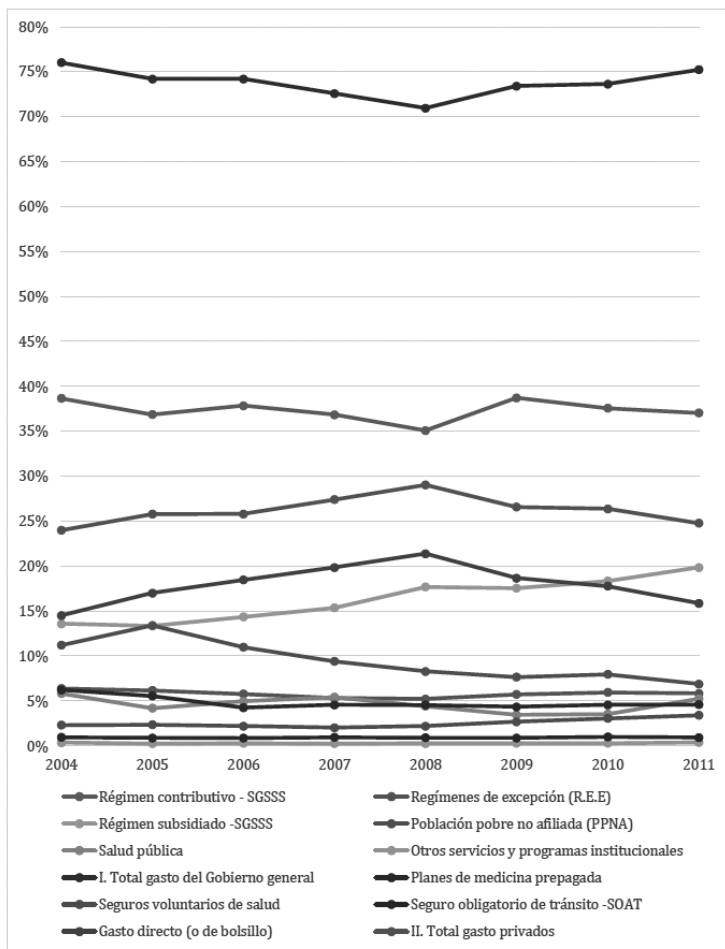
El siguiente mayor costo es el del régimen contributivo (SGSSS), también estable entre 35-40%, mayor que el total en gasto privado, el cual se mantiene entre 24-29%, y el gasto de bolsillo está entre 14-21% del gasto total en salud.

Ilustración 4



Gasto en salud en Colombia, 2004-2011, en millones de pesos constantes con cifras deflecionadas. Base IPC: 2008=100.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014

Ilustración 5



Distribución porcentual del gasto en salud en Colombia, 2004-2011

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014

Es de notar que el gasto de bolsillo es, en general, mayor que el del régimen subsidiado, solo es superado por este último desde el año 2010. Los otros gastos se mantienen por debajo del 10%. A pesar de ello, Colombia tiene uno de los gastos de bolsillo más bajos de la región. La tabla 1 contiene la relación del gasto de bolsillo en algunos países de la región, incluida Colombia (Atun et al., 2015).

Tabla 1
Gasto de bolsillo en algunos países de América Latina

Gasto de bolsillo (porcentaje)	País
24,7	Argentina
31,3	Brasil
37,2	Chile
17,0	Colombia
27,2	Costa Rica
5,3	Cuba
46,5	México
38,4	Perú
13,1	Uruguay
57,06	Venezuela

Fuente: Atun et al., 2015

Es de resaltar que, si bien hay una relación importante entre el gasto en salud y la expectativa de vida, o sea que es evidente la dependencia necesaria entre un indicador y el otro (Jaba, Balan & Robu, 2014), en algunos países como Estados Unidos, frente a otros de altos recursos, el aumento del gasto en salud no se ha visto acompañado por aumento en la expectativa de vida.

La tabla 2 muestra los datos, según el Banco Mundial (2016), del gasto en salud, expectativa de vida y PIB per cápita de algunos países seleccionados. Estados Unidos tiene un gasto en salud notablemente mayor que el de países de altos recursos como Japón, Canadá, Alemania o Francia y sin embargo su expectativa de vida no es superior; de hecho, es similar a la de Chile, pese a que su gasto en salud es la mitad del de Estados Unidos.

Lo mismo puede decirse del PIB per cápita: aunque Estados Unidos ocupa el lugar más alto entre los listados, Chile, con un PIB menor de la mitad, reporta una expectativa de vida mayor.

Colombia sigue la tendencia de los otros países de América Latina en cuanto a que su expectativa de vida está directamente relacionada tanto con su gasto en salud como con su PIB per cápita.

Tabla 2
Gasto en salud, expectativa de vida y PIB per cápita de algunos países

País	Gasto en salud, total (% de PIB)	Expectativa de vida al nacer (años)	PIB per cápita (dólares estadounidenses)
Guatemala	6,2	71,7	7.476,1
México	6,3	76,7	17.356,9
Bolivia	6,3	68,3	6.654,0
El Salvador	6,8	72,8	8.338,3
Colombia	7,2	74,0	13.376,6
Chile	7,8	81,5	22.128,6
Brasil	8,3	74,4	15.951,2
Ecuador	9,2	75,9	11.413,2
Costa Rica	9,3	79,4	14.972,6
Australia	9,4	82,3	45.937,3
Finlandia	9,7	81,1	40.693,8
Paraguay	9,8	72,9	8.943,9
Japón	10,2	83,6	36.577,2
Canadá	10,4	82,0	45.025,0
Alemania	11,3	80,8	46.393,9
Francia	11,5	82,4	39.163,2
Estados Unidos	17,1	78,9	54.398,5

Fuente: Banco Mundial, 2016

Presiones sobre la demanda y la oferta

El mercado en el cual se encuentra entrelazado el sistema de salud responde a diferentes presiones que afectan los tipos y modos de demanda, así como de oferta, lo que al final determina en gran medida el gasto en salud.

En cuando a las presiones sobre la demanda, como ya se mencionó, los cambios en el perfil demográfico, la expectativa de vida y baja fecundidad, el perfil epidemiológico, la prevalencia de enfermedades crónicas, y otras como gran urbanización y alta migración, e incluso el cambio climático, presionan el aumento en la provisión de servicios de salud.

El Banco Interamericano de Desarrollo - BID (2015), con relación al estudio realizado por Gottret y Schieber (2006), señala que América Latina deberá incrementar su gasto en salud al menos 47% en los próximos veinte años.

Otra presión sobre la demanda de servicios de salud se da con el aumento de ingresos y evidencia de ello se encuentra especialmente en países de altos recursos; así, el aumento de ingresos per cápita en Colombia ha ido a la par con la mayor demanda en servicios de salud. Además, es de señalar que los compromisos de cobertura universal en salud realizados por los países ejerce presión sobre la demanda para aumentar el gasto en salud.

Por su parte, se tienen presiones sobre la oferta, es decir aquellas que surgen desde la provisión de productos y servicios; entre ellas están el uso y difusión de nuevas y mejores tecnologías en salud y los cambios hacia los mercados emergentes de la industria farmacéutica, en los mecanismos de propiedad intelectual y en los marcos regulatorios (BID, 2015).

Y aquí es donde empieza a responderse la pregunta planteada en la introducción: “¿Cuál es la relación que existe entre las tecnologías en salud y el gasto en salud en Colombia?”. Cada vez es más palpable que el uso y difusión de las tecnologías en salud están detrás del incremento reciente en el gasto total en salud. Pero, ¿qué tanto?

En Estados Unidos, por ejemplo, se estima que las tecnologías en salud representan entre 33% y 50% de incremento del gasto en salud (BID, 2015).

En Colombia se cuenta cada vez con más información que se acerca a ese nivel de detalle del gasto; para el 2014 el Ministerio de la Salud

señalaba el “notorio ascenso” del gasto en salud desde 2009 hasta 2011: “lo cual se explica por el extraordinario crecimiento de los pagos a través del Fosyga por concepto de recobros de las EPS por medicamentos no POS y fallos de tutela durante esos años y el crecimiento de afiliados a este régimen” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Hay presión hacia los prestadores de mejorar la tecnología, mejorar el impacto clínico y ser más competitivos.

Esto es definitivamente una contradicción en el corazón del sistema de salud. Las tecnologías en salud están diseñadas para, en integración con todos los demás procesos, mejorar el estado de salud de la población y, en consecuencia, la mejora en dichas tecnologías se debería ver representada en una mejora, piénsese más asertiva o más acelerada, de la salud de las personas; no obstante, estas mejoras vienen acompañadas de costos muy altos que el sistema cada vez encuentra más difícil cubrir, lo que al final limitaría los servicios ofertados, su calidad, o ambos.

¿Qué y cuáles son las tecnologías en salud?

De acuerdo con la OMS, una tecnología en salud “se refiere a la aplicación de conocimiento y habilidades organizadas en la forma de dispositivos, medicinas, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver los problemas de salud y mejorar la calidad de las vidas” (OMS, 2016).

De acuerdo con esta definición, se consideran tecnologías en salud:

- Medicamentos.
- Vacunas.
- Dispositivos médicos (lo cual, cabe aclarar, implica equipos biomédicos, lo referente a laboratorios clínicos, reactivos de diagnóstico in vitro, condones, desinfectantes de dispositivos médicos y un largo etcétera).

- Guías de práctica clínica.
- Bancos de sangre.
- Todo lo referente a salud electrónica o e-Salud (telesalud telemedicina, historia clínica electrónica, aplicaciones y uso de teléfonos celulares en salud, entre otros).
- Mobiliario y sistemas de apoyo como Internet, computadores, servidores, etcétera.

Las tecnologías en salud y el gasto en salud

Como se refirió, uno de los principales motivos del incremento de gasto en salud es el desarrollo constante de nuevas tecnologías en salud.

La variada evidencia mencionada por De Meijer, Wouterse, Polder y Koopmanschap (2013) sugiere que el progreso tecnológico mitiga los costos asociados a la prestación de servicios de salud, pero, asimismo, tiende a aumentar su uso, lo que suele prevalecer y así aumenta el gasto en salud. También señalan el haber gran correlación positiva entre el gasto en investigación y desarrollo y mayor gasto en salud.

En Colombia los servicios de salud no incluidos en el denominado Plan Obligatorio de Salud (POS) pueden ser prestados previa autorización externa que, en caso de aprobados, son pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). A este proceso se le llama recobro y, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), es una de las razones que tiene en riesgo la estabilidad financiera del sistema de salud, pues se destaca el incremento de recobros (se pasó de 2.646.169 solicitudes en 2009 a 6.498.459 en 2014).

Las tecnologías de salud implicadas en estos recobros son: medicamentos (77%), procedimientos (16%) e insumos (7%). Y en cuanto a los valores aprobados: medicamentos (87%), procedimientos (9%) e insumos (4%).

Por otro lado, los diagnósticos asociados a los servicios de salud con más recobros entre el 2012 y el 2014 fueron los tumores malignos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), sobre todo de mama y próstata.

Varias universidades y centros de investigación en Colombia han venido estimando los costos médicos directos en tratamientos de varias enfermedades. Sin embargo, el enfocarse exclusivamente en el tratamiento en sí, es decir, el basarse solo en los costos directos, no permite establecer el peso que tienen las tecnologías en salud, en su amplia definición, frente a los otros costos de interés respecto del gasto en salud.

No obstante, son ejercicios investigativos de altísima utilidad que deberían ser empleados para informar la toma de decisiones en cuanto a actualizaciones del plan de beneficios en salud y las metodologías empleadas para el control de precios de medicamentos y otras tecnologías en salud.

También hay un ejercicio de comparación entre países, en el cual Guerrero, Ibáñez y Urrego concluyen que, en cuanto al tratamiento farmacológico de linfoma Hodgkin en población infantil, “el costo total del tratamiento en Colombia es menor al presentado en Estados Unidos, pero mayor al encontrado en Perú” (2015) y, además, que la estimación del costo de tratamiento en países de referencia muestran a Estados Unidos como el país con los costos más altos para el total de tratamiento en los tres niveles de riesgo, posteriormente se encuentran Brasil y México, finalmente se encuentran España y Perú con los costos más bajos a nivel general. (2015)

La tabla 3 resume algunos de estos estudios.

Tabla 3
Estudios de estimación de costos médicos directos
de varias enfermedades en Colombia

I	Título	Autor
1	Estudio comparativo de costos médicos directos en el tratamiento farmacológico de linfoma Hodgkin en población infantil para Colombia y países de referencia	Guerrero et al. (2015)
2	Costos médicos directos en el tratamiento de neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica (NAVVM) en pacientes adultos en Colombia	Arévalo, Bernal y Urrego (2015)
3	Costos médicos directos en el tratamiento de cáncer gástrico en los estadios 0 a IIIb en pacientes adultos en Colombia	Gaviria, Cubillos y Urrego (2015)
4	Costos médicos directos del tratamiento de pacientes adultos con hemofilia en Colombia	Bautista, Florián y Urrego (2015)
5	Costos médicos directos del tratamiento de la sepsis neonatal temprana en Colombia	Medina, Rincón y Urrego (2015)
6	Costos médicos directos en el tratamiento de lupus eritematoso sistémico en Colombia	Matoma, Gómez y Urrego (2014)

Fuente: Elaboración propia

Algunos datos de interés sobre varias tecnologías en salud en cuanto al gasto en salud:

Medicamentos:

Herper (2013) ha reportado que:

- De las medicinas experimentales estudiadas 5% fallan en ser efectivas o seguras.
- Hay una inversión de USD 350 millones en un medicamento antes de ser puesto en el mercado.
- El gasto por un nuevo medicamento asciende a USD 5.000 millones.
- El número de medicamentos inventados por cada USD 1.000 millones de dólares invertidos en IyD se acorta a la mitad cada nueve años.

Por su parte, Giedion, Bitrán y Tristao (2014) han reportado que:

- Existe alrededor de una decena de medicamentos cuyo costo asciende a USD 200.000 por paciente-año.
- En 2012 se otorgó por primera vez un registro sanitario para un medicamento genético que tiene un costo esperado de un millón de euros por tratamiento.

Dispositivos médicos

Conforme a la evaluación de tecnologías en salud ha ido avanzando en las últimas décadas, también han cambiado las apreciaciones sobre el uso y efecto de ciertas tecnologías en salud.

Es el caso de la mamografía, para la cual el objetivo es tratar el cáncer a tiempo, cuando hay más probabilidad de cura. Gotzsche y Jorgensen,

en una revisión de siete ensayos con 600.000 mujeres entre 39 y 74 años, concluyen que el screening no reduce la mortalidad por cáncer de mama:

Si asumimos que el screening reduce la mortalidad en 15% y que el sobretratamiento y el sobrediagnóstico es del 30%, quiere decir que por cada 2.000 mujeres invitadas al screening en diez años, una evitaría morir por cáncer de seno y diez mujeres, quienes no hubiesen sido diagnosticadas si no hubieran recibido el screening, serán tratadas innecesariamente. (2013)

También mencionan que, de ser así: “200 mujeres experimentarán importantes sufrimientos psicológicos que incluyen ansiedad e incertidumbre por años debido a falsos resultados positivos” (2013).

Eso lleva a un gran debate frente a una tecnología en salud muy sensible a la población. Y con razón, el cáncer de seno es la principal causa de mortalidad en mujeres mayores de 35 años (Latorre & Barbosa, 2012).

Sin embargo, ¿quiere decir lo anterior que hay un gasto en salud que podría evitarse en relación con tratamientos innecesarios y diagnósticos incorrectos? Sí, eso también implicaría, siempre y cuando haya prueba suficiente de que el screening de mama no tiene el efecto positivo que se asumía.

E-Salud o tecnologías de la información y las comunicaciones en la salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud electrónica o e-Salud consiste

en el apoyo que la utilización eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud. (OPS, 2011)

Ejemplos de e-Salud son:

- La historia clínica electrónica, que es el registro de los sucesos de un paciente a través de un medio digital y de acceso más fácil para los profesionales de la salud encargados del servicio.
- La telesalud, incluida la telemedicina o servicio remoto de atención en salud, que emplea TIC para acercar el servicio de salud a la población ubicada en lugares remotos.
- La m-Salud, o prestación de servicios de salud apoyados mediante dispositivos móviles como teléfonos celulares o mecanismos de monitoreo, entre otros.
- *eLearning*, o aprendizaje mediante el uso de TIC.
- Redes sociales en salud o el uso de datos no estructurados para la comunicación y la vigilancia en salud pública.
- Big Data en Salud, o aplicación de grandes volúmenes de datos para informar la toma de decisiones en salud pública.

La evidencia sobre el impacto de la implementación de e-Salud ha ido aumentando con los años. Se han detectado mejoras como: reducción en los tiempos de análisis, acceso a servicios de salud de pacientes en áreas apartadas, mejora en la satisfacción de los pacientes (Bergmo, 2015; McLean et al., 2013).

En el caso de condiciones crónicas, también se ha reportado que el telemonitoreo en casa tiene un gran potencial, pues no solo genera datos confiables y precisos, sino que empodera al paciente, lo cual estaría muy relacionado con mejorar la salud (Paré, Jaana, Sicotte & Paper, 2007).

Para Elbert et al. (2014), la evidencia sobre el uso de e-Salud en enfermedades somáticas es positiva, o cuando menos declara el alto potencial de la e-Salud.

La e-Salud también ha hecho la promesa de reducir los costos finales por prestación de servicios en salud. Se ha detectado que los menores costos se dan principalmente en hospitalización, por paciente y de viajes. Sin embargo, se aclara que, por ejemplo, el telemonitoreo requiere una inversión financiera inicial que debe ser amortizada a largo plazo (Seto, 2008).

Algunas alternativas para disminuir el gasto en salud frente a las tecnologías en salud

Diversas alternativas han sido implementadas para disminuir el gasto en salud, respecto de las tecnologías en salud; entre ellas:

- Control de precios en las tecnologías en salud, especialmente las relativas a medicamentos.

Se ha identificado que el precio es una de las barreras más importantes a la hora de acceder a los medicamentos (Forns, 2015), y debido a los fallos del mercado, que no siempre hace eficiente el suministro de un servicio o un producto, es necesario implementar mecanismos para mantener los precios de las tecnologías en salud en un nivel que no desestabilicen las finanzas del sistema de salud. En Colombia, desde 2010, existen varios mecanismos para establecer valores máximos de recobro para una lista de medicamentos que se encuentran por fuera del Plan Obligatorio de Salud - POS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia 863 medicamentos han sido regulados, 585 de los cuales hacen parte del POS y 278 son medicamentos no POS, por lo tanto, excluidos de este. El ahorro estimado ha sido de \$550.000 millones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

- Revisión y actualización del POS

Los POS surgen como respuesta al hecho de que los recursos disponibles para el sistema de salud son insuficientes para los programas y metas de salud. De esa manera, declaran qué tecnologías van a ser financiadas con los recursos del sistema (Giedion et al., 2014).

En Colombia el POS fue creado a partir de la Ley 100 de 2003 y desde entonces ha experimentado una serie de modificaciones que han ampliado su alcance y, al tiempo, se ha evaluado el efecto de las tecnologías en salud incluidas y excluidas.

- Evaluación de tecnologías en salud (ETS)

De acuerdo con la Red Internacional de Agencias para la Evaluación de Tecnologías en Salud Inhata, la ETS se refiere a

la evaluación sistemática de las propiedades y efectos de una tecnología en salud, que aborda los efectos directos y deseados de esta tecnología, así como las consecuencias indirectas y no deseadas, y que busca principalmente informar la toma de decisiones sobre tecnologías en salud. (International Network of Agencies for Health Technology Assessment, s. f.)

Esta evaluación es de importancia, dado que

permite analizar si los beneficios netos de financiar una determinada tecnología, son mayores al costo de oportunidad del uso alternativo de dichos recursos. La pregunta a responder es si la tecnología vale la pena en términos de los recursos utilizados y los beneficios sanitarios y sociales generados. (Kuhn-Barrientos, 2014)

En Colombia se cuenta con el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) desde 2011, que ha realizado un importante trabajo en el desarrollo de varias guías de práctica clínica (GPC), estudios detallados sobre dispositivos médicos, medicamentos y procedimientos.

- Evaluación en la gestión de tecnologías en salud desde el prestador de servicios de salud

Todo prestador de servicios de salud, hospital, clínica, consultorio, entre otros, debe siempre considerar el costo, uso y trascendencia que las tecnologías en salud tienen sobre sus pacientes, así como el costo-beneficio que obtienen al hacer uso de ellas.

En esa medida, un hospital requiere un mecanismo que le permita decidir cuándo es momento de reemplazar un gran equipo biomédico, de aquellos que implican una inversión notable, como un equipo de resonancia magnética, por ejemplo, o si es momento de adquirir nueva tecnología, ya sea de reemplazo o para ofrecer un nuevo servicio. Esto es de especial importancia, ya que la toma de decisiones debe estar informada de muchos recursos de análisis y es una decisión finalmente multidisciplinaria que debe tomar en cuenta todos los aspectos de influencia de una tecnología en salud dada.

Existen diversas metodologías para evaluar las tecnologías de salud desde el prestador de servicios. Varias de ellas realizan el análisis al diferenciar tres variables fundamentales: técnicas, clínicas y económicas, y a partir de una serie de subvariables por cada categoría que al relacionarlas mediante valoraciones cualitativas se llega a un único valor el cual permite tomar la decisión sobre la tecnología en salud evaluada. Este mecanismo está especialmente enfocado a equipos biomédicos (García, Zuleta & Torres, 2011; Buitrón, Giraldo & Obando, 2011).

Implementación de e-Salud

Como ya mencionó, el uso de las TIC en los procesos de prestación de servicios de salud tiene gran potencial para reducir el gasto en salud, por ejemplo, al aminorar los tiempos de hospitalización, al descentralizar el servicio a la casa y al emplear tecnología ya financiada e integrada en la población como la telefonía celular e Internet. Sin embargo, aún hace falta disponer de más evidencia para determinar cuál es el verdadero impacto en cuanto a control del gasto que la e-Salud podría tener (Black et al., 2011; Bergomo, 2015).

A pesar de ello, en Colombia hay varias iniciativas en curso, especialmente en lo referente a sistemas de información en salud como el Sistema Integral de Información de la Protección Social - Sispro (Rivillas, Huertas, Montaña & Ospina, 2014) y a servicios de telemedicina (Rodríguez, Palacios, Vergara, Salgado & Gaona, 2015; Romero, 2010; Osorio et al., 2013).

Conclusiones

Las tecnologías en salud son indispensables para la adecuada prestación de servicios de salud. Es indudable que muchas mejoras de la salud en la sociedad se deben, en gran medida, al acceso, uso y difusión de tecnologías en salud. El ejemplo más claro es la aparición de los antibióticos en el siglo XX. Sin embargo, actuales cambios demográficos, epidemiológicos y sociales como la migración forzada, la urbanización o el cambio climático, sumados a los altos costos de investigación, desarrollo e innovación, más compromisos como la cobertura universal en salud o el empoderamiento de los pacientes, han tenido un efecto importante en el incremento notable y continuo del gasto total en salud. Para enfrentar un reto semejante se ha diseñado e implementado una serie diversa de estrategias que buscan reducir el costo asociado a las tecnologías en salud. Los resultados, en la mayoría de los casos, han sido positivos o, cuando menos, no negativos. Sin embargo, aún hace falta disponer de bastante evidencia que permita mejorar las decisiones en la gestión de tecnologías en salud. Es necesario seguir ampliando el espectro de estas estrategias y crear otras que reduzcan el gasto en salud, además de ampliar la oferta de servicios y el acceso y oportunidad a toda la población sin hacer diferencia por su situación socioeconómica. Esto requiere un compromiso social y de todos los grupos de interés, desde la comunidad hasta los gobernantes.

Referencias

Acosta, N.; Peñaloza, R. E., & García, J. (2008). *Carga de enfermedad en Colombia 2005: resultados alcanzados*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf

Arévalo, L. F.; Bernal, J. D., & Urrego, J. R. (2015). *Costos médicos directos en el tratamiento de neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica (NAVM) en pacientes adultos en Colombia*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Recuperado de [http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/418/1/Documento Costos Medicos Directos en el tto de NAVM en pacientes adultos en Colombia.pdf](http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/418/1/Documento%20Costos%20Medicos%20Directos%20en%20el%20tto%20de%20NAVM%20en%20pacientes%20adultos%20en%20Colombia.pdf)

Atun, R.; Odorico, L.; Andrade, M.; Almeida, G. de; Cotlear, D.; Dmytrachenko, T. et al. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *Medicc Review*, 17 (Figura 1), 19. Recuperado de <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>

Banco Interamericano de Desarrollo - BID (2015). Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. Nota 1: Introducción.

Bautista, L. A.; Florián, I. E., & Urrego, J. R. (2015). *Costos médicos directos del tratamiento de pacientes adultos con hemofilia en Colombia*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Recuperado de <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/333/1/TESIS-HEMOFILIA.pdf>

Bergmo, T. S. (2015). How to measure costs and benefits of ehealth interventions: An overview of methods and frameworks. *Journal of Medical Internet Research*, 17(11). Recuperado de <http://doi.org/10.2196/jmir.4521>

Black, A. D.; Car, J.; Pagliari, C.; Anandan, C.; Cresswell, K.; Bokun, T. et al. (2011). The impact of ehealth on the quality and safety of health care: A systematic overview. *PLoS Medicine*, 8(1), 1-16. Recuperado de <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000387>

Buitrón, M.; Giraldo, L., & Obando, F. (2011). *Diseño y aplicación de los procedimientos para la evaluación de la tecnología biomédica y seguridad eléctrica del entorno paciente en la Clínica Palmira*. Universidad Autónoma de Occidente, 1-121. Recuperado de <https://red.uao.edu.co/handle/10614/1144>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2016a). *Colombia. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/series-de-poblacion>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2016b). *Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años, 1985-2020*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>

Elbert, N. J.; Van Os-Medendorp, H.; Van Renselaar, W.; Ekeland, A. G.; Hakkaart-Van Roijen, L.; Raat, H., et al. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 16(4), 1-23. Recuperado de <http://doi.org/10.2196/jmir.2790>

Forns, R. (2015). Precios de los medicamentos : cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control. *Salud Colectiva*, 11(1), 35-48. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5343948>

García, S. P.; Zuleta, D. A., & Torres, C. E. (2011). *Diseño e implementación de una metodología para la evaluación del equipamiento biomédico instalado: Unidad de Urgencias y Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" ESE*. Universidad Autónoma de Occidente. Recuperado de <http://red.uao.edu.co:8080/handle/10614/3079?locale=es>

Gaviria, A.; Cubillos, L. A., & Urrego, J. R. (2015). *Costos médicos directos en el tratamiento de cáncer gástrico en los estadios 0 a III B en pacientes adultos en Colombia*. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Recuperado de [http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/334/1/TRABAJO PDF.pdf](http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/334/1/TRABAJO%20PDF.pdf)

Giedion, U.; Bitrán, R., & Tristao, I. (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina. Interamerican International Development Bank. Recuperado de www.iadb.org/salud

Gottret, P., & Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited*. WHO. Recuperado de <http://doi.org/10.1596/978-0-8213-6585-4>

Gotzsche, P. C., & Jorgensen, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD001877. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>

Guerrero, L. N.; Ibáñez, P. N., & Urrego, J. R. (2015). *Estudio comparativo de costos médicos directos en el tratamiento farmacológico de linfoma Hodgkin en población infantil para Colombia y países de referencia*. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Recuperado de <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/handle/11158/422>

Herper, M. (2013). *The cost of creating a new drug now \$5 billion, pushing big pharma to change*. Recuperado de <http://www.forbes.com/sites/matthewherper/2013/08/11/how-the-staggering-cost-of-inventing-new-drugs-is-shaping-the-future-of-medicine/#6e6f20c06bfc>

International Network of Agencies for Health Technology Assessment (s. f.). *Health Technology Assessment (HTA)*. Recuperado de <http://doi.org/10.1007/s00117-014-2695-6>

Jaba, E.; Balan, C. B., & Robu, I.-B. (2014). The Relationship between Life Expectancy at Birth and Health Expenditures Estimated by a Cross-country and Time-series Analysis. *Procedia Economics and Finance*, 15(14), 108-114. Recuperado de [http://doi.org/10.1016/S2212-5671\(14\)00454-7](http://doi.org/10.1016/S2212-5671(14)00454-7)

Kuhn-Barrientos, L. (2014). Evaluación de tecnologías sanitarias: marco conceptual y perspectiva global. *Revista Médica de Chile*, 142 (Suppl.), S11-S15. Recuperado de <http://doi.org/10.4067/S0034-98872014001300002>

Latorre, M. L., & Barbosa, S. D. (2012). Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas. En: *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones* (pp. 11-67).

Matoma, M. A.; Gómez, T. L., & Urrego, J. (2014). *Costos médicos directos en el tratamiento de lupus eritematoso sistémico en Colombia*. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Recuperado de <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/248/1/203747.pdf>

McLean, S.; Sheikh, A.; Cresswell, K.; Nurmatov, U.; Mukherjee, M.; Hemmi, A., & Pagliari, C. (2013). The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: A systematic overview. *PLoS ONE*, 8(8). Recuperado de <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0071238>

Medina, E. M.; Rincón, W. F., & Urrego, J. (2015). *Costos médicos directos del tratamiento de la sepsis neonatal temprana en Colombia*. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Recuperado de [http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/406/1/Documento Final Tesis de Grado.pdf](http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/406/1/Documento%20Final%20Tesis%20de%20Grado.pdf)

Meijer, C. de; Wouterse, B.; Polder, J., & Koopmanschap, M. (2013). *The effect of population aging on health expenditure growth: A critical review. European Journal of Ageing, 10*(4), 353-361. Recuperado de <http://doi.org/10.1007/s10433-013-0280-x>

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (2015a). *Recobros al Fosyga por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios 2009-2014*. Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-del-sector-salud-boletin-numero-11.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (2015b). *Regulación de precios de medicamentos*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (2014). *Cifras financieras del Sector Salud (vol. 2357)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/cifras-del-sector.aspx>

Osorio, C.; Cristancho, J.; Pedreros, L.; Martín, I., Matiz, H., & Vega, R. (2013). Telemedicina aplicada a la valoración del riesgo cardiovascular: experiencia en el Hospital María Angelines de Puerto Leguizamo, Putumayo. *Ciencia e Innovación en Salud, 1*(2), 95-100.

Organización Panamericana de Salud - OPS (2011). e-Health Strategy and Plan of Action (2012-2017) [Internet]. 51st Directing Council of PAHO, 63rd session of the Regional Committee of the WHO for the Americas; September 26 to 30, 2011. Washington, D. C. Recuperado de http://www.paho.org/hq/in-dex.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14573&Itemid=

Paré, G.; Jaana, M.; Sicotte, C., & Paper, R. (2007). Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA, 14*(3), 269-277. Recuperado de <http://doi.org/10.1197/jamia.m2270>

Rivillas, J. C.; Huertas, J. A.; Montaña, J. I., & Ospina, M. L. (2014). Advances in e-Health in Colombia: Adoption of the National Cancer Information System [Progresos en e-Salud en Colombia: Adopción del Sistema de Información Nacional en Cáncer]. *Revista Panamericana de Salud Pública, 35*(5-6), 446-452. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84908021241&partnerID=40&md5=b0c179bfed4d529e52d43095a343df23>

Rodríguez, N.; Palacios, E.; Vergara, J. P.; Salgado, S. A., & Gaona, I. (2015). *Neurologist and patients satisfaction with epilepsy diagnosis in the epilepsy follow-up clinic through synchronous telemedicine*. Hospital San José (Arjona - Bolívar), 2014-2015. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(3), 253-260.

Romero, E. (2010). Modelo para telemedicina, educación virtual y administración de imágenes de la Universidad Nacional de Colombia. *Medicina*, 32(1), 8-14.

Seto, E. (2008). *Cost Comparison Between Telemonitoring and Usual Care of Heart Failure: A Systematic Review*. *Telemedicine and e-Health*, 14(7), 10-11. Recuperado de <http://doi.org/10.1089/tmj.2013.0069>. Published

Banco Mundial - BM (2016). *Data Extract From World Development Indicators*. *World Bank*. Recuperado de: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Organización Mundial de la Salud - OMS (2015). *The world report on ageing and health*. Génova. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud - OMS (2016). *Health Topics: Technology, Health*. Recuperado de http://www.who.int/topics/technology_medical/en/

Ambiente y salud pública: Una mirada desde el impacto ambiental a la salud

Héctor Fabio Restrepo Guerrero

Profesor-investigador de la Maestría de Salud Pública
y Desarrollo Social,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Fundación Universitaria del Área Andina.

Introducción

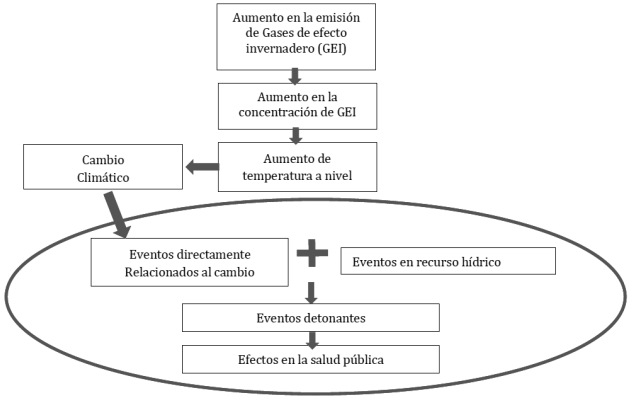
Es imposible hablar de ambiente y salud sin comenzar con el estudio de la ecología. Es necesario recordar que el ser humano es un eslabón en la cadena ecológica y como tal, un desbalance de cualquiera de estos eslabones afecta a toda una estructura organizada. Pero en cuanto a ecología, su definición clásica la podemos encontrar en cualquier texto de enseñanza. Tomemos a continuación una de las definiciones conceptuales de ecología, como “la ciencia que estudia las interacciones de los organismos vivos y su ambiente” (Universidad Javeriana, 2016); por otra parte, surge otra definición que considera la interacción del ser humano con su entorno, y esta es la llamada ecología humana, cuya definición clásica la define como “el estudio de los ecosistemas desde el punto de vista de la forma en que afectan a los seres humanos y en la que resultan afectados por ellos” (Organización Mundial de la Salud, 1986a; Universidad Javeriana, 2016).

Lo anterior nos recuerda a Hipócrates y su teoría de agua, aire y tierra, o la teoría de la triada ecológica, donde ambas daban a conocer la estrecha relación que hay en cada uno de los factores ambientales y cómo estos repercuten en el estado de salud, dando a este la gran importancia de mantener ese equilibrio. Hipócrates, nos habla de “aires, aguas, y lugares”, donde la esencia fundamental está en que componentes como la dieta, el clima y la calidad de la tierra, los vientos y el agua llegan a ser factores que desencadenan los procesos de enfermedad dentro de las poblaciones (Hipocrates, 1983; López-Moreno, Garrido-Latorre & Hernández-Avila, 2000). Por otra parte, y de acuerdo con la Agencia Europea del Medio Ambiente, “las interacciones entre el medio ambiente y la salud humana son muy complejas y difíciles de evaluar, lo que hace especialmente útil el uso del principio de precaución” (Agencia Europea de Medio Ambiente, 2017).

Por otra parte, es posible encontrar muchas definiciones sobre salud ambiental, tales como “protección y desarrollo del ambiente”, “higiene

del medio”, “salud y ambiente”, aunque todas estas no tratan como tal la prevención y otras por el contrario, pueden dar o no la importancia que tiene el ambiente, la salud o la integración entre ambiente y salud (figura 1). Debido a esta interpretación de salud ambiental donde se separa lo que es salud de ambiente, no es posible visualizar la relación que hay entre ambos términos; por tanto, es importante partir desde la premisa de que la salud ambiental es una parte fundamental de la salud pública, lo que da una importancia a la prevención de las enfermedades (Frenk, 1993; Lopez, 2000). Por otra parte, dentro de las definiciones con que cuenta la salud ambiental, encontramos la que ofrece la OMS y que nos referencian varios autores como “la rama de la salud pública que se ocupa de las formas de vida, las sustancias, las fuerzas y las condiciones del entorno del hombre, que pueden ejercer influencia sobre su salud y bienestar” (Tuesca Molina, Navarro Lechuga, Peñuela Epalza, y Vargas Moranth, 2011; Yassi, Tord, de Kok, y Guidotti, 2002).

Figura 1.



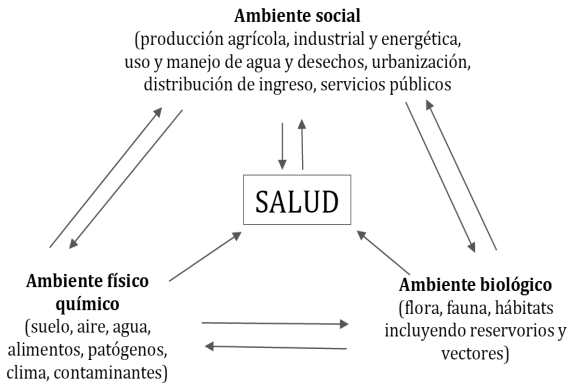
Relación entre el cambio climático y la salud pública
Fuente: Burstein Roda, 2016.

Según la OMS, “la Salud ambiental abarca los aspectos de salud humana, incluyendo la calidad de vida, que son determinados por factores físicos, químicos, biológicos, sociales, y psicosociales en el ambiente” (Organización Mundial de la Salud, 1986b; Sandin Vázquez & Sarría Santamera, 2007). De igual manera, se considera cómo la salud ambiental puede estar inmersa en el marco de la Promoción de la Salud,

abarcando, como lo dice Sanín, que “no solamente las acciones que se encaminan a aumentar la habilidades y capacidades de las personas, sino involucrar la modificación de condiciones tanto económicas, ambientales y sociales” (Sandin Vázquez & Sarría Santamera, 2007). Autores como Yassi consideran la interrelación entre medio ambiente, ecología y riesgo, conceptos que son un conjunto de condiciones tanto internas como externas dentro de un entorno llamado sistema biótico-. En este contexto, se analiza cómo la salud se afecta cuando se presenta un desbalance en el ambiente o el entorno que rodea al individuo (Yassi et al., 2002).

Por su parte, dentro de los factores ambientales que la OMS contempla como determinantes de salud están el “medio ambiente y salud”, lo cual confiere una importancia al tema del cambio climático. Esto lleva a pensar que dentro de las definiciones de salud ambiental se deben contemplar la presencia o ausencia en los deterioros de la salud de sustancias químicas, físicas o microbiológicas (figura 2). Estudios han reportado cómo el ambiente sigue siendo una de las principales causas de enfermedad a nivel mundial y que al mismo tiempo pueden ser evitables, puesto que se califican como enfermedades evitables (Idrovo, 2012). De igual manera, cabe recordar que la OMS considera que cerca del 80% de las enfermedades estudiadas por este organismo tienen influencias ambientales como tal, e igualmente, cerca del 24% de la carga de morbilidad y el 23% de mortalidad a nivel mundial se deben a factores de tipo ambiental (Sandin Vazquez & Sarría Santamera, 2007).

Figura 2.



Interacción entre las actividades humanas y el medio ambiente físico, químico y biológico

Fuente: Organización Panamericana de la salud, 1993.

Las investigaciones a nivel mundial han demostrado un gran número de efectos que tiene el cambio de las condiciones ambientales en la salud. Para nombrar algunos podemos considerar, entre otros, la radiación ultravioleta y su relación con la alteración inmunológica y cáncer de piel; el uso de tabaco en mujeres y el aumento de riesgo de muerte súbita; trastornos neurotóxicos y usos de plaguicidas –por ejemplo en regiones de Colombia donde el uso de plaguicidas ha traído como consecuencia nacimientos de niños con malformaciones congénitas–; exposición a ruido y sus consecuencias en trastornos auditivos, estrés, irritabilidad, etc. (Vargas Marcos, 2005). En este sentido, la OMS reporta que se presentaron 12.6 millones de muertes en el 2012 a causa de la permanencia en ambientes no saludables, siendo esta cifra aproximadamente una cuarta parte del total de muertes mundiales (Prüss-Ustün & Corvalan, 2016). Por su parte, en el 2017 la Organización Meteorológica Mundial (OMM), en su informe sobre cambio climático, afirmó que el 2016 fue el año más caluroso a nivel global, con una temperatura superior de 11°C. Así mismo, el incremento de las concentraciones de gas invernadero aumentó exponencialmente en este mismo año (Berruezo & Jiménez, 2017).

Teniendo en cuenta que para el 2019 tanto la biodiversidad como los recursos naturales serán una parte fundamental del patrimonio de Colombia, se hace necesario ver cómo el ambiente que nos rodea interfiere de manera positiva o negativa en el estado de salud del ser humano, en especial en nuestro país, cuyas condiciones tropicales nos hacen vernos enfrentados a grandes retos en la prevención y manejo de enfermedades. De igual manera, es necesario que Colombia aproveche el beneficio de las comunidades y el gran potencial de la biodiversidad, siendo esto una ventaja competitiva. Pero para que esto dé frutos positivos en beneficio de la salud de las poblaciones, es necesario tener en cuenta cuatro aspectos fundamentales, como son: conocer, conservar, utilizar y garantizar la distribución justa de los beneficios del ambiente que nos ofrece. Es de anotar la gran diversidad de ecosistemas con que cuenta Colombia, siendo cada uno de ellos un ecosistema diferente que abarca un gran número de especies. La relación entre ambiente y salud ha sido estimada dentro de las políticas internacionales, siendo la carta de Ottawa en 1986, en su apartado de creación de ambientes favorables, un ejemplo de este compromiso. Esto nos recuerda que “los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud” (Organización Mundial de la Salud, 1986b).

Hay que definir cuál es el impacto que el ser humano en su crecimiento económico y globalización ha causado al ambiente que lo rodea. Vale la pena remontarnos al momento en que, después de la Segunda Guerra Mundial, se planteó lo que fue llamado “industrialización de los países” y cómo esta industrialización aumentó el desarrollo económico, pero también cómo en los años setenta del siglo pasado se acuñó el término “desarrollo sustentable”, como el equilibrio entre el desarrollo económico y el ambiente. Este concepto no ha sido ajeno a Colombia, pues fue adoptado en el modelo de desarrollo como un determinante importante del mismo (Asamblea Nacional Constituyente, 1991; García-Ubaque, & Vaca-Bohórquez, 2013; Roa & Pescador Vargas, 2016). De igual manera, cabe anotar cómo el cambio climático influye en los determinantes medioambientales y socioeconómicos, fruto de la acción de la mano del hombre en el ambiente natural, contexto en el cual la salud pública es quien debe encabezar iniciativas de promoción de la salud, equidad y supervivencia sostenible, equitativa a nivel tanto local como mundial (Burstein Roda, 2016).

Es de anotar que dentro del contexto de salud del individuo, se deben considerar factores ajenos a los ambientales tales como los genéticos, los cuales, gracias al proceso evolutivo, han generado la predisposición a ciertas enfermedades, ¿pero qué tanto el medio ambiente donde esta población ha convivido puede manifestar estos cambios? Es una pregunta que a lo largo de la teoría evolucionista se ha desarrollado. Cabe mencionar acá al “padre” de la evolución, Charles Darwin, quien a través de sus investigaciones logró dar una visión más amplia sobre cómo los organismos se adaptan al sitio donde conviven, de la misma manera como las enfermedades a través del proceso de evolución han “mutado” en nuevas variables que junto con la influencia del medio ambiente generan nuevos brotes, epidemias y pandemias a nivel global. Igualmente los peligros ambientales pueden producir múltiples efectos sobre la salud que pueden incluir variación de la intensidad, magnitud y tipo, nivel de exposición o número de afectados (Rosario Castro & Perez, 2009). Se debe considerar cómo Colombia, siendo un país privilegiado por su ubicación geográfica, lo que lo hace merecedor de diversos climas, recursos hídricos, minerales y biodiversidad, es por esta misma condición favorable que en el año 2012 fue señalada por el indicador EPI (Environmental Performance Index) como un no desempeño ambiental óptimo, ubicándose en el puesto 86 de 132 países evaluados (tabla 1) (Emerson, Hsu, Levy MA, & De Sherbini, 2012; Idrovo, 2012). Nuestro país ha tenido que enfrentar esta no conservación ambiental, donde se han presentado enfermedades y desastres por un mal manejo del ambiente. La mitigación a estos desastres se centra solo en generación de barreras y no en el manejo integrado del ambiente, para que no se presente el desbalance de la traída ecológica, lo mismo que la posibilidad de respuesta a los agentes ambientales que puede ser variante según la población (Rodríguez Morales, Bustamante & Magdalena Mirabal, 2011; Vargas, 2005). Por otro lado, se considera la probabilidad, aunque no muy bien cuantificada por su dificultad, de que el calentamiento global provoque graves problemas a nivel de la producción y la disponibilidad global de alimentos (Díaz Jiménez & Aldaz Berruezo, 2017).

Hay que tener en cuenta uno de los criterios que el Ministerio de Salud, dentro de su Plan Decenal de Salud Pública contempla con relación a la educación en salud ambiental, donde tanto el Estado como la sociedad civil deben estar articulados en todos los aspectos que al respecto surgen, como son la educación y la comunicación, con el áni-

mo de promover cambios en los estilos de vida, teniendo aspectos de cambios conductuales. Así mismo, la población debe gozar de un ambiente sano y protegido, de acuerdo con las necesidades físicas de las familias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Tabla 1.
Indicadores que permiten la construcción del índice de desempeño ambiental (EPI) para Colombia (2012)

		Puntaje	Posición
Salud ambiental	Efectos de la contaminación atmosférica	64.7	72
	Efectos de la contaminación hídrica	39.2	87
	Carga de la enfermedad asociada al ambiente	59.2	88
Vitalidad del ecosistema			
	Recursos hídricos	53.4	12
	Cambio climático	72.8	16
	Efectos de la contaminación atmosférica	61.1	25
	Biodiversidad y hábitat	84.4	28
	Pesca	30.3	38
	Agricultura	46.9	82
	Bosques	62.2	96

Fuente: Emerson et al. (2012).

Complejidad del problema

Teniendo en cuenta la dificultad que en algunos casos puede presentarse para ver cómo los factores determinantes de origen ambiental y sus efectos a nivel de salud se presentan, se debe tener en cuenta en este apartado que la evaluación no es tarea fácil. Podemos por tal motivo considerar que las medidas adoptadas actualmente se centran en efectos contaminantes concretos, pero no la integración del efecto como tal (Rosario Castro & Perez, 2009; Sandin Vazquez & Sarría Santamera, 2007). Un ejemplo que podemos apreciar es cómo se ha investigado sobre la exposición de humo, producto de la quema de biomasa y la presencia de sintomatología respiratoria y enfermedad

pulmonar, en población de zonas rurales vulnerables en países en desarrollo con economías consideradas emergentes (Herrera Galindo & Otero Wandurraga, 2015; Hu et al., 2010; Kurmi et al., 2010; Po, Fitzgerald & Carlsten, 2011). Igualmente, se debe recordar cómo a partir de 1950, por los cambios sociales y políticos que ha sufrido el país que desencadenaron la violencia en muchas regiones del mismo, llevó a que ocurriera la migración, y cómo esta última ha contribuido al aumento de población en las ciudades que sin estar preparadas para tal número de nuevos habitantes han sido insuficientes para atender de manera adecuada los servicios de saneamiento básicos, lo que tiene como consecuencia el aumento en el impacto ambiental y por ende en la salud de esta población. Lo mismo ha ocurrido con la explosión de fábricas, llevando consigo el consecuente daño ambiental por la generación de residuos no solo sólidos sino gases que son expulsados al ambiente. Podría recordarse cómo en la década de los 70 el uso de asbesto en la elaboración de tejas y tanques de almacenamiento de agua, produjo y aún produce en nuestra época graves consecuencias en la salud humana, y cómo la población ha vivido el aumento de víctimas por este mineral. De acuerdo con un estudio realizado por la Universidad de los Andes y la Universidad Nacional de Colombia, se calcula que cerca de 320 personas han muerto por esta causa. Este es otro de los efectos que el daño ambiental puede producir en la salud humana y que por su complejidad, no ha sido medido de manera eficaz y sus mediciones han sido de manera indirecta o subestimada.

Podría pensarse que una forma de medición puede ser teniendo en cuenta el programa que las Naciones Unidas utiliza para clasificación de los peligros ambientales, dividiendo en dos grandes grupos: el primero llamado “peligros tradicionales”, cuando se denota a aquellos que son fruto de ausencia de desarrollo y los “peligros modernos” que hacen referencia a todos aquellos que dependen de un insostenible desarrollo (Rosario Castro & Perez, 2009). Cabe anotar que los peligros modernos requieren de un gran periodo de tiempo para su manifestación (tabla 2).

Tabla 2.

Ejemplos de peligros tradicionales para la salud contra peligros modernos

Peligros tradicionales <i>Relacionados con la pobreza y el desarrollo insuficiente</i>	Peligros modernos <i>Ligados a un desarrollo rápido y a un consumo insostenible de los recursos naturales</i>
Falta de acceso a agua potable	Contaminación del agua por los núcleos de población, la industria y la agricultura intensiva
Saneamiento básico insuficiente en el hogar y en la comunidad	Contaminación del aire urbano por las emisiones de los motores de vehículos, las centrales energéticas de carbón y la industria
Contaminación de los alimentos por microorganismos patógenos	Acumulación de residuos sólidos y peligrosos
Sistemas insuficientes y/o inadecuados de disposición de residuos sólidos	Riesgo de enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes
Riesgos de accidentes laborales en la agricultura e industrias domésticas	Deforestación, degradación del suelo y otros cambios ecológicos importantes en los niveles locales y regionales
Catástrofes naturales, como las inundaciones, los terremotos o las sequías	Cambio climático, agotamiento de la capa de ozono de la estratosfera y contaminación transfronteriza
<ul style="list-style-type: none"> • Vectores de enfermedades, especialmente insectos y roedores. • Viviendas y refugios insalubres • Agentes infecciosos • Deficiencia dietaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Humo de tabaco • Alcohol • Peligros por transporte • Riesgos ocupacionales • Dieta desbalanceada

Fuente: Yassi et al. (2002, p. 71).

Para conocer la complejidad del problema y poder establecer un vínculo entre el ambiente y la salud, es necesario llevar a cabo un enfoque sistémico que permita comprender la complejidad real del problema. Un referente que se tiene sobre los costos sugiere que los mayores de estos tienen periodicidad anual y se deben a accidentes viales, problemas con agua, sanidad e higiene, desastres naturales, contaminación del aire urbano, degradación de tierras y contaminación atmosférica en Colombia (Larsen, 2004). Sin embargo, este informe no solo se basó en problemas ambientales directos, sino también considera los causados por residuos sólidos domésticos y las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue y leishmaniasis), aunque estos costos fueron menores a los encontrados por las categorías anteriores. Por

su parte, los costos producidos por estos daños ambientales incluyen reducción en la productividad de la agricultura, vista desde la erosión, salinidad y degradación general (Larsen, 2004).

Es preciso recordar cómo la exposición de cada persona a la combinación de factores ambientales es individual, y esta exposición puede deberse a múltiples factores encadenados entre sí, o a un solo factor, que teniendo en cuenta los períodos de vida, pueden o no afectar la salud de las personas. Pueden presentarse enfermedades multifactoriales tales como el cáncer, desencadenadas por la combinación de factores genéticos y ambientales, razón por la cual los tipos de repercusiones a nivel de salud son muy diversos y cada uno de los factores de tipo ambiental que intervengan pueden generar enfermedad, estas son algunas de las causas por las cuales la complejidad del problema no es posible evaluarla y es tan amplia (Sandin Vazquez & Sarría Santamera, 2007).

En poblaciones vulnerables o susceptibles, es donde se visualiza con mayor proporción la estrecha relación entre la salud humana y el ambiente. La vulnerabilidad puede ser entendida como aquellas características que hacen que las personas tengan una lesión y no puedan defenderse (Idrovo, 2012). Una de las poblaciones afectadas con mayor número es la pediátrica; en general, se considera que las principales enfermedades que pueden sufrir son las de origen respiratorio, las cuales pueden ser por contaminantes como el aire ambiental o el aire intradomiciliario (humo). Entre las enfermedades más comunes están las neumonías, asma, infecciones respiratorias altas y bajas, broncoespasmos, entre otras. Se pueden presentar, aunque con menor probabilidad, el síndrome de muerte súbita y neumonitis aguda (Gavidia, Pronczuk, & Sly, 2009).

Teniendo en cuenta la complejidad del componente ambiental en salud y la carencia de los estudios, el evento centinela parte de definiciones de Rothwell y Colaboradores, y referenciado por Idrovo, se clasifica en dos tipos: el tipo I se refiere a todos aquellos eventos que poseen una clara especificidad, un periodo de latencia corto y fácil identificación; y los de tipo II presentan unos patrones inusuales de ocurrencia, los cuales pueden ser de tiempo o de espacio de presentación (Idrovo, 2012).

Un aspecto que provee una mayor complejidad para la evaluación del problema de ambiente y salud es el relacionado con la disposición de los residuos sólidos. En el informe presentado por la Superintendencia de Servicios Públicos en el año 2015, uno de los aspectos que no permitía cuantificar la verdadera magnitud de la disposición es la cantidad, que puede variar teniendo en cuenta la políticas de cada administración en relación con separación o reciclaje del material de residuo, ya que estas actividades pueden variar entre año y entre mandatos de turno –algunos sitios de disposición de basuras cuentan con básculas pero estas pueden o no funcionar de manera adecuada–. Y otra variación grande en este aspecto es la disposición ilegal de basuras, lo cual afecta en gran medida no solo las mediciones como tal, sino el ambiente de manera más directa, pues dicha condición no cumple con las medidas sanitarias correspondientes de manejo (tabla 3) (Idrovo, 2012; Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, 2015).

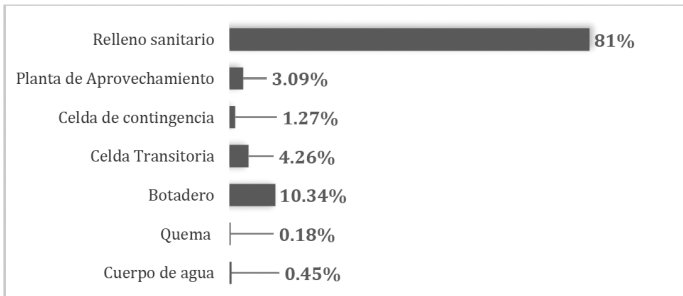
Tabla 3.
Residuos presentados al servicio público de aseo a nivel nacional

Año de información	Residuos presentados Ton/día
2010	26.537
2011	24.647
2012	26.726
2013	25.054
2014	26.528

Fuente: SSPD, informe de disposición final 2011, 2012, 2013, 2014.

En este mismo aspecto de la distribución de los residuos, Colombia cuenta con 364 sitios de disposición de residuos, de los cuales se presentan 7 tipos de sistemas (tres son autorizados y cuatro no son autorizados) (Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, 2015). La distribución de estos sistemas se presenta en la siguiente gráfica, la cual muestra de manera porcentual en el año 2014 cómo se manejaban los residuos. Desafortunadamente, aún puede llevarse a cabo esta misma distribución en nuestro país, lo cual repercute en la salud de la población. Cabe aclarar que estas cifras son un aproximado a la realidad y deben ser manejadas con prudencia para llevar a cabo medidas tendientes al manejo de este aspecto (figura 3).

Figura 3.3

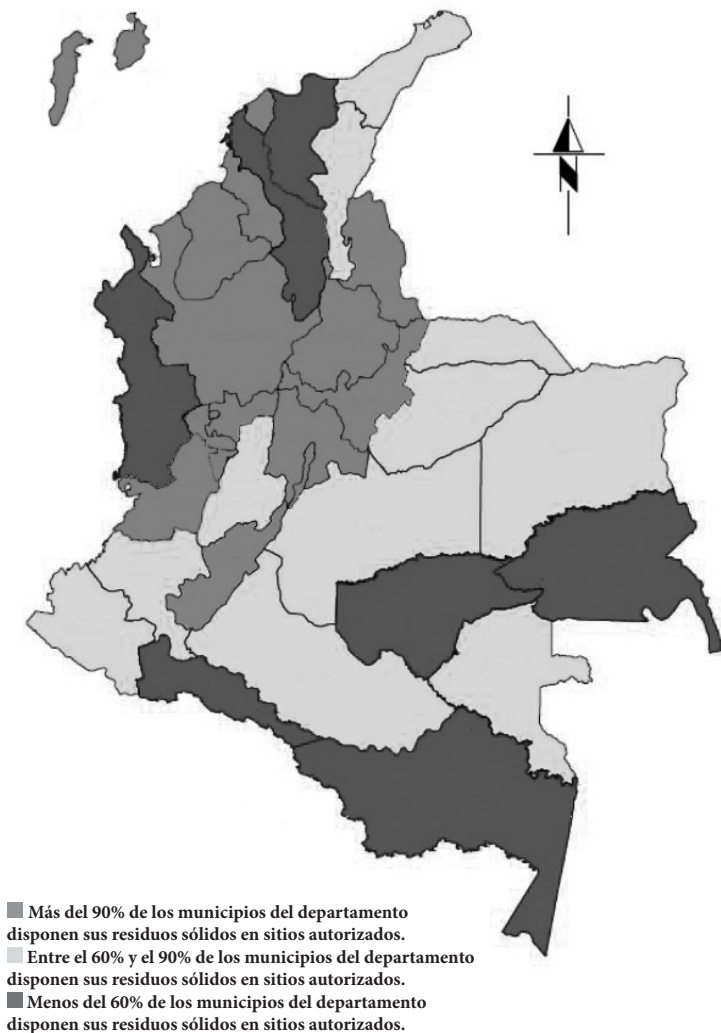


Distribución de municipios por tipo de sistema de disposición final

Fuente: SSPD, (2015). Disposición Final de Residuos Sólidos.

En la figura 4, se puede observar a nivel nacional cómo está la distribución de los residuos sólidos, donde de acuerdo al informe de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, “en el año 2014, solo 15 departamentos del país se encuentran con un porcentaje de disposición final adecuada igual o superior al 90%. Dentro de estos, 8 departamentos y el Distrito Capital, dispusieron la totalidad de sus residuos sólidos en sistemas de disposición final autorizados” (Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, 2015).

Figura 4.



Mapa del estado de la disposición final autorizada por departamento

Fuente: SSPD, (2015). Disposición Final de Residuos Sólidos.

El problema del cambio climático

Desde la década de 1990, a nivel global la población no contaba con la conciencia sobre los riesgos del cambio climático y su influencia en salud. Aquello demostraba un desconocimiento de cómo se producían las alteraciones de los sistemas biofísicos y ecológicos, afectando a largo plazo tanto el bienestar como la salud de las poblaciones. Se ha considerado que la temperatura promedio del planeta ha aumentado en 0,6°C en los últimos 135 años (Castro y Perez, 2009;) Pérez, Poveda, Mesa, Carvajal y Ochoa, 1998). No existía un estudio o estudios concretos que reflejaran los cambios climáticos y su influencia en las repercusiones en salud humana. Se encuentra que en la segunda mitad del siglo XX, se empezó a establecer la posibilidad sobre el cambio climático. Esto ha llevado a considerar que no hay ninguna duda sobre cómo la actividad humana ha venido alterando de distintas maneras cómo se presenta la superficie del planeta (Pabón, 2003; Sandin Vazquez y Sarría Santamera, 2007). Por lo anterior, los problemas ambientales pueden producir un abanico de efectos sobre la salud, variando estos en intensidad, tipo y magnitud. Debido a esto, la presentación o no de enfermedades puede depender de más de una exposición (Castro y Perez, 2009). Heras, Meira y Justel (2017), llevaron a cabo un estudio sobre la percepción de la población sobre el cambio climático y la salud, encontrando que el 71% de los encuestados consideran que como consecuencia del cambio climático podrán llegar a sufrir en mayor medida de enfermedades alérgicas, seguido por el padecimiento de asma (66,5%), problemas por los cambios excesivos de temperatura (66,2%), cáncer de piel (63,3%), e infecciones por mala calidad del agua (60,5%) (Heras Hernández, (Heras et al., 2017).

La modificación en el clima trae un impacto especialmente en el tema de la supervivencia y la consecuente diseminación de los vectores transmisores de enfermedades, lo mismo que los ciclos de los patógenos en los humanos, pero estos cambios no solo afectan a los vectores, sino también a nivel de hospedadores y reservorios (Salinas, Hernández & Patricia, 2017; Simón Soria, 2017).

La presentación de altas temperaturas resulta en mayores precipitaciones, pero con distribución no uniforme, lo que lleva a problemas de inundación en ciertas zonas. A este cambio de la temperatura lo

acompañan consecuentes días cálidos extremos, que aunado con las condiciones de pobreza, hacen que esta población sea más vulnerable a accesos desiguales (Salinas et al., 2017). Igualmente, estos consecuentes cambios ambientales han traído consecuencias en la calidad de los alimentos, el aumento de morbilidad y en las especies animales de consumo humano, afectando la producción y aumentando la mortalidad de los animales debido a condiciones como el mejoramiento genético con su consecuente disminución de resistencia adaptativa al cambio climático, dificultades en consecución de agua y alimentos para los animales (Mirón, 2017). Lo anterior lleva a una disminución de la disponibilidad de fuentes de alimento a la población.

Por su parte, Colombia, no siendo ajena a esta problemática, ha venido desarrollando estrategias para el manejo de cambio climático. Es así como en el 2010 se desarrolló el Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático, cuyo objetivo primordial era consolidar un marco conceptual y establecer los lineamientos para los planes sectoriales y territoriales frente a la adaptación del país al cambio climático (DNP, IDEAM, Minambiente y UNGRD, 2010).

Tabla 4.
Tasa anual de deforestación en Colombia desde 1990 hasta 2016

Período	Superficie de bosque estable (ha)	Superficie deforestada (ha)	Promedio anual de superficie deforestada (ha/año)	Proporción de la superficie sin información (%)	Tasa anual de deforestación (%)
t1 : t2					
	SCBE	SD			TD
1990 : 2000	61.474.307	2.654.456	265.446	3,2	-0,42
2000 : 2005	60.232.670	1.578.012	315.602	2,7	-0,52
2005 : 2010	59.039.169	1.409.868	281.974	2,8	-0,47
2010 : 2012	59.705.588	332.145	166.073	2,1	-0,28
2012 : 2013	58.816.364	120.938	120.938	2,7	-0,21
2013 : 2014	58.970.823	140.356	140.356	1,8	-0,24
2014 : 2015	59.438.969	124.035	124.035	1,3	-0,21
2015 : 2016	59.313.273	178.597	178.597	1,3	-0,3

Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - IDEAM. 2017.

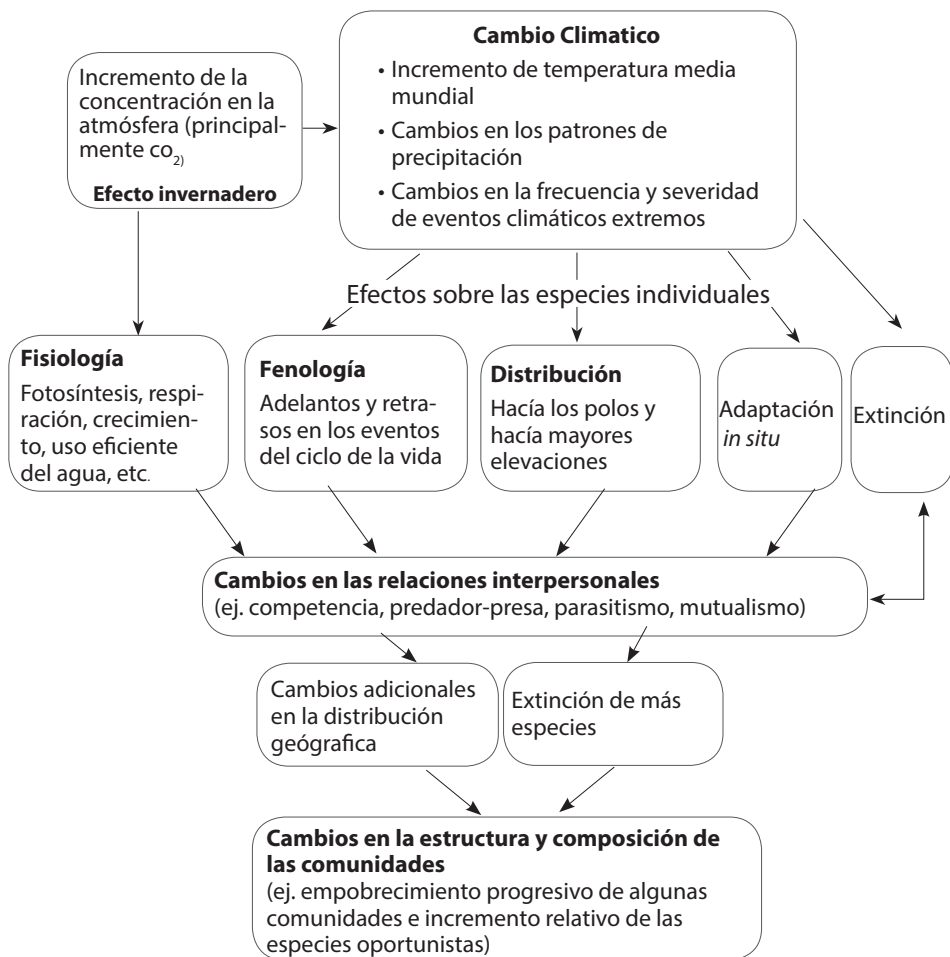
Se debe recordar cómo desde la Revolución Industrial, la quema de combustibles fósiles (petróleo, carbón y gas) ha venido liberando gases de efecto invernadero (CO₂) a la atmósfera, lo que repercute de manera directa el aumento de la temperatura y su consiguiente cambio climático no solo a nivel de Colombia sino a nivel mundial (Pabón, 2003; Pabón y Nicholls, 2005). Por otro lado, la ampliación de la frontera agrícola ha traído serias consecuencias en los colonos y de acuerdo a las últimas cifras, la deforestación en el país pasó de 124.035 hectáreas en 2015 a 178.597 hectáreas en 2016; es decir, un aumento del 44% (Costa Posada, 2007). Este daño ecológico repercute de manera directa en la presentación de enfermedades en los colonos.

En su estudio publicado por Pabón en el 2003, este realizó unas estimaciones sobre el efecto en el cambio climático y según este autor, “el territorio colombiano podría verse afectado por un calentamiento entre 1 - 1.5°C y por alteraciones de la precipitación que podrían estar entre -15 y +15% del acumulado anual promedio 1961-1990” (Pabón, 2003).

Hay otros estudios que se han adelantado en Colombia, entre los cuales cabe mencionar los efectos de la viabilidad climática, donde se analizó el efecto del fenómeno del Niño y su incidencia en la presentación de paludismo y dengue en Colombia y cómo este fenómeno aumentó la presencia de estas tres enfermedades (Pabón & Nicholls, 2005).

Figura 5.

Vías potenciales del cambio en las comunidades y de la extinción de especies por efecto del incremento de gases invernaderos en la atmósfera

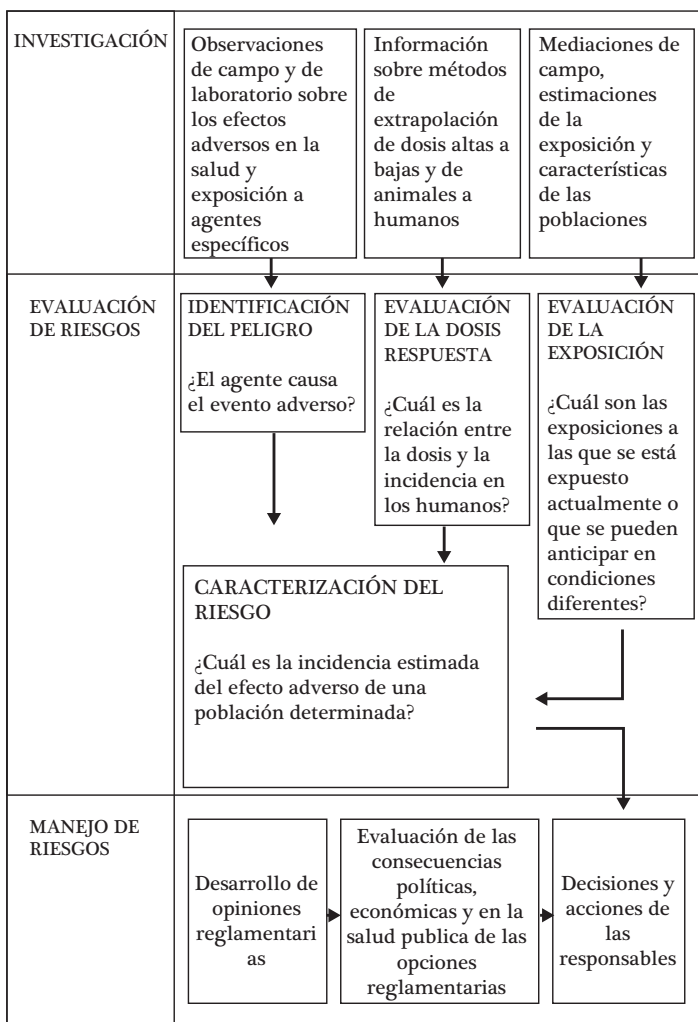


Fuente: González y cols. (2003).

Evaluación del impacto en salud

Teniendo en cuenta la gran complejidad que puede tenerse en el momento de calificar el grado de impacto del ambiente con la salud, su evaluación también se hace compleja; sin embargo, para llevar a cabo una evaluación aproximada del impacto en salud, algunos autores han determinado diferentes formas de evaluación. Entre estos, una aproximación acertada es propuesta por Wetizenfeld y que se desglosa en el siguiente cuadro, donde se aportan los elementos de evaluación y manejo de riesgos ambientales (Weitzenfeld, 1996).

Figura 6.
Investigación, evaluación y manejo de riesgos ambientales



Fuente: Weitzenfeld (1996, pp. 11-12).

Según la OMS, la evaluación de impacto en salud se define como “una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o un proyecto en la salud de una población, y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella” (OPS/OMS, 2013). El cambio que impacta con mayor proporción el deterioro ambiental, es el riesgo sanitario que es potencializado con el daño ambiental consecuente que se presenta a nivel mundial tanto de manera directa como indirecta. Por su parte, los efectos directos provocan cambios fisiológicos, mientras que los indirectos están relacionados con las dinámicas de las poblaciones de vectores, ocasionando la consiguiente ampliación del rango de distribución (Salinas, Hernández y Patricia, 2017; Simón Soria, 2017).

Empecemos considerando que la riqueza ambiental es la base principal del desarrollo social y económico de un país, como lo refiere Osorio en su estudio (Osorio Munera y Correa Restrepo, 2004), pero también el agotamiento de dicha riqueza trae serias consecuencias y por consiguiente, preocupaciones en los países. Este impacto ambiental sobre la salud frecuentemente es tenue y su corrección no siempre es fácil. En el caso de Colombia, el costo total anual de los impactos en la salud asociados con la falta de agua, saneamiento e higiene se estimó para el año 2004 en 1.210 a 1.525 millones de pesos (Larsen, 2004), y de acuerdo a cifras oficiales del DNP para el 2015 aquellos costos fruto de la degradación del medio ambiente ascendieron a \$20.7 billones de pesos, siendo este valor el 2,6% del PIB para ese año. Este mismo organismo informó que el 75% de dicho efecto se debió a la contaminación del aire urbano, lo que llevo a un total de 13.718 muertes y cerca de 98 millones de síntomas y enfermedades. Por su parte, en este mismo informe se señala como la falta de cobertura representa cerca 2.2 billones de pesos que junto con la desnutrición llevan a 905 muertes y 29 millones de enfermedades (DNP, 2010).

Tabla 5. Enfermedades atribuidas a los componentes ambientales

Componente	Muertes	Enfermedades
Contaminación del aire urbano	Cancer de pulmón: enfermedad cardiopulmonar; todas las causas de muerte en <5 años; mortalidad general	Síntomas respiratorios en >44 años; hospitalizaciones; urgencias; bronquitis crónica en >44 años; enfermedades de las vías respiratorias inferiores en <5 años; días de actividad restringida en >44 años
Contaminación del aire interior	Infecciones respiratorias agudas en <5 años; tumor maligno de tráquea, de bronquios y de pulmón en >44 años; enfermedades hipertensivas en >44 años; enfermedades isquémicas del corazón en >44 años; enfermedades cerebrovasculares en >44 años, enfermedad de las vías respiratorias inferiores en >44 años	Infección respiratoria aguda en <5 años y en mujeres >44 años; enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Cobertura de agua potable, saneamiento básico e higiene	Enfermedades infecciosas intestinales en <5 años y otras asociadas además a desnutrición como diarrea; malaria; sarampión; infección respiratoria aguda; desnutrición proteínica; muertes neonatales	Diarrea y la infección respiratoria aguda asociada además a desnutrición

Fuente: Nacional de Planeación, (2017).

En conclusión, el informe del DNP menciona cómo el 77% de las muertes son asociadas a contaminación del aire ambiental, un 17% a contaminación del aire interior y el 6% a deficiencia en cobertura de servicios básicos.

En el informe presentado por Larse en el 2004, se afirma que el costo medio estimado de los impactos a la salud de la contaminación del aire en interiores, equivale a casi 300 mil pesos por hogar al año para los hogares que utilizan leña (Larsen, 2004). Hay que tener en cuenta, como lo menciona Gavidia, que “el sistema respiratorio de los niños es un blanco primario para la contaminación del aire, incluyendo el humo de tabaco, combustibles de biomasa y polución de fuentes

móviles y fijas” (Gavidia et al., 2009), lo que genera el sistema de costos adicionales no solo a corto sino a largo plazo, incrementando el gasto por manejo de enfermedades crónicas que pudieran ser evitadas. Otro tópico a tener en cuenta es el aprovisionamiento de alimentos de calidad por aumento de los precios en los mismos, lo que conlleva a un incremento estimado en los precios por cambio climático de cerca de 19% (Mirón, 2017).

Daños ambientales

A continuación consideremos solo algunos de los múltiples daños ambientales como: la degradación de la tierra agrícola, fuente de alimento para la población, los desastres naturales fruto del daño ambiental producido por el ser humano, la deforestación por la consecuente necesidad de ampliación de la frontera agrícola. En la siguiente tabla, se puede observar cuáles son los impactos y los riesgos derivados del cambio climático en la población de los países en desarrollo (tabla 6), considerando también que el 99% de la carga de salud por el cambio ambiental será asumido por los países en vías de desarrollo, teniendo en cuenta que estos países solo son responsables de un 3% de la emisión de carbono mundial (Avilez, Bazalar, Azañedo, & Miranda 2016).

Tabla 6.
Impactos y riesgos potenciales del cambio climático en países en vía de desarrollo

	Actualmente	Proyección con el cambio climático
Impacto en el recurso del agua	<ul style="list-style-type: none"> • De 1.800 a 5.000 millones de personas sin acceso o grave escasez de agua con independencia del cambio climático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del agua en países subtropicales por sequías, cambios en lluvias, evaporación. • Inundaciones en áreas urbanas debido a precipitaciones intensas.

<p>Agricultura y seguridad alimentaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la producción y calidad de alimentos. • Degradación suelos + crisis de precios + aumento de poblaciones. • Ingresos más bajos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de riesgo, sobre todo en áreas de sequía, de la degradación de suelos y la desertificación. • En zonas bajas costeras, salinización e inhabilitación para la agricultura • En zonas de pesca, disminución de la productividad del mar y riesgo alimentario.- El impacto es variable según zonas, pero el riesgo es mayor a corto plazo por los acontecimientos meteorológicos extremos.
<p>Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • África (países subsaharianos): 800 millones de mal nutridos (200 millones, de niños menores de 5 años). • Anemia, 2.000 millones • Sin servicios básicos de salud, 880 millones. • Sin acceso a medicamentos básicos, 2.000 millones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muertes por olas de calor • Propagación de enfermedades transmitidas por vectores en altitud y latitud. • Malaria y dengue (han aumentado en África del este por El Niño)
<p>Biodiversidad y bosques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de numerosas especies. • Pérdida de masa forestal (unos 13 millones de hectáreas) (FAO, 2012) por dedicación a otros usos 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación del cambio de uso de suelo. • Desaparición de los bosques. • Decoloración de los corales. • Pérdida de servicios ecosistémico
<p>Turismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impactos económicos negativos en la actividad turística. • Costes medioambientales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de infraestructura. • Alza del nivel de mar. • Aumento de fenómenos extremos en áreas costeras.
<p>Pobreza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la pobreza extrema. • Incremento de la desigualdad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de ingresos principalmente agrícolas de la población más vulnerable

Fuente: Pascual Bellido, N.E (2017) .

Degradación de la tierra agrícola

Se entiende por degradación a la disminución de la capa vegetal ocasionada por procesos naturales o físicos; la degradación de los suelos puede ser física, química y biológica (Sánchez-Triana, Ahmed y Awe, 2006).

De acuerdo con estudios realizados por el IDEAM, cerca del 24% de las tierras en Colombia, son susceptibles a la desertificación y el 0.7% de la extensión del suelo nacional presentan procesos de desertificación (Sánchez-Triana et al., 2006). Esta degradación conlleva a un aumento de los riesgos de la seguridad alimentaria, cabe en este sentido referirnos a que la seguridad alimentaria per se puede tener dos significados, uno es a la provisión o abastecimiento de los alimentos y el otro es la contaminación de los mismos. En este aspecto se observa cómo el cambio climático referido a la elevación de la temperatura y aumento en la variabilidad de las precipitación ha traído efectos desfavorables en las plantas (Mirón, 2017).

Según cifras del Banco Mundial en el 2005, "El promedio del costo anual estimado de la degradación de la tierra es de \$1.440 mil millones, de los cuales la erosión de los suelos constituye cerca del 60% y la salinidad de los suelos alrededor del 40%" (Sánchez-Triana, Ahmed, y Awe, 2006). Cabe señalar que el valor que se pueda calcular es en relación con la reducción en el rendimiento de cultivos que son asociados a la erosión y salinidad de los suelos, pero estos cálculos son difíciles de calcular en el caso de la degradación de las pasturas para producción pecuaria (Larsen, 2004).

Como una consecuencia a este daño de la tierra agrícola, se ha venido llevando no solo una ampliación de la frontera agrícola con sus repercusiones, sino un desabastecimiento de productos orgánicos que lleva a problemas de malnutrición en la población. Esto se debe a una disminución en la cantidad y calidad de los cultivos, todo esto teniendo en cuenta que según lo reportado, el crecimiento de la demanda de alimento a nivel mundial tiene un crecimiento del 14% por década (Mirón, 2017), lo que tiene como consecuencia que la ampliación de la frontera agrícola se dé más rápido y sin ningún tipo de control.

Desastres naturales

El cambio climático, con su consecuente aumento de temperaturas, aumento de precipitaciones en algunas regiones del país y el daño ambiental producido por las deforestaciones o talas indiscriminadas, ha traído consecuencias a lo largo del territorio colombiano, llevando a la presentación de deslizamientos de tierra, inundaciones y avalanchas. Se estimó para el 2005 según lo reportado en el informe de Larsen que el coste medio anual total de los desastres naturales para el año 2005, se estimó en 1.750 millones de pesos (Larsen, 2004). Para esta misma fecha, se consideró que el 62% de las personas afectadas estaban concentradas en los departamentos de la parte norte y la parte noreste del Pacífico de Colombia (Larsen, 2004).

Deforestación

La forma de crecimiento poblacional a nivel mundial y el consecuente uso de territorios de bosques naturales ha modificado los riesgos sanitarios y se asocia directamente a modelos de producción, pero también a los cambios subsecuentes en materia de urbanización (Soria, 2017).

Se estima que la cobertura forestal en Colombia en el año 2003 fue del 92% antes de los asentamientos humanos en gran escala. Para el 2010, la cobertura forestal es de alrededor del 45 por ciento de la superficie total. Si bien esto todavía está por encima del promedio mundial del 30 por ciento, la cobertura forestal en Colombia se distribuye de forma extremadamente desigual en todo el país (Larsen, 2004).

En el primer trimestre del 2017, de acuerdo al boletín del IDEAM se identificaron nueve núcleos de deforestación en Colombia, ubicados en los departamentos de Amazonas, Norte de Santander, Chocó, Caquetá, Putumayo, Nariño, sur de Bolívar (Sistema de Monitoreo de Bosques y Carbono para Colombia- 2017)

La deforestación, como tal, es difícil cuantificarla, puesto que algunos de los costos están contemplados en los estimados por desastres naturales y esto se debe a la creencia de que la deforestación es la que contribuye únicamente a la frecuencia y gravedad de las inundaciones y

deslizamientos. Hay que tener en cuenta que esta deforestación también influye en la disponibilidad de fuentes de agua, y de intercambio de CO2 en el planeta.

Figura 7.
Grado de deforestación en Colombia



Fuente: IDEAM, 2017.

Costo de remediación

El abordaje de la protección humana solo es posible, como lo afirman algunos autores, con medidas encaminadas a la capacidad de vigilancia e investigación de los factores de riesgo, y las consecuencias que puede traer el cambio climático a nivel local, nacional y mundial (Díaz Jiménez y Aldaz Berruero, 2017). Por su parte, el lograr limitar estos riesgos provenientes del daño ambiental requiere, como lo afirman Heras, Meira y Justel, “una población consciente y responsable, tanto para incidir sobre sus causas como para prevenir y limitar su impactos negativos” (Heras et al., 2017). De acuerdo con Salinas, Hernández y Patricia, existen distintos tipos de adaptación como respuesta al cambio

climático, considerando este autor como preventiva y reactiva, privada o pública y autónoma y planificada, siendo esta premisa apoyada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), determinando que esta adaptación al cambio climático es un tema de desarrollo crítico. Este aspecto es considerado en Colombia dentro de la dimensión ambiental del Plan Decenal de Salud, donde el papel de la prevención y adaptación al cambio climático es fundamental para el cumplimiento de objetivos de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; Salinas, Hernández y Patricia, 2017). Esta adaptación también está mediada por el fomento de actividades sostenibles, con aplicación de técnicas de conservación de pasturas en el caso del ganado, disminución en el rechazo de alimentos, recuperación de razas rústicas que son adaptadas a cambios climáticos, entre otras (Mirón, 2017).

También es considerable cómo el cambio ambiental y la consecuente aceptación por parte de los gobiernos han traído un desarrollo técnico y tecnológico que impacta en la salud pública, de acuerdo a Simón y cols. Entre otras, las mejoras están en mejores sistemas de vigilancia y comunicación que fortalezcan la detección y la implementación de medidas de control; mecanismos eficientes de prevención de riesgos; acceso a sistemas sanitarios de calidad a nivel no solo local sino global y un gran desarrollo en las técnicas, procedimientos y medicamentos que garantizan un mejor tratamiento (Simón Soria, 2017). Sin embargo, vale aclarar que aunque se presentan estas “ventajas”, esto produce un aumento en los gastos de implementación por parte de los gobiernos que desean implementar dichas medidas.

Conclusión

Teniendo en cuenta que para el 2019, tanto la biodiversidad como los recursos naturales serán una parte fundamental del patrimonio de Colombia, se hace necesario ver cómo el ambiente que nos rodea interfiere de manera positiva o negativa el estado de salud del ser humano, por lo que se hace imprescindible el manejo responsable de los recursos ambientales, lo que llevará a una mejora del nivel de salud de la población. Este manejo debe servirse no solamente desde el campo sino desde la ciudad, pero sobre todo desde las instituciones de salud que son una gran fuente de contaminación al medio ambiente. Las estrategias encaminadas al mejoramiento y uso responsable de los recursos se deben llevar a cabo en las instituciones de salud, para

que sean multiplicadores de las estrategias de manejo de recursos y uso amigable del medio ambiente a la población circundante de las mismas. Este manejo no se da en corto tiempo e implica costos que deben ser asumidos por las instituciones de salud, lo cual produce retraso de la implementación, pero que deben ser considerados como una estrategia de dichas instituciones para mejorar la calidad de vida. Es necesaria y urgente la implementación de estrategias encaminadas al manejo responsable del aire y la deforestación, teniendo en cuenta cómo esta contaminación es la responsable de cerca del 77%, y que el grado de deforestación cada día es mayor. Lo anterior hace que estos dos factores sean primordiales para las políticas de mitigación de los efectos ambientales en salud.

Referencias

Agencia Europea de Medio Ambiente. (2017). Medio ambiente y salud — Agencia Europea de Medio Ambiente.

Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991 (1991). Colombia.

Avilez, J. L., Bazalar, J., Azañedo, D., & Miranda, J. J. (2016). Perú, Cambio Climático Y Enfermedades No Trasmisibles: ¿Dónde Estamos Y A Dónde Vamos? *vcx. Rev per Exp Salud Publica*, 33(1), 143–148. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2016>

Berruezo, J., & Jiménez, J. (2017). Situación del Convenio Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Resumen de las Cumbres de París, COP21 y de Marrakech, COP22. *Revista de Salud Ambiental*, 17(1), 34–39. Recuperado de <http://www.ojs.diffundit.com/index.php/rsa/article/view/839>

Burstein Roda, T. (2016). Rol Del Sector Salud Ante El Cambio Climático. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(1), 139–142. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2015>

Castro, R., & Perez, R. (2009). ambiente y salud. In *Saneamiento Rural y salud/ Guía para acciones a nivel local* (p. 18). Guatemala.

Castro, R., & Perez, R. (2009). *Saneamiento rural y salud. Guía para acciones a nivel local*. Guatemala.

Costa Posada, C. (2007). La adaptación al cambio climático en Colombia. *Revista de Ingenieria, Universidad de Los Angeles*, 26, 74–80.

Diaz Jiménez, J., & Aldaz Berruezo, J. (2017). Cambio climático y salud. *Rev. Salud Ambient*, 17(1), 1–2.

DNP. (2010). Los costos en la salud asociados a la degradación ambiental en Colombia. Recuperado Octubre 11, 2017, de, from [https://www.dnp.gov.co/Paginas/Los-costos-en-la-salud-asociados-a-la-degradación-ambiental-en-Colombia-ascienden-a-\\$20,7-billones-.aspx](https://www.dnp.gov.co/Paginas/Los-costos-en-la-salud-asociados-a-la-degradación-ambiental-en-Colombia-ascienden-a-$20,7-billones-.aspx)

DNP, IDEAM, Minambiente, & UNGRD. (2010). *Plan nacional de adaptación al cambio climático, Adaptaciones bases conceptuales*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Emerson, J., Hsu, A., Levy MA, & De Sherbini, A. (2012). 2012 *Environmental Performance Index and Pilot Trend Environmental Performance Index*. Ginebra.

Frenk, J. (1993). La salud pública : campo del conocimiento y ambito para la acción. "La Salud de la Población. Hacia una nueva Salud Pública (p. 23). México: Fondo de Cultura Económica.

García-Ubaque, C. A., García-Ubaque, J. C., & Vaca-Bohórquez, M. L. (2013). Evolución del marco normativo de la salud ambiental en Colombia. *Rev. Salud Pública, 15*(1), 56–65.

Gavidia, T., Pronczuk, J., & Sly, P. D. (2009). Impactos ambientales sobre la salud respiratoria de los niños. Carga global de las enfermedades respiratorias pediátricas ligada al ambiente. *Rev Chil Enf Respir, 25*, 99–108.

Heras Hernández, F., Meira Cartea, P. A., & Justel, A. (2017). La percepción social de los riesgos del cambio climático sobre la salud en España. *Rev. Salud Ambient, 17*(1), 40–46.

Herrera Galindo, V. M., & Otero Wandurraga, J. A. (2015). Impacto de la contaminación intradomiciliaria asociada a la combustión de biomasa sobre la función y sintomatología respiratoria en población general y pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Revista Del Observatorio de Salud Pública de Santander, 10*(2), 4–10.

Hipocrates. (1983). *hipocráticos*. Madrid: Gredos.

Hu, G., Zhou, Y., Tian, J., Yao, W., Li, J., Li, B., ... Guangzhou, G. (2010). Risk of COPD From Exposure to Biomass Smoke A Metaanalysis. *CHEST, 138*(1), 20–31. <https://doi.org/10.1378/chest.08-2114>

Idrovo, A. J. (2012). *Diagnostico nacional de salud ambiental*. Bogotá: Ministerio del ambiente.

Kurmi, O. P., Semple, S., Simkhada, P., Cairns, W., Smith, S., & Ayres, J. G. (2010). COPD and chronic bronchitis risk of indoor air pollution from solid fuel: a systematic review and meta-analysis. *Thorax, 65*, 221–228. <https://doi.org/10.1136/thx.2009.124644>

Larsen, B. (2004). *Cost of environmental damage: A Socio-Economic and Environmental Health Risk Assessment*. Bogotá.

López-Moreno, S., Garrido-Latorre, F., & Hernández-Avila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*, 42(2), 133–143. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000200009>

Lopez, S. (2000). La salud en el contexto de la nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 42(4).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan decenal de salud 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Plan decenal de salud publica 2012-2021: Dimensión Salud Ambiental. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social.

Mirón, I. J. (2017). Cambio climático y riesgos alimentarios. *Rev. Salud Ambient.*, 17(1), 47–56.

OPS/OMS. (2013). *Salud, ambiente y desarrollo sostenible: hacia el futuro que queremos*. Washington.

Organización Mundial de la Salud. (1986a). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa.

Organización Mundial de la Salud. (1986b). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud PROPORCIONAR LOS MEDIOS*. Ottawa.

Osorio Munera, J. D., & Correa restrepo, F. (2004). Valoracion economica de costos ambientales. *Semestre Económico*, 7(13), 159–193.

Pabón, J. D. (2003). El cambio climatico global y su manifestacion en colombia. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, 0(12), 111–119.

Pabón, J. D., & Nicholls, R. S. (2005). El cambio climático y la salud humana. *Editorial. Biomédica*, 25(1), 5–8. <https://doi.org/0120-4157>

Pérez, C., Poveda, G., Mesa, O., Carvajal, L. F., & Ochoa, A. (1998). Evidencias de cambio climático en Colombia: tendencias y cambios de fase y amplitud de los ciclos anual y semianual. *Bulletin de l'Institut Français D'études Andines*, 27(3), 537–546.

Po, J. Y. T., Fitzgerald, J. M., & Carlsten, C. (2011). Respiratory disease associated with solid biomass fuel exposure in rural women and children: systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 66, 232–239. <https://doi.org/10.1136/thx.2010.147884>

Prüss-Ustün, J. W., & C Corvalan, R. Bo. (2016). *Preventing disease through healthy environments. (World Health organization, Ed.)*. Suiza.

Roa, L. A., & Pescador Vargas, B. (2016). La salud del ser humano y su armonía con el medio ambiente. *Revista Med*, 24(1), 11–1.

Rodríguez Morales, V., Leticia Bustamante Alfonso, I. M., & Magdalena Mirabal Jean-Claude, I. (2011). La protección del medio ambiente y la salud, un desafío social y ético actual The environmental protection and health-a social and ethical challenge. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 510–518.

Salinas, E., Hernández, M., & Patricia, M. (2017). Implicaciones del cambio climático en la salud humana. *Inventio*, 29, 47–54.

Sánchez-Triana, E., Ahmed, K., & Awe, Y. (2006). *Prioridades ambientales para la reducción de la pobreza en Colombia. Un análisis ambiental del país para Colombia. Matol (Mayol Edic)*. Bogota: Banco Mundial.

Sandin Vazquez, M., & Sarria Santamera, A. (2007). *Evaluación de impacto en salud y medio ambiente*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.

Simón Soria, F. (2017). Cambio global , poblaciones y riesgos sanitarios : una compleja relación. *Rev. Salud Ambient*, 17(1), 87–92.

Sistema de Monitoreo de Bosques y Carbono para Colombia- 2017. (2017). Boletín de deforestación IDEAM. Bogotá.

Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. (2015). Disposición Final de Residuos Sólidos, informe nacional 2015. Bogotá.

Tuesca Molina, R., Navarro Lechuga, E., Peñuela Epalza, M., & Vargas Moranth, R. (2011). *Salud y medio ambiente en una población del Caribe colombiano*. Barranquilla: Universidad del Norte.

Universidad Javeriana. (2016). Conceptos ecología – Individuos – Poblaciones – Comunidad -Ecosistema. Bogotá.

Vargas Marcos, F. (2005). La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Rev Esp Salud Pública*, 79(2), 117–127.

Weitzenfeld, H. (1996). *Manual básico sobre evaluación del impacto en el ambiente y la salud*. Metepec: Organización Panamericana de la Salud.

Yassi, A., Tord, K., de Kok, T., & Guidotti, T. L. (2002). *Salud ambiental básica*. (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Ed.). México: Organización Mundial de la Salud.

Perspectiva teórica de estudios relacionados con desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención dental a gestantes

Jairo Corchuelo Ojeda

Profesor-investigador de la Escuela de Odontología,
Universidad del Valle.

Introducción

En una época en que los beneficios de los avances científicos en materia de salud general y oral en particular no están distribuidos equitativamente, los abordajes de factores sociales determinantes de la salud son necesarios para orientar a los gobiernos en la reducción de las desigualdades. A fin de abordar las crecientes inequidades en salud, sobre todo en el escenario de las crisis financieras medioambientales, tanto la atención primaria en salud como los determinantes sociales de la salud constituyen pilares fundamentales de lo que debe ser la estrategia para el desarrollo de la salud pública y la búsqueda de nuevas miradas al desarrollo social. Con relación al cierre de brechas de las inequidades, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), formuló tres recomendaciones principales: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución inequitativa del poder, el dinero y los recursos; y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (Ejecutivo, 2009).

Un reto que presentan las diversas profesiones de salud es aprender a mirar el problema de salud más allá del campo biomédico. En odontología el enfoque biológico ha sido dominante, tanto en la formación del recurso humano, como en las investigaciones de esta disciplina. Las acciones realizadas por los servicios y los odontólogos se centran en acciones individuales, a pesar de que las revisiones cuestionan la falta de teoría que soportan (Kay, 1998, citado por Watt, 2002). Watt (2002), en su artículo acerca de teorías emergentes en la determinación social de la salud manifiesta cómo el énfasis, al menos en el Reino Unido, está dirigido a reducir las desigualdades en salud.

El informe de Salud Oral en América (Smedley & Syme, 2000) realza el papel de lo social y los determinantes ambientales de la salud oral, al igual que la necesidad de adoptar un enfoque diferente en la realización de actividades promotoras de la salud oral. Watt (2002) refiere

que la educación en salud dental ha estado bastante influenciada por la investigación en salud basada en teorías psicológicas del comportamiento desarrolladas para explicar estilos de vida individuales y todavía se está utilizando como eje teórico de la salud dental en educación.

Las intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades de salud bucal necesitan ser guiados por marcos teóricos que se desarrollan a partir de un análisis de los orígenes y procesos subyacentes a las disparidades de salud (Watt, 2002). La atención a la gestante por parte del servicio de odontología es una oportunidad para mejorar la calidad de vida tanto de la madre como del bebé. La detección oportuna de patologías orales asociadas con compromisos sistémicos en la gestante puede contribuir a disminuir las complicaciones relacionadas con parto y las consecuencias derivadas del bajo peso al nacer (López, Smith & Gutiérrez, 2002; Boggess, Madianos, Preisser, Moise Jr. & Offenbacher, 2005).

Las acciones en salud oral deben acudir, por lo tanto, no solo a los factores del comportamiento en la construcción de hábitos saludables, sino también a los entornos sociales en los que las conductas de salud se desenvuelven (Sanders, Spencer & Slade, 2006).

Desde la segunda década del siglo XX se reconoció la importancia del cuidado dental prenatal, incluyendo una nutrición e higiene oral adecuada. Más tarde se identificó la relación existente entre el período de gestación y la inflamación de las encías (Chiodo & Rosenstein, 1985). El aumento del metabolismo de estrógeno por la encía y la síntesis de prostaglandinas, contribuyen a estos cambios (Lee, Mc Williams & Janchar, 1999). Estos hallazgos sugieren que en el primer trimestre de embarazo es ideal que la paciente acuda al menos dos veces al odontólogo, con el propósito de detectar problemas y planear su tratamiento durante el segundo trimestre. La visita inicial debe incluir consejería y prevención e informarle sobre los problemas más frecuentes que pueden presentarse durante el período de gestación y la forma apropiada de abordar la prevención o el tratamiento de estos (Chiodo & Rosenstein, 1985). Otros estudios han demostrado los límites y las barreras al tratamiento durante el embarazo, con relación al paciente y al proveedor de servicios (Pistorius, Kraft & Willershausen, 2003).

En un estudio realizado por Strafford, Shellhaas y Hade (2008) se encontraron diferencias entre las percepciones de pacientes, odontólogos y obstetras respecto de la seguridad, accesibilidad y necesidad de tratamientos dentales a las gestantes.

Los factores económicos, el nivel educativo, el estado marital, la tenencia de un seguro de salud, se han encontrado relacionados con la utilización del control prenatal (Simkhada, Teijlingen, Porter & Simkhada, 2008). En una revisión de síntesis narrativa se identificaron y analizaron los principales factores sociales y económicos que tienen que ver con el acceso y la atención de las embarazadas a la consulta dental (Ojeda, 2013). El proceso de revisión incluyó la identificación del enfoque de revisión, búsqueda y asignación de evidencia disponible, especificación de pregunta, estudios, además de la recopilación de datos y el evaluó de calidad del estudio. Se tuvo en cuenta como criterio de inclusión que las publicaciones fueran en idiomas inglés, español y portugués. El ambiente fue el ámbito institucional y el servicio de odontología. El grupo etario fueron mujeres mayores de 13 y menores de 45 años. La búsqueda fue global. De 2.630 trabajos de investigación inicialmente identificados mediante la búsqueda de criterios, 2.490 resultaron irrelevantes cuando los títulos se examinaron y 20 fueron duplicados. Los resúmenes de los 120 documentos restantes fueron evaluados, lo que resulta en 84 artículos para examinar en su totalidad. De estos, 12 se excluyeron por no tener el texto completo y se evaluó la calidad de los 72 restantes. De estos, 39 no se tomaron en cuenta por deficiente calidad metodológica y 33 fueron incluidos, de los cuales treinta fueron estudios cuantitativos y reflejan el dominio de posturas de corte positivista en la investigación de factores sociales y económicos relacionados con la salud bucodental. Se requiere realizar estudios, no solo con las herramientas cuantitativas, sino con aquellas que logren una mejor aproximación a categorías que describan a los sujetos como seres sociales, históricos; sus dinámicas e interacciones, y que evalúen la influencia de determinantes sociales en la salud bucodental de un grupo vulnerable como el de embarazadas.

Dos terceras partes de los estudios analizaron la escolaridad y aproximadamente el cincuenta por ciento analizó la edad, la etnia y los ingresos; una quinta parte tuvo en cuenta el nivel socioeconómico. Los

estudios, hechos en tres países latinoamericanos y un país africano, no tuvieron en cuenta la etnia, ni la tenencia de seguro de salud, ni estado marital.

Estados Unidos es el país con mayor número de investigaciones que relacionan factores sociales y económicos con el acceso a la atención odontológica. Aunque los estudios realizados no son producto de investigaciones nacionales ni por sistemas de monitoreo de evaluación del riesgo a gestantes, excepto cuatro efectuados en Estados Unidos, podemos analizar las tendencias en cada uno de ellos teniendo en cuenta el contexto donde viven las gestantes. Así observamos que el número de gestantes que no asisten a la consulta dental en la situación más crítica oscila alrededor del 30% en Estados Unidos; 50% de las gestantes no fueron a la consulta dental en el estudio de Australia, y en el caso de países de Latinoamérica, África y Asia la no asistencia a gestantes era mayor (del 66,6% al 75,5%). Esta situación refleja en cierta forma cómo las condiciones de salud oral están relacionadas con el desarrollo alcanzado por cada país. Una de las razones por las que América Latina no ha alcanzado las metas de reducir las caries al ritmo de los países desarrollados consiste en que los altos índices de caries están relacionados con la pobreza (Petersen, 2003).

En cuanto a la etnia, los estudios hechos en Estados Unidos revelan que las gestantes que menos consultaron odontología fueron las de minorías étnicas, y entre estas el ser hispano se asoció con la no búsqueda de consulta dental (Gaffield et al., 2001). En países con diferencia marcada en la distribución de gestantes participantes, como Malasia y Grecia, no se hallaron diferencias significativas en la proporción de gestantes que asistieron a consulta dental. La condición hispana o afroamericana las ubica en situación de desigualdad con otros determinantes sociales como el ingreso y la tenencia de un seguro, según lo encontrado por Ebrahim et al. (2009) donde las hispanas presentaban el mayor porcentaje de pobreza de ingresos (51,3%) y los no asegurados (30,7%), mientras que los afroamericanos (34,3%) tuvieron el mayor porcentaje entre quienes vivían en malas condiciones de capital social.

Esta revisión también determinó que el nivel de escolaridad, el ingreso familiar, el estado marital y contar con un seguro de salud, están

relacionados con asistir a la consulta dental. En una revisión realizada por Simkhada et al. (2008) acerca de utilizar el control prenatal en países en desarrollo, se describe la restricción financiera como el factor más importante para no utilizar dicho servicio y que la educación de las mujeres fue el mejor predictor de las visitas al control prenatal; las mujeres casadas, el ingreso y contar con un seguro de salud, tenían relación positiva en la utilización del control prenatal.

El nivel educativo fue otro predictor significativo para utilizar los servicios dentales durante el embarazo (Habashneh et al., 2005). En los estudios se aprecia cómo en países con alto nivel de escolaridad de las gestantes, como en el caso de Estados Unidos, se presenta mayor asistencia a consulta dental; por contraste, en los estudios realizados en Latinoamérica el máximo nivel de escolaridad se repartía entre el nivel de escolaridad primaria y secundaria completa y si se compara la asistencia a la consulta la brecha de inasistencia es grande. Se debe tener en cuenta que el nivel de escolaridad es un determinante estructural, al igual que los ingresos en la determinación social de la salud, de ahí que su estudio y visibilidad son necesarios para adelantar acciones que disminuyan las inequidades que generan.

Con relación al ingreso, dos de los tres estudios hallaron el ingreso asociado con la visita a odontología. El ingreso, al igual que el estatus socioeconómico y el empleo, se considera un determinante estructural en salud generador de inequidades, por consiguiente este factor debe ser tenido en cuenta en los estudios relacionados con la accesibilidad a los servicios bucodentales.

Las reformas al sector salud que se están experimentando en Latinoamérica de acuerdo con directrices del Banco Mundial (BM) han fomentado la privatización de los servicios, que, si bien en algunos países apunta al aseguramiento de la población pobre y vulnerable, también es cierto que en el caso de salud oral la cobertura es parcial, además de solicitarse copagos a la población que no tiene capacidad de hacerlos. Y la existencia de seguros privados para la población con capacidad de pago, si bien emplea a buena parte de la población profesional, solo una minoría puede pagarlos. Además, los paquetes odontológicos, tanto para la población subsidiada como la de los regímenes contributivos, ya sea de forma tripartita en los Estados donde existen sistemas

de seguros sociales o mediante el pago directo del trabajador independiente a aseguradoras privadas o estatales, son reducidos y controlados mediante cuotas moderadoras y en algunos casos limitado a materiales cuyo costo resulte más económico para el asegurador. Esta situación ha llevado a que el acceso a los servicios de odontología en forma integral dependa de la capacidad de pago individual y los énfasis son cada vez más terapéuticas restaurativas que preventivas, lo cual requiere un debate con la bioética como interlocutora para proponer sistemas de equidad como lo propuesto por Abadía-Barrero (2006).

Una característica de las dos patologías orales más frecuentes, la caries y la enfermedad periodontal, es su aparición silenciosa, que como lo plantean Saddki et al. (2010), contribuye a que las gestantes tiendan a retrasar el tratamiento. La mayoría de las madres en este estudio, que no asistieron a la clínica dental, manifestaron no tener problemas dentales.

Los dos estudios cualitativos identificaron y analizaron los obstáculos a la atención dental para mujeres embarazadas. Según las investigaciones de Albuquerque et al. (2004) y Le et al. (2009), los obstáculos relacionados con las gestantes fueron la baja percepción de necesidad, la ansiedad y el miedo, los costos y la dificultad de acceso al servicio dental.

Identificación de la perspectiva teórica con base en los hallazgos

Los estudios reflejan en cierta forma una estructura positivista, en la medida en que se centran en describir las características de los hechos sociales relacionados, en este caso, con la accesibilidad a la consulta odontológica en forma objetiva y neutra. Los hechos son considerados objetivos si se producen con instrumentos estandarizados y la realidad se restringe a lo observable y cuantificable. La mayoría de los estudios en la revisión fueron cuantitativos. Algunos hechos importantes para el no acceso a la consulta, como la percepción de necesidad, la ansiedad que genera en algunas personas el asistir a odontología, el manejo del estrés y aspectos de la vida interior, escapan de la observación primaria.

Las justificaciones teóricas están sustentadas en hechos que describen factores etiológicos de la enfermedad (caries, parto pretérmino, preeclampsia, enfermedad periodontal, etc.) y pocos estudios vinculan elementos sociales en la determinación de la enfermedad.

La postura funcionalista como variantes del positivismo sociológico es más expresa en los estudios de salud donde la sociedad se concibe como sistema y cada parte se integra en el todo como un subsistema y cada sociedad tiene sus mecanismos de control. Describe cómo funciona, por ejemplo, el sistema de salud o la relación médico-paciente, desconociendo las condiciones de su producción y reproducción, así como los conflictos existentes en la sociedad, los intereses que se consideran junto con la medicina como una producción social, y las determinaciones sociales de salud/enfermedad. La no accesibilidad no es abordada como proceso histórico.

La corrientes positivistas y culturalista permanecen aún hoy vivas y pueden ser identificadas por: a) poca valorización conceptual del proceso salud/enfermedad, b) enfoque pragmático y funcionalista de la medicina, c) reconocimiento de las ciencias sociales como accesorios o complemento en la práctica y la teoría médica, d) en la epidemiología, valorización excesiva de la concreción estadística tomada como objetividad, y confusión del fenómeno con la realidad.

En la práctica odontológica el positivismo se manifiesta en la concepción de salud/enfermedad como fenómeno solo biológico individual; en la valorización excesiva de la tecnología; la antropología y la sociología son tomadas como complementarias al estudio de problema bucodentales.

Otra tesis fundamental de la dialéctica marxista es el carácter total de la existencia humana y la ligación indisoluble entre la historia de los hechos económicos y sociales y la de las ideas.

El principio de unión de los contrarios abarca las totalidades parciales y las fundamentales. Esto significa percibir que existe una relación dialéctica entre los fenómenos y su esencia, las leyes y el fenómeno, entre

lo singular y lo universal, lo particular y lo general, la imaginación y la razón, la base material y la conciencia, entre teoría y práctica, lo objetivo y lo subjetivo, y entre inducción y deducción.

La modernización capitalista se traduce en la internacionalización acelerada del capital, industrialización y urbanización también aceleradas, fuertes migraciones del campo hacia las ciudades y desigualdad abismal entre los países más ricos y los más pobres. Abordar el tema de accesibilidad de la gestante debe considerar los contextos mencionados.

En América Latina el movimiento de medicina social ha sido influenciado por el marxismo o corrientes neomarxistas, al igual que por otros movimientos política e ideológicamente ligados a propuestas de cambio social (Mercado, 2002). Este movimiento critica el modelo biomédico porque mira la salud y los problemas de los ecosistemas como un conjunto de fenómenos en un solo plano. Se invita entonces a ver no solo la punta del iceberg, donde son visibles las evidencias por lo general aisladas, desconectadas de casos clínicos o problemas ambientales, sino también apreciar lo sumergido, los procesos determinantes en movimiento que la investigación debe desentrañar. Las patologías orales han sido vistas desde modelos lineales reduccionistas, en los que una serie de factores, como bacterias, dietas (sacarosa), el estrés, la vulnerabilidad de las estructuras bucales y la capacidad protectora de la saliva, interactúan para generar caries.

La postura crítica invita a considerar los siguientes aspectos en la determinación compleja de la salud: a) el espacio macro/micro; general/particular/singular; b) el carácter de movimiento como reproducción/generación; c) la jerarquía del movimiento como conexión/autonomía relativa; d) la identidad como comunalidad/diversidad, y e) el sistema abierto-irregular/cerrado-regular. Es decir, el proceso es dialéctico. Estudiar la accesibilidad de la gestante a los servicios dentales tendría entonces en cuenta dominios de la vida social en los que se determina la salud, tales como el dominio general, en el que toda la sociedad a través de políticas públicas facilite el acceso y la gratuidad del servicio para las mujeres embarazadas; en el dominio particular, tendría en cuenta los grupos sociales, clases, género, etnias, y según las gene-

raciones con sus modos de vida; y en el dominio singular abarcaría a la gestante en su ciclo de vida y a sus familias, con su cotidianidad y estilos de vida.

Con relación al estilo de vida, en el que juega el libre albedrío individual, se tendrá en cuenta el itinerario típico personal en la jornada de trabajo, el patrón familiar y personal de consumo, el acceso a los servicios y la calidad de estos, concepciones y valores personales, capacidad individual para organizar actividades en defensa de la salud como derecho humano. El perfil epidemiológico en estas dimensiones se estudiará con una dinámica de procesos protectores fisiológicos y procesos destructivos fisiopatológicos.

Las categorías serán la sociedad y los mecanismos de reproducción social (tanto en prestadores de servicios, formador de profesionales, generadores de políticas, relaciones de poder e inequidad, etc.); la cultura, acercándonos un poco a la cosmovisión de países multiétnicos y multiculturales como los latinoamericanos; y la determinación y el perfil epidemiológico de los problemas bucodentales de la gestante. Los procesos protectores y destructivos se analizarían en el dominio general desde los procesos estructurales y en el dominio particular desde los modos de vida, los patrones de exposición y vulnerabilidad, las condiciones fisiológicas prevalentes; y en el dominio singular, los patrones de exposición-protección.

Durante la gestación ocurren procesos contrapuestos en la dimensión de la vida y la naturaleza. La existencia de procesos destructivos biológicos como la enfermedad periodontal y la exacerbación de la respuesta inflamatoria con el aumento de prostaglandinas, ponen en riesgo tanto a la gestante como a la nueva vida. Qué factores protectores desde la perspectiva de los derechos humanos está ofreciendo la sociedad para promover vida desde su génesis y cuáles son esos bienes o soportes que debe dar la sociedad para contar con comunidades saludables, serán tenidos en cuenta desde la perspectiva de la teoría crítica. Como lo plantea Jaime Breilh en su libro de epidemiología crítica, el carácter demovimiento se da entre las estructuras de reproducción a nivel macro y los procesos generativos a nivel micro.

Para hacer frente a las desigualdades que afectan en todo el mundo a países ricos y pobres, el ex director general de la OMS, doctor Lee Jong-Wook, creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) en 2005, la cual distingue tres tipos de determinantes: los estructurales (ingreso, educación, género, familia, etc.), que conducen a la diferenciación de desigualdades principalmente de carácter socioeconómico, ya que influyen en las oportunidades que las personas tendrán para satisfacer sus necesidades de salud; los individuales, que influyen en el estado físico de la persona y revelan la vulnerabilidad en el individuo de padecer cierto tipo de enfermedades, por ejemplo: pertenecer a un grupo con riesgo de enfermedad, condiciones y estilos de vida; finalmente, los determinantes asociados a los servicios de salud en los que se incluyen principalmente el acceso y la oferta y calidad de los servicios de salud, elementos indispensables al evaluar la equidad de servicios de salud (Rico, 2008). La amplia mayoría de desigualdades en materia de salud entre —y en— los países son evitables y, por ende, injustas. La Comisión está creando un movimiento mundial para el cambio con el fin de mejorar la salud global y reducir la inequidad en salud.

Conceptos como acceso, equidad y necesidad son difíciles de definir y medir dada su complejidad (European Commission, 2007). La definición más sencilla de equidad para los tomadores de decisiones es relacionar igual acceso para igual necesidad. No hay consenso sobre la definición de necesidad, aunque con mayor frecuencia en problemas de salud se utiliza para indicar que se requiere atención sanitaria. El acceso, por su parte, es un concepto multidimensional, influenciado por factores de oferta y demanda; sin embargo, es común aproximarlo a la utilización del servicio de salud que se observa fácilmente. Cuestiones metodológicas surgen al simplificar los términos complejos, por ejemplo, determinar la utilización solo para definir el acceso deja de lado otros factores importantes, como calidad de la atención y las barreras culturales y financieras, necesarios en la comprensión de las desigualdades (European Commission, 2007). Grupos como las personas pobres, las personas mayores, los inmigrantes legales e ilegales, las personas con discapacidad y las minorías étnicas pueden tener diferentes necesidades de atención en salud y de expectativas (Healy & McKee, 2004).

Petersen y Kwan (2011) consideran que con un enfoque de determinantes sociales y equidad en salud las intervenciones a considerar tendrían como objetivo aumentar el nivel general de educación, fomentar la igualdad de oportunidades, mejorar las prestaciones sociales y de empleo, superar las barreras en la atención de salud, promover la vivienda asequible, proteger a las minorías y los grupos vulnerables de la discriminación y la exclusión social. En el informe publicado por la OMS en 2010, denominado “Equidad, determinantes sociales y programas de salud pública” se seleccionaron doce problemas de salud pública, uno de ellos: la salud oral. Los principales criterios en la priorización fueron:

- Representan una gran carga global de la enfermedad.
- Presentan grandes disparidades entre —y dentro de— las poblaciones.
- Afectan desproporcionadamente a ciertas poblaciones o grupos de ellas.
- Son emergentes.

La carga de la enfermedad oral coincide con los cuatro criterios principales de condiciones críticas de salud pública y es la primera vez en la historia de la OMS que al área de la salud bucal se le da tanta atención a tan alto nivel (Petersen & Kwan, 2011).

Las intervenciones que tengan en cuenta los enfoques sobre los factores de riesgo y los principios de la Carta de Ottawa para promocionar la salud son las más eficaces. Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con varias patologías crónicas. Abordar estos factores de riesgo comunes, como la dieta, la higiene, el estrés, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la exposición en los primeros años de vida a una serie de enfermedades orales, permite que puedan ser tratados al mismo tiempo. Tras evaluar las necesidades, las estrategias que se dirigen a ciertos grupos de alto riesgo con necesidades complejas deben ser consideradas junto con los enfoques de población. Las actividades de la comunidad deben ser fortalecidas mediante estrategias de empoderamiento por parte de ella. Los servicios de salud

oral se puede orientar para que respondan mejor a las necesidades de las personas desfavorecidas al aplicar la atención comunitaria (Peteresen & Kwan, 2011).

Las medidas que se centran solo en los factores intermedios como estilo de vida y las influencias conductuales tienen éxito limitado en la reducción de las inequidades en salud bucal (Watt 2007; McKinlay 1998).

La posición socioeconómica influye en la salud a través de factores intermediarios específicos, incluidas circunstancias sociales como la vecindad y las condiciones de trabajo y vivienda, particularidades psicológicas y conductuales, y factores biológicos. Los factores conductuales incluyen el enfoque de factores de riesgo común. Las personas de grupos socioeconómicos más bajos nacen, viven, trabajan y envejecen en circunstancias materiales menos favorables que las de grupos socioeconómicos más altos y participan con más frecuencia en comportamientos perjudiciales para la salud (Watt & Sheiham, 2012).

En una investigación sobre acceso y atención odontológica a escolares en Roldanillo (Colombia), realizada por Corchuelo (1993), se logró transformar la realidad en salud oral con la participación activa de líderes comunales, grupos de adolescentes y el trabajo intersectorial, mediante propuestas generadas a partir de un problema sentido por habitantes de una zona rural, en el que el sector salud, representado por el hospital regional, acompañó un proceso de negociación en el plan de desarrollo de las veredas participantes. El abordaje cualitativo en procesos es la mejor manera de abordar subjetividades sociales.

Aportes de la experiencia investigativa en Cali

Las autoridades de salud han recomendado la asistencia de la gestante a odontología porque la detección oportuna de patologías orales puede contribuir a disminuir las complicaciones relacionadas con el parto y las derivadas del bajo peso al nacer, además de contribuir a la prevención de problemas bucodentales en el bebé. En el año 2012 se realizó un estudio con el propósito de identificar y analizar los principales factores sociales de la mujer embarazada relacionados con la atención dental. Fue una investigación transversal analítica mediante

entrevista a 993 mujeres en puerperio, en ocho instituciones públicas y privadas de Cali. Las variables que mostraron asociación en el análisis bivariado ($p < 0,05$) fueron candidatizadas para generar hipótesis mediante la construcción de modelos de regresión logística a través de variables agrupadas en dimensiones sociales, económicas, de servicios, comportamiento y estilos de vida. Las entrevistas se realizaron entre enero y octubre de 2012. Los resultados mostraron que 83,0% de las entrevistadas fueron atendidas en odontología durante la gestación (OR = 2,13; IC = 1,52-2,98). La red pública atendió la mayor parte del régimen subsidiado (82,6%) y casi la totalidad de las no aseguradas (95,1%); en las clínicas privadas se atendió el 99,8% de las afiliadas al régimen contributivo; 63,9% manifestó que los problemas dentales pueden estar relacionados con problemas del embarazo. En el análisis de regresión logística los factores significativamente asociados con la visita a odontología durante el embarazo fueron: lo social (nivel de escolaridad, estado marital), lo económico (suficiencia de recursos, nivel socioeconómico), servicios de salud (información recibida en control prenatal para asistir a odontología, orientación en cómo cuidar los dientes, remisión a odontología), frecuencia en consumo de alimentos ricos en azúcares extrínsecos no lácteos, y la paridad (Tabla 1).

A pesar de las limitaciones que presenta un estudio transversal, los resultados permitieron un acercamiento razonable a los determinantes sociales y económicos de acceso a la atención odontológica de mujeres embarazadas en Cali (Corchuelo-Ojeda & Pérez, 2014).

Al analizarse la condición afrodescendiente se observó que, si bien tres cuartas partes de ellas acudieron a consulta odontológica, su acceso fue diferencial con relación a los otros grupos. El estudio aporta elementos para explorar la oportunidad de acceso de algunos grupos étnicos y es insumo para identificar en qué medida las desigualdades en salud de las minorías étnicas, con relación a la salud bucodental, son iniquidades.

En este trabajo se analizaron los ingresos a partir de las percepciones de dos aspectos de la vida diaria: suficiencia de recursos para cubrir los gastos básicos del hogar, y percepción que tenía la madre entrevistada sobre la cuantía de sus ingresos; además, estas dos variables fueron complemento de la variable tipo de aseguramiento en salud, un indica-

dor directo del nivel de clasificación socioeconómica. Se encontró que las gestantes de escasos recursos asistieron en menor proporción a la consulta odontológica que quienes presentaban mejores condiciones, pese a que el seguro de salud incluía la atención odontológica en el plan de beneficios (Corchuelo-Ojeda & Pérez, 2014). Esta situación es similar a lo establecido por Lydon-Rochelle et al. (2004) y Habashneh et al. (2005), quienes en sus análisis de regresión simple encontraron asociación significativa del ingreso con la consulta odontológica.

Se halló también que la primiparidad fue un factor asociado con ir a la consulta dental durante la gestación, a diferencia de otros estudios en los cuales solo se reporta la paridad pero no la relacionan con la atención odontológica. En este sentido, el desconocimiento de las madres de un evento nuevo para ellas como la gestación, así como su preocupación por que no hubiera sobresaltos durante el embarazo, puede haber favorecido su mayor asistencia a la consulta odontológica, a diferencia de las madres más experimentadas.

En esta investigación el fomentar desde el control prenatal la asistencia al servicio de odontología durante el embarazo, la remisión a odontología dada a la gestante y la educación en el control prenatal acerca de la salud oral, se identificaron como factores claves para decidir la gestante asistir al servicio. En publicaciones revisadas desde 1990 hasta la fecha se había encontrado que más de la mitad de las gestantes no recibieron información respecto de asistir al servicio de odontología (Saddki, Yusoff & Yew, 2010) y que la educación en salud bucodental recibida era un factor significativamente asociado con la visita de las madres a odontología. Es importante resaltar que este estudio muestra cómo el compromiso del médico y la enfermera en el control prenatal de remitir a consulta dental hace que la remisión a valoración sea la principal causa de consulta en odontología (Corchuelo-Ojeda & Pérez, 2014).

Tabla 1.
Asociación de variables sociodemográficas, económicas y de servicios con la asistencia a odontología durante el embarazo.
Resultados del análisis multivariado (Cali, 2012)

Variable	OR crudo	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
Estado marital				
Con pareja (casada, unión libre)	2,6	1,8-3,7	2,8	1,7-4,5
Sin pareja (soltera, separada, divorciada, viuda)	1,0		1,0	
Nivel de instrucción				
Hasta secundaria incompleta	1,0		1,0	
Secundaria completa y superior	2,6	1,8-3,6	1,7	1,1-2,7
Suficiencia de ingresos para pago de necesidades básicas				
Suficiente o lo justo para vivir	2,4	1,7-2,4	1,8	1,1-2,8
Insuficientes	1,0		1,0	
Sitio de atención				
Clínica red pública	1,0		1,0	
Clínica red privada	2,1	1,5-3,0	2,3	1,4-3,7
Le orientaron cómo cuidar sus dientes durante el embarazo				
Sí	1,0		1,0	
No	5,5	3,9-7,8	6,0	3,9-9,2
Recibió en el control prenatal información para asistir a odontología				
Sí	1,0		1,0	
No	8,4	5,2-13,8	5,7	3,1-10,8
Comparativo remisión vs. otras causas de consulta				
Por remisión	8,1	4,9-13,5	7,0	4,0-12,0
Por otras razones	1,0		1,0	

Paridad				
Primípara	2,1	1,5-2.9	2,5	1,6-3,8
Múltipara	1,0		1,0	

Fuente: Corchuelo-Ojeda & González. (2014).

Determinantes sociales como nivel socioeconómico y estilo de vida resultaron asociadas al acceso de las gestantes al servicio de odontología durante el embarazo. Se evidencian desigualdades tanto en el modo como en el estilo de vida, relacionadas con la salud oral de las madres caleñas asistentes a los servicios de salud durante el embarazo (Corchuelo, 2013).

La autovaloración que tiene la madre sobre su salud oral estuvo relacionada con la percepción de ingresos y si dichos ingresos le resultan justos o suficientes para vivir. A su vez, la percepción sobre su salud oral estuvo relacionada con la visita al servicio de odontología.

Los conocimientos que tienen que ver con la salud oral tuvieron una diferencia marcada por el tipo de aseguramiento, situación que refleja cómo las condiciones socioeconómicas determinan el tipo de seguridad social al clasificar a las personas con mejor poder adquisitivo, empleo y mejores posibilidades de acceder a los conocimientos, como en el caso de temas relativos a la salud oral de las madres entrevistadas. El nivel de conocimientos también depende de la escolaridad alcanzada y debe tenerse en cuenta este comportamiento en la interpretación como variable de confusión en relación con el acceso a la atención odontológica. Al hacer el análisis ajustado controlando escolaridad y conocimientos en salud oral se observa que el efecto del nivel de escolaridad se ve afectado, pero debe considerarse que el acceso a la educación es estructural y el acceso al conocimiento en salud oral resultó asociado a factores relacionados con el estilo de vida. Al explorar la variable conocimientos en salud oral controlando variables socioeconómicas estructurales y del estilo de vida, se encontraron como posibles variables predictivas el tipo de aseguramiento (OR = 6,5 IC 95% = 4,7-9,3), nivel de escolaridad (OR = 2,6 IC 95% = 1,9-3,7), creencias en salud oral (OR = 1,8 IC 95% = 1,3-2,7) y etnia (OR = 1,5 IC 95% = 1,04-2,1) (Corchuelo, 2013).

Las hipótesis relacionadas con conocimientos, creencias, conductas y prácticas en salud oral se corroboran con la percepción que sobre su salud oral tienen las madres en puerperio inmediato; difieren según si asistieron o no a la consulta odontológica durante el embarazo (tabla 2); además, se encuentra que las afrocolombianas presentan mayores desventajas respecto del tipo de seguridad social en salud, con los conocimientos adquiridos sobre salud oral, con mayor frecuencia en consumo de azúcares extrínsecos no lácteos y más creencias desfavorables en salud bucodental frente a mejores prácticas de higiene oral. Entre las limitaciones del estudio se debe tener en cuenta que aspectos culturales evaluados, como estilo de vida, a través de conocimientos, creencias, prácticas y frecuencia en el consumo de azúcares extrínsecos no lácteos, tuvieron pruebas de fidelidad diferentes, con valores alfa de Cronbach calificados como aceptables tanto para conocimientos y prácticas en salud oral como frecuencia en el consumo de azúcares, y medianamente aceptables con relación a creencias en salud oral. El componente de creencias requiere de más estudio que permita construir agrupamientos más sensibles para el análisis (Corchuelo, 2013).

Tabla 2
Dimensiones del estilo de vida en salud oral relacionadas con el acceso a odontología durante la gestación (Cali, 2012)

Dimensiones del estilo de vida en salud oral	% N = 993 Asistió a la consulta dental		Valor p	OR	IC 95%
	Sí	No			
Evaluación de conocimientos en salud oral					
Buenos conocimientos	61,9	87,5	12,5 <	2,2	1,6 -3,1
Regulares y malos conocimientos	38,1	75,7	24,3	0,01	1,0
Riesgo en el consumo de dieta					
cariogénica	73,6	87	13,0 <	2,63	1,86-3,72
Porcentaje de madres con menor riesgo	26,4	71,8	0	0,01	1,0
Porcentaje de madres con mayor riesgo			28,2		
Creencias en salud oral					
Calificación de creencias favorables	23	81,6	18,4 0	N.S.	
Prácticas en higiene oral					
Calificación aceptable	83,4	85,8	14,6 <	24	1,6-3,5
Calificación no aceptable	16,6	70,9	29,1	0,01	
Autovaloración de la salud oral					
Buena	60,8	86,1	13,9 <	0,0	1,2-2,4
Regular o mala	39,2	78,1	21,9	1	1,0

Fuente: Corchuelo, (2013).

El estudio efectuado en Cali concluye que hay buena cobertura en acceso al servicio de odontología, pero existen diferencias sociales expresadas en gradientes, en el acceso, los conocimientos y las prácticas en salud oral de las gestantes caleñas.

Los resultados de este análisis sugieren que la reducción de las disparidades en salud oral requiere desarrollar estrategias que vayan más allá de las causas proximales de la enfermedad, dejar de culpabilizar a la víctima y abordar los factores del modo de vida, de modo que permitan cambiar el ambiente que afecta los comportamientos expresados en estilos de vida.

Perspectivas en la formación de odontólogos

Los odontólogos formados en nuestras escuelas reproducen el enfoque biológico a pesar de los intentos en algunas de incluir abordajes sociales en los currículos. Concebir la sociedad como un organismo lleva a que las ciencias básicas, las clínicas, reproduzcan posturas planteadas por Parson en el funcionalismo. Lo social no despierta interés en los estudiantes motivados por la tecnología y la oportunidad de generar ingresos mediante soluciones individuales en sistemas donde la odontología ha sido entregada al libre mercado, lo cual aumenta la inequidad en el acceso.

Los currículos de odontología deben asumir el aporte de las ciencias sociales en la formación para entender la realidad de América Latina y generar posturas críticas frente al desarrollo. En América Latina la deuda externa, que incide drásticamente en las condiciones de vida de su población, ha afectado el poder adquisitivo de las personas de ingresos medianos y bajos de la región, agravado en especial por la contracción del gasto público en los sectores sociales, lo que ha llevado a restringir el acceso a los servicios básicos, entre ellos los de salud.

Las escuelas colombianas de odontología, en el III Congreso Nacional de Odontología Colectiva realizado en Cali en noviembre de 2010, adelantó talleres para cualificar a estudiantes y profesores en el abordaje crítico de la salud pública bucal con líderes del movimiento de medicina social en Latinoamérica, en el que además se formularon recomendaciones para que el IV Estudio Nacional de Salud Bucal se planteen asuntos de determinación social en salud.

La odontología ha estado formando su recurso humano bajo la dirección de los departamentos de medicina preventiva o medicina social, que son los encargados en algunas facultades de aportar la docencia

en todas las disciplinas de salud con hegemonía de la disciplina médica. Debe tenerse en cuenta que en América Latina, hasta antes de década de los cincuenta, la medicina preventiva era una subdivisión de la higiene. Después de los seminarios de Viña del Mar surgieron los departamentos de medicina preventiva, que podemos decir, materializan el aparato ideológico de esta. Se plantea la creación de un nuevo profesional médico con otra actitud, que enfrente la situación problemática en el área de la salud. Se le darían a este nuevo profesional conceptos como salud y enfermedad, historia natural, multicausalidad y actitud social para justificar su alternativa de cambio. Se configura en América Latina un área de tensión por lo que se enfrenta a la escuela médica, los estudiantes y los servicios de salud, de modo que el discurso preventivista resulta simultáneamente crítico, apologista y tecnocrático. Creo que las escuelas en Latinoamérica tienen esta dirección preventivista como paradigma que asume que las relaciones sociales entre médico-paciente, familias, comunidad, otros profesionales e instituciones son determinadas por una actitud que requiere ser revisada, transformada, si queremos avanzar en la comprensión de la determinación social en la salud.

Ahora, al hablar de la diferencia entre medicina preventiva y social, es muy pertinente la conclusión del Encuentro de docentes de medicina preventiva en el estado de Sao Pablo (1970). No cabe duda en que difieren tanto en origen como en evolución. La medicina preventiva se desarrolló en las escuelas estadounidenses por la necesidad de perfeccionar la medicina individualista, como resultado de la tendencia hacia la especialización, y la formación del odontólogo tiene esta tendencia. La medicina social, por su parte, tiene orígenes en Alemania y Francia, aunque la difusión del concepto se deba a Inglaterra, y se desarrolla en medio de cambios sociales resultantes de la Revolución Industrial, como medicina integrada en el campo de la salud bajo la responsabilidad del Estado, de ahí que en los estudios relacionados con determinantes sociales en el área de odontología sean los ingleses los que han generado propuestas teóricas.

La educación odontológica a nivel continental fue influida primero por corrientes europeas y luego por la odontología flexneriana de Estados Unidos. Más adelante se incorporó la odontología preventiva y social, con lineamientos tomados de los departamentos de medicina preventiva.

Se debe fomentar en las escuelas de formación la reflexión del concepto de salud

Para acercarnos a una definición de salud hay que preguntarse qué hemos hecho tradicionalmente en torno a la salud y a la enfermedad, que son conceptos inseparables. Empezaría la reflexión distinguiendo entre dos campos de conocimiento y acción que el modelo biomédico separa: la salud colectiva y la salud individual. La salud individual ha llevado a orientar la atención a través de terapia unipersonal, en la cual los fenómenos de salud que se observan, explican y atienden a las personas y sus familias, tienen como ámbito de acción determinantes y patrones individuales cotidianos (estilos de vida, por libre albedrío), formas de exposición y salud individuales, mecanismos patocinéticos y patodinámicos, y protectores individuales. La salud colectiva, en la cual los fenómenos se observan y afrontan en la dimensión social o colectiva, llevan a determinantes y patrones sociales en los que se tendrá que intervenir no el estilo de vida, sino los modos de vida estructurados, los patrones de exposición, la vulnerabilidad y la protección colectiva de la salud. Para avanzar en la comprensión de lo que es salud se debe abarcar la construcción del concepto en sus dimensiones ontológicas, epistemológicas, metodológicas y teleológicas. Los conocimientos a tener en cuenta para entender la complejidad del concepto salud/enfermedad surgirá del diálogo entre las ciencias de la vida, las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento. Un ejemplo de este diálogo debe empezar por mirar y ver que los factores que afectan la salud de la población no son de la misma naturaleza que aquellos empleados para diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades específicas (Foucault, 1997; Evans, 1996). Los diversos actores que promueven el acceso a salud y la atención integral de las gestantes tienen el reto de aprender a mirar la salud como lo plantean Joan Benach y Carles Muntaner, pero en profundidad, mirar la salud desde las perspectivas de la inequidad, la clase social y la lucha por transformar la sociedad.

La postura crítica del marxismo al positivismo sigue vigente en países como los nuestros, donde se observa deterioro de las condiciones de vida, donde la respuesta desde el sector salud con enfoque solo biológico de la enfermedad se queda corto, donde el avance científico y tecnológico de la medicina no ha correspondido con la mejoría en salud de la población. Además, la distribución tan desigual de la riqueza genera inequidades en varios componentes del bienestar y por lo

tanto se requieren abordajes que comprometan a la ciudadanía de modo que teoría y práctica se junten, y que los actores sociales, incluyendo los profesionales de la salud, tengan posiciones políticas e ideológicas.

La revisión de los modelos planteados y su evolución ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad; uno de los primeros y entre los más influyentes, fue el de Lalonde, en 1974, quien identificó como determinantes claves los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, con un enfoque que planteaba que la salud es más que un sistema de atención. Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptadas por Acheson en su informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña. Este modelo describe los principales determinantes de la salud como capas de influencia; en el centro se encuentran el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud, pero que no son cambiables; y a su alrededor las capas, que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.

Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no la salud de los individuos, hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa.

Otra aproximación al entendimiento de los procesos sociales que afectan a la salud, también citada por Acheson, considera las inequidades en salud como producto de exposiciones y vulnerabilidades diferenciales que surgen a partir de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, que generan interacciones socio-psico-biológicas; destaca la importancia de los primeros años de vida y la conexión entre lo so-

cial y lo biológico, y explora las vías causales, que van desde la estructura socioeconómica hasta los cambios fisiopatológicos que producen impacto en la salud.

Abordar el problema del acceso a la atención odontológica de la gestante desde la teoría crítica permitirá ver la realidad moldeada por fuerzas económicas y sociales, hacer hallazgos mediados por valores, descubrir mitos relacionados con el acceso a la consulta dental, empoderar a las gestantes para ejercer sus derechos de salud en una sociedad en conflicto, identificar creencias de las gestantes (papel del sentido común), dar herramientas para el cambio teniendo como criterio de calidad una ubicación histórica de la situación de las gestantes y los servicios de odontología, generar estímulos para la acción y, como investigador, ser activo en propuestas de cambio.

Conclusiones

Las entidades formadoras de profesionales de salud y los actores participantes en la dirección, aseguramiento, prestación y control de los servicios de salud deben buscar estrategias que prioricen el cierre de las grandes inequidades presentes en la región, a partir de una fundamentación en salud pública que genere posturas críticas frente al desarrollo. El abordaje de accesibilidad y atención odontológica a gestantes presentado en este capítulo evidencia como las investigaciones están dominadas por estudios empíricos en los que predomina el paradigma positivista. Son muchos los estudios, pero pocos presentan el rigor metodológico y escasos los que plantean posturas teóricas ya sea para explicar, comprobar, comparar o interpretar la realidad, y menos aún, para transformarla. Se observa debilidad para abordar los problemas de salud por su marcado enfoque biomédico que hace parte de su formación disciplinar y reproduce en los diferentes campos sociales donde interactúa. Aunque las investigaciones de tipo empírico analítico parten de una visión reduccionista del mismo método científico, se hace visible la interacción de determinantes sociales, ya sea como barreras para acceder al servicio de salud o como variables participantes en la mayor o menor presencia de morbilidad y mortalidad. Es necesario incluir en la formación del personal de salud elementos de epistemología que permitan entender la realidad más allá de la epidemiología clásica predominante.

Referencias

Abadía-Barrero, C. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica*, 12(1), 9-22.

Albuquerque, O. R. M.; Abegg, C., & Rodrigues, C. S. (2004). Pregnant women's perceptions of the family health program concerning barriers to dental care in Pernambuco, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 20(3), 789-796.

Boggess, K., A.; Madianos, P. N.; Preisser, J. S.; Moise, K. J., & Offenbacher, S. (2005). Chronic maternal and fetal Porphyromonas gingivalis exposure during pregnancy in rabbits. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(2), 554-557.

Chiodo, G. T., & Rosenstein, D. I. (1985). Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. *Journal of American Dental Association*, 110, 365-368.

Corchuelo, J. (1993). Atención primaria en salud oral, área montañosa de Roldanillo – Colombia. *Federación Odontológica Colombiana*, 45(179), 48-52.

Corchuelo, O. (2013). Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 170-180.

Ojeda, J. C. (2013). A literature review on social and economic factors related to access to dental care for pregnant women. *The Journal*, 1(1), 25.

Corchuelo-Ojeda, J., & Pérez, G. J. G. (2014). Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 30(10), 2209-2218.

Department of Health and Human Services (2000). Oral health in America. A report of the surgeon general. Washington, D. C.

Ebrahim, S. H.; Anderson, J. E.; Correa, R.; Posner, S. F., & Atrash, H. K. (2009). Overcoming social and health inequalities among US women of reproductive age—Challenges to the nation's health in the 21st century. *Health Policy*, 90(2-3), 196-

Ejecutivo, C. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría.

European Commission (2007). Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices, Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1 - Social and Demographic Analysis European Commission, Bruselas. Recuperado de http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/rn_access_to_care.pdf(10/11/2012)

Gaffield, M. L.; Gilbert, B. J.; Malvitz, D. M., & Romaguera, R. (2001). Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *Journal Of The American Dental Association*, 132(7), 1009-1016.

Habashneh, R. A.; Guthmiller, J. M.; Levy, S.; Johnson, G. K.; Squier, C.; Dawson, D. V., et al. (2005). Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology*, 32, 815-821. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00739.x

Kay L., & Locker, D. A. (1998). *Systematic Review of the Effectiveness of Health Promotion Aimed at Promoting Oral Health*. Londres: Health. Education Authority.

Lee, A.; Mc Williams, M., & Janchar, T. (1999). Care of the pregnant patient in the dental office. *Dental Clinics of North America*, 43:485-494.

López, N. J.; Smith, P. C., & Gutiérrez, J. (2002). Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomizedcontrolled trial. *Journal of Periodontology*, 73(8), 911-924.

Lydon-Rochelle, M.; Krakowiak, P.; Hujoel, P., & Peters, R. (2004). Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. *Am J Public Health*, 94, 765-771.

McKinlay, J. B. (1998). Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – Implications for health policy. *Salud Pública Mex.*, 40(4), 369-379.

Mercado, F. J. (2002). Investigación cualitativa en América Latina: perspectivas críticas en salud. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(1), article 4. Recuperado de <http://www.ualberta.ca/~ijqm/>

Petersen, E. (s. f.). The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 (S1), 3-23.

Petersen, P. E.; Kwan, S. (2011). Equity, social determinants and public health programmes - The case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 39, 481- 487.

Pistorius, J.; Kraft, J., & Willershausen, B. (2003). Dental treatment concepts for pregnant patients, results of a survey. *Eur Journal Medical Research*, (8), 241-246.

Rico, M. L. (2008). *Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México*. Tesis de grado, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede México, Flacso.

Saddki, N.; Yusoff, A., & Yew, H. (2010). Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health*, 10(75).

Sanders, A. E.; Spencer, A. J., & Slade, G. D. (2006). Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 34(1), 71-79.

Simkhada, B.; Van Teijlingen, E. R.; Porter, M., & Simkhada, P. (2008). Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 244-260.

Smedley, B. & Syme, L. (2000). *Promoting Health. Intervention strategies from social and behavioural research*. Washington, D. C.: Institute of Medicine.

Strafford, K. E.; Shellhaas, C., & Hade, E. M. (2008). Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 21(1), 63-71.

Watt, R. G. (2002). Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(4), 241-247.

Watt, R. G. (2007). From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 35(1), 1- 11.

Watt, R. G.; Sheiham, A. (2012). Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 40, 289-296.

Salud pública en el marco del desarrollo social y la bioética

Giovane Mendieta Izquierdo

Profesor-investigador del Doctorado en Bioética,
Facultad de Educación y Humanidades,
Universidad Militar Nueva Granada.

Juan María Cuevas Silva

Profesor-investigador del Doctorado en Bioética,
Facultad de Educación y Humanidades,
Universidad Militar Nueva Granada.

Introducción

En el presente capítulo se hace un acercamiento a aspectos conceptuales sobre salud pública y desarrollo social y su relación con la bioética social. De igual manera, se formulan puntos de encuentro para articularlos y así tomar la salud como eje central para plantear una apuesta de salud pública con una perspectiva bioética y de desarrollo social.

Se ha conceptualizado a través del tiempo sobre la salud. La Organización Mundial de la Salud la entiende como “el completo estado de bienestar físico y mental psicológico y social” (OMS, 1948). Se ha generado debate en torno a esta postura: ¿es realmente un estado de completo bienestar? A partir de este concepto han surgido varios puntos de vista. Milton Terris (1990) plantea que la salud es un continuo entre salud y enfermedad. A mayor grado de salud mayor grado de bienestar y a mayor grado de malestar, mayor grado de enfermedad. Estos dos elementos se relacionan con la capacidad de los individuos para funcionar; es decir, a mayor grado de funcionamiento, mayor grado de salud; a menor grado de salud, menor grado de funcionamiento.

Otra propuesta, respecto a la definición de salud, denominada “modelo ecológico”, destaca los factores biológicos, psicológicos y sociales, permite comprender al sujeto y tener un grado de salud. Desde este modelo, la salud se comprende como el “Estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio” (Dubos, 1975). Al definir la salud como capacidad de “adaptación al medio y de funcionar”, se está dando una configuración condicionada por el contexto en la que se desenvuelve el sujeto, de tal forma que se relaciona con la anterior definición de la OMS, en tanto que se comprende como una “capacidad de funcionar en las mejores condiciones”. De allí surgen distintas inquietudes y preguntas, por ejemplo: ¿qué es eso de las mejores condiciones? ¿Qué se entiende por “medio”? Se corrobora que este tipo de definiciones nacen de un

autor o escuela que se desenvuelve en una cultura del “bien-estar” y el medio caracterizado por tener las condiciones para proteger los derechos fundamentales a la salud. Este concepto, para un medio como el africano o el latinoamericano, no es contextual, no corresponde con las condiciones propias de un “medio” en el que la adaptación está limitada y restringida por dinámicas socio-culturales y socio-económicas, en las que el ciudadano debe “adaptarse” a vivir en el riesgo total de su “salud”.

Las definiciones son interesantes, en tanto permiten visibilizar las fuentes ideológicas establecidas por los sistemas político-económicos, que abren un camino hacia la comprensión de la “salud” como sistema de bien-estar y adaptación, sin pensar en la protección de la misma, así como en una definición más holística que no se ciña solamente a las intenciones del oportunismo capitalista a costa de la salud. En este sentido, es necesario develar las relaciones estrechas entre la salud, la salud pública y la bioética, como lo desarrolla Miguel Kottow en su texto “Bioética en salud pública: una mirada latinoamericana”, o lo plantea en sus argumentos Volnei Garrafa al hacer un acercamiento al transhumanismo.

Desarrollo social, salud y salud pública

El desarrollo social, la salud y la salud pública son elementos claves para la re-significación de la bioética en nuestros contextos, máxime si se desmarca la comprensión de una bioética exclusivamente clínica o de práctica médica, y se replantea una bioética social que lleve a comprender los conceptos de salud. Más que una comprensión conceptual, se trata de una praxis bioética contextualizada, que además exige el descentramiento de un antropocentrismo que define la salud solamente para la vida del hombre, desplazando la salud de los otros seres que lo circundan.

Así, por ejemplo, al hacer otros acercamientos, San Martín (1985) propone una definición más amplia, al plantear la salud como un modo relativo y variable desde los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, como un proceso de adaptación, tolerancia, compensación, física, psicológica y mental. Estos elementos son los que el sujeto percibe y es lo que permite comprender una manifestación de su estado mórbido. Se destaca de esta definición la concepción de la salud como

“un modo relativo y variable”, matizado por lo psicológico, biológico y social, lo cual se relaciona con lo planteado por Dubos (1975) en cuanto a que se consideran de nuevo estos aspectos, pero no como determinantes para la adaptación de los sujetos, sino como variables que dinamizan la salud, que además desde la definición de la OMS los determina como “estado completo”, pese a que, como se cuestionó anteriormente, no se entiende qué significa esto de “completo”. Las convergencias de estas tres definiciones dejan a la luz que la salud tiene que ver con lo biológico, mental o psicológico y social del sujeto, una visión demasiado antropocentrista del asunto, sobre todo si se quiere hacer una articulación entre salud, desarrollo social y bioética, ya que este tipo de articulación exige un concepto de salud holístico que incluya todo lo biótico y abiótico, que cobije al reino animal y vegetal, es decir, más con un carácter bioético, como se desarrollará más adelante.

Sumado a las definiciones anteriores, la salud también se ha interpretado como un punto de encuentro entre lo biológico, social, individuo, política y economía (Frenk, 1992), es decir, que se le adicionan los elementos, como son: individuo, política y economía, no como determinantes de la salud sino como puntos de encuentro con lo biológico y social. Este concepto se acerca más a una comprensión de la salud en el ámbito del desarrollo social y la bioética, ya que deja entrever una articulación con los procesos de subjetivación, dinámicas políticas y sistemas económicos predominantes que definen el estado de bien-estar. Ahora bien, en las definiciones hasta ahora expuestas aparece el elemento “biológico”, con un sesgo antropocéntrico que se debe resignificar en el concepto de salud, y más en el de salud pública. Si se hace referencia a lo “biológico” se espera que esta postura considere que el hombre se desarrolla dentro de un sistema dependiente de lo ecológico, natural y ambiental ... No es conveniente pensar solamente la salud desde posturas antropologizantes; no tiene sentido pensar, plantear, resignificar y reconsiderar el concepto de salud, si no se está en la apertura de pensarlo también para todos los seres.

La salud es un estado de bien-estar, concepción concordante entre las tres definiciones anteriormente expuestas, pero este bien-estar no es solamente de la persona humana como individualidad, sino que también debe ser entendida y comprendida como “bien-estar” del otro, de lo otro, de esto otro, así como lo postularon Levinás y Buber. En otras palabras, no se concebiría la salud como un elemento exclusivo que

se relaciona con la “enfermedad o el estar sano” desde lo corporal y biológico, sino que la salud se convierte en un estándar para estar en el mundo, con el mundo y por el mundo. La salud pasa a ser más que una definición o teorización, una práctica social de los individuos, de tal manera que la salud es un concepto polisémico, multifuncional y pluridimensional, pero que en su esencia se relaciona con la concepción paradigmática contemporánea de “calidad de vida”, es decir:

La definición de Calidad de Vida de la OMS implica directamente la propia definición de salud. Sin embargo, entre la definición de salud y la de calidad de vida y la relación entre estas que se entiende como calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se pueden hallar en la literatura una variedad de términos relacionados. Estos términos son estado de salud (health status), bienestar (well-being), y estado funcional (functional status). Si bien los mismos fueron utilizados como sinónimos, y en algunos casos todavía se usan de este modo, sus definiciones son, en verdad, distintas (Consiglio y Belloso, 2003, p. 173).

Al analizar las definiciones, es evidente la estrecha relación que se establece con la “calidad de vida”, especialmente al vincularla con estado de salud, bienestar y estado funcional, reconociendo que más que sinónimos, como lo exponen los autores Consiglio y Belloso (2003), se trata de características para determinar y caracterizar lo saludable, pero no necesariamente define lo que es la salud, más bien plantea las condiciones para determinar que lo que cuenta con salud es saludable. En este sentido, la enfermedad aparecería como un elemento que va en contra de la calidad de vida.

Luis Salleras (1996) propone entender la salud como un continuo operativo de salud - enfermedad, “como un proceso dinámico, como un elevado nivel de bienestar físico, mental y social”. Este autor reconoce una zona neutra en donde no se distingue lo normal de lo patológico, empezando a perder ese estado de salud hasta llegar a una pérdida de salud, a la incapacidad y a una muerte prematura. Esto se analiza “en el marco de las condiciones sociales, políticas y los factores sociales, como lo son la educación, ocupación”; es decir, se entiende como un proceso dinámico: “es el logro más alto de nivel de bienestar, físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad” (Salle-

ras, 1996). Se matizan los elementos sociales del individuo (como individualidad) y se enfatiza en la colectividad (conciencia social), como dispositivos que están permeados por los factores sociales, pero insistiendo de nuevo en “el logro más alto de bienestar físico, mental y social”. De allí surge de nuevo la pregunta: ¿cómo se determina este “logro más alto”? ¿Bajo qué estándares? ¿Quién los determina y establece? Hay que destacar de esta definición, al igual que de las anteriores, que al concebir la salud como un sistema biológico, individual y social, con elementos económicos y políticos, transversalizados por el bienestar, dejan perspectivas para abordar la salud pública.

La salud, dentro de los procesos de subjetivación y de construcción de identidad personal y social, se convierte en el contexto bioético, en eje fundamental para la comprensión del sentido y del sinsentido de la vida, así las implicaciones de la concepción de salud pública se engranan con los elementos claves para el desarrollo social.

¿Qué significa salud pública? ¿Qué elementos la integran? El adjetivo pública se equipara como la acción gubernamental, es decir, el sector público. Este término se comprende como un “nivel específico de análisis de un sector poblacional” (Frenk, 1992), que se encuentra dentro de un Estado de Derecho, bajo el influjo de un sistema político-económico que condiciona la concepción y acción de la llamada salud pública.

El concepto de salud pública

Desde la perspectiva de las funciones esenciales de la salud pública, el concepto de salud pública se refiere a la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas (Bettcher, Sapiriey Goon, 1998; OPS/OMS, 2000), en donde el individuo es el eje central. Desde la perspectiva de Amartya Sen (2000), se pretende que los individuos desarrollen sus capacidades en pro de mantener un estado adecuado de salud. Es una definición que va más allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población, e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud. Abarca, asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública. Así pues, no se refiere a la salud pública como una

disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. Se trata, por otro lado, de una conceptualización que va más allá de la noción de bienes públicos con externalidades positivas para la salud, ya que comprende bienes semiprivados o privados cuyas dimensiones hacen que su repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante (OPS/OMS. 2000). En este sentido, la salud pública es de espíritu bioético social, a pesar de que a lo largo de la historia se ha caracterizado por estar inmersa dentro de procesos bioéticos clínicos, los cuales son y han sido válidos.

Es necesario pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, de las políticas de salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas (León Correa, 2009, p. 20).

Desde esta perspectiva, la salud pública se constituye poco a poco en un campo transdisciplinar, en el sentido de un conjunto de proposiciones articuladas dentro de un cuerpo teórico y sujetas a verificación empírica y confrontación política, más allá de lo que han venido planteando prestantes estudiosos de este saber (Frenk, 1994), quienes la han dejado reducida a un campo del conocimiento y a un ámbito para la acción, en el cual lo "bio-ético" se da por descontado, limitándose a deontologías como dispositivos de control de la acción de algunos actores sociales.

Es válido reconocer que la salud pública ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas, que buscan la convergencia interdisciplinaria, y este es el punto de inflexión y encuentro con la bioética, más específicamente con la bioética social. El método de la salud pública parte de enfoques integradores y estructurales de las ciencias, la filosofía y política que garantizan a la acción humana la consecución de una verdadera transformación social, en la permanente búsqueda del bienestar, democracia y desarrollo humano sustentable, principios que desde la bioética de intervención de Volnei Garrafa, permiten contextualizar la salud pública dentro de los procesos sociales de desarrollo. Implica, por lo tanto, una comprensión profunda de las teorías en

salud pública (Franco, 2000), de la emergente bioética social (León Correa, 2009), la bioética de intervención (Garrafa) y la bioética proximal (Kottow, 2015), planteamientos que refuerzan uno de los papeles de la salud pública, como es innovar la respuesta social de esta área académico-socio-cultural y dotar de poder a la praxis sanitaria, colocándolas más allá de la frontera del conocimiento de las disciplinas aisladas y del desarrollo de los sistemas de salud. Adicionalmente, el método de la salud pública contribuye a la generación de habilidades políticas para la reconstrucción de la salud pública y a propiciar espacios éticos incuestionables para la participación ciudadana y el desarrollo social (Franco, 2006), elementos que en el contexto de la bioética social son fundamentados en los principios de justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia (León Correa, 2009), pero más allá del clásico principialismo, se basa en el posicionamiento estratégico en los contextos donde la vida está inmersa en medio de problemáticas complejas y dinanismos socio-culturales basados en la incertidumbre.

Así, la salud es concebida desde un enfoque dinámico; como un proceso de elevado nivel de bienestar físico, mental y social en el marco de las condiciones sociales, políticas y factores sociales, como lo son la educación y ocupación (Salleras, 1996). Por lo tanto, se concibe la salud pública como la esfera colectiva, es “el mecanismo de acción gubernamental y público para favorecer el proceso de elevado nivel de bienestar físico, mental y social, en el marco de las condiciones sociales, políticas, culturales, sin desconocer los factores sociales como la educación, ocupación y género de los individuos” (Salleras, 1996), en el marco de la diversidad, diferencia y multiculturalidad, comprendida en un contexto histórico, a la luz de la equidad y justicia social, en pro del desarrollo humano sostenible. La salud pública propende entonces por las intervenciones en salud a partir de estudios y abordajes sobre las causas sociales de la salud en las poblaciones (Mendieta-Izquierdo y Cuevas, 2017), intervenciones donde tiene un papel fundamental y clave la bioética clínica, y, especialmente, como se ha enunciado anteriormente, la bioética social, ligada a la salud pública y el desarrollo social.

Desarrollo social

El concepto de desarrollo es polisémico, comprende diversas concepciones que van desde lo político, económico, social, educativo y

ambiental, donde sus fronteras se hacen difusas. Involucra aspectos como la evolución biológica, madurez intelectual y, desde luego, la educación; el disfrute de bienes y servicios, calidad de vida de las personas, libertad y justicia social. A esta concepción de desarrollo se contraponen en distintas realidades y contextos la pobreza, inequidad, riesgo social y natural, vulnerabilidad social o patologías sociales, como lo afirma Arturo Escobar (2011): “la globalización es un proyecto de muerte, y una de sus principales armas es el desarrollo, al menos como está convencionalmente concebido” (p. 307). La concepción convencional de desarrollo ha sido construida desde diferentes posturas teóricas e ideológicas. Para la UNESCO (2003), es entendido como el mejoramiento de las condiciones sociales y materiales de las comunidades en el marco del respeto por sus valores sociales y culturales. Desde la antropología del desarrollo, su origen se contraponen a la realidad social; por ejemplo, las teorías desarrollistas emanadas de Estados Unidos, formuladas después de la Segunda Guerra Mundial, en donde se asume que el concepto de pobreza y de compromiso con el desarrollo de las naciones pobres fue una invención que terminó rindiendo beneficios a Estados Unidos y a Europa y empobreciendo cada vez más a los países denominados económicamente dependientes (Escobar, 1997), aspecto que se evidencia en prácticas asistencialistas que van desde propuestas de la Doctrina Monroe del siglo XIX, la Alianza para el Progreso en el siglo XX, y las llamadas certificaciones de finales del siglo XX e inicios del XXI, fruto esto de una dinámica político estratégica que argumentan afirmaciones como:

El desarrollo y la modernidad involucran una serie de principios: el individuo racional, no atado ni a un lugar ni a una comunidad; la separación de naturaleza y cultura; la economía separada de lo social y lo natural; la primacía del conocimiento experto por encima de todo otro saber (Escobar, 2011, p. 307).

Esto se refuerza con la teoría de Amartya Sen (2000), quien plantea el desarrollo como libertad, desde la perspectiva de las capacidades, donde factores como la pobreza y la falta de oportunidades económicas impiden el ejercicio de las libertades fundamentales. Sen entiende la libertad como la posibilidad que deben tener las personas para lograr sus objetivos de vida, elegidos desde su propio razonamiento.

En este enfoque, la salud y educación cumplen un papel importante en la medida en que mejoran las capacidades y, de esa forma, aumentan las libertades fundamentales de las personas para lograr una mejor calidad de vida, es así como el desarrollo implica además aspectos de desarrollo económico y humano. Para Sen (2005), el desarrollo es un “proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos”, interpretación que lleva a otorgar una importancia fundamental al concepto de desarrollo humano como un proceso paralelo y complementario al desarrollo social; desarrollo humano como parte del desarrollo social sobre la base de un concepto de derecho. Es así como se comprende el desarrollo como un proceso social, cultural, político económico y global, que propende por mejorar el bienestar de individuos y poblaciones, con participación activa y libre, que signifique tanto para el desarrollo mismo como para la justa distribución de los beneficios que se derivan de él (ONU. 1986). Se considera que el desarrollo es un derecho humano inalienable en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar de él (ONU, 1986). Esta postura permite comprender las relaciones imperativas que exigen los contextos entre desarrollo, desarrollo humano (que sigue siendo antropocentrista), salud, salud pública y bioética social.

Al hacer un acercamiento al desarrollo social, se encuentran planteamientos políticos interesantes. Por ejemplo, desde La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague (ONU, 1995), los gobiernos de 187 países presentaron interés político para tratar asuntos de desarrollo social, donde 117 Jefes de Estado o Gobierno lograron un acuerdo sobre la Declaración, planteando diez compromisos, y el Programa de Acción de Copenhague. Posteriormente, en Ginebra se celebró la Cumbre de Desarrollo Social (ONU. 2000), donde se reafirmó la necesidad de crear sociedades más equitativas y justas desde el punto de vista social, centradas en el ser humano, propendiendo así por las inequidades. Este reconocimiento a nivel mundial fue un logro de gran importancia de la política social, en donde el ser humano debe estar al centro de las estrategias de desarrollo. Al analizar los aspectos bioéticos presentes en los discursos de estas cumbres, así como en sus documentos, se evidencia la relación directa y explícita entre los principios y valores que la bioética (específicamente la bioética social y de

intervención en relación con la salud pública) divulga y promueve. A pesar de que la concepción está netamente politizada y mediatizada por el aspecto económico, como motor del desarrollo, y de sostener que el desarrollo es netamente para lo humano, sostiene que:

Desde la celebración de la Cumbre, los países han aplicado políticas y programas destinados a lograr el desarrollo social en su propio contexto económico, político, social, jurídico, cultural e histórico. Ha aumentado el interés por crear condiciones más propicias para el desarrollo sostenible mediante la interacción del desarrollo económico y social y la protección del medio ambiente. No obstante, los entornos nacionales se han visto cada vez más afectados por influencias y fuerzas mundiales que escapan al control de los gobiernos (Naciones Unidas, 2000).

Es así como el desarrollo social se presenta como una responsabilidad de los gobiernos, pero al mismo tiempo lo deja sujeto al proceso de globalización, aspecto que no es conveniente para una concepción holística e integral de lo que significa la salud pública, la bioética social y el desarrollo social, ya que limita su acción a aspectos meramente económicos, es decir, desde un modelo de calidad de vida sujeto al bien-estar económico, pero en medio del mal-estar bioético bajo los valores de equidad y justicia, pero no solamente para el hombre, sino para todos los seres. En la resolución hacen referencia tangencial y escueta al medio ambiente y al desarrollo sostenible, aspectos bioéticos pobres dentro de un documento que se esperaba rompiera el paradigma de un concepto de desarrollo, como lo plantea Sen (1999) o lo critica Escobar (2011).

En este orden de ideas, es interesante rescatar el concepto de desarrollo social según Midgley, J, quien lo comprende como “un proceso de promoción del bienestar de las personas en conjunción con un proceso dinámico de desarrollo económico” (Midgley, 1995, p. 8), que en el transcurso del tiempo conduce al mejoramiento de las condiciones de vida, a la reducción de la inequidades de toda la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, disminución de la vulnerabilidad, seguridad social, empleo, salario, índice de pobreza, equidad y calidad de vida. En el mismo año de la Cumbre de Copenhague, rondan concepciones de desarrollo estrictamente relacionadas

con el desarrollo económico, en un contexto histórico del emergente y avasallante neoliberalismo, de tal forma que el desarrollo del capital humano y social de una comunidad, en el que se pone a las personas en el centro de las acciones, promoviendo la inclusión, cohesión, seguridad y capacidad de adaptación (Banco Mundial), se convierte en valores económicos que condicionan los valores éticos y morales, así como las políticas de la salud pública y la construcción de una bioética determinada por las fuerzas económicas y no por los procesos sociales. Así, el desarrollo social consiste en una evolución o cambio positivo en las relaciones entre individuos, grupos e instituciones de una sociedad, siendo el bienestar social el proyecto de futuro. Este comprendido como un proceso de mejoramiento de la calidad de vida de una sociedad, pero que va más allá de los planteamientos de Copenhague o Ginebra, del Banco Mundial o el FMI. Es decir, el desarrollo social, en el sentido amplio del término, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas. Pero, del mismo modo, el estado de salud de la población es un factor que condiciona el desarrollo social. Las condiciones de salud del individuo como ciudadano, y de la sociedad civil como núcleo de construcción de humanidad, no se pueden limitar a un concepto de desarrollo limitado a lo económico, desde el paradigma capitalista hegemónico.

De lo anterior se propone que la salud pública y el desarrollo social se conceptualizan desde las ciencias sociales, humanas y de la salud a través de estudios poblacionales, de calidad de vida, valoración del impacto de los sistemas de salud, normatividad vigente, condiciones epidemiológicas, gestión de proyectos sociales, sostenibles y sustentables. Así mismo, la relación entre la salud, salud pública y bioética permite generar una conciencia crítica frente a la polarización economicista y antropocentrista de los procesos sociales. El desarrollo social es para el ser humano, sin duda, pero no puede olvidarse que este desarrollo depende de las sinergias que se tejen con el medio ambiente, con la naturaleza, en medio de la práctica normalizada de la vida humana en proceso constante de desnaturalización. Aquí la salud pública tiene un papel fundamental e interdisciplinar, para lo cual puede contar con la bioética social como elemento para dar respuestas, desde la investigación y la contextualización de sus saberes.

Propuesta de salud pública con perspectiva de desarrollo social y conciencia bioética social

La salud pública proyecta e integra al desarrollo social como un aspecto sistémico y complejo para el progreso de la sociedad, posicionando al individuo en el centro de acción. Esta integración debe ser abordada desde diversas áreas: demografía, epidemiología, bioestadística, bioética, economía de la salud, administración y gestión, legislación y políticas públicas, todas permeadas por la investigación. El desarrollo social es un enfoque necesario para la formulación de políticas asistenciales, en donde se privilegien los ejes centrales de la dimensión social de los objetivos del desarrollo sostenible, que permitan la superación de la inequidad, fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad, energía asequible y no contaminante, igualdad de género, y ciudades y comunidades sostenibles y que todas las personas tengan acceso a la igualdad de oportunidades (ONU, 2002). La salud pública planteada bajo la orientación en desarrollo social no debe desconocer el debate actual sobre determinantes sociales –determinismo e indeterminismo social– (Breilh, 2013; Peñaranda y Rendón, 2013), en donde el Estado-nación se permita generar espacios para favorecer la equidad en salud a través de acciones de gobierno coherentes a todos los niveles, incluyendo financiación, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, lo cual permitirá que se generen adecuadas condiciones de salud y por consiguiente el denominado desarrollo social. Por otra parte, las acciones intersectoriales son estrategia clave para mejorar la coherencia de las políticas mediante la inclusión de la sociedad civil, voluntariado, y sector privado. Articular a la salud pública y los presupuestos del desarrollo social como un eje indispensable, permitirá generar progreso y desarrollo en sus individuos a partir del desarrollo pleno de las capacidades (Sen, 2002).

La salud pública está llamada a descentrarse del sistema econométrico de la vida y adentrarse en los procesos sociales, contando con las ciencias de la salud, el apoyo de las ciencias sociales, las dinámicas de la naturaleza y el medio ambiente, que desde los planteamientos de Miguel Kottow y Fermin Roland Schramm (2001), debe estar basada en el principio de solidaridad, la ética de la responsabilidad y la ética de la protección, destacando de esta última que:

La ética de protección debe ser entendida como un compromiso práctico, sometido a alguna forma de exigencia social, con lo cual la protección se vuelve un principio moral irrevocable, puesto que agentes, afectados, tareas y consecuencias deben ser definidos (Kottow y Schramm, 2001, p. 955).

A partir de estas concepciones se espera que los salubristas públicos potencien competencias profesionales que apunten al desarrollo de aptitudes, actitudes y habilidades que permitan avanzar hacia el desarrollo de transformaciones y cambios sociales desde el sector salud, así como la utilización eficiente de recursos disponibles, movilizándolo la participación social con equidad, para permitir acceso a los bienes y servicios que propenden por la salud individual y colectiva. Se hace necesario la participación de diferentes disciplinas que trabajen de manera inter y transdisciplinar con gran sentido ético y bioético, en pro del medio ambiente, respetando la pluriculturalidad, relaciones interpersonales y autonomía, con estricta responsabilidad social, en donde el eje articulador sea la investigación científica, con una adecuada gestión de la información y el conocimiento.

Lo anterior se podrá realizar con el desarrollo de habilidades y competencias en torno a la gestión, dirección, administración y formulación de políticas sociales en pro de la salud para el bienestar de individuos y comunidades. Se hace necesario un salubrista con gran sentido crítico e innovador, capaz de realizar avances teóricos y prácticos tomando como eje la investigación, que reconozca situaciones socialmente pertinentes y plantee propuestas orientadas a la generación y aplicación del conocimiento y al desarrollo de acciones para la solución de problemas de salud a partir la atención primaria en salud, priorizando formas de intervención para la protección de la salud individual y colectiva que cuenten con la participación de las comunidades en todas las etapas del proceso, en el contexto de una visión de la salud que va más allá de lo físico y biológico, que contemple la estrecha y compleja influencia de la dimensión medioambiental y la interacción social. De esta manera, se podría contribuir a la construcción y aplicación de conocimientos científicos, tecnológicos y culturales que aporten al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población bajo el criterio de racionalización del gasto en salud, teniendo en cuenta que los recursos son bienes limitados y de beneficio social, con los más altos valores ciudadanos y principios éticos y bioéticos, con el fin de que en todas

sus acciones garanticen la promoción y protección de los derechos de los individuos y grupos sociales en el marco de la justicia social en salud (Venkatapuram y Marmot, 2009; Venkatapuram, 2013).

En cuanto a la investigación, se debe estimular la formación para la innovación y la investigación que fomente la construcción y aplicación del conocimiento en favor del desarrollo y el cambio social, desde la comprensión misma de los contextos sociales, culturales, políticos y económicos, siempre en armonía con la naturaleza; fomentar una actitud positiva frente a la búsqueda de conocimientos científicos o técnicos y la aplicación a su campo de acción específico, dentro del principio de libertad de investigación, que da la posibilidad de construir y validar el conocimiento en un campo del saber elegido autónomamente; promover el trabajo inter y transdisciplinar, el desarrollo de trabajo en equipo y el aprendizaje cooperativo y analizar el impacto de las diferentes posiciones teóricas y de intervención metodológica en relación con los objetos de estudio en investigación social en salud.

Consideraciones finales

Como factores de primer orden en el desarrollo social de los pueblos, la salud y la educación no han sido ajenos al proceso, han tenido que sufrir grandes transformaciones de orden conceptual, metodológico y práctico, como consecuencia de la necesidad de adaptarse a los vertiginosos avances científicos, desarrollo biotecnológico, manejo digital de la información y el cambio de paradigma existencial para los ciudadanos del mundo en el siglo XXI.

Los procesos de reforma del sector de la salud se han concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y de organización de los sistemas de salud, así como en los ajustes realizados con respecto a la prestación de los servicios de asistencia al público. Las mejoras en el desempeño del sistema de salud han estado centradas, no siempre con éxito, en lo que se comprende como la reducción y el efecto de la financiación en la atención, reducción de la falta de protección social, aumento de la eficacia de las intervenciones sanitarias y en la promoción de la calidad de la asistencia en las condiciones sanitarias y en el acceso a los servicios (Marmot, Shipley y Rose, 1984; Marmot et al., 1991; Marmot, Bobak y Smith, 1995); no siempre en el marco de lo denominado inequidades y desigualdades sociales y jus-

ticia social en salud (Whitehead, 1991; 2007a; 2007b). Sin embargo, los cambios relacionados con el fortalecimiento de la función de las autoridades sanitarias y con su mejora en el ejercicio de la salud pública han recibido mucha menor atención desde la mirada académica. En gran medida, los aspectos relacionados con la salud pública han sido descuidados como si no fueran una responsabilidad social e institucional, justamente en el momento en que más requieren el apoyo por parte del Estado con el fin de modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio.

La investigación constituye el eje fundamental sobre el cual debe girar el desarrollo de la salud pública, pero no puede ser solo eso. Debe superar los estudios descriptivos y basados en la indagación de rutinas o la búsqueda de información empírica para la acción inmediata a través de diferentes paradigmas epistemológicos, enfoques metodológicos, diseños y técnicas de investigación, para dar cuenta de datos. Debe ante todo enfocarse en la generación de conocimientos e inteligencia en salud pública, requiriendo de hipótesis y/o presupuestos fuertes y preguntas profundas, con capacidad explicativa, crítica, reflexiva, dialéctica e interpretativa de la realidad, excelente forma de avanzar en la ciencia y en la práctica transformadora.

En medio de estas consideraciones, es necesario hacer un llamado a salubristas públicos y bioeticistas para que se construya ese puente entre dos ejes científicos y de saberes, puente que ha iniciado su construcción pero que no se puede desfallecer en una necesidad imperante y urgente de nuestros contextos. En este sentido, se deja planteada la pregunta de Darras (2004):

Al respecto, se podría preguntar si la palabra “bio” ética es la más apropiada cuando se entra en el terreno de la salud pública. En efecto, induce a pensar en términos biológicos más que en términos sociales, en prácticas individuales más que de organizaciones, en problemas de vida y muerte más que de justicia y democracia. Sin embargo, como en todo campo naciente, avanzar con prudencia parece ser una sana y sabia recomendación. El entusiasmo de la innovación puede resultar en daños no previstos, precisamente porque el campo es desconocido. Un espíritu de investigación, una buena dosis de imaginación y un debate permanente y abierto deberían conformar útiles resguardos (p. 232).

Referencias

Banco Mundial. Disponible en <http://www.bancomundial.org/es/topic/socialdevelopment/overview> Consultado 20 de octubre de 2017.

Bettcher, D.W., Sapirie, S., Goon, EH. (1998). Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*, 51, 44-54.

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(supl. 1), S13-S27.

Consiglio, E. & Belloso, W. (2003). Nuevos indicadores clínicos: la calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina*, 172-178.

Darras, C. (2004). Bioética y salud pública: al cruce de los caminos. *Acta Bioethica*, (2), 227 - 233.

Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.

Escobar, A. (1997). Antropología y Desarrollo. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 154. UNESCO.

Escobar, A. (2011). Una minga para el posdesarrollo. *Signo y pensamiento*, 306-312.

Franco, A. (2000). La salud pública: ciencia en construcción. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 17, 41-55.

Franco, A. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. Tendencias and theories in public health. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 24(2), 119-130.

Frenk, J. (1992). La Nueva Salud Pública. *En la crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate* (pp. 75-93). Washington: OPS..

Frenk, J. (1994). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. En Frenk, J. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica;

Kottow, M. y Schramm, F. (2001). Principios bioéticos en salud pública. *Saúde Pública*, 949-956.

Kottow, M. (2015). La enseñanza de una bioética proximal. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14-25. OI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.532>.

León Correa, F. J. (2009). Principios para una bioética social. *Bioethikos*, 18-25.

Marmot, M.G., Bobak, M. y Smith, G.D. (1985). Explorations for social inequalities in health. En Amick, B.C., Levine, S., Tarlov, A.R. y Chapman, D (eds.), *Society and Health*. London: Oxford University Press.

Marmot, M.G., Shipley, M.J. y Rose, G. (1984). Inequalities in death-specific explanations of a general pattern. *Lancet*, 1(8384), 1003-1006.

Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. y Feeney A. (1991). Health inequalities among british civil servants: The Whitehall II Study. *Lancet*, 1(337), 1387-1393.

Mendieta Izquierdo, G., & Cuevas Silva, J. (2017). Bioética de la salud pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(33-2), 8-17. DOI:<https://doi.org/10.18359/rlbi.2929>

Midgley, J. (1995). *Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare*. Londres: Sage.

Naciones Unidas. (15 de Diciembre de 2000). Resolución aprobada por la Asamblea General. Nuevas iniciativas en pro del desarrollo social. <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial2000.pdf>

ONU. (1986). Resolución A/RES/41/128. Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. 04 de diciembre de 1986.

ONU. (1986). Resolución A/RES/41/128 Declaración sobre el derecho al desarrollo. ONU. Disponible en: file:///C:/Users/giovane%20mendieta/Downloads/Microsoft_Word_-_Declaraci%C3%B3n_sobre_el_derecho_al_desarrollo.pdf Consultado 19 de octubre de 2017.

ONU. (1995). Cumbre mundial sobre desarrollo social. Informe de la cumbre mundial sobre desarrollo social. Naciones Unidas. Disponible en <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial1995.pdf> Consultado el 20 de octubre de 2017.

ONU. (2000). Cumbre de desarrollo social. S-24/2. Nuevas iniciativas en pro del desarrollo social. Naciones Unidas. Disponible en <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial2000.pdf> Consultada el 20 de octubre de 2017.

ONU. (2002) Documento A/CONF:199/20 Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. Johannesburgo (Sudáfrica). 26 de agosto a 4 de septiembre de 2002. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Carta de Constitución*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2000). 126a. Sesión del Comité Ejecutivo: funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C., 26 al 30 de Junio de 2000. Washington, D.C.: OPS/OMS; [CE126/17(esp)].

Peñaranda, F. y Rendón, C.E. (2013). Determinismo-indeterminismo y el debate de los determinantes-determinación social de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl. 1), S47-S56.

Salleras San Martín, L. (1996). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.

San Martín, H. (1985). *Crisis mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2000?* Madrid: Ciencia 3.

Sen A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 302-309.

Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, 14-20.

Sen, A. (2005). *Desarrollo y Libertad*. Planeta.

Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.

UNESCO. (2003). Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural. Serie sobre la Diversidad Cultural No. 1.

Venkatapuram, S. (2013). Health, vital goals, and central human capabilities. *Bioethics*, 27(5), 271-279. OI:10.1111/j.1467-8519.2011.01953.x

Venkatapuram, S. y Marmot, M. (2009). Epidemiology and Social Justice in Light of Social Determinants of Health Research. *Bioethics*, 23(2), 79-89. doi:10.1111/j.1467-8519.2008.00714.x

Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2007a). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.

Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2007b). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Liverpool: Organización Mundial de la Salud.

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. Copenhagen: Organización Panamericana de la Salud.

Este libro es fruto del trabajo de un grupo de profesores de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social de la Fundación Universitaria del Área Andina, quienes se proponen reflexionar sobre la salud pública como uno de los principales referentes del desarrollo social, así como también, indagar por la capacidad de respuesta del Estado ante las necesidades de salud y el nivel de desarrollo social de un país.

El desarrollo social tiene en la salud pública uno de sus principales propósitos y muestra de ello son los avances tecnológicos y científicos que, sin duda, han mejorado las condiciones de salud de la población. De igual manera, la inversión en salud tiene efecto positivo sobre los niveles de desarrollo. En este sentido, el presente libro incluye aportes sobre el desarrollo de la salud pública, las tecnologías y el gasto en salud, el impacto ambiental en la situación de salud, las desigualdades económicas y el acceso a la salud, y la salud pública en el marco del desarrollo social y la bioética.

La obra constituye una invitación a pensar la salud pública en el contexto del desarrollo social, para dar soluciones a futuro, tomando en cuenta que esta es una de las áreas más demandadas en un mundo marcado por los desastres naturales causados por el cambio climático, el crecimiento demográfico, y las grandes migraciones de grupos sociales dadas por causas políticas y ambientales.