

Los modelos de la salud pública a lo largo de un siglo

Blanca Pelcastre-Villafuerte*

Instituto Nacional de Salud Pública

Resumen

En este artículo se pretende hacer un acercamiento a la llamada "nueva salud pública", a través de un análisis paradigmático de los diferentes modelos que han dominado la teoría y la práctica de la salud pública a lo largo del siglo XX. El trabajo se basa en una revisión y reconstrucción histórica del devenir de esta disciplina. Se hace alusión al estado de crisis de la salud pública como marco de referencia para la conformación de la llamada Nueva Salud Pública, caracterizada como una filosofía que propicia la transición entre distintas perspectivas con la incorporación de nuevas metodologías, participación interdisciplinaria y una perspectiva poblacional más que individual.

Palabras clave: salud pública, historia, modelo, metodología, nueva salud pública, población.

Introducción

La tarea de conceptualizar una *nueva* salud pública conlleva varias exigencias, entre las cuales podrían destacarse la definición de la *vieja* salud pública y la determinación del momento en que esta deja de serlo para adquirir el adjetivo de *nueva*; el análisis del contexto en el que surge la necesidad de renovar los criterios y parámetros vigentes que definen la teoría y la práctica de la salud pública y el conocimiento del perfil que sugiere esa nueva salud pública, sus condiciones de posibilidad y los efectos políticos de esa renovación. Queremos hacer notar que esta tarea no es fácil; su consecución requiere de un trabajo crítico retrospectivo a partir del cual podamos configurar algunos elementos prospectivos. En este mismo sentido, Rosen¹ reconstruyó una

historia que abarca un siglo entero de acontecimientos, el siglo XIX. En este trabajo intentamos ser igualmente ambiciosos(as), aunque no precisamente exhaustivos(as); en un intento por aproximarnos a la tan nombrada *nueva* salud pública y a su futuro, reconstruimos el siglo XX de la salud pública con las salvedades que imprime la historia particular de la cultura de los pueblos.

La historia que presentamos está elaborada de forma esquemática y su contenido se sustenta básicamente en un análisis de los paradigmas que han guiado la investigación en el campo de la salud pública, que pretende insertarse en el debate de la llamada *nueva salud pública*, aportando una visión de conjunto de los diferentes modelos que han dominado la teoría y la práctica de la salud pública a lo largo de un siglo.

*Psicóloga UNAM; Doctora en Psicología Social, Universidad de Barcelona; Investigadora Asociada "C"; bpelcast@correo.insp.mx

Los acontecimientos

El primer modelo al que queremos hacer referencia es al modelo médico de corte positivista que se institucionalizó a fines del siglo XIX y que reabsorbió diversas tendencias científicas que emergieron recurrentemente, lo que le valió el adjetivo de *hegemónico*. El *modelo médico hegemónico* fue producto de la medicina científica que se fue estableciendo desde el siglo XVIII como la única forma posible de entender la enfermedad, y estaba legitimado por la ciencia y el Estado. En este modelo se pueden identificar tres submodelos:

- a) el individual privado,
- b) el corporativo privado,
- c) el médico corporativo privado

A todos ellos les caracterizan los siguientes rasgos estructurales:

Hay un marcado biologismo dominado por una concepción teórica mecanicista y evolucionista; es una aproximación descontextualizada, de carácter individualista que prioriza la eficacia pragmática del trabajo científico; el proceso salud-enfermedad es visto en términos mercantiles; hay una orientación básicamente curativa basada en la eliminación del síntoma; la enfermedad se asocia con un mecanismo de desviación; la relación médico-paciente es asimétrica donde este último está subordinado técnica y socialmente, responsabilizándolo de su enfermedad y excluyéndolo del saber médico; hay una prevención no estructural, lo que desde nuestro punto de vista desvirtúa el trabajo preventivo; no hay legitimación científica de otras prácticas; existe una profesionalización formalizada, ideológicamente identificada con la racionalidad científica; se tiene una marcada tendencia a la medicalización de los problemas y existe una importante escisión entre la teoría y la práctica, y entre esta última y la investigación médica².

La perspectiva de este modelo es de corte positivista, cuyo sistema de creencias está basado primordialmente en un realismo ontológico, que se traduce en un dualismo-objetivismo epistemológico y un experimentalismo empírico; en este marco disciplinario no es difícil pensar que se desarrollaran aproximaciones como la bacteriologista

y que fueran la microbiología y la inmunología las prácticas habituales que recibieran al siglo XX. Los(as) profesionales de la salud pública entonces, se preocuparon por prevenir la propagación de enfermedades contagiosas y por identificar los microorganismos responsables de enfermedades específicas. Esta tradición de la bacteriología había nacido en Estados Unidos alrededor de 1880 y desarrollada más rápidamente en el continente americano respecto al europeo. La institución de la salud pública que se implementó entonces tenía como actividad central el diagnóstico de laboratorio con el concepto central de "especificidad etiológica" específica de la enfermedad. Esta fase es básicamente de carácter individualista y se vio favorecida por el desarrollo de la teoría de los gérmenes y la introducción de inmunizaciones y vacunas.

La primera década del siglo XX tuvo así una sólida base para el control de enfermedades infecciosas que por muchos años se continuó fortaleciendo; la investigación en este campo de la bacteriología tuvo importantes resultados que se reflejaron en la declinación de enfermedades como la difteria, tifoidea, malaria y tuberculosis, lo que empezó a modificar las tasas de mortalidad asociadas con ellas. Durante esta fase se promovieron tareas medioambientales como la sanación del aire, limpieza del agua y de las ciudades³, las tareas de la salud pública se centraron en el control demográfico, la normatización y la realización de obras públicas económico-ocupacionales dirigidas a la urbanización y saneamiento, pero tras la "era bacteriológica" las medidas se dirigieron contra los agentes, promoviéndose acciones de desinfección e inmunización, y contra los vectores. En este momento de auge de la medicalización, confundiendo nociones, se llamaban servicios de salud, lo que en realidad eran servicios de enfermedad².

Hasta fines del siglo XIX se había practicado en América Latina una política no intervencionista en Salud Pública, que estaba a cargo de los consejos municipales o estatales; sin embargo, a comienzos de este siglo la salud pública se organizó como una rama de los gobiernos nacionales, donde se formaron departamentos de sanidad que carecían de autonomía y recursos, formando parte por lo general de un ministerio del interior⁴.

En muchos países de América Latina, la centralización de las políticas de salud y de educación pretendía superar la fragmentación nacional, la campaña sanitaria que se extendió en muchos de estos países a comienzos de este siglo, enfatizó el papel clave del Estado; su contenido tenía un fuerte componente científico cuyo conocimiento era fundamental (principalmente el de la higiene), encaminado a establecer un nuevo orden social que intentaba en primer lugar solucionar el problema de las endemias rurales. Dado que con la ayuda de los gobiernos se concentraban más esfuerzos y se respaldaban los trabajos sanitarios, la centralización del poder se consideró un arma útil para el desarrollo de la salud pública. Seguía prevaleciendo el enfoque clínico-individual y las enfermedades atendidas tenían que ser consideradas prioridades políticas⁴.

Todo este trabajo de erradicación de enfermedades era conducido por modelos importados de Estados Unidos, e implementados a través de la Fundación Rockefeller^{*}, por medio de apoyos directos o mediante las becas destinadas a la preparación de personal especializado, que se consideraba un medio importante para la reforma de la salud pública. La Fundación Rockefeller implementaba el modelo médico preventivo-familiar y comunitario de Estados Unidos, lo que tuvo una importante influencia en los modelos emergentes de salud pública en América Latina. Esta influencia se vio reflejada principalmente en la organización de servicios independientes por enfermedad, la ampliación de los servicios de salud a las zonas rurales (apareciendo las unidades de salud distritales) y la centralización de la autoridad sanitaria por el Estado. Todo este cambio político se caracterizó por una creciente reglamentación estatal de los servicios públicos, lo que generó un dualismo en la administración de los servicios de salud entre el Estado y las municipalidades.

Entre 1910 y 1920 el establecimiento de la salud ocupacional constituyó un campo significativo de acción de la salud pública. Esta área surgió como resultado de una interacción política y tendencias económicas particulares, así como por el aumento de accidentes y enfermedades laborales que se reportaron. En estas mismas

décadas se impulsó una política social general en la que participaron diversos profesionistas y una formulación legislativa en relación con la salud, el gobierno adquirió cada vez más responsabilidad en la seguridad social y servicios para la comunidad, la familia y el individuo. Se crearon sistemas administrativos nacionales que llevaron a cabo tareas preventivas y curativas, así como servicios especializados.

Todos estos movimientos tuvieron lugar en un contexto de industrialización creciente, acompañado de una expansión de comunidades urbanas, lo que al principio logró mejorar el nivel general de vida, pero con el paso del tiempo y tras la creciente migración a las ciudades, movimiento que se vio favorecido por la creación de nuevas fuentes de trabajo, se produjo un fenómeno de crecimiento expansivo que tuvo serias consecuencias como la pobreza, la malnutrición y la aparición de ciertas enfermedades. La rápida industrialización requirió la designación de gran parte de los ingresos nacionales con el consecuente deterioro de la calidad de vida y el bienestar social logrados, las precarias condiciones de vida que empezaron a prevalecer, acentuaron los problemas de salud infantil. Como resultado de todo lo anterior, se implementaron programas dirigidos a la población con el fin de intentar racionalizar los fenómenos y los problemas relacionados con la salud, la higiene, natalidad, sexualidad, alimentación, etcétera.

A partir de entonces se implementó considerablemente la investigación en el campo de la nutrición, la investigación en este terreno fue reforzando el concepto de "enfermedad deficitaria" que se veía alimentado por las condiciones de malnutrición en las que vivía la población pobre. Este ámbito de la nutrición pasó a ser una importante rama de la medicina preventiva y un elemento fundamental de la industria y el comercio, así como instrumento de la política social. Paralelamente los departamentos de salud intensificaron y organizaron sus actividades educativas; por ejemplo, en Francia la educación de la salud constituyó una función reconocida de la agencia de salud oficial aunque probablemente fue la entonces Unión Soviética quien desarrolló el sistema integral más completo.

^{*} Creada en 1913.

Por otro lado, la consolidación de las instituciones nacionales de salud en los países latinoamericanos de la entreguerra, fue parte de un proceso en el cual el Estado tomaba el control de la salud pública, como parte del crecimiento general de los poderes del Estado-Nación. Durante esta época, la presencia e influencia de curanderos en las comunidades, las idiosincrasias culturales, la educación, las creencias y valores, limitaban la participación de la comunidad en las prácticas de la salud pública; sin embargo, no se hacía nada frente a ello. No fue sino hasta tiempo después cuando se empezó a considerar la sociología una base fundamental de la salud pública⁴.

Entre 1918 y 1940, en América Latina se comenzaron a hacer una serie de pruebas encaminadas a la erradicación de las enfermedades. Esta empresa resultó atractiva debido al éxito que se había tenido anteriormente en países como Cuba y Panamá, pero comportó una doble intencionalidad: por un lado limitar el temor a que Latinoamérica infectase a Estados Unidos y por otro lado proteger aquellas partes del mundo que Estados Unidos consideraban bajo su influencia económica⁴.

Esta práctica tendía a favorecer las intervenciones técnicas sobre las medidas sociales y educativas, lo que mantenía la visión reduccionista de esta época.

Estas campañas en las que influyó de forma determinante la Fundación Rockefeller, sirvieron para iniciar las reformas de salud pública en diversos países latinoamericanos, además de extender los servicios sanitarios a las zonas rurales y promover la consolidación de Estados Unidos como el principal centro de influencia académico y técnico. Hubo variaciones en el optimismo puesto en la erradicación y hasta el concepto transformó su significado, pasando de la noción de eliminación a la de reducción de la incidencia, y finalmente a la de erradicación de uno de los vectores de transmisión⁴.

Se puso entonces de manifiesto que una de las herramientas básicas para la salud era la educación. Esta tendencia se caracterizó por la aparición de actividades de asistencia especializada y fue acelerada a su vez por los nuevos

descubrimientos, promoviendo una movilización de la comunidad para el control de enfermedades. La potencialidad de la organización comunitaria tuvo una relevancia particular para los programas de salud pública y marcó un giro determinante en su estructuración.

Con cierto aire de *positivismo liberal* como base de la marcha hacia el progreso, en México, hacia la década de los treinta había instaladas unidades sanitarias o departamentos de salud con carácter permanente para atención de la población rural que enfrentaba ya aspectos sociales y estructurales; no obstante, prevalecía la orientación ideológica y filosófica que sostenía la dualidad cartesiana del cuerpo y la mente como una visión netamente mecanicista, así como la dualidad alopática de la prevención y la cura.

En esta época se implementó enormemente la participación de la comunidad para reforzar las medidas de salud pública, así el trabajo social, la sanidad ambiental, el adiestramiento técnico y las mejoras en las viviendas se volvieron tan importantes como el tratamiento y la prevención médica. A través de tales acciones se constituyó toda una red de servicios médicos integrados, comprometidos con la prevención y la organización comunal en torno a problemas sociales, llevando la medicina curativa a las comunidades rurales. La concepción de salud amplió su espectro abarcando el cuidado de la salud, la educación y la canalización de recursos comunales. Paulatinamente, la ideología del individualismo se iba desgastando y se incrementaba el interés social debido a los problemas de pobreza y nutrición que alcanzaban ya límites impensables. En consecuencia, se promovió la salud como un valor social positivo basado en la unidad social fundamental que era la familia.

A fines de la década de los cincuenta se desarrolló la llamada *medicina psicosomática* en la que convergía la investigación clínica, psicoanalítica y científico-social, teniendo la investigación biológica como eje teórico. El proceso salud/enfermedad/atención constituía una síntesis de los niveles biológico y psicosocial, el primero era considerado como la expresión del padecimiento, y el segundo, se relacionaba más con procesos causales. La antropología médica alemana fue una variante de

este modelo, que al cabo del tiempo quedó reducida a una práctica clínica.

El perfil de los nuevos salubristas incorporaba herramientas para el trabajo de campo en áreas rurales, así como conocimientos en epidemiología, higiene materno-infantil, en inmunizaciones, bacteriología, nutrición, estadística, higiene personal, legislación sanitaria, además de tener fundamentos de ingeniería sanitaria. Se enfatizó el ámbito de la educación sobre la salud, la salud ocupacional e investigaciones científicas aplicadas a la comunidad; de esta manera se empezó a promover en el ámbito educativo el trabajo comunitario a través de unidades sanitarias ejidales que se fueron instalando crecientemente. Estas unidades proporcionaban un cuidado social, integral y preventivo, promoviendo una comprensión social y política del proceso salud-enfermedad; sin embargo, no había correspondencia entre estas tareas y la organización del departamento de salubridad pública, ya que este conservaba una orientación científica y técnica de la salud sobre una base biológica, con la consecuente falta de atención a la dimensión social de la misma.

En este marco de acción se enfrentaba el *modelo ejidal* al modelo apoyado por la Fundación Rockefeller, en el que este último estaba económicamente favorecido.

Como producto de un proceso continuo de industrialización, las autoridades sanitarias comenzaron a interesarse en la contaminación del aire y sus consecuencias a nivel poblacional, impulsando un importante movimiento de promoción de la medicina preventiva. En este mismo periodo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece las siguientes prioridades traducidas en servicios básicos de salud:

- salud materno-infantil
- control de enfermedades transmisibles
- sanación del medio ambiente
- educación para la salud
- asistencia médica

A lo largo de los años sesenta las unidades de salud local en Latinoamérica fueron dirigidas por becarios/as retornados/as de programas apoyados

por la Fundación Rockefeller, quienes reforzaron con su ejercicio dicho modelo. Ya en esta época y en la década de los setenta, cuando el marxismo y otras filosofías emancipatorias reaparecieron en la escena social del mundo occidental, y una serie de circunstancias diversas de carácter político coincidieron (prosperidad material de la postguerra, reconstrucción de relaciones de poder internacionales que produjeron "sensibilidades" diferentes, etcétera.), la industria de la salud adquirió una gran importancia económica para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas*. De esta manera se afirmaba la expansión del modelo biologista, que en realidad siempre había estado presente.

La investigación epidemiológica que se desarrolla da un paso importante al cambiar la noción de causa basada en el modelo etiológico dominante por la de factor de riesgo; no obstante el trabajo que se realiza se hace con series de poca duración histórica, utilizando más frecuentemente como principales variables aquellas que se refieren a procesos biologizados como son el sexo y la edad, y reduciendo las variables sociales a meros indicadores de riesgo sin explotar su capacidad explicativa². Así, lo que resultó fueron modelos explicativos de los factores sociales de riesgo, que fueron una transposición directa del modelo biológico al ámbito psicosocial.

El modelo preventivista que domina es el de la *historia natural de la enfermedad* que sostiene que esta es un hecho natural, biológico, que evoluciona y que no tiene historia. Lo social en cambio, se reconoce a nivel teórico pero no se incluye en la práctica.

Las orientaciones médicas incluyendo la medicina social, mantienen el énfasis sobre la medicina y no toman en cuenta el proceso social que subyace a cualquier padecimiento, es decir, no exploran todos aquellos sentidos y significaciones subjetivas colectivas que operan sobre el proceso salud-enfermedad. Algunas décadas después es cuando aparecen los sistemas locales de salud (SILOS) que proponen la incorporación de la sociedad civil con un papel activo en este proceso².

* La administración de la medicina había estado estrechamente relacionada con el capitalismo, ya que una falta de atención a la salud era hasta cierto punto incompatible con los modos de producción capitalistas. La salud estaba inscrita en este porvenir.

A partir de los años setenta comienza a hablarse de una crisis de la salud pública, cuyo determinante estaba marcado por las limitaciones propias del modelo teórico-metodológico que se utilizaba hegemónicamente, y a partir de la cual se señala la necesidad de incluir los determinantes económico-políticos como elementos centrales en el análisis y la práctica salubristas. Frente a dicha crisis hubo una mayor demanda de eficacia, por lo que se implementó considerablemente la atención primaria**.

El establecimiento del nuevo orden mundial, el notable crecimiento de la ciencia y la tecnología, la exacerbación de los sentimientos nacionalistas, la profundización de las disparidades sociales, la relación irresponsable de la sociedad con el medio ambiente y el neoliberalismo conforman el contexto de esta crisis, de acuerdo con Guerra de Macedo⁶; sin embargo la crisis no es exclusiva de la salud pública, se trata de una crisis de carácter económico, social y político, se ha llegado a hablar incluso de una crisis generacional propia del mundo moderno, que es descrita y explicada a partir de paradigmas culturales y sin la cual el mundo postmoderno no puede entenderse⁷. Contextualizada como tal, esta crisis que tiene raíces históricas y culturales, representa toda una dialéctica de desafío que en este sentido debe aplicarse también al quehacer de la salud pública.

El sector salud no ha sido ajeno a la crisis de carácter socioeconómico y a las políticas de ajuste -baste apuntar por ejemplo que la crisis económica de los ochenta y aún la de los noventa transformó a los países de América Latina en grandes exportadores de capital por el pago de su deuda externa, lo que afectó enormemente la inversión pública destinada al sector salud. El Fondo Monetario Internacional (FMI) sometió a los países a una política de ajuste, lo que conllevó una fuerte crisis social con la consecuente recesión económica, desempleo, empobrecimiento, deterioro del bienestar social, incremento de la violencia; se genera de esta manera un contexto de crisis política en el que la situación económica compromete las condiciones de vida de la mayoría de la población y degrada el medio ambiente⁸.

En la década de los ochenta no hubo cambios significativos en las condiciones que fundan la institucionalización y el desarrollo de la salud pública, la dimensión colectiva que se intentó implementar no incluyó los factores socioeconómicos en la práctica, ya que el desarrollo médico y la investigación biológica habían logrado medicalizar a la salud pública.

Esta disciplina fue asumiendo su cientificidad a través de lo biológico, imponiendo una aproximación al sujeto colectivo en términos no sociales ni históricos, sino "naturales". La práctica médica impuso una intervención en términos del individuo (enfoque clínico) y a través de instrumentos clínicos. Hasta entonces la salud pública se había constituido a partir de la enfermedad como entidad genérica natural y del sujeto como unidad de intervención².

La medicina, como rama prioritaria del saber científico, ha pasado a ser aparato ideológico y político del Estado, donde control y legitimación se mezclan y donde se ejerce la normatización a través de categorías nosológicas que estigmatizan y muchas veces determinan el comportamiento de las personas. En este sentido, el Estado ha legitimado la práctica médica como la única habilitada para operar sobre el proceso salud-enfermedad y en este movimiento ha coartado la posibilidad de diálogo e intercambio interdisciplinar, se ha olvidado que la salud es también un hecho social. En el caso de la salud pública hay una fuerte tendencia a construir instituciones centralizadoras, que pretenden cubrir todos los ámbitos en forma poco diferenciadora.

Aún hoy en día encontramos términos como "líderes del futuro" para referirse a los(as) profesionales de la salud pública, lo que denota que se sigue pensando en la salud pública como en la disciplina privilegiada que debe resolver todos los problemas en relación con la salud en la población. Las fuerzas institucionales en turno y el poder de cada disciplina en un determinado momento y lugar son las que tienen una capacidad de decisión mucho mayor que la magnitud y especificidad de los problemas de salud.

** En el campo de las instituciones que financian el sector salud se introducen principios como el de racionalización, productividad, costo-eficiencia; la dirección y la organización pasan a ser el nuevo Ethos médico-profesional

Como cuerpo de conocimiento y práctica social, la salud pública se ha constituido históricamente como una de las fuerzas vitales que ha intentado conducir la reflexión y la acción colectivas en torno a la salud y el bienestar⁹. Pese a ello, ha sido relegada de los avances científicos, así como de la organización de sistemas de salud, no obstante haber asumido la necesidad de incorporar la investigación interdisciplinaria en su campo.

Comentarios finales

La evolución en el ámbito educativo de la salud pública tuvo también varias etapas que fueron desplazando el énfasis sobre diferentes aspectos de la salud; en un primer momento los programas académicos en salud pública atendieron sobre todo aspectos de saneamiento bajo un enfoque epidemiológico centrado en las enfermedades, pero cuando los servicios de salud empezaron a ampliar su cobertura, de la mera acción curativa se pasó también a cubrir acciones preventivas. Posteriormente, los estudios sobre la administración y organización de la atención médica enriquecieron enormemente el conocimiento y el quehacer de la salud pública, pues se tocaban ya aspectos estructurales que habían sido desdeñados por su magnitud y trascendencia, llegando finalmente en este ejercicio integrativo a incorporar a las ciencias sociales como una herramienta importante en el marco académico de esta profesión¹⁰.

Sin embargo, habría que cuestionar esta incorporación de las ciencias sociales en el ejercicio profesional de la salud pública, ya que la suma de individuos no hace lo colectivo. Esta ha sido la premisa bajo la cual se ha hecho social lo individual, sin cuestionar el enfoque del cual se parte; para integrar la dimensión simbólica del proceso salud-enfermedad-atención, es necesario remover el modelo clínico individualista que ha dominado por muchos años el quehacer de la salud pública, y a partir de aquí, trabajar a través de una perspectiva social de acción.

En el marco de sus transformaciones, la salud pública se ha identificado como un sector

político-técnico del Estado, por lo que deviene básicamente en una acción instrumental del gobierno. Se ha basado en un saber científico y preferentemente técnico, convirtiéndose así en una ciencia orientada a la curación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Para llevar a cabo su labor se ha centrado en la organización de servicios médicos y de asistencia que conforman los sistemas de salud^{***}, conjuntando a las ciencias biológicas, sociales y de la conducta.

Su tarea principal ha sido el desarrollo de las condiciones sociales necesarias para promover la salud mental y física de la población, en este sentido se afirma el carácter multidisciplinario de la salud pública donde confluye lo biológico con lo social y comunitario, revestido por la política y la economía.

El ámbito de la salud pública ha tratado de integrar la participación del gobierno y la respuesta organizada de la comunidad. Por lo tanto no ha podido permanecer al margen de las determinaciones económico-políticas e ideológicas de la sociedad.

El estado de crisis de la salud pública ha propiciado una serie de reflexiones que perfilan lo que se ha llamado "**Nueva Salud Pública**".

En primer lugar se propone que la *nueva* salud pública inicie un proceso de descentralización que incorpore una responsabilidad compartida entre el gobierno, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, esto le otorgará el carácter integral que deberá verse reflejado en su cuerpo teórico y sus actividades prácticas. Las habilidades que deben implementarse en esta nueva salud pública son: analíticas, de comunicación, política de desarrollo y planeación de programas; organización y manejo financiero, promoción y prevención de la salud, investigación, epidemiología, bioestadística, identificación de los determinantes de la salud, ciencias biológicas, ciencias sociales, humanidades y de la conducta, administración y organización.

^{***}La Investigación en sistemas de salud se define como el estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedad en poblaciones, de la cual se derivan dos niveles de análisis:

a) sistemas de salud (nivel micro) ---- servicios y recursos.

b) políticas de salud (nivel macro)²

La *nueva* salud pública deberá entenderse más como una filosofía que como un concepto pragmático y orientarse a la propiciación de la salud con una marcada sensibilidad cultural para la consecución de sus objetivos prioritarios³, que deberán estar orientados por la perspectiva basada en poblaciones, más que por la perspectiva individual⁹.

Los planes de la nueva salud pública deben incorporar el acceso igualitario a la asistencia, una política de salud basada en una sólida participación comunitaria y una colaboración intersectorial que amplíe los ámbitos de incidencia e involucre a diversas autoridades en la promoción de la salud³.

Con la práctica, esta nueva salud pública deberá propiciar una transición de la perspectiva *patogénica* dominante de las enfermedades a otra que ponga mayor énfasis en su prevención y en la promoción de la salud, es decir, una perspectiva *salutogénica*, basada en la idea de que los determinantes de la salud pueden ser modificados, desarrollando e implementando estrategias para ello³.

Es importante lograr una compenetración entre los aspectos teóricos que perfilan la salud pública y sus acciones; como en cualquier disciplina es necesario hacer una reflexión como un ejercicio permanente, a partir de la cual pueda evaluarse la pertinencia de este saber teórico-práctico. Esta tarea no debe ser llevada a cabo únicamente por los(as) profesionales de la salud pública, sino también debe derivarse de los(as) usuarios(as), fomentando así una responsabilidad compartida. Al respecto señala Henderson¹⁰ que los servicios de salud pública deben ser siempre evaluados a dos niveles:

- Por sus logros a nivel poblacional, es decir, a través de la reducción de la tasa de mortalidad, por la implementación de programas comunitarios de control de fecundidad, por la inmunización y en general, por el mejoramiento del nivel de vida de la población.
- Por el nivel de la satisfacción personal del costo, calidad, accesibilidad y eficacia de los servicios, en otras palabras, por una evaluación de la satisfacción del(a) consumidor(a).

Bibliografía

1. Rosen, G. (1958). *A History of Public Health*. USA: The Johns Hopkins University Press. 1993.
2. Menéndez, E. (1992). "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible", en *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación científica N° 540. OPS.
3. WHO. (1996). *New challenges for public health. Report of an interregional meeting*. Gineve, 27-30 november, 1995.
4. Cueto, M. (1996). "Los ciclos de la erradicación: La Fundación Rockefeller y la salud pública", en Cueto, M. (de.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP/Organización Panamericana de la Salud.
5. Llovet, J.J. (1997). "Transformaciones en la profesión médica: Un cuadro de situación al final del siglo", trabajo elaborado para el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, México, 2-6 junio de 1997.
6. Guerra de Macedo, C. (1992). "El contexto", en *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación científica N° 540. OPS.
7. Portis, L. (s/f). "Crises in history and the uses of crises in the social imagination".
8. Silva, J. (1992). "La salud colectiva y los desafíos de la práctica", en *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación científica N° 540. OPS.
9. Frenk, J. (1993). "The New Public Health", en *Annu.Rev.Publ. Health*. 14:469-90.
10. Henderson, D. (1992). "La salud pública más allá del año 2000", en *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación científica N° 540. OPS.
11. Birn, A.E. (1996). "Las unidades sanitarias: La fundación Rockefeller versus el modelo Cárdenas en México", en Cueto, M. (de.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP/Organización Panamericana de la Salud.