



La salud pública: una visión sobre su quehacer actual

María del Pilar Díaz, MD, Profesora Asistente, Departamento de Medicina Preventiva, Antropóloga, Magister en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

El presente ensayo tiene como objetivo plantear la opinión de la autora sobre la concepción de, y la labor que, la Salud Pública debiera desarrollar en la actualidad. No se trata de una revisión histórica crítica de la disciplina, sino de una reflexión de una persona que como antropóloga ha andado caminos dentro de la Salud Pública con una perspectiva sociocultural.

La Salud Pública ha tenido y tiene diferentes concepciones, de acuerdo a las cuales ha determinado su actuar en distintas épocas. Quisiera citar, como ilustración, cinco opciones al respecto que Jaime Sepúlveda (1), en conjunto con otros autores, plantea como resumen de lo que se ha entendido por Salud Pública. La primera se refiere a la identificación de “**lo público**” con actividades generadas en los gobiernos y, la segunda, lo toma como sinónimo de participación comunitaria organizada. La tercera alternativa centra la Salud Pública en servicios NO personales de salud; la cuarta adiciona a la anterior algunos servicios personales de carácter preventivo, especialmente dirigidos a los llamados grupos vulnerables y la quinta, la asume como la respuesta organizada a problemas de enfermedad muy frecuentes o amenazantes para la población sana.

Al analizar estos enfoques de la Salud Pública se aprecia que se la tiende a identificar con acciones, que parten de

algún sector de la sociedad, para prestar servicios de atención y prevención de la enfermedad. Si bien ésta es **una** característica de la Salud Pública, ella no puede ni debe dejar de lado su aspecto investigativo en pro únicamente de planear, proveer y administrar servicios asistenciales masivos o promocionales surgidos en instituciones públicas o privadas.

La investigación le da una dinámica de actualización a la práctica de la Salud Pública porque le permite estar familiarizada con los problemas socio-económicos y culturales que afectan a las poblaciones, su modo de vida y bienestar, que como contexto o ambiente global de las mismas, influye en la situación de salud de los grupos humanos. El conocer dichas situaciones faculta al salubrista para plantear alternativas concretas y adaptadas a la realidad de las poblaciones para afrontar las problemáticas detectadas, con una activa participación de la comunidad, potencial o efectivamente afectada. En primera instancia, tales alternativas se pueden concretar en planes y programas de salud o en estrategias y actividades para efectuar al interior de las poblaciones investigadas. Pero, también, permiten generar nuevo conocimiento científico que guíe los rumbos que la Salud Pública debe tomar para afrontar los nuevos retos que imponen los modelos socio-económicos y políticos imperantes en

el mundo y que afectan la calidad de vida de sus habitantes.

Por eso considero que la Salud Pública posee dos dimensiones complementarias A y B:

A. Como un **quehacer interdisciplinario**, donde personas con diferentes perspectivas de aproximación al proceso salud-enfermedad se unen frente a un problema común, conjugan sus visiones teórico-prácticas **en una sola** para proponer una alternativa de estudio a la problemática y plantear soluciones globales para problemas integrales que afectan la salud de los pueblos. Por tanto, no es el campo de acción de una única disciplina, sino de varias en interacción, con un fin común: el bienestar de las poblaciones humanas.

Es de señalar que en este ensayo se acoge la definición de ‘interdisciplinario’ provista por Gabriel Gyarmatti (2), la cual supone “lograr que los elementos constituyentes de dos o más disciplinas se integren entre sí. (...). Lo que caracteriza la investigación interdisciplinaria es precisamente (...) *la explicación y análisis de los supuestos básicos de los paradigmas y teorías propios de una determinada disciplina, empleando para ello los enfoques, conceptos, sistemas de categorización, variables y métodos de otras disciplinas.* De esta manera permite evaluar muchos planteamientos, los

cuales, a primera vista, aparecen como completamente lógicos (o de sentido común), pero que a la luz de otro enfoque o la estructura lógica de otra disciplina, a menudo, son altamente problemáticos”.

Un ejemplo que ilustra lo planteado anteriormente es el hecho detectado en una investigación sobre percepción de riesgos ambientales y uso de servicios de salud (alopáticos y populares) para menores de 5 años. Se observó que madres de estos pequeños y Madres Comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar explicitan perfectamente información occidental (proveniente de la denominada educación en salud) sobre cuestiones del ambiente (en este caso remitido a la vivienda y el barrio en una zona urbana de la amazonía colombiana) que pueden ocasionar enfermedades en los niños. Sin embargo, la observación directa permitió detectar la presencia de esos mismos riesgos, verbalizados por las madres, en sus casas y en el barrio mismo. ¿Qué pasa entonces? La educación en salud no trasciende el nivel de información. Se identificaron una serie de valores, creencias y situaciones socio-económicas que “obstaculizan” el cambio hacia actitudes saludables que esa misma educación ha promulgado. Por ejemplo, “yo me crié con agua sin hervir y estoy sano”; “hervir el agua me sale muy costoso”; “el agua hervida sabe feo”; “mi marido no tiene trabajo y no tengo para comprar combustible” o simplemente “los niños no hacen caso de tomar agua hervida” (3).

El ejemplo permite ver que otra lógica, la del potencial usuario del servicio, se impone sobre la lógica racional moderna que el agente de salud occidental, alopático, suele manejar. Por eso, como lo afirma Elias Sevilla (5) “este fracaso de la estrategia individual ocurre porque se

olvida que los problemas de salud **son fenómenos sociales** no individuales, es decir afectan poblaciones (como diría Rose) e implican relaciones (como diría Bohanan). Rose argumenta en forma convincente en favor de las estrategias poblacionales que, si bien no encajan en la tradición clínica centrada en el individuo, son imprescindibles cuando se desea afectar las causas de los problemas de salud” (1994:3). Por tanto, la Salud Pública no debe plantear estrategias individuales (como los simples cambios funcionales de hábitos basados en la información de los efectos ocasionados por la exposición a ciertos riesgos), al estilo clínico, para resolver problemas de salud de poblaciones porque así no se habrá de lograr una adecuada efectividad.

A partir de lo anterior se puede señalar que existen múltiples racionalidades que deben ser tenidas en cuenta para generar políticas, donde diversas disciplinas como las Ciencias Sociales pueden colaborar con sus planteamientos. El desconocer dichas racionalidades conduce frecuentemente al fracaso de muchas iniciativas. Este punto es particularmente relevante en el mundo actual donde se recuperan, reconocen y legitiman la diversidad y la heterogeneidad, como bien lo refleja la Constitución Colombiana de 1991 en sus principios fundamentales, donde hace referencia al reconocimiento y la protección a la diversidad étnica y cultural de la república.

“La interdisciplinariedad se construye en el trabajo práctico, se lo vive en la gestión cotidiana; es básicamente una actitud mental que combina la curiosidad con un criterio amplio y un espíritu de aventura y descubrimiento e incluye también la intuición que existen, entre todas las cosas, relaciones que escapan a la observación corriente y analogías de

comportamiento y estructura. Es la convicción de que, por definición, descubrir significa salirse de los caminos trillados. Es el fruto de una formación continua, de una flexibilización de las estructuras mentales y cada día aparecerá más como la condición de una verdadera investigación científica (4).

Correctamente entendida y aplicada, la interdisciplinariedad está orientada a potencializar la acción de los profesionales, permitiendo generar a través de diagnósticos integradores líneas propositivas de trabajo, formular y ejecutar acciones pertinentes para transformar una realidad como la nuestra; la creciente complejidad de los problemas suscitados por una sociedad cambiante exige romper con el marco limitado y limitante de las disciplinas, para confluír con un trabajo mancomunado, para lo cual es condición sine qua non que el objeto de la investigación y/o de acción sea claramente definido” (Yépez y Barreto, 1994:152).

B. La segunda dimensión se refiere a **la Salud Pública como realidad vivencial** de la situación de morbimortalidad en poblaciones dentro de contextos socio-económicos, políticos y culturales particulares, donde la confluencia de la historia natural y social de las enfermedades delimitan perfiles epidemiológicos específicos, ante los cuales los actores sociales involucrados en el proceso salud-enfermedad escogen diversas alternativas de acción (propias o extrañas) para afrontar la situación que afecta su bienestar.

Los contextos que habrán de tenerse en cuenta para el análisis de la situación de salud, aunque pueden observarse separadamente, intersectan y superponen lo local dentro de lo regional y, a su vez, en lo mundial.

Hay que tener en mente, entonces, tanto su heterogeneidad como su homogeneidad cultural y socio-económica, particularmente en estos tiempos de globalización de la economía y cultura occidentales.

La globalización es estimulada aún más por los modelos neoliberales donde es notoria la apertura de diversos tipos de fronteras (espacio-económicas como la de la Unión Europea o el Mercosur, ciberespaciales mediante la red mundial de Internet, las audiovisuales a través de la televisión internacional por cable o parabólica y, políticas como en el caso de la creciente privatización de los servicios de salud en América Latina) que facilitan o desencadenan tanto la presencia de condiciones socio-económicas y ambientales que repercuten en las caracterización de los perfiles epidemiológicos reinantes como en la información y tecnología disponibles para transformarlos y atender la morbilidad imperante.

Dadas las dimensiones planteadas para la Salud Pública, la formación de futuros médicos y demás profesionales vinculados al área de salud no se debe centrar en el ejercicio empresarial privado o en fortalecer la tendencia hacia la especialización porque ello equivaldría a sesgar o fragmentar dicha práctica profesional.

Sin importar las tendencias de formación médica existentes, **siempre hay que considerar la posición del usuario de los servicios de salud** (formales o informales), llámesele enfermo, paciente o cliente, porque es él y sólo él quien decide a dónde ir en búsqueda de atención, de acuerdo a la cultura de la sociedad en que se ha criado, la educación que ha recibido, la experiencia previa con diversos agentes de salud (alopáticos, populares o tradicionales), la vivencia de su enfermedad y el sentido que a

ésta le atribuye, esté o no afiliado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, bajo régimen subsidiado o contributivo. El profesional de la salud debe tener claro este punto, así podrá aproximarse a entender por qué la gente toma ciertas decisiones que no corresponden a la lógica del experto, las cuales se enmarcan en un mundo de interrelaciones socioeconómicas y culturales que las Ciencias Sociales le pueden ayudar a comprender.

En este sentido la ley 100 obliga al profesional de la salud a ejercer dentro de un marco concreto que no toma en cuenta, para los servicios prestados, la heterogeneidad regional y local, que puede afectar su quehacer. Hay una realidad social que no se debe obviar, pues toca tanto a prestadores de servicios (médicos, etc.) como a usuarios. Los coloca bajo otro tipo de relaciones sociales, donde los primeros adquieren el estatus de un **asalariado** común y corriente y los segundos corresponden a **clientes**, quienes a raíz de la satisfacción que perciben con el servicio prestado continúan o no con el mismo agente de salud. Ya no es estrictamente este último quien manda; está expuesto a las leyes del mercado. Por tanto, en la medida que el agente de salud se acerque al usuario, comprenda su percepción del proceso salud-enfermedad y las circunstancias socio-económicas en que se desenvuelve podrá hacer una mejor labor que satisfecerá a ambas partes. En esta interacción también las ciencias sociales pueden apoyar al profesional de la salud con la concepción integral y global de los problemas.

A manera de conclusión quiero utilizar las siguientes citas que expresan sintéticamente la importancia de acudir a otros campos del saber para efectuar prácticas médicas, o en general en salud, más amplias y efectivas:

*“La introducción sistemática,(...), a todo campo de acción cultural de la salud, dará a los médicos no sólo competencia para tratar a **personas que tienen órganos o sistemas enfermos sino a las poblaciones a las cuales dichas personas pertenecen. De paso, les ayudará a que sus prescripciones individuales sean más realistas y por tanto más efectivas**” (5).*

“No se trata simplemente de incorporar al curriculum una o varias disciplinas de las llamadas ciencias sociales o de las consideradashumanísticas, sino de abordar los problemas concretos de salud-enfermedad con una óptica integradora y por lo tanto interdisciplinaria” (4).

“De ninguna manera el papel de la universidad es el de legitimadora de programas o acciones que se imponen por interés de un grupo, de un gobierno o de un sector político, pero que carecen de coherencia frente a la realidad concreta, frente a la situación de salud de las mayorías.

A la universidad le compete un papel crítico y creativo, que vaya más allá de las declaraciones teóricas y se manifieste en un modelo distinto de formación de los profesionales de la salud, a la vez que en el esclarecimiento científico de la realidad sanitaria, en la formulación y desarrollo de nuevos enfoques en las políticas de salud, nuevos modelos de servicio y perspectivas diferentes del cambio social” (op. cit.: 157).

La universidad debe erigirse entonces como asesora, consultora y proponente de acciones para un mejor sistema de salud dirigido a la población general. Es esta institución la encargada por excelencia de estar cerca a la realidad de un pueblo. Por ende, debe asesorar

al gobierno en el diseño de propuestas, basadas en el conocimiento de la realidad a través de la investigación y la práctica social. A ellas se deben vincular profesores y alumnos mediante la experiencia docente-asistencial. De

este deber la Salud Pública no se puede eximir, por lo cual debe abrirse a nuevos campos de saber que le permitan conocer realidades y plantear acciones ante ellas. A la par el médico, como cualquier agente de salud, debe contar

con una visión amplia y abierta frente a los procesos de cambio, mediante su involucramiento con otros saberes que le permitirán profundizar y reorientar su(s) labor(es) hacia las demandas tácitas y explícitas de las poblaciones.

REFERENCIAS

1. **Sepúlveda, Jaime et. al.** "Aspectos básicos de la vigilancia en Salud Pública para los años noventa". En: Salud Pública Mex., 1994; 36:70-82.
2. **Gyarmatti, Gabriel.** "Salud y Enfermedad: Hacia un paradigma biopsicosocial". En: Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas; pp. 173-183. Editorial
3. **Díaz M., María del Pilar.** Evaluación Cualitativa de servicios de salud dirigidos a menores de 5 años. Su relación con el medio ambiente en Florencia, Caquetá. Informe de Investigación; Universidad de Los Andes, Bogotá, 1995.
4. **Yépez, Rodrigo y Dimitri Barreto.** "La Universitaria, Santiago de Chile; 1992.
5. **Sevilla, Elias.** La Ciencia Social en la formación del médico. Documento de circulación restringida. Universidad del Valle. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Cali; 1994.