



**Universidad de San Carlos**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Fase I, Área de Salud Pública I**

**INTRODUCCION A LA SALUD PÚBLICA**

Elaborado para fines docentes por Dra. Sandra Figueroa de López

**DEFINICIONES**

El concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles.

La complejidad de la salud pública en el mundo actual, hace de ella un poliedro de muchos y cambiantes lados que justifican la variedad de miradas con que lo reconocemos, manifestadas en las múltiples maneras de definirlo y actuar sobre él, incluso en el uso de expresiones sustitutivas o complementarias referentes al todo o a las partes del tema, como por ejemplo, la medicina social, la salud comunitaria, etc.

En los años 20, **Winslow** propuso una definición muy amplia que incluye la mayor parte de los elementos de la salud pública en el momento actual, a pesar de haber sido dada hace más de 90 años; su énfasis está dirigido hacia la enfermedad y en el paradigma higiénico/ sanitario hegemónico en la época, aunque incorpora la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública.

**Definición de Winslow:** La salud pública **es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad** para:

- 1) El saneamiento del medio;
- 2) El control de las enfermedades transmisibles;
- 3) La educación de los individuos en los principios de la higiene personal;
- 4) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades;
- 5) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

En 1974, **Hanlon** propone la siguiente definición: La salud pública **se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados**. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad.

En 1991, **Piédrola Gil** estableció la siguiente definición que simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública **en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido**.

**Definición de Piédrola Gil:** La Salud Pública **es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad**.

En 1992, Frenk proponiendo delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, desarrolló una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y subindividual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, con

relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud).

**La definición de Salud Pública que utilizó se basa en el nivel de análisis.**

**Definición de Frenk:** A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones.

En el mismo año, **Milton Terris** prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "**Nueva Salud Pública**": prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos.

**Definición de Terris:** Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad.

**Definición de Testa:** También en 1992, Testa, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, reconocía a **la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica.**

El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Pero si las proposiciones de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza", otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica.

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas.

#### **Definición de la OPS**

La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

#### **DEFINICIÓN ACTUAL:**

La **Salud Pública** es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

#### **Disciplinas que integra la salud pública**

- Ingeniería Sanitaria
- Economía
- Sociología
- Estadística
- Biología
- Psicología
- Administración en Salud
- Ciencias de la Salud
- Ingeniería de Sistemas
- Ciencia Política
- Veterinaria
- Antropología
- Demografía
- Medicina
- Ecología

## **FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (FESP)**

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública.

Se ha definido como: Condiciones **que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública**. Definiendo a la Salud Pública como **la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas**. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. **No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.**

**FESP 1:** Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población

**FESP 2:** Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

**FESP 3:** Promoción de la salud

**FESP 4:** Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos sanitaria nacional en salud

**FESP 5:** Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría

**FESP 6:** Regulación y fiscalización en salud pública

**FESP 7:** Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

**FESP 8:** Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

**FESP 9:** Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos

**FESP 10:** Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública

**FESP 11:** Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

## **ACTIVIDADES DE LA SALUD PÚBLICA:**

- **Protección de la Salud** Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.
- **Promoción de la Salud** Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos

necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

- **Prevención de la Enfermedad** Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.
- **Restauración de la Salud** Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

Las acciones de la salud pública responden a las funciones esenciales ya que con ellas se procede a cumplir con actividades organizadas por ejemplo por la comunidad responden a las FESP 3, 4, 5 y 6, entre ellas tenemos:

- La educación: La enseñanza general básica debe ser gratuita a toda la población.
- Política económica: Producción agrícola y ganadera, de bienes y servicios, de empleo y de salarios.
- Política de vivienda, urbanismo y obras públicas.
- Justicia Social: De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Navarro Vicente, Concepto Actual de Salud Pública; [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:*  
<http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>
2. Dra. Adriana Moiso, Introducción A La Salud Pública. [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:*  
<http://www.ms.gba.gov.ar/Laboratorio/Capacitacion/ModSaludPublica.pdf>
3. Funciones Esenciales De Salud Pública PAHO [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:* <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm>



**Universidad de San Carlos**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Fase I, Área de Salud Pública I**

**PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA**

Elaborado para fines docentes por Dra. Sandra Figueroa de López

El estado de salud es una constante preocupación de la humanidad. Sin embargo es difícil poder definir o explicar el concepto de **salud**. Desde hace tiempo se definía a la salud como la ausencia de la enfermedad. Sin embargo no es el mejor criterio ya que no se puede definir con una negación. El diccionario de la Real Academia Española define a la salud como **“el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”**. Pero esta definición es muy amplia, poco precisa y cuantificable.

**Existen múltiples concepciones sobre lo que es la salud:**

<p style="text-align: center;"><b>MÉDICAS</b></p> <p>Surgen, desde el punto de vista de la medicina.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CONCEPCIONES SOCIALES</b></p> <p>Surgen desde el punto de vista de la perspectiva de las ciencias sociales.</p>
<p><b><u>Concepción somático-fisiológica:</u></b>            La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar. Aún hoy la enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico.</p> <p>El éxito de la medicina somática, avalado por los numerosos descubrimientos en biología, física y química, contribuyó directamente a que ésa fuera la forma fundamental de practicar la medicina, o sea, diagnosticar la enfermedad y curar el organismo físico. La concepción somática de la salud ha transcurrido más pendiente de la enfermedad que de la salud durante la mayor parte de la historia.</p> <p><b><u>Concepción psíquica:</u></b>            Implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente.</p> <p>Puede decirse que la limitación fundamental con que se enfrenta la concepción psíquica de la salud es la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas.</p> <p><b><u>Concepción sanitaria de la salud</u></b>            Propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una</p>	<p><b><u>Concepción político-legal de la salud:</u></b>            Considera la salud como un bien general que interesa a todos. Cuando esté bien se convierte en derecho exigible por los ciudadanos, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro.</p> <p>Por lo que existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud que se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos.</p> <p><b><u>Concepción económica:</u></b> se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso.</p> <p>En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de mantener la "productividad humana", para lo cual es necesario contar con una "buena salud".</p> <p><b><u>Concepción cultural:</u></b>            La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cubrir, lleva a enunciar lo que se ha denominado "relatividad cultural de la salud y la enfermedad". Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se</p>

<p>población más que en la salud individual, como acabamos de ver en las dos concepciones descriptas. anteriores</p> <p>La concepción sanitaria de la salud posee un contenido amplio ya que se refiere esquemáticamente a dos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medio ambiente físico, teniendo en cuenta la totalidad del mismo: tierra, agua, aire, alimentos en sus diversas formas, etcétera.</li> <li>• las personas que ocupan el medio ambiente, a las que se agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo, residencia, trabajo, etc., identificando problemas de salud, estableciendo programas para actuar sobre ellos y controlando los resultados de la acción.</li> </ul>	<p>considera "normal" en dicho grupo y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él.</p> <p>La sola reflexión acerca de la diversidad regional que tiene nuestro país nos permite suponer múltiples situaciones que reflejan la relatividad cultural de la salud y la enfermedad existente.</p>
--	---

## EL CONCEPTO "SALUD" Desde el punto de vista de la Salud Pública

En el 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como **"un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad"**.

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. En esta línea de pensamiento trata de situarse la Organización Mundial de la salud al desterrar de su definición de salud la concepción exclusivamente biológica, y concebirla como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad".

La estructura conceptual de esta definición en un principio impresiono porque se oponía al concepto salud del modelo medico tradicional. Sin embargo, tal definición se ha criticado desde varios puntos de vista.

La OMS la define como un "estado", sin embargo los fenómenos de salud son dinámicos. Cuando hablamos a cerca de la definición de salud de la OMS dijimos que mostraba un modelo estático. La salud y la enfermedad no son los puntos extremos de una recta.

Salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y a su vez influyen en la actividad del hombre como ser social. Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. Al encontrar estos determinantes (factores que influyen en la salud) el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano.

En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los conceptos de salud- enfermedad. Y como es muy dinámico podemos hablar con más propiedad si lo llamamos **"proceso salud enfermedad"**. No hay un punto límite exacto entre ellos.

Este concepto no se puede abordar desde la enfermedad solamente ya que esta va a afectar de manera diferente al individuo.

En 1977 Engel critica el modelo médico tradicional por sus planteamientos reduccionistas y mecanistas y los califica de dogma y surge el concepto de modelo biopsicosocial. Este modelo

permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. Desde cualquiera de estos determinantes puede surgir un problema, y a su vez afectar a los demás.

Por lo tanto, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de **salud holística**.

Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características:

- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Así como Engel crítica el concepto de salud de OMS, también Alberto Vasco quien refiere:

- El carácter de gran generalidad en la definición (OMS),
- Su carácter a histórico,
- Tiene desconocimiento de las enormes diferencias existentes en la sociedad actual.
- Concibe a la salud como un **estado**, lo que implica considerarla como un fenómeno estático y separado de la enfermedad.
- No considera a la salud y la enfermedad como una unidad dialéctica, en la que ambos son momentos de un mismo fenómeno, puesto que entre ellos se establece una relación en constante cambio.

De lo anterior se deduce que no existen parámetros con valor universal, para señalar con precisión ¿cuál es el nivel óptimo de bienestar físico, mental y social? que deben tener los individuos y grupos sociales, para desarrollar al máximo sus potencialidades. Esto se debe a que las necesidades y aspiraciones, varían de una persona a otra y de una comunidad a otra, según las situaciones socioeconómicas, los marcos culturales e ideológicos y el medio ambiente predominantes. Todo lo anterior resulta en gran medida del **modo de producción** dominante en las distintas formaciones sociales, y de la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo en un momento histórico determinado.

Antes que la Organización Mundial de la Salud basara su concepto de salud en los aspectos físico, mental y social, los biólogos la definían sólo en función del aspecto físico. Esta teoría ha sido llamada **TRIADA ECOLÓGICA** debido a que en su concepción intervienen tres elementos: **el huésped, el ambiente y el agente causal**.



El hombre es un organismo, que al habitar en un ambiente se expone a la acción de los agentes causales de enfermedad con los cuales interactúa y lo hacen hospedero de la enfermedad, entendida como la alteración o desequilibrio netamente físico. La teoría de la triada ecológica, considera la salud como un evento de la naturaleza sin reconocer la influencia que el hombre ejerce en su resultado; es decir, para los biólogos sólo existían **CAUSAS** naturales que producían **EFFECTOS ORGÁNICOS** independientes de las circunstancias y acciones del hombre.

La salud así definida, estaba enmarcada en un contexto histórico con las circunstancias de la época, pues aún no se racionalizaba la influencia que ejercía la sociedad. Sin embargo, el aporte de la teoría es valioso, pues desde entonces señaló la importancia del ambiente en la resultante salud, la cual está hoy más vigente que nunca debido a los problemas que a escala mundial hay sobre contaminación.

Luego de la triada de los biólogos la OMS lanzó su teoría sobre la salud al considerar incompleta la de los Biólogos, que sólo contemplaba el aspecto físico. Afirmaron que se habían desconocido otros aspectos importantes de la dimensión humana, tales como el aspecto mental y social. Sin embargo, al analizar la definición de la OMS, se observa que en ella solo se incluye al ser humano en sus dimensiones internas, dejándolo sin un **entorno o medio ambiente** en el que se sostiene y que le garantiza su supervivencia como especie.

Se puede aquí concluir que las dos teorías son complementarias y más aún, cuando en la actualidad el ambiente cobra la máxima atención e importancia en todas las políticas de la humanidad para garantizar su conservación.

## **HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD**

Leavell y Clark en 1965 establecen un esquema para tratar de explicar el desarrollo natural de la enfermedad.

- Período Pre patogénico
- Período Patogénico Sub clínico
- Período Prodrómico
- Período Clínico
- Período de Resolución

### **Período pre patogénico**

Período de interacción entre factores endógenos y exógenos que trae como resultado el que se permita facilitar que se reproduzca y se desarrolle la enfermedad.

### **Período patogénico sub clínico**

Se expresan lesiones anatómicas o funcionales sin expresiones clínicas claras. Se puede detectar por exámenes clínicos en forma causal o por tamizaje.

### **Período prodrómico**

Manifestaciones generales, confusas que hacen difícil hacer un diagnóstico exacto.

### **Período clínico**

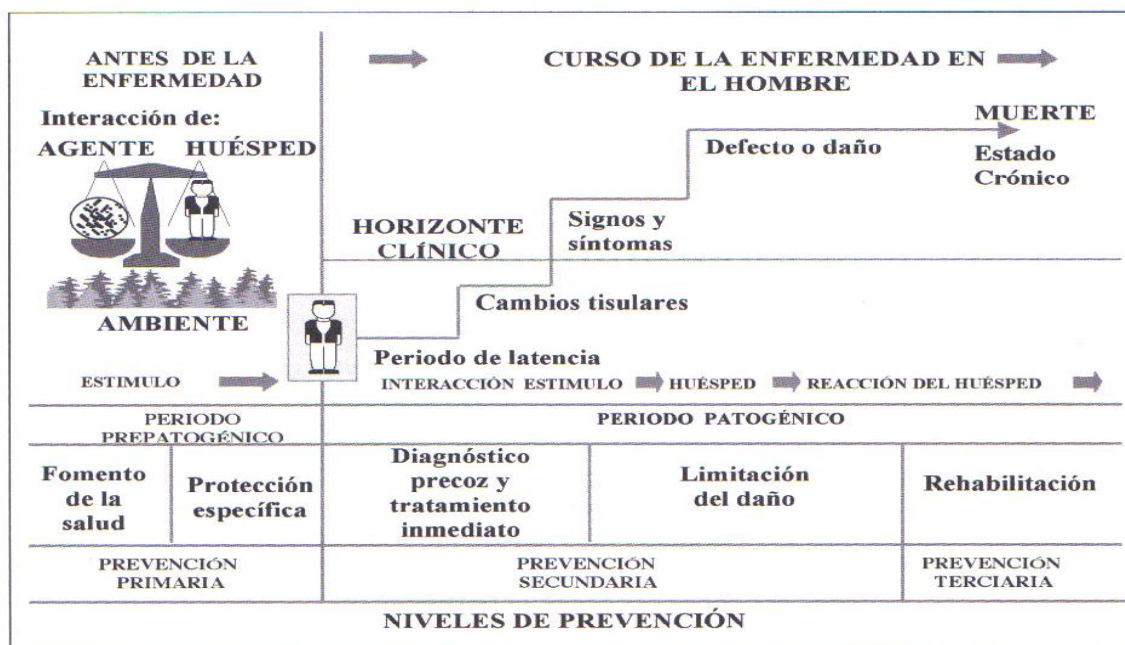
La enfermedad se manifiesta por signos y síntomas que facilitan su diagnóstico y manejo.

### **Período de resolución**

La enfermedad evoluciona hacia la curación con o sin secuelas, a la muerte o a la cronicidad.



Figura 1 Historia natural de la enfermedad



Fuente: MOPECE OPS. 2007

## NIVELES DE PREVENCIÓN

### NIVEL PRIMARIO:

Es el conjunto de acciones destinadas a impedir la aparición o a disminuir la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad.

Se actúa durante el período pre patogénico, modificando los factores de riesgo (cambios en la dieta, prescripción de ejercicio, uso de cinturón de seguridad en el automóvil, etc.) o previniendo la acción del agente etiológico (inmunizaciones, potabilización del agua, etc.). Podemos dividir a estas acciones en dos clases:

- **promoción de la salud** (acciones sobre el individuo)
- **protección de la salud** (acciones sobre el medio ambiente).

Consiste en acciones destinadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase pre sintomática.

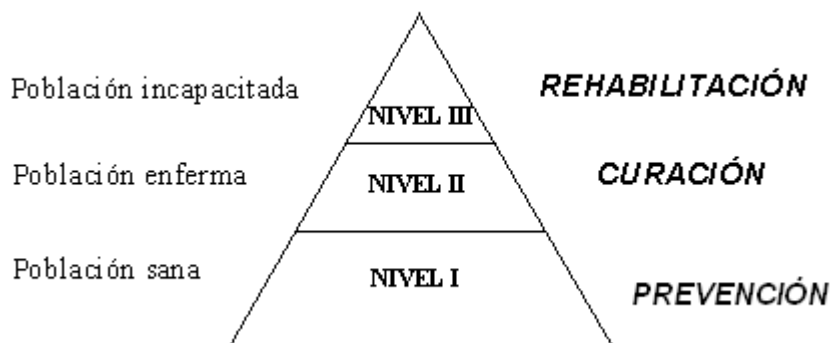
### NIVEL SECUNDARIO:

Son fundamentalmente las llamadas **pruebas de Tamizaje o screening**. Permiten la llamada **detección precoz**, que con frecuencia pero no siempre va acompañada de menor morbi-mortalidad si se realiza el **tratamiento precoz** (en ambos casos "precoz" se refiere a diagnóstico y tratamiento durante esta fase pre sintomática y sintomática aguda).

### **NIVEL TERCIARIO:**

Se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática crónica, o de sus secuelas. Incluye el **tratamiento** y la **rehabilitación** de una enfermedad y de sus secuelas disminuyendo o impidiendo la progresión de las mismas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.

**Figura No. 3**  
**NIVELES DE PREVENCIÓN**



### **BIBLIOGRAFIA**

1. Ana Lía Kornblit y Ana María Mendes Diz. La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:* <http://www.cucaicor.com.ar/datos/KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf>
2. Castellanos, Pedro Luis; Sobre el Concepto de Salud Enfermedad, Bol. Epidemiológico OPS. 1990; vol. 10, N° 4. [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:* <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>
3. Vergara Quintero, María del Carmen, Tres concepciones históricas del Proceso salud-enfermedad, revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 41 – 50 [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:* [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_4.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf)



## **Determinantes Sociales de la Salud**



Documento compilado con fines docentes,  
por: MSc. Claudia Wong de Liu

### **Definición de determinantes sociales de la salud**

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

### **¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?**

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud.

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como tienen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente, con mayor frecuencia que

aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas **inequidades** han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.

### **Valor y objetivo fundamental de salud pública: la equidad en salud**

La equidad en salud es uno de los objetivos centrales de los sistemas de salud, lo que lleva a la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud. Es importante precisar que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria.

Esta énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad.

De modo que la equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, "la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente."

**Inequidad** lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles.

### **Determinantes sociales: las causas de inequidades en salud**

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como "las características sociales en que la vida se desarrolla." De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta que punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual? Esta pregunta, planteada por la nueva Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, es central al

enfoque de determinantes sociales y amplía el foco de los esfuerzos en Salud Pública, más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales.

Por otra parte, la Comisión señala que la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman.

### **Marco conceptual para acción sobre determinantes sociales**

El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales, para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones. 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 en salud.

Uno de los primeros y más influyentes fue el de *Lalonde* en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Desde esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico. 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 adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña.

Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. (Figura 1)

- Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables.
- A su alrededor se encuentran 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 a 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 su 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.

El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

**Figura 1:** Los principales determinantes de la salud

## Modelo Socioeconómico de Salud



**Fuente:** Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud.

El esfuerzo colectivo: intersectorialidad y participación social.

Cuando la mirada a los factores conducentes a la salud es amplia, muchas de las intervenciones que buscan modificar dichos factores quedan fuera de la acción tradicional del sector salud.

El enfoque propuesto por la Comisión, concibe un rol activo del sector en la reducción de inequidades en salud, directamente asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y programas de Salud Pública comprensivos y efectivos, pero con igual importancia, actuando indirectamente, involucrando otros sectores del gobierno y de la sociedad civil. Reconoce que la Salud Pública, es un campo de acción social, cuyos agentes incluyen especialistas y técnicos de salud y de otros sectores, los políticos, la academia, las organizaciones sociales, empresarios e instancias de la sociedad civil.

Un aspecto central al marco es la cohesión social y la construcción de capital social al reconocer que la acción y soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud.

El marco pone énfasis en los diferentes niveles de acción donde habrá que intervenir sobre determinantes sociales. Las políticas de acción sobre determinantes sociales deben considerar un amplio rango de intervenciones, desde la disminución de exposiciones y vulnerabilidades, el mejoramiento del acceso a servicios, disminución de las consecuencias gracias a acciones sectoriales y cambios en la estratificación social. Aquí se destacan también como aspectos o principios transversales a los niveles de intervención, las consideraciones por el contexto, la participación ciudadana en las decisiones y la acción intersectorial, además de la necesidad de contar con evidencia para sustentar acciones efectivas.

## Bibliografía

Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. [en línea] Disponible en:  
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>

Módulo 1: Elementos conceptuales relacionados con los determinantes sociales de la salud. Aula virtual de Salud Pública. [en línea] [accesado 22 septiembre 2011] Disponible en:  
<http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=102&topic=1>

Determinantes sociales de la salud y equidad en salud: las causas de las causas. En: Lograr la equidad en salud desde las causas iniciales a los resultados justos. OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH). [en línea ] [accesado 16 de septiembre de 2011] Páginas, 14 a 38. 2007. Disponible en:

Benach J, Muntaner C. Diferencia no es desigualdad. En Aprender a mirar la salud. [En línea] [accesado 22 septiembre 2011] Edit Topo. Barcelona, 2005. Disponible en:

Breilh Jaime. "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano" en: Salud Colectiva Buenos Aires. [en línea] [En línea]. 6:1 83-101. Abril 2010. [accesado 22 septiembre 2011]. Disponible en:  
[http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/102/determinantes/lecturasprincipal/unidad\\_2.2lp/ud22lp\\_interim-statement.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/102/determinantes/lecturasprincipal/unidad_2.2lp/ud22lp_interim-statement.pdf) (Descargar)

R.Wilkinson y M. Marmot. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. OMS. [en línea] 2003. [accesado 22 septiembre 2011]. Disponible en:  
[http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/102/Curso\\_DSS\\_11/los\\_hechos\\_irrefutablesMarmot\\_.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/102/Curso_DSS_11/los_hechos_irrefutablesMarmot_.pdf)

Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. CDSS. Documento de trabajo. [En línea]. 5 de mayo 2005. (Versión preeliminar sin editar.) [accesado 22 septiembre 2011]. Disponible en:  
[http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/102/determinantes/bibliocomplementaria/unidad\\_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/102/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf)



**Universidad de San Carlos  
Facultad de Ciencias Médicas  
Fase I, Área de Salud Pública I**

**CONSIDERACIONES METODOLOGICAS PARA EL ESTUDIO DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

(RAUL ROJAS SORIANO)

**NIVELES DE ANALISIS**

El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. El proceso salud-enfermedad se encuentra, por tanto vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen, tesis de la que partimos y que será el eje central de este trabajo.

De acuerdo con lo anterior, las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir en el ámbito de **lo social**, aún cuando aquél se manifieste, en forma concreta, en seres humanos.

Antes de analizar la salud-enfermedad de acuerdo con esta visión, es necesario referirse, aunque sea brevemente, a otros dos enfoques que dan por resultado niveles de análisis distintos del proceso salud-enfermedad.

Los tres niveles se encuentran vinculados entre sí, pero cada uno de ellos es válido en cierto momento, y responde a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.

**El primer nivel** es aquel en el que la enfermedad se presenta en un organismo determinado y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere el concurso de la medicina y ciencias afines (biología, bacteriología, fisiología, anatomía, etcétera). En base a las teorías, métodos técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad, para lo cual se elaboran previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud y eliminar o reducir al mínimo las secuelas incapacitantes. Este nivel encuentra su ubicación en el **modelo que considera un solo tipo de causa de la enfermedad**, ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones *“normales”* del organismo, por ejemplo erradicar o limitar un proceso tuberculoso en individuos que llegan a una institución de servicios médicos, o reparar la salud del trabajador que se accidenta en una fábrica. Este modelo orienta la búsqueda de la causa que produjo la enfermedad pero de acuerdo con una concepción de ésta. El ideal, aquí, es establecer una relación de uno a uno, en la que una causa es necesaria y suficiente para que se produzca determinada enfermedad (*etiología específica*). Si se logra esto, podrá incidirse en forma directa e inmediata en el agente patógeno, físico o químico que daña la salud.

Este modelo encuentra sustentación teórica en el conjunto de reglas conocido como postulados de **Koch**: primero, el microorganismo se halla siempre con la enfermedad, de acuerdo con las lesiones y la etapa clínica observada; segundo, el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad; tercero, el microorganismo, aislado de quien padece la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad (*en un animal experimental susceptible*). La presencia *“regular”* y *“exclusiva”* del microorganismo demuestra una relación causal. En el caso del accidente de trabajo, éste se considera como “un suceso o serie de sucesos de ocurrencia rápida, emanados de un acto inseguro o de una circunstancia insegura y



culminando en un daño impremeditado”. De acuerdo con esto, los accidentes se conciben como eventos que surgen por causas específicas, como pueden ser el no emplear equipo de protección, las herramientas inadecuadas, actos inseguros, etcétera. Y como concepción orienta los estudios sobre factores que provocan los accidentes, así como la práctica correspondiente para “eliminar” la causa. En el célebre estudio H.S. Heinrich utilizó 12 mil casos, tomados al azar, de reclamaciones falladas y archivadas por las compañías de seguros, y 63 mil de los registros de accidentes fabriles. Según el autor de dicho estudio, “la mayor responsabilidad en cada caso se atribuyó bien al acto no seguro de una persona o a una condición mecánica también no segura; pero ni **en un solo caso** se atribuyó la culpa a causas personales y mecánicas al mismo tiempo.

Este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad, y la consecuente práctica médica, es el de la medicina curativa que busca la reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse o accidentarse. De acuerdo con este enfoque, para resolver el problema de salud **individual** basta la acción competente del equipo de salud, apoyada en una infraestructura médica adecuada. Cualquier otra consideración es secundaria. Aquí, la utilización de las ciencias sociales está prácticamente ausente y los datos socioeconómicos que se anotan en la historia clínica se presentan como datos aislados, abstractos (*ocupación, escolaridad, etc.*), que poco o nada dicen de las verdaderas causas por las que los individuos se enferman o accidentan.

Es importante subrayar que este enfoque de la enfermedad y, por consiguiente la forma de abordar su tratamiento, es un logro objetivo, real, de la medicina como practica científica “*aislada*” de las condicionantes sociales que determinan cómo, de qué y con qué frecuencia y gravedad se enferma la gente. Es una práctica que se sustrae de las verdaderas causas de la enfermedad pero que tiene su validez de acuerdo con dicho enfoque: la enfermedad vista como un problema individual, separada de las condiciones en que se produce, que son condiciones sociales: la forma como los individuos se relacionan con la naturaleza y con los demás individuos para producir y reproducirse. Este nivel de análisis implica, como ya se dijo, un determinado enfoque de la enfermedad que no interesa desarrollar aquí, aunque no podemos dejar de mencionarlo porque: 1) tiene su validez de acuerdo con determinada concepción de la salud y la enfermedad y, 2) por las implicaciones político-ideológicas que tiene, ya que las clases dominantes “*ponen*” los avances de la medicina al servicio de la clase trabajadora para resolver sus problemas de salud, mediatizando sus reivindicaciones en este campo; se busca el acceso a los servicios médicos y se relega lo fundamental, lo que condiciona un mayor riesgo a la enfermedad y a la muerte y reduce su esperanza de vida.

**En el segundo nivel** el individuo ya no se concibe en forma aislada sino como parte de una comunidad que tiene ciertas características socioeconómicas y culturales y está expuesto a determinados riesgos de enfermedad. De acuerdo con esto se analizan algunos elementos con los que está relacionada la enfermedad: factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc., a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad. Ésta se vincula, por lo tanto, con condiciones deterioradas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente, presencia de factores físico-químicos o mecánicos en el medio de trabajo y que resultan adversos para la salud, etc. Se adopta un **modelo multicausal** y se deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como algo social en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social.

La tuberculosis, de acuerdo con este enfoque, se debe no sólo a la presencia del bacilo de Koch en el organismo sino al hecho de que existen elementos sociales que condicionan el surgimiento y desarrollo de la enfermedad: hacinamiento, desnutrición, falta de detección oportuna de la enfermedad porque los individuos no acuden o carecen de servicios médicos, etc. Es el modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, que rebasa el modelo unicausal en la búsqueda de las causas de la enfermedad, pero es un enfoque ahistórico y mecanicista que

no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señalar relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos.

En relación con los accidentes de trabajo propone hipótesis como la siguiente: *“Existe una relación entre el número de accidentes ocurridos en la empresa, con el número de condiciones inseguras en la misma; así como con algunas características socioeconómicas, culturales y técnicas de sus trabajadores. De esta manera, mientras mejores sean las condiciones de seguridad e higiene y las características mencionadas en relación a los obreros, menor será el número de accidentes en la empresa”*.

Al enfermo tuberculoso que acude al hospital se le indica que debe mejorar su vivienda, alimentarse bien, ver periódicamente a su médico, no realizar ciertos tipos de trabajo, etcétera. Y para evitar los accidentes se recomienda, por ejemplo, *“que se incrementen las actividades que viene realizando la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo de esta empresa, relativas a difundir entre sus trabajadores la importancia que tiene el hecho de usar equipo de protección personal y ropa de trabajo adecuada; así como vigilar que las condiciones ambientales de trabajo sean las óptimas posibles”*.

Esta forma de concebir la enfermedad vinculada a factores sociales y físicos es el enfoque de la epidemiología tradicional, que puede definirse – según Macxy – como *“la rama de la ciencia médica que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico, en una comunidad humana”* (Citado por Jacob H. Landes 1963:3. *“La práctica de la epidemiología ya no se limita únicamente a las enfermedades transmisibles, sino que abarca también otros padecimientos como el cáncer, la diabetes y las enfermedades del sistema cardiovascular, así como las lesiones provocadas por accidentes”*).

Este enfoque representa sin duda, un avance cuantitativo respecto del anterior en la concepción de la salud y la enfermedad y en las prácticas para prevenir los daños a la salud y restablecerla.

**El tercer nivel** busca conocer las **causas fundamentales** de la enfermedad, la esperanza de vida y la muerte, y el acceso real a los servicios médicos en los seres humanos, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos entre los fenómenos, la esencia, a fin de establecer leyes que, si bien a nivel de tendencia, orienten la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada.

De acuerdo a este enfoque, la tuberculosis se concibe como una enfermedad social cuyas verdaderas causas residen en la estructura misma de la sociedad; ya que el bacilo de Koch se desarrolla, como se ha demostrado, en determinados ambientes físicos y sociales que son producto de la forma en que la sociedad produce y se reproduce, del tipo de relaciones sociales imperantes; en pocas palabras, de la estructura económica de la sociedad. Y los accidentes de trabajo encuentran su explicación en la forma en que la sociedad organiza la producción, en la manera en que los individuos se relacionan con la naturaleza en el proceso de trabajo, es decir, en el modo de producción dominante.

Para conocer las causas fundamentales de la enfermedad vista como un fenómeno social, y formular leyes, tiene que recurrirse a categorías tanto teórico-metodológicas como histórico-sociales. Entre las primeras se encuentran causa y efecto, esencia y fenómeno, necesidad y casualidad, contenido y forma, lo singular y lo general, posibilidad y realidad; hay que incluir además las leyes del materialismo dialéctico: ley de la unidad y lucha de contrarios, ley del paso de cambios cuantitativos a cambios cualitativos y ley de la negación de la negación. Entre las

segundas tenemos: modo de producción, proceso de trabajo, clases sociales, condiciones materiales de trabajo, condiciones materiales de vida, estado, ideología, etc.

Las categorías histórico-sociales son también instrumentos teórico-metodológicos ya que orientan el análisis de los fenómenos concretos al proporcionar – a nivel teórico – los elementos y relaciones básicos que deben analizarse en una realidad específica.

Este tercer nivel supone a su vez un enfoque que supera al anterior, ya que implica un cambio cualitativo en el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad. En este nivel se sitúa el quehacer de la sociología médica marxista, la cual considera que la salud-enfermedad, aun cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar **por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos.**

La sociología médica marxista pretende, pues, crear leyes y teorías para explicar la salud-enfermedad como fenómeno social, para lo cual tiene que destacar los aspectos y relaciones esenciales – vía el recurso de la abstracción – que la teoría científica y la práctica concreta señalan como los más comunes, fundamentales, de la realidad concreta. La sociología médica marxista vincula lo teórico con lo empírico, lo abstracto con lo concreto, a fin de alcanzar, a través de categorías, leyes y teorías, una comprensión más profunda del proceso salud-enfermedad. Por ello, vincula lo teórico con lo empírico, lo abstracto con lo concreto, a fin de alcanzar, a través de categorías, leyes y teorías, una comprensión más profunda del proceso salud-enfermedad. Por ello, lo que parece ser más “abstracto” y “metafísico” es en realidad mucho más concreto precisamente porque, **mediante** su misma dimensión de universalidad, la teoría no es abstracta por ser general, por lo contrario, es mil veces más concreta porque abarca en su alcance una parte mucho mayor de la realidad que los conceptos, más limitantes y particularizantes.

De acuerdo con esto, la sociología médica marxista utiliza categorías más abstractas para explicar un fenómeno concreto ubicado en una totalidad históricamente determinada. Así, su enfoque supera al de la epidemiología tradicional que solamente se queda en el plano de lo empírico, de lo inmediato, al establecer regularidades empíricas entre factores sociales y físicos y la salud enfermedad.

La sociología médica marxista explica, sobre la base de categorías teórico-metodológicas y de categorías histórico-sociales, la presencia de estas regularidades empíricas, es decir propone hipótesis globales que permitan un análisis más completo y profundo del proceso salud-enfermedad. Aquí radica su enfoque cualitativamente superior.

En los tres niveles que hemos descrito pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos para obtener información empírica de la realidad concreta; la diferencia estriba en el tipo de realidad que se estudia en cada nivel. En el primero, la realidad es el individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia, ya que el interés radica en resolver a la brevedad posible un problema de salud, y el método que se utiliza es el clínico. El segundo nivel se refiere a la búsqueda de un conocimiento sobre una realidad en la que el individuo ya no se concibe aislado del acontecer físico y social; pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico-sociales y el proceso salud enfermedad. Aquí pueden emplearse diversos métodos y técnicas que la práctica ha demostrado que son de gran utilidad para alcanzar un conocimiento objetivo, pero sobre los aspectos externos, que son manifestaciones de la esencia de la realidad. Estos métodos y técnicas pueden ser el experimento social, la observación, la encuesta, la entrevista, etcétera.

Los resultados de los estudios situados en este segundo nivel son de utilidad para orientar las políticas y programas concretos en ámbitos producidos: una comunidad, una fábrica. Su objetivo fundamental es ayudar al mantenimiento del sistema social a través de la implementación

de medidas que permitan evitar situaciones disfuncionales que vulneren el adecuado funcionamiento del mismo.

En el tercer nivel la realidad que se estudia es la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determinaciones; es la realidad vista como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos. En este nivel de análisis el proceso salud-enfermedad, que se presenta en individuos que trabajan y viven bajo determinadas circunstancias socio históricas, es parte de esa totalidad (*la formación social*). Por tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse.

En este nivel de análisis se recurre también a los métodos y técnicas antes mencionados – ya que no existe otra forma de obtener información empírica de la realidad concreta – pero tales herramientas se encuentran ubicadas en una perspectiva teórica que da cuenta de determinada concepción del mundo, de la sociedad, de los fenómenos inherentes a ésta, como la enfermedad, y que guía, además, el manejo de los métodos y técnicas de investigación, así como la aplicación de los resultados de los estudios. Nos referimos al materialismo histórico y dialectico como teoría y método general de conocimiento de la realidad concreta.

### **La concepción materialista de la realidad social y sus repercusiones en la investigación de proceso salud-enfermedad**

Para el estudio del proceso salud-enfermedad es necesario tomar en cuenta aquella perspectiva teórica que permita una comprensión y explicación más profundas de dicho proceso a fin de evitar análisis superficiales o fragmentarios sobre el mismo, o que solo profundicen en forma en que se presenta un problema de salud en un momento determinado y dejen de lado su desarrollo y transformación, o que aislen el fenómeno que se estudia de las condiciones socio-históricas en las que las que se encuentran inmerso. Así mismo, es necesario evitar que el estudio de la salud-enfermedad, visto como un fenómeno social, se inicie a partir de cualquier elemento, o separarlo en la totalidad (sociedad en su conjunto) de la que forma parte. Es importante señalar que el investigador tiene que aislar, pero en la mente – vía el recurso de la abstracción - los fenómenos objeto de estudio, a fin de poder iniciar un análisis intensivo sobre sus diferentes aspectos y relaciones, pero esto no significa que los fenómenos se encuentren en forma aislada de la realidad concreta.

Proceder estudiar el proceso salud-enfermedad sin tomar en cuenta lo anterior es adoptar el enfoque de la corriente positivista y sus variantes (el funcionalismo y el conductivismo), lo cual limita el conocimiento científico de la realidad objetiva, en este caso del proceso salud-enfermedad.

Por ello es necesario tener presente durante el proceso de conocimiento de la realidad las premisas fundamentales del materialismo dialectico e histórico a fin de orientar el estudio de los fenómenos concretos así como la selección, diseño y aplicación de los distintos métodos, técnicas e instrumentos de investigación. Las tesis centrales de dicha corriente pueden expresarse en los siguientes términos:

- 1) Todos los fenómenos de la realidad social se encuentran en relación y dependencia mutuas. La realidad es un todo interrelacionado y no un conjunto de cosas y procesos aislados, separados unos de otros. Esta tesis ofrece la posibilidad de llegar a conocer las causas de los fenómenos pero es importante señalar que la realidad se presenta de una manera muy compleja y dentro de la multitud de causas posibles es necesario conocer las causas determinantes y condicionantes de los fenómenos. Además, debe tenerse en cuenta que los efectos repercuten en las causas de diversa forma y con distinta intensidad, y los efectos se convierten a su vez en causas de otros fenómenos. De acuerdo a lo anterior, la salud-enfermedad es un proceso vinculado a diversos factores sociales, físicos, químicos y biológicos; el desarrollo de la ciencia, en la que están presentes distintas concepciones de la salud y la enfermedad, ha enfocado de diversa manera este asunto.

La teoría unicausal logró una amplia aceptación cuando a través de la experimentación pudieron establecerse ciertos nexos entre fenómenos biomédicos que la ciencia médica colocó en primer plano durante la segunda mitad del siglo XIX: un agente patógeno (por ejemplo, el bacilo de Koch) origina la tuberculosis. La medicina, urgida de conclusiones apoyadas en la experimentación para poder “elevarse” al rango de ciencia, dejó de lado planteamientos que desde el siglo XVIII (e incluso desde los tiempos de Hipócrates) venían cobrando fuerza: la enfermedad está relacionada con circunstancias concretas de la vida material (Johann Peter Frank, Rodolf Virchow, etcétera).

El aspecto de lo social en la comprensión del fenómeno de la enfermedad quedó relegado u olvidado cuando los descubrimientos experimentales asombraron a los estudiosos de la salud enfermedad. El desarrollo de la vida social en el modo de producción capitalista se encargó de socavar las bases de la teoría unicausal al observarse que la presencia de muchas enfermedades (tuberculosis, difteria, cólera) estaba relacionada con las condiciones materiales de trabajo y de vida de la población. Surge la teoría multicausal que, como ya hemos visto, incluye varios elementos como causantes de la enfermedad. Dicha teoría fue, sin duda, un avance importante cuando a la lista de posibles causas de la enfermedad se agregaron otras propias del medio ambiente físico y social, en lugar de señalar un solo tipo de causas (agentes patógenos, físicos o químicos). La historia de la explicación de la enfermedad muestra claramente el desarrollo del pensamiento dialéctico que avanza de formas inferiores de conocimiento a formas superiores, y a veces hay retrocesos (como la teoría unicausal) que sin embargo poseen los gérmenes de concepciones más profundas cuando muestran su insuficiencia explicativa. Esto permite que la ciencia no se detenga en la búsqueda de las causas fundamentales de los procesos.

- 2) La realidad se encuentra en permanente movimiento, cambio, transformación. Para llegar a una comprensión profunda de causas de los fenómenos debe partirse de la tesis de que éstos no son estáticos sino que en ellos se presentan continuos cambios. La realidad es, por tanto, un proceso, y no un conjunto de cosas acabadas, por lo que el conocimiento sobre ella es también un proceso en el cual se consolidan verdades relativas y cuyo encadenamiento permite alcanzar un conocimiento más profundo y objetivo de la realidad.

De acuerdo con esto, el proceso salud-enfermedad no es algo fijo, único; está en permanente cambio y recibe múltiples influencias de otras instancias de la vida social. Su aprehensión, a través del pensamiento conceptual, debe tomar en cuenta lo anterior para evitar crear modelos o teorías definitivas. Si partimos de que los conceptos categorías, hipótesis, leyes y teorías – en suma, el pensamiento abstracto – es una reproducción mental aproximada de esa realidad en permanente cambio, la conceptualización del proceso salud-enfermedad dependerá de las condiciones materiales del momento histórico que se vive, lo cual no significa que la conceptualización se encuentre encapsulada en la realidad presente; puede apoyarse en formulaciones expuestas en el pasado y enriquecerse con los hechos del presente para comprender mejor las formas de desenvolvimiento que adopte en el futuro el proceso salud-enfermedad (la ciencia mantiene, pues, una autonomía relativa respecto de las condiciones reales de existencia).

- 3) Los cambios, las transformaciones que aparecen en la realidad, son cambios objetivos cuya fuente es la **contradicción interna** que se presenta en los procesos; no son resultado de fuerzas suprasensibles o de disposiciones subjetivas (emociones, deseos, etc.). En otras palabras, el motor del desarrollo que se debe a la existencia de polos antagónicos que se encuentran en unidad relativa y en lucha permanente. En el caso de la realidad social – donde se presenta el proceso salud enfermedad – la contradicción principal en la sociedad capitalista se da entre el capital y el trabajo, y se expresa socialmente en la lucha de clases entre burguesía y proletariado.

El proceso salud-enfermedad y su conceptualización se encuentran presentes en la palestra donde se desarrolla la lucha entre ambas clases. Por ello las condiciones reales de existencia, los intereses y las ideologías de las clases sociales están presentes en la forma en que surge y se desarrolla dicho proceso, así como en la concepción que se tiene de él.

- 4) Los elementos y procesos de la estructura social tienen diferente jerarquía o influencia en el surgimiento, desarrollo y transformación de los procesos sociales, por lo que no puede iniciarse el estudio de un proceso a partir de cualquier elemento.

Para explicar el proceso salud-enfermedad es necesario analizar los diversos aspectos con los cuales se encuentra relacionado y conocer los factores esenciales de mayor peso que determinan las modalidades que asume dicho proceso. Hay, en términos generales, dos grandes grupos de factores: los del ser social, o sea, los que surgen de la vida material de la sociedad (la forma en que se produce y se reproduce) y los de la conciencia: las concepciones, conocimientos, sobre la enfermedad. La tesis del materialismo histórico nos permite demostrar – como se verá más adelante – que la enfermedad, su frecuencia y gravedad, tienen su explicación en las condiciones materiales de trabajo y de vida de los distintos grupos sociales y no en las ideas o creencias sobre la enfermedad, aunque éstas pueden repercutir para que se desencadene el proceso que lleve de la salud a la enfermedad, para detenerlo a tiempo y evitar secuelas. Sin embargo, las condiciones reales de existencia determinarán en última instancia las posibilidades objetivas de evitar, minimizar o retardar la presencia de la enfermedad, por ejemplo, el vivir y trabajar en un medio ambiente contaminado, el padecer o no desnutrición, el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos, etc.

La conceptualización del proceso salud-enfermedad que la ciencia médica elabora, y que orienta las políticas de salud y la práctica médica, depende de la realidad material, de las relaciones sociales imperantes que son, en la sociedad capitalista, relaciones de explotación. En la conceptualización de dicho proceso también influyen los valores, las creencias, pero éstos se encuentran condicionados por los aspectos materiales de la sociedad. Sobre este asunto hablaremos en el último capítulo del trabajo.

- 5) La realidad se presenta a diferentes niveles; nuestra experiencia sensible capta solamente los aspectos externos de los objetos y procesos del mundo natural y social. Los elementos y relaciones internas, o sea, la esencia, con los cuales se establecen leyes y teorías para explicar los fenómenos de la realidad, sólo pueden conocerse si se recurre al pensamiento abstracto. Marx decía que “toda ciencia estaría de más si la forma de manifestarse las cosas y la esencia de éstas coincidiesen directamente”.

La epidemiología tradicional sólo vincula los aspectos externos de los fenómenos sociales y físicos con la enfermedad, tal se expresó en el apartado anterior. Por ejemplo, puede establecer relaciones como la siguiente: “mientras mayor es la desnutrición del obrero, mayor es la probabilidad de que ocurran accidentes de trabajo”. Es necesario rebasar este nivel y llegar a conocer la esencia, los aspectos internos, fundamentales, de la realidad, que no aparecen de manera inmediata, a primera vista. De acuerdo con esto, nuestro interés radica en determinar cuáles son las causas básicas por las que se presenta la relación anterior. Para responder a esta cuestión debe emplearse categorías histórico-sociales como clases sociales, modo de producción, plusvalía, etc., con el objeto de formular hipótesis que permitan alcanzar un conocimiento más profundo y objetivo de la realidad.

- 6) **La práctica social**, concreta, es la base del conocimiento y el criterio de verdad de nuestras representaciones teóricas, así como la única forma de transformar el mundo. Sobre el primer punto, Mao expresa lo siguiente: “No puede haber conocimiento al margen de la práctica” (“Sobre la práctica”); respecto al segundo punto, Marx señala que “El problema de si a pensamiento se le puede atribuir una verdad objetiva no es un problema teórico, sino un problema **práctico**; es en la práctica donde el hombre demuestra la realidad y el poderío, la terrenalidad de su pensamiento” (“Tesis sobre Feuerbach”); en cuanto al tercero, el mismo Marx

señala que “los filósofos no han hecho más que **interpretar** de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de **transformarlo**” a través de la práctica.

De acuerdo con lo anterior, el conocimiento científico sobre el proceso salud-enfermedad y la forma en que se encuentra relacionado con la estructura socioeconómica de la sociedad debe adquirirse a través de la práctica científica, empleando teorías, métodos y técnicas que permitan la apropiación teórica de la realidad concreta, en este caso del proceso salud-enfermedad y sus diversos aspectos y relaciones. Asimismo, la transformación de las condiciones materiales adversas para la salud sólo puede llevarse a cabo a través de prácticas concretas, por ejemplo la lucha de clases, para arrancar al capital diversas reivindicaciones en el campo de lo económico, lo político y de salud.

Los planteamientos anteriores son la tesis generales del materialismo dialéctico e histórico que debemos tomar en cuenta para alcanzar una comprensión más amplia y profunda del proceso salud-enfermedad, el cual si bien es un proceso natural está condicionado por circunstancias socio históricas concretas.

Una vez que hemos situado el proceso salud-enfermedad dentro de la perspectiva del materialismo dialéctico e histórico, es necesario aplicar las leyes y categorías de esta corriente de pensamiento a fin de orientar la apropiación teórica de dicho proceso. Para alcanzar una comprensión más profunda de la realidad capitalista y su relación con el proceso salud-enfermedad, la concepción que se tiene de éste en las respuestas que el Estado y la sociedad dan a la enfermedad.

## **BIBLIOGRAFIA**

Rojas Soriano, Raúl. **CAPITALISMO Y ENFERMEDAD**. 8ª. Edición. México: Editorial Plaza y Valdez. 2000. 299 pág.