

LECCIONES DE SALUD PÚBLICA

Reflexiones académicas desde la
labor docente de un departamento
de salud pública

Juan Carlos Eslava Castañeda
Editor

Bogotá, D. C., enero de 2025



como los expertos analizan el tema tiene variantes, pero, más allá de esto, cabe señalar que, en uno de los capítulos, se recurre a la narración testimonial, lo cual permite una reflexión importante que merece ser destacada. Sin duda, tras la labor salubrista, existe la persona de carne y hueso con su trayectoria vital y sus intereses específicos, y esto que puede ser anecdótico adquiere suma relevancia a la hora de situar en perspectiva el trabajo que se realiza dentro del DSP, toda vez que allí convergen diversas y muy interesantes trayectorias vitales.

El capítulo 8 permite un acercamiento general a dos temas centrales y a dos disciplinas fundamentales para la salud pública: la administración y la economía. A pesar de que los vínculos entre ellas y la salud pública no están carentes de polémica y de que existen dilemas trascendentales, como los referidos en el texto, es indudable la importancia que estos asuntos adquieren en la salud pública actual.

El capítulo 9, por su parte, aborda otro de los asuntos esenciales para la salud pública: la cultura. En su aproximación, no solo se da cuenta de la complejidad de la cuestión, sino de las implicaciones que conlleva asumir la cultura de una u otra manera. Lo planteado posibilita meditar acerca de uno de los grandes retos salubristas actuales: la interculturalidad. El capítulo 10 resalta otro de los asuntos fundamentales en salud pública: la política. En su desarrollo, se percibe no solo el reto que conlleva el tema, sino la diversidad de posturas que allí entran en juego y que, en la práctica, pueden generar intensas discusiones, confrontación de pareceres y acaloradas polémicas.

Por último, el capítulo 11 muestra una propuesta teórica en construcción y un proceso intelectual en pleno desarrollo, que resulta de gran interés no solo por el alcance y especificidad de la propuesta, sino porque permite entrever que tras la labor académica que adelantan las y los profesores del DSP existen proyectos intelectuales valiosos que se han venido construyendo a lo largo de los años, desde perspectivas diversas y con distintos bagajes teóricos. Este capítulo plantea, entonces, un tema central de la salud pública: el territorio desde un enfoque crítico e histórico.

En su conjunto, el libro es una buena muestra de lo que se discute y enseña en el DSP. Así, se espera que se convierta en obra de consulta de estudiantes y de personas interesadas en el campo de la salud pública, y en un estímulo para los colegas, quienes, seguramente, tendrán nuevas lecciones en salud pública que ofrecer a los lectores ansiosos por conocer sobre estos temas.

JUAN CARLOS ESLAVA CASTAÑEDA
PROFESOR ASOCIADO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CAPÍTULO 1 EL COMPLEJO CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA: UNA APROXIMACIÓN PANORÁMICA A ALGUNOS DE SUS DEBATES ACTUALES

Juan Carlos Eslava Castañeda

INTRODUCCIÓN

Hoy no resulta extraño reconocer la creciente complejidad que ha adquirido el campo de la salud pública (SP). Ya sea asumida como ámbito de acción intersectorial o como área de conocimiento interdisciplinar, esta forja un tupido panorama de prácticas, saberes, intereses y relaciones que trasciende el terreno de la enfermedad de los grupos sociales y se instala en un escenario más amplio, que tiene como referentes generales el desarrollo humano y el bienestar de las poblaciones. Por esta razón, quien ingresa al mundo salubrista se ve inmerso en un territorio especial, donde se entrecruzan disciplinas y saberes, se contrastan miradas y posiciones, se analizan diversos fenómenos en dimensiones diferentes y se ponen en juego una gran multitud de recursos, tanto humanos como tecnológicos, con el fin de agregarle años a la vida y vida a los años de los habitantes del planeta.

Ya han pasado los años en que la SP era considerada, de manera exclusiva, un área dominada por el discurso biomédico acerca de las causas naturales de las enfermedades, si bien el análisis de la enfermedad en los grupos humanos sigue siendo un aspecto central de interés para el salubrista. Además, han pasado los años en los cuales se circunscribía la labor salubrista al saber técnico de unos pocos expertos, aunque la formación científico-técnica especializada sigue teniendo un papel de importancia.

En la actualidad, prima la idea, por lo menos en el discurso general, que afirma el carácter abierto, multi e interdisciplinar de la SP, donde el discurso biomédico se ve complementado —también tensionado— por el discurso socio-médico y

donde todo el saber médico, en su conjunto, se ve complementado —también puesto en tensión— por otras áreas de conocimiento, como la ecología, la economía, la sociología y las ciencias políticas, por nombrar solo algunas de ellas.

Lo anterior resulta más notorio, cuando los temas y los problemas de mayor interés para la SP son abordados, cada vez con mayor fuerza, desde perspectivas diferentes a las tradicionalmente manejadas por los profesionales de la salud, y donde cada perspectiva revela uno o varios aspectos esenciales. Tanto es así que se está llegando al punto en que puede resultar paradójico, desde cierto punto de vista, que los problemas sanitarios se abordan en mayor proporción desde análisis económicos de costo-beneficio, análisis jurídico-constitucionales, análisis ingenieriles y tecnológicos, análisis socio-históricos o análisis ético-políticos, lo cual exige ciertas competencias técnicas específicas que la formación básica de los profesionales sanitarios no contemplan y, por ello, estos han quedado un poco relegados en varias de las discusiones.

Sin embargo, cabe advertir que la SP ha cambiado en los últimos años, debido a que el mundo social mismo ha cambiado. Allí los componentes de la vida social se han tornado cada vez más interconectados y los enfoques de las ciencias sociales más necesarios para entender dinámicas socioeconómicas, políticas y culturales interactuantes. De esta manera, el ámbito de la SP se ve afectado de manera compleja por amplios fenómenos sociales propios de esta época de modernidad tardía —aunque muchos hablan de una época posmoderna—.

En particular, los procesos de globalización económica y transnacionalización de los mercados han tenido efectos importantes en la reconfiguración tanto del orden geopolítico mundial como de las relaciones entre estado y mercado. Así, las estructuras estatales han tenido que enfrentarse a procesos de interacción económica, que no solo rompen sus fronteras nacionales, sino que ponen en duda la capacidad de control económico que hasta ahora han tenido los Estados nación. Hoy experimentamos, entonces, incertidumbre frente a su capacidad para garantizar, a mediano y largo plazo, el bienestar de sus ciudadanos.

En una perspectiva global, y a pesar de los logros que en materia de salud se han conseguido, las inequidades e injusticias entre los países considerados *desarrollados* y los *subdesarrollados* están aumentando y la pobreza se enseñoera por sobre más de la mitad del planeta (*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD), 2010). Las cifras son alarmantes y muestran cómo, al mismo tiempo que aumenta la miseria en el mundo, crece el número de multimillonarios, llegando a extremos como los mencionados hace una década, cuando se señalaba que las casi 800 personas más ricas del planeta poseían una riqueza acumulada equivalente a la deuda externa de la mayoría de los países «en vías de desarrollo» (Kempf, 2007, p.67).

Una visión más actual señala que los poco más de 2000 milmillonarios que hay en el mundo poseen más riqueza que el 60 % de la población mundial. Esto significa que estos pocos sujetos privilegiados tienen más riqueza que aquella que

tienen 4600 millones de personas. Así, la desigualdad en el mundo está profundamente arraigada y es, a todas luces, escandalosa (Oxfam Internacional, 2020).

A la par con estos fenómenos económicos, la perspectiva del cambio climático, los elevados índices de contaminación ambiental, la conciencia de la gravedad de los desastres naturales, la feroz intensidad de los conflictos bélicos desregulados, el amplio consumo de sustancias psicoactivas, el permanente miedo a las múltiples epidemias que aparecen cada año y la tozuda realidad demográfica que presiona los recursos del planeta han acrecentado la sensación de amenaza con que la humanidad asume su situación inmediata.

Esta sensación se ve amplificada en un mundo caracterizado por su gran movilidad y por la interconexión informática. De hecho, las noticias en tiempo real permiten que el pánico se propague de manera muy rápida y se instaure un sentimiento generalizado de vulnerabilidad, sutilmente incorporado en la cotidianidad de las personas (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007). Como consecuencia, hoy vivimos una crisis civilizatoria que, indudablemente, impacta profundamente la salud de las personas (Eslava, 2020) y que se ha hecho aún más visible con la actual experiencia de la pandemia de COVID-19, un evento sanitario de alcance global.

Por supuesto, las amenazas constantes no solo han producido temor y desazón, puesto que también han permitido desarrollar enfoques conceptuales novedosos y propuestas de intervención innovadoras, al mismo tiempo que han posibilitado ampliar el rango de los retos sanitarios. Varios de los temas más apremiantes y de mayor desafío hoy en día han surgido de la confrontación permanente con estas nuevas situaciones.

La preocupación por la inequidad en salud ya sea en términos de género, etnia o situación económica, es ampliamente reconocida en medio de los asombrosos desequilibrios mundiales y estimula muchos de los más llamativos avances en el campo de la salud pública. Lo que antes era un tema invisible, hoy es uno de los temas más clara y directamente abordados. Otro tanto puede decirse de la preocupación por la universalización de los servicios asistenciales, por la expansión de los servicios de atención primaria y la instauración de más amplios sistemas de protección social, temas de actualidad incuestionable.

Vale la pena señalar, igualmente, el gran interés despertado por la *Promoción de la Salud*, la cual se convirtió rápidamente en un referente internacional para la acción sanitaria. Esta, si bien ha tenido altibajos, continúa siendo una de las más amplias esperanzas de la labor salubrista. Adicionalmente, vale la pena resaltar el enorme despliegue de los análisis frente a los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, los cuales son considerados uno de los territorios más fértiles y estimulantes para la investigación y la intervención sanitaria. Aunque no puede decirse que sea un tema nuevo, es claro que el alcance y rigor con que actualmente se estudia el asunto crea una situación distinta a la vivida a mediados del siglo xx.

Por supuesto, el actual fenómeno pandémico ha vuelto a colocar en el tapete de discusión un tema que se creía relativamente superado: la enfermedad infecciosa. Este asunto conduce al reconocimiento de la importancia de las zoonosis y a la comprensión de la interrelación entre las condiciones de vida de los humanos y de otras especies animales, todos en vínculo íntimo con los entornos ambientales.

Pues bien, bajo el reconocimiento de que la *SP* ha cambiado en los últimos 50 años y se ha tornado aún más compleja, el objetivo del presente documento es analizar, de la manera más clara y sucinta posible, la forma como se han planteado los principales elementos del actual discurso de la *SP*, a partir de la identificación de algunos de los principales debates que la han caracterizado desde finales del siglo XX y comienzos del XXI. Sin duda, el esfuerzo realizado solo es un intento provisional por acercarse a una amplia y abigarrada temática, cuyo propósito último no es más que el de ayudar a situarnos más fácilmente, en medio de los retos sanitarios vislumbrados como horizonte de futuro.

Para cumplir tal fin, el documento se encuentra estructurado en dos grandes partes. En la primera, se hace un balance general acerca de cómo ha evolucionado el campo de la *SP*, mientras que, en la segunda, se abordan seis grandes debates que configuran una buena parte de lo que es el actual discurso de la *SP*, a saber: los debates alrededor de la Atención Primaria en Salud (APS), la equidad/inequidad en salud, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la Promoción de la Salud (PS), «Una Sola Salud» y el vínculo entre investigación y política.

Para efectos expositivos, se considerará cada uno de estos debates como un asunto específico con una trayectoria propia, aunque cabe señalar que muchas de las discusiones presentes entre los salubristas ponen en relación unos debates con otros y se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que ninguno de ellos se lleva a cabo aislado de los otros. Por tanto, si bien las discusiones se han nutrido, permanentemente, de mutuas referencias y en la práctica unos debates se sobreponen o convergen con otros, aquí se privilegiará la claridad expositiva por sobre la comprensión cabal de la interacción entre dichos debates.

LA SALUD PÚBLICA EN PERSPECTIVA

La historia de la *SP* se enfrenta a la reconstrucción de los esfuerzos humanos para alcanzar, mantener y proteger la salud y el bienestar de la población en diversas comunidades. En este sentido, en cualquier punto de su historia, la *SP* refleja la interacción de, cuando menos, cinco fenómenos básicos: las condiciones sanitarias de la población, las teorías acerca de las causas de la enfermedad, las prácticas que buscan su control y tratamiento, la contextura ideológica de la sociedad en que se desarrollan dichas prácticas y las dinámicas socioeconómicas y políticas características de esa sociedad (Goerke y Stebbins, 1970).

Esta confluencia de factores hace que la historia de la *SP* adquiera una notoria complejidad y abarque no solo el estudio de la base conceptual de la *SP*, asumida como el desarrollo de los saberes sanitarios y las ciencias médicas, sino también el estudio de la política y la organización de los estados, de las condiciones de vida y los referentes culturales. De esta manera, y bajo referentes higiénicos, sanitaristas, médico-preventivos o propiamente salubristas, las acciones orientadas a garantizar las mejores condiciones de vida y la protección de la salud se desarrollan inscritas en relaciones sociales particulares y a partir de contextos específicos.

Por ejemplo, en la antigua Grecia, el énfasis en las prácticas higiénicas y los deportes se dio en correspondencia con su actitud frente al cuerpo humano, la cual estuvo, a su vez, en relación con su concepción de *physis* (también *fusis* o *phusis*) y de *kósmos* (*cosmos*) (Eslava, 1998). El ejercicio racional desplegado por el pueblo griego, que sirvió de fundamento a su saber filosófico, se articuló como un esfuerzo orientado hacia la comprensión del mundo, en un audaz empeño por ampliar el horizonte de contemplación y la capacidad de desenvolvimiento de una cultura cosmopolita con una enérgica actividad mercantil.

El desarrollo de la higiene griega, con su profundo carácter individual y aristocrático, y su vínculo con las teorías humorales, se vio condicionado mediante una múltiple y variada gama de mediaciones, por los contextos políticos, culturales y económicos en que cobró existencia la realidad del mundo helénico. Así, los baños purificadores, los cuidados corporales, las dietas y los extenuantes ejercicios respondieron a motivaciones estéticas de armonía y belleza, y a intereses político-militares y morales en procura de gente fuerte y valerosa capaz de sostener la conflictiva vida de las *polis* (Rosen, 1993; Porter, 1999).

De igual manera, el Imperio romano organizó sistemas de alcantarillado, de abastecimiento de agua y baños públicos, en clara correspondencia con su mentalidad imperial y su visión particular de lo que significó construir un estado. Las instrucciones y códigos desplegados para controlar el trabajo médico, la labor de los hospitales, la limpieza de las calles y la disposición de las ciudades respondieron a los intereses administrativos de una sociedad que se deleitó con la arrogancia de su orden y la imposición de sus valores culturales (Porter, 1999; Rosen, 1993).

Otro tanto puede decirse de los regímenes sanitarios medievales y las obras ingenieriles desarrolladas en dicha época, directamente vinculadas a la vida de las ciudades feudales y los diversos monasterios. La lucha en contra de los miasmas y las medidas de exclusión de los leprosos respondieron a concepciones profundamente influenciadas por una mentalidad religiosa, que protegió un orden social extremadamente jerárquico y excluyente, mediante la atribución de disposiciones divinas (Rosen, 1993).

Sin embargo, pese a la labor desplegada por las distintas sociedades en épocas históricas diversas, en relación con la solución de problemas sanitarios, la cual

se engloba en la genérica noción de *higiene*, solo fue hasta finales del siglo XVIII y, más específicamente, en el siglo XIX cuando se reconoció la existencia de un movimiento sanitarista moderno que empezó a definir un campo específico de saber y práctica, al que se le comenzó a llamar, en propiedad, *salud pública*. Para unos, su origen se encuentra en Inglaterra, donde, a la luz de la «nueva legislación de pobres» defendida por Chadwick y los trabajos de John Snow sobre el cólera, empieza a definirse un control médico sobre el menesteroso y el necesitado que puso en ejecución un proyecto de racionalidad administrativa del estado en el área de la salubridad (Goerke y Stebbins, 1970). Para otros, el origen se halla en Francia, donde, a raíz de las formulaciones emanadas de la Revolución, empiezan a adquirir legitimidad las ideas de la salud como un derecho natural de las personas, la responsabilidad estatal por la salud y el estudio sistemático de las condiciones de salud de la población (La Berge, 1984).

No obstante, sea cual sea el origen exacto de la SP, lo importante es que, en los diferentes escenarios donde se despliega un movimiento sanitarista fuerte y un decidido esfuerzo por estudiar las condiciones sanitarias de la población, existe una estrecha relación entre los antecedentes inmediatos de este movimiento y las políticas sociales y económicas propias del desarrollo capitalista, en su fase mercantilista. Como lo menciona Foucault (1977), el mercantilismo no era solo una teoría económica, sino una práctica política, cuyo objetivo estaba centrado en la regulación de las corrientes monetarias entre las naciones, los correspondientes flujos de mercancías y la actividad productiva de la población. En este sentido, la política mercantilista se sustentaba en el aumento de la producción y de la población activa, en miras a la expansión de mercados y la consolidación de ejércitos que permitieran conseguir la mayor afluencia monetaria posible y el más amplio control de territorios (Foucault, 1977).

Para ello, al estado le interesaba tener el mayor número posible de súbditos sanos y productivos y, más aún, le interesaba saber el número y el *valor de la gente*, especialmente, de los grupos ocupacionales más productivos. En Inglaterra, esto condujo al esfuerzo por aplicar métodos estadísticos para el análisis de las poblaciones, por lo cual se hicieron grandes censos poblacionales; en Francia, por su parte, se dio origen a las estadísticas de natalidad y mortalidad, mientras que, en Alemania, se condujo a la creación de la llamada *policía médica*, una estructura organizativa estatal de la asistencia médica integral. Otra característica importante de resaltar es que el desarrollo de los movimientos y los estudios sanitarios tuvo como epicentro la *ciudad*, lo cual permite señalar el carácter marcadamente urbano de la salud pública europea del siglo XIX, aunque, por supuesto, cierta labor salubrista se desarrolló en el ámbito rural (Foucault, 1977; La Berge, 1984; Rosen, 1985, 1993).

Ahora bien, el *Informe de Chadwick* sobre las condiciones sanitarias de las clases trabajadoras en Inglaterra tuvo una gran influencia en los Estados Unidos, donde se desarrollaron una serie de trabajos sanitarios locales en diferentes

ciudades. Uno de los estudios más famosos fue el desarrollado por Lemuel Shattuck sobre las condiciones sanitarias en Massachusetts, publicado en 1850. Este autor recogió estadísticas vitales de la población, documentó diferencias en las tasas de mortalidad y morbilidad de diferentes localidades, y atribuyó dichas diferencias a la urbanización, específicamente, a la contaminación del aire generado por la descomposición de basuras en áreas densamente pobladas y a estilos de vida «inmorales». Además, señaló que las condiciones de miseria en la ciudad amenazaban a toda la comunidad (Institute of Medicine, 1988).

Estas investigaciones brindaron un impulso inicial al desarrollo de la SP norteamericana, la cual, según varios autores, se constituyó en una especie de disciplina autónoma e independiente con características propias y particulares a comienzos del siglo XX (Fee, 1987; Rodríguez, 1991). El espíritu pragmático de la sociedad norteamericana llevó a proponer modelos de SP, donde convergieron las pautas de organización sanitaria inglesa, la investigación de laboratorio de corte alemán y ciertos desarrollos de la medicina urbana francesa. Al respecto, es significativa la competencia que se generó para crear la primera escuela de higiene y salud pública en el segundo decenio del siglo XX, un proceso importante para la profesionalización de la salud pública en Estados Unidos y, posteriormente, en el resto de los países de occidente.

La decisión de crear una escuela de salud pública fue el resultado de una serie de reuniones entre ejecutivos de la Fundación Rockefeller (FR) e importantes líderes sanitarios estadounidenses, entre 1913 y 1916. Los contornos de esta novedosa salud pública fueron delineados por un pequeño grupo de hombres de gran posición y prestigio, entre los cuales se encontraron, como grandes protagonistas, Wickliffe Rose, director general del International Health Board de la FR, Abraham Flexner, secretario del General Education Board y William Henry Welch profesor de patología de la Johns Hopkins Medical School (Fee, 1987).

Entre las instituciones competidoras, se encontraban la Universidad de Harvard, la Universidad de Columbia y la Universidad Johns Hopkins. En la primera, se defendió una formación centrada en la ingeniería sanitaria y orientada hacia la higiene industrial y el control de la mortalidad infantil; en la segunda, se defendió una orientación que entendía la salud pública como un problema político y social y, por ello, su centro fue la ciencia política. Por último, en la tercera, se estableció una formación orientada hacia la investigación con énfasis en bacteriología, epidemiología y estadística. Pese a que sus recursos eran inferiores en ciertos aspectos a las otras dos Universidades, esta última ganó el derecho para constituirse como la primera escuela de higiene y salud pública, mediante una decisión que produjo cierto malestar y polémica (Fee, 1987).

Con relación a la orientación que guio a la Escuela de Johns Hopkins, esta quedó plasmada en un informe que William H. Welch y Wickliffe Rose presentaron a la FR en su reunión del día 12 de enero de 1916. Allí, se mencionan, en orden de importancia, las materias fundamentales para la capacitación profesional

que se exigirían al trabajador en salud pública: estadística vital, epidemiología, difusión y prevención de las enfermedades transmisibles, diagnóstico de las enfermedades infecciosas, higiene industrial, parasitología sanitaria —incluyendo bacteriología e inmunología— química sanitaria, ingeniería sanitaria, construcción de hospitales y algunas otras (Bowers y Purcell, 1976).

Esta orientación, que puede considerarse como biomédica, va a ser fundamental para entender el desarrollo de la SP en América Latina, por cuanto es ella la que estará presente, de manera subyacente, en las campañas que la FR adelantó en nuestros países y en los programas de estudio que adelantaron los profesionales latinoamericanos en Estados Unidos, mediante becas de la misma fundación. Esta perspectiva también se constituirá en el modelo salubrista de base, el cual solo empezará a transformarse hasta ya entrada la segunda mitad del siglo XX.

Para finales del siglo XIX y comienzos del XX, los países latinoamericanos iniciaron un proceso de transformación profunda de sus estructuras sanitarias, motivados por su creciente necesidad de incorporarse al mercado internacional (García, 1994). Estas modificaciones condujeron, de manera discontinua en los distintos países, al surgimiento o consolidación de organizaciones estatales de carácter nacional lo suficientemente fuertes como para ser capaces de impulsar acciones rápidas y eficaces en procura de solucionar los grandes problemas sanitarios presentes en la región y, en particular, aquellos que tuvieran algún interés para la economía nacional y el comercio con el extranjero.

La creación de consejos de sanidad, juntas o direcciones nacionales de higiene orientadas a solucionar problemas sanitarios específicos representó, al decir de Juan Cesar García, un cambio notorio, con relación al papel jugado anteriormente por el Estado. De una parte, se crearon unidades burocráticas con responsabilidades ejecutivas en lugar de simples cuerpos colegiados de carácter consultivo y, por otra, se tecnicizó el proceso de intervención estatal en salud, articulándose con la estructura económica (García, 1994).

Argentina, Brasil y Uruguay fueron los primeros países de América Latina en crear unidades estatales de sanidad a finales del siglo XIX, seguidos por Bolivia, Cuba, Ecuador, Paraguay y Perú, ya a comienzos del siglo XX. En Colombia, la Ley 33 de 1913 creó el Consejo Superior de Sanidad dependiente del Ministerio de Gobierno, el cual, en 1914, se transformó en Junta Central de Higiene y, en 1918, se convirtió en Dirección Nacional de Higiene, dependencia del Ministerio de Instrucción Pública (Quevedo *et al.*, 2004; Eslava, 2004).

Esta organización sanitaria, presente en los países, respondió, en gran medida, a la preocupación de las clases dirigentes por superar las cuarentenas marítimas que aumentaban los costos de las importaciones y exportaciones, evitar la introducción de enfermedades del exterior y atender los llamados y exigencias de las potencias comerciales, las cuales estaban en ese momento, justamente, negociando acuerdos internacionales para formular convenios y reglamentos sanitarios en miras a reducir al mínimo los requisitos de cuarentena

con relación a enfermedades como la peste, la fiebre amarilla, el cólera y la viruela (Howard-Jones, 1977).

Es importante mencionar, siguiendo a Foucault, que en Occidente hubo hasta el siglo XVIII, e inclusive el XIX, fundamentalmente dos modelos de organización sanitaria: el primero, suscitado por la lepra, configuró una medicina de exclusión, la cual privilegió como mecanismo «terapéutico» el destierro y la expulsión de los enfermos. El segundo, motivado por la peste, se desplegó como un esfuerzo por distribuir a los individuos uno al lado de otro, aislarlos y vigilarlos (Foucault, 1977).

Para el caso de América Latina, las estrategias sanitarias desplegadas por los países a lo largo del siglo XIX estuvieron bastante influenciadas por estos dos modelos organizativos. El modelo de vigilancia y control, el cual fue instrumentalizado mediante la cuarentena, sirvió como fundamento de la incipiente sanidad portuaria; el otro, matizado por pautas aislacionistas, siguió reglando los dictámenes médicos acerca de la lepra hasta bien entrado el siglo XX (Quevedo *et al.*, 2004).

A medida que los intercambios comerciales se desarrollaban con una rapidez cada vez mayor, dadas las exigencias de la producción capitalista, la implementación de las cuarentenas, un mecanismo efectivo de control sanitario comenzó a generar grandes dificultades al comercio internacional, en la medida en que le colocaba frenos al desarrollo del libre comercio. Esta conciencia de los obstáculos, que desde la esfera sanitaria se tenían para el desarrollo comercial, llevó a intensos esfuerzos por establecer una organización sanitaria a nivel mundial y constituir un *Código Sanitario Internacional*.

Es en este proceso es donde los países *desarrollados* logran imponer pautas al resto de países, bajo el doble propósito de procurar la salud de los pueblos y regular las posibilidades de intercambio de productos. La realización de las distintas conferencias sanitarias internacionales, a partir de 1851, la fundación de la Office International d'Hygiene Publique, en 1907, y la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1902, son una muestra de los esfuerzos por construir regulaciones internacionales frente a la salud pública (ops, 2002; Howard-Jones, 1977).

Para los países latinoamericanos, estos procesos de organización sanitaria internacional implicaron una fuerte exigencia hacia sus estructuras administrativas y retos enormes para sus propias organizaciones sanitarias. Estos últimos, si bien movilizaron grandes recursos nacionales, también, abrieron la puerta al influjo extranjero, especialmente norteamericano, dadas las precarias condiciones sanitarias, el débil desarrollo técnico en el área y las acciones poco efectivas con las cuales se trabajaba desde tiempo atrás.

Esta apertura permitió que América Latina se convirtiera, por un lado, en un escenario proclive a la cooperación técnica norteamericana y al dominio neocolonial y, por otro lado, en un campo de pruebas de los conceptos y las

técnicas desarrolladas por la salud pública estadounidense. Como bien lo señala el historiador Marcos Cueto, «entre 1918 y 1940 América Latina se convirtió en un campo de pruebas de uno de los conceptos más ambiciosos y controvertidos de la salud pública moderna: la erradicación de enfermedades» (Cueto, 1996, p.179).

La Fundación Rockefeller (FR) jugó un papel fundamental no solo en la aplicación del concepto de *erradicación* a través de sus campañas, sino también en la reorganización de las instituciones de salud pública latinoamericanas, en la extensión de los servicios sanitarios a las zonas rurales y en la sustitución de los modelos franceses por los norteamericanos como referentes de acción. Para Colombia, la cooperación en salud pública por parte de la Junta Sanitaria Internacional de la FR comenzó en el año 1917, cuando por solicitud del Gobierno nacional una comisión norteamericana se encargó del estudio de la presencia de fiebre amarilla en el territorio nacional. Sin embargo, esta cooperación solo se concretó de manera definitiva con la campaña en contra de la uncinariasis, iniciada en 1919, y, a partir de allí, fue fundamental para el desarrollo de la SP nacional (Quevedo *et al.*, 2004).

Durante la primera mitad del siglo XX, el país vivió un cambio paradigmático en el ámbito sanitario, que algunos expertos han referenciado como el tránsito del modelo higienista al modelo salubrista. En términos generales, este modificó los referentes teóricos que sustentaban la comprensión de las enfermedades transmisibles, posibilitó el estudio de un nuevo perfil epidemiológico, que se fue haciendo visible hacia mediados de siglo, transformó las estrategias preventivas y facilitó la construcción de una renovada estructura sanitaria, que fue ordenando la variada y dispersa acción sanitaria (Quevedo *et al.*, 2004).

En medio del tránsito en mención, el país fue incorporando una serie de avances técnicos que se iban dando a nivel mundial, todos referidos a la prevención de las enfermedades, la organización de los sistemas sanitarios y el diseño de políticas sectoriales. Inicialmente, estos se desarrollaron bajo el interés expreso por controlar la sanidad portuaria y desplegar campañas sanitarias dirigidas a combatir enfermedades de interés, como la uncinariasis, la fiebre amarilla y la malaria, pero, posteriormente, bajo el interés de construir a lo largo y ancho del territorio nacional servicios integrales de salud, programas de atención materno-infantil, instituciones de seguridad social y una infraestructura de saneamiento básico acorde con el desarrollo urbano y el crecimiento económico nacional.

Entre los avances técnicos para la prevención de enfermedades que fueron dándose, merecen resaltarse las labores de fumigación para el control de vectores, las acciones de inmunización contra enfermedades específicas como la viruela, la fiebre amarilla y la tuberculosis —con su despliegue operativo en términos de control de biológicos, cadenas de frío, esquemas de dosificación, etc.— y el trabajo de organización administrativa de las campañas sanitarias, que conllevó no solo la elaboración de planes meticulosos sino, también, el refinamiento de

los manejos presupuestales. Este último tipo de trabajo favoreció, a su vez, el desarrollo de nuevas propuestas de organización de los sistemas sanitarios, que fueron concretándose en programas como el de mejoramiento de los servicios de salud pública en Colombia y en servicios como el de la erradicación de la malaria (OPS, 2002).

Para los años 70, las acciones salubristas en el país estuvieron enmarcadas en dos procesos generales de gran interés. Por un lado, la implantación del llamado Sistema Nacional de Salud (SNS) y, por otro lado, la aplicación de técnicas gerenciales en el manejo sanitario. Si bien el primero de estos procesos se llevó a cabo con grandes tropiezos y sus resultados no fueron exactamente los que se esperaban, la dinámica impulsada reordenó la labor sanitaria y aumentó, aunque de manera leve y solo en algunas áreas, los aportes sectoriales. El segundo de ellos buscó darle mayor solidez técnica a la labor efectuada, pero conllevó la expansión de los referentes mercantiles en la lógica del sector de la salud.

Paulatinamente, la acción salubrista se fue revistiendo de sus múltiples connotaciones. De esta manera, las acciones en salud pública se fueron concretando en una serie de normativas que, a modo de políticas o programas verticales, fueron delineando la acción estatal y gubernamental. La SP, entonces, empezó a concebirse, en el marco de desarrollo del Estado nacional, como la articulación de acciones de saneamiento ambiental, lucha contra las enfermedades infecciosas (incluidas las zoonóticas), inmunización de población vulnerable, organización de servicios integrales de salud y educación sanitaria para el conjunto de la población. A estas se le fueron agregando otras referidas a la prevención de las enfermedades crónicas, el abuso de sustancias psicoactivas, las lesiones y los accidentes.

Todo esto se produjo como parte de los cambios que se fueron dando al interior de la SP, como resultado de las transformaciones sociales. Catapultada por los avances científicos de finales del siglo XIX y comienzos del XX, esta empezó a avanzar como recurso significativo para el desarrollo de las poblaciones hasta lograr alcanzar, a finales de los años 70, su máximo logro simbólico con la erradicación de la viruela.

El optimismo frente al porvenir fue muy grande y no pocas fueron las esperanzas surgidas a partir del control de las enfermedades infecciosas, la expansión de los servicios asistenciales y el auge de la medicina preventiva (Leavell y Clark, 1958). Si bien el confiado ímpetu progresista continuó durante una buena parte del siglo XX, este tuvo que enfrentarse, de manera permanente, con una renuente realidad que mostraba, enfáticamente, que los frutos de la modernidad no solo no llegaban a la mayoría de los habitantes del planeta, sino que las bondades de los esquemas sociales construidos bajo las duras lecciones dejadas por las guerras mundiales se desintegraban bajo el despiadado y feroz avance de las nuevas propuestas ideológicas, que abogaban por la intensificación de un capitalismo salvaje.

En medio de las tensiones sociales y las crisis estatales, la nueva realidad sanitaria ligada a las llamadas *enfermedades crónicas no transmisibles* cambió, en poco tiempo, no solo el perfil epidemiológico de muchas regiones del globo y de amplios grupos poblacionales, sino, también, la comprensión general de los procesos patogenéticos. A los diferenciales resultados en relación con la lucha en contra de las enfermedades infecciosas que, pese a todo, se obstinaban en permanecer, se sumó la nueva situación producida por nuevas epidemias, ahora más claramente asociadas a pautas colectivas de existencia llamadas genéricamente *estilos de vida*. Esto contribuyó a transformar el discurso y el accionar salubrista que, hacia la segunda mitad del siglo xx, ya mostraba una gran complejidad (Lalonde, 1974). Desde entonces, los debates dentro de la sp se han multiplicado y han puesto en confrontación permanente los esquemas interpretativos existentes. Aquí, entonces, nos detendremos en algunos de ellos, los cuales tienen una importancia crucial en el presente.

EL DEBATE ALREDEDOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La propuesta de AP, asumida como una asistencia sanitaria esencial, accesible, universal, científica y socialmente válida, puesta al alcance de todos, data de finales de los años 70 del siglo xx. Si bien su formulación se fue forjando en experiencias locales y regionales, su conformación como estrategia internacional y marco programático se dio con el desarrollo de la Conferencia de Alma Ata, llevada a cabo en septiembre de 1978, y la publicación de su famosa Declaración. En el texto de esta, se define que:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS, 1978, pp.3-4)

Dicha descripción se hizo bajo el reconocimiento expreso de que más de la mitad de la población en el mundo no recibía una asistencia sanitaria adecuada y de que el derecho a la salud, entendido en gran medida como el derecho a la asistencia sanitaria, era un derecho humano fundamental que debía garantizarse a nivel mundial. Estos resultan propósitos loables que, en todo caso, encontraron obstáculos de gran envergadura para hacerse realidad de manera cabal y contundente.

Cabe señalar que la APS se concibió como la fórmula clave para conseguir la meta de «Salud para todos en el año 2000», una orientación general formulada en la 30.^a Asamblea Mundial de la Salud en 1977. Esta, además, fue entendida como la posibilidad de que, al cerrar el siglo, todos los ciudadanos del mundo alcanzaran un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (OMS, 1984). Con ello, esta adquirió la connotación de estrategia, al mismo tiempo que relevaba su condición de función central del sistema de salud, forma de organización de las intervenciones médicas y nivel específico de asistencia.

Esta múltiple forma de entender la APS propició ciertas discrepancias en la manera de hacerla operativa, por lo que estas adquirieron un rasgo más notorio con la puesta en marcha de la Atención Primaria Selectiva de Salud (APSS), propuesta que fue desarrollándose, en parte, como crítica a los principios de Alma-Ata y, en parte, como una manera de concretar sus principios, bajo modalidades de acción en salud rentables y efectivas. Tal como lo ha planteado el historiador peruano Marcos Cueto:

La APSS fue introducida como el nombre de una nueva perspectiva; el término significó un paquete de intervenciones técnicas de bajos costos que servirían para combatir los principales problemas de enfermedades en los países pobres hasta que se pueda implementar el programa más ambicioso de la atención Primaria en su totalidad. (Cueto, 2006, p.44)

Lo anterior ayudó a que, en la región de las Américas, la APS, en su conjunto, empezara a considerarse una «medicina pobre para pobres». De manera muy rápida, muchas agencias financiadoras y grupos de expertos giraron hacia la propuesta de APSS y, como resultado de las discusiones llevada a cabo entre expertos, cuatro fueron las acciones básicas contempladas dentro de este paquete selectivo, denominadas *monitoreo del crecimiento* (GOBI, por sus siglas en inglés), técnicas de rehidratación oral (*oral rehydration techniques*), promoción de la lactancia materna (*breastfeeding*) e inmunización (*immunization*). Unos pocos años después, se incluyeron tres acciones más: suministro de alimentos (*food supplementation*), alfabetización a la mujer (*female literacy*) y planificación familiar (*family planning*), con lo cual la sigla se extendió a GOBI-FFF (OPS, 2007a).

Esto generó una intensa discusión dentro de la propia OMS y entre diversas agencias de corporación técnica, la cual enfrentó a los partidarios de la APS y de

la APSS. Para los primeros, la segunda propuesta era asumida como una respuesta limitada y tecnocrática que, en últimas, desvirtuaba las formulaciones emanadas de la Declaración de Alma Ata, mientras que, para los segundos, los primeros eran unos idealistas que trabajaban bajo esquemas ingenuos y poco realistas. Las controversias condujeron a importantes reflexiones acerca del papel de la industria alimenticia, las prácticas de maternidad, los requerimientos exigidos para llevar a cabo adecuados programas de inmunización y los alcances de la labor de la rehidratación oral en escenarios sin acceso al agua potable, pero también hicieron más difícil la consecución de recursos financieros en las redes de instituciones donadoras (Cueto, 2006).

Ahora bien, la APS desde un comienzo abrió el debate frente a varios asuntos de gran importancia, entre los cuales vale la pena resaltar tres: por un lado, el papel de los sistemas sanitarios integrales que se organizan más allá del interés expreso por un tipo de patología, como lo que ocurre con los llamados *programas verticales*; en segundo lugar, los vínculos del sector sanitario con otros sectores sociales en una perspectiva general de desarrollo social, y, en tercer lugar, el alcance dado a las propuestas de transformación social y el compromiso político exigido, asuntos que aún hoy siguen vigentes como temas de gran interés.

Adicionalmente, es importante señalar que la APS se ligó a una propuesta de universalización e integración de servicios que no logró llevarse a cabo tal como se tenía previsto. No obstante, vale la pena resaltar que, en este aspecto, así como en algunos otros, la APS adquirió características regionales y nacionales específicas. Para el mundo europeo y parte del norteamericano, esta fue vista, esencialmente, como la puerta de acceso al sistema sanitario y primer nivel de servicios no especializados. De esta manera, allí se forjó una red de prestadores de servicios de atención primaria de muy buena capacidad resolutoria, mientras que, en los países latinoamericanos, la APS empezó a formar parte de redes asistenciales débiles, desarticuladas y carentes de los recursos adecuados para su pleno funcionamiento.

En este sentido, es importante señalar que, si bien en el contexto de la década de los años 80, del siglo XX, la estrategia de la APS marcó la principal orientación de las políticas de salud en los países de nuestra región, su desarrollo fue limitado. Lo anterior fue reconocido en uno de los informes del Consejo Directivo de la OPS, donde se lee:

Hay que destacar que el sector de la salud de la mayoría de los países se caracterizaba también por falta de coordinación interna y con los otros sectores, déficit de recursos financieros y débil participación de la población en las decisiones, entre otros problemas. Durante esta década

[se refiere a los años 80], los progresos de las metas sanitarias fueron menores de lo previsto. En el contexto general de los sistemas de salud, al revés de las declaraciones y compromisos asumidos, la importancia real que se asignó al «nivel primario» fue menor que la otorgada a los otros niveles de la organización de servicios. El grueso de los gastos públicos se siguió concentrando en los hospitales. (OPS, 2003, p.5)

Del mismo modo, el desequilibrio entre los niveles asistenciales fue notorio y el sistema sanitario siguió dominado por el afán de especialización creciente y uso intensivo de recursos tecnológicos de alto nivel, aunque su funcionamiento tropezó con los permanentes desajustes presupuestales. Algo similar pasó con el anhelado *trabajo intersectorial*, el cual no logró desarrollarse de modo adecuado, debido a problemas administrativos, celos institucionales y limitaciones en los recursos, a pesar de que muchos de los indicadores de salud fueron mejorando paulatinamente con el correr de los años.

Sin embargo, si las experiencias del pasado de la APS fueron diversas y paradójicas, la propuesta de base sigue teniendo extrema actualidad, toda vez que el comenzar del siglo XXI fue testigo de un impulso renovador de la APS, que ha sido liderado por la propia OMS. En medio de un contexto económico y político difícil, donde se discute la sustentabilidad de los estados y la capacidad real que ellos tienen para mantener la idea de los derechos sociales y económicos, la APS se presenta como una alternativa no solo viable sino «más necesaria que nunca» (Commission on Social Determinants of Health (CSDH), 2008).

De hecho, se ha hecho visible que, luego de muchos años de experiencias de implementación y desarrollo de la APS en distintos países, con diversos sistemas de salud, las evidencias acumuladas muestran el enorme potencial de la APS para transformar los sistemas de salud y hacerlos más equitativos, integrales y costo-efectivos. Por ello, se puede afirmar, sin mayor problema, que los países cuyos sistemas sanitarios están organizados en torno a una atención primaria fuerte logran mejores grados de salud de su población y con costos menores (Starfield, 2004). Tal como se admite en el informe de la CSDH:

El apoyo a la renovación de la APS se debe a que los formuladores de las políticas sanitarias son cada vez más conscientes de que la atención primaria puede propiciar un rumbo más claro y una mayor unidad en el actual contexto de fragmentación de los sistemas de salud, y constituye una alternativa a las soluciones improvisadas presentadas actualmente como remedio de los males del sector de la salud. (CSDH, 2008, p.XIV)

No obstante, es claro que la puesta en marcha de una renovada APS pasa por un análisis juicioso de las lecciones aprendidas durante los últimos años, así como de un análisis pormenorizado de los nuevos contextos en que se desarrollan los

sistemas asistenciales (Eslava, 2009; OPS, 2003; CSDH, 2008). Se hace, entonces, necesaria una adaptación de los esquemas organizacionales a los desafíos sanitarios actuales y un muy atinado reconocimiento de las posibilidades y alcances de las propuestas de la APS, en el contexto de implementación de las reformas sectoriales y en medio de escenarios de aseguramiento sanitario mediado por dinámicas de mercado. Para el país, esta es una preocupación particularmente importante y la experiencia llevada a cabo en Bogotá merece estudiarse con mayor detalle (Vega *et al.*, 2008).

La APS aparece, así, como una opción importante y necesaria, aunque surgen inquietudes frente a la dinámica que esta puede tomar en escenarios de mercantilización creciente de los servicios asistenciales y en sociedades profundamente consumistas. De igual manera, surgen preocupaciones frente al peso que tiene el complejo médico industrial en las políticas sanitarias, la medicalización extrema con que se han estado manejando los problemas de salud de las poblaciones y las lógicas comerciales que guían los desarrollos científico-técnicos dentro del sector.

Estas inquietudes se acentuaron con lo sucedido en la última Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en Salud, la cual se llevó a cabo en 2018 en la ciudad de Astaná, actual capital de la República de Kazajistán, bajo el lema «desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible» (OMS, 2018). A pesar de que allí se le dio un loable respaldo a la APS, también se le vinculó a las propuestas más pragmáticas y funcionales a los mercados del aseguramiento que se expresan en la llamada *cobertura universal en salud* (CUS), con lo cual la APS termina asumiéndose como un instrumento al servicio de esta.

Claro está que la propia noción de CUS está sujeta a una lucha ideológica que enfrenta a los defensores de los sistemas de aseguramiento individual con los defensores de sistemas nacionales de salud, de carácter público, financiados con dineros del Estado. Eso sí, en el contexto neoliberal actual, la visión mercantil arrasa y se instaura como pauta de acción. En todo caso, al final queda aún pendiente la tarea apremiante de que la población logre acceder universalmente a una asistencia sanitaria continua e integral, donde la prioridad indiscutible sea la propia gente. Definir la mejor manera de lograrlo es una discusión que sigue presente.

EL DEBATE ALREDEDOR DE LA EQUIDAD EN SALUD

En propiedad, la preocupación por las desiguales e injustas formas en que se distribuyen los servicios asistenciales y los medios de vida que hacen posible que las personas disfruten de una buena salud no es nueva. Esta se encuentra presente en las discusiones de los higienistas y sanitaristas del siglo XIX y se proyecta al siglo XX, cuando los sistemas asistenciales se hacen más amplios y eficaces. Sin embargo, el tema adquirió bastante notoriedad a finales de los años 70 y comienzos de los 80, a partir de los estudios epidemiológicos llevados a cabo en el mundo anglosajón sobre las relaciones entre estatus socioeconómico y salud, y se consolidó en los 90 como uno de los temas centrales en el campo sanitario (Kawachi *et al.*, 2002; Macintyre, 1997).

Claro está que, desde años anteriores, la inquietud por la injusticia social era una constante, sobre todo, en nuestros países, y esta se extendía al campo de la salud, pero las condiciones sociales surgidas a partir de la crisis fiscal de los Estados de Bienestar en el mundo occidental y de las contradicciones propias del capitalismo en los países periféricos, estructuralmente subdesarrollados, hizo visible la situación de desigualdad generalizada y de pobreza relativa en que estaba viviendo una buena parte de la población. Ello conllevó una creciente preocupación por los temas de la justicia social, la cual quedó plasmada en obras como las de los filósofos John Rawls y Robert Nozick.

Con la crítica al Estado de bienestar y el despliegue de las propuestas neoliberales, el mundo vio deshacer un tácito acuerdo de organización social construido con dificultad durante el siglo XX, el cual estuvo cobijado bajo el manto conciliador de las socialdemocracias europeas. Los años 70 enfrentaron una notoria crisis económica que se extendió sin piedad a lo largo de casi un decenio y terminó por vencer el optimismo propio de la época dorada del capitalismo de finales de la Segunda Guerra Mundial. Esta situación radicalizó los ánimos liberales y exigió fuertes ajustes estructurales en todos los Estados, si bien las propuestas más drásticas empezaron a implementarse, bajo la presión de la banca mundial, en los países en desarrollo (Hernández *et al.*, 2020).

En ese contexto de inquietud económica y social, apareció en Inglaterra el Informe del Grupo de Investigación de Inequidades en Salud, más conocido como *Informe Black (Black Report)*, nombre otorgado en reconocimiento del distinguido médico y científico Sir Douglas Black, quien actuó como jefe del grupo. La labor del equipo de trabajo comenzó en 1977 y concluyó en 1980 con la publicación del Informe, y, aunque sus hallazgos hoy se consideran trascendentales, inicialmente, su recepción transcurrió bajo la impronta del frío temperamento inglés, debido al contexto político británico donde primaba un gobierno conservador (Townsend *et al.*, 1992).

En resumen, el Informe concluyó, usando tasas de mortalidad y morbilidad, que las familias de los grupos ocupacionales más bajos (trabajadores manuales cualificados y no cualificados) tenían condiciones de salud peores que las familias de los grupos ocupacionales más altos (profesionales), con lo cual se evidenciaba un claro gradiente de clase. El informe también resaltó que los grupos ocupacionales más bajos usaban menos el sistema de salud, pero necesitaban más de sus servicios.

Si bien los hallazgos del Informe Black causaron algo de polémica, ellos estaban en consonancia con los hallazgos de otro estudio liderado en los años 70 por el epidemiólogo Michael Marmot, que fue conocido como estudio Whitehall, debido al lugar donde se llevó a cabo. Luego, estos fueron corroborados por otro estudio, elaborado en 1986 por la investigadora Margaret Whitehead, el cual se conoció con el título *The Health Divide*, cuya traducción bien puede ser «La brecha de la salud» o, para usar una expresión más común en la literatura, «La divisoria de la salud».

En todos ellos, se hacía patente el hecho de que, desde la cúspide al fondo de la jerarquía ocupacional, entre los trabajadores ingleses, existía un notorio gradiente de mortalidad, el cual no parecía ser muy sensible a la provisión de asistencia médica. Más aún, en todos ellos se reconocía el hecho de la existencia de desigualdades de salud ligadas a las condiciones de vida, más que a variaciones biológicas de los seres humanos. Esto, por cierto, era algo similar a lo que, por su lado, estaba planteando la medicina social latinoamericana a finales de los años 70, al definir el proceso salud-enfermedad como fenómeno esencialmente social y al sostener que las formas de explotación en el trabajo, propias de las economías capitalistas, generaban unas condiciones deploras de vida para los trabajadores (Laurell, 1978).

Ya para los años 90, en medio del auge del neoliberalismo y la intensificación de la pobreza, el tema de la equidad en salud adquirió una gran relevancia y fue más claramente formulado cuando se precisó la distinción entre desigualdad (*inequality*) e inequidad (*inequity*) en salud y se acordó que las inequidades eran desigualdades injustas, prevenibles e innecesarias, tal como fue definido por autores como Göran Dahlgren y Margaret Whitehead (Kawachi *et al.*, 2002).

De esta manera, quedaba claro, por lo menos parcialmente, dado que las discusiones han sido variadas y diversas (Vieira da Silva y Almeida Filho, 2009), que el concepto mismo de *equidad en salud* estaba revestido de una connotación moral explícita, a diferencia de los conceptos de desigualdad o disparidad, y estaba, además, asociado con el concepto de *justicia*. Así, las *desigualdades* en salud solo reflejan diferencias entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de estas, mientras que las *inequidades* son desigualdades que, en sí mismas, se consideran injustas. Cabe señalar, en todo caso, que, en el contexto de América Latina, la expresión *desigualdades sociales en salud* tiene un sentido análogo al de *inequidades en*

salud y es ampliamente usado, lo cual hace que en la literatura se presenten, de manera común, estos dos términos.

Por supuesto, la atribución de injusticia implica una valoración de si las desigualdades son o no evitables, así como la aplicación del concepto de *justicia distributiva a la salud* (Evans *et al.*, 2002). Sin embargo, si bien hay claridad en las distinciones y en el manejo de la noción de *justicia*, esta ha tenido importantes consecuencias para la operacionalización del término *inequidad* y las propuestas de medición e intervención (Asada, 2005), además de que ha hecho que la discusión derive en intrincados asuntos de filosofía política y moral (Hernández, 2008).

Los debates, por tanto, han enfrentado perspectivas ético-políticas diversas, al mismo tiempo que se han efectuado en diferentes niveles. En estos términos, algunos analistas han sostenido que la disputa se da entre corrientes utilitaristas, igualitaristas y perspectivas de la prioridad (Peter y Evans, 2002), mientras que otros presentan el panorama como un conjunto variado de posiciones frente a la justicia, que van desde la idea de esta como proporcionalidad natural hasta aquella que la defiende como bienestar colectivo (Gracia, 1998). Así, las posiciones liberales estarían en confrontación con posiciones socialistas y socialdemócratas (Hernández, 2008).

En líneas muy generales, mientras que las posturas liberales suelen pensar en la justicia como libertad contractual, lo cual trae como consecuencia que se asuma que los servicios que se brindan en la sociedad—incluidos los sanitarios—deben ser obtenidos en la libre competencia de mercado, según condiciones claras expresadas en contratos, las posturas socialistas piensan en la justicia más como igualdad social, lo cual conlleva que la acción estatal deba brindar, de manera gratuita, la asistencia sanitaria. Adicionalmente, están las posturas socialdemócratas, que la piensan como bienestar colectivo en el marco de un acuerdo entre democracia liberal y Estado social, donde la asistencia sanitaria debe ser garantizada por el Estado, pero bajo modalidades donde no se niega la participación del sector privado.

Si bien estas tres posturas están presentes en el campo de la salud pública, otros analistas señalan que, en el ámbito sanitario internacional, la confrontación se ha presentado entre dos de estas posiciones, sustentadas en teorías de justicia rivales. Por un lado, estaría el Banco Mundial defendiendo las premisas de la visión libertarista, las cuales avalan la idea de que el Estado deje la distribución del cuidado sanitario al libre mercado, mientras que, por otro, estaría la Organización Mundial de la Salud (OMS) defendiendo el liberalismo igualitario, que buscaría establecer la obligación directa para el Estado de mantener adecuadamente un sistema sanitario que garantice el derecho a un cuidado sanitario mínimo para todos (Zuñiga-Fajuri, 2011).

Ahora bien, pese a la variedad de formulaciones y tendencias, lo que va quedando claro en la discusión es que la *equidad en salud* no es un concepto

apolítico, ahistórico y «tecnocrático», limitado al campo de la asistencia sanitaria. Por el contrario, es un concepto profundamente social e histórico, y, por ello, político, que configura un derrotero para la salud pública en su conjunto, pero no puede ser asumido como un objetivo aislado, dado que tiene que estar vinculado a la búsqueda más amplia de justicia social (Peter y Evans, 2002).

Con relación a los niveles, cabe señalar que el asunto se ha abordado, por un lado, de manera general referido a los sistemas sanitarios, desde la pregunta ¿qué es un sistema justo en salud? (Gracia, 1998) o desde los resultados finales de salud, valorando las condiciones generales de vida y los patrones de morbilidad (Evans *et al.*, 2002). Por otro lado, también se han efectuado abordajes más específicos frente a acceso a los servicios asistenciales o a los medicamentos, según género, ingresos o grupo étnico (International Society for Equity in Health (ISEQH), 2006; Whitehead y Dahlgren, 2007).

Muchas de las discusiones académicas llevadas a cabo en los últimos años han estado encaminadas a precisar de forma operativa el asunto de la inequidad y a buscar formas adecuadas para medirla. Como indican Kawachi *et al.* (2002), dos enfoques diferentes se han usado para la evaluación de las inequidades en salud. El más común ha sido la medición de diferencias de salud entre grupos sociales —por ejemplo, clase social o raza—, que se consideran *especiales*, dado que reflejan las inequidades en la distribución de los recursos y las oportunidades de vida en la sociedad. Sin embargo, algunos investigadores han tratado de calcular las inequidades en salud mediante la medición de la distribución del estado de salud de los individuos en una población, de forma análoga a las medidas de distribución del ingreso en una población. Entre los dos enfoques ha habido cierta polémica, pero se reconoce que la información que proporcionan puede llegar a ser complementaria (Kawachi *et al.*, 2002).

La literatura sobre el particular es cada vez más amplia, técnicamente más refinada y no siempre es fácil de asimilar por el lector no especializado. Pese a ello, es posible afirmar que una buena parte de la bibliografía sobre inequidades en salud, especialmente inequidades socioeconómicas, utiliza medidas que comparan el margen de variación en las tasas de morbilidad/mortalidad entre grupos extremos de la población, sean estos los grupos de mejor y peor salud o los estratos socioeconómicos superior e inferior. En contraste con estas medidas, existen otras que intentan medir la desigualdad a lo largo de toda la gama de posiciones socioeconómicas. Por su parte, los estudios que miden la distribución de la salud entre los individuos suelen provenir de la bibliografía económica y, en su mayoría, se refieren a mediciones sobre la distribución del ingreso, el consumo o la riqueza entre familias o individuos (Anand *et al.*, 2002).

Con todo, cabe señalar que el uso de estas medidas, y más aún otras que refiere la literatura como la fracción explicada y el índice de sinergia, exigen disponer de bases de datos adecuadas y confiables que no siempre existen. Tal como lo señalan Anand *et al.*:

Por desgracia, en muchos países, sobre todo en los que probablemente tienen peor estado de salud, no se dispone de los datos necesarios. En este caso, para conocer la naturaleza de la distribución de la salud se necesitarán nuevos métodos de recolección de datos y de análisis, incluidas técnicas de valoración cualitativa y rápida. Sin embargo, aunque se disponga de datos relativamente abundantes, la falta de información que vincule la salud y las variables socioeconómicas puede impedir el análisis de la equidad. (2002, p.68)

Este último aspecto es muy importante, ya que remite a la distinción que se ha mencionado arriba entre desigualdad e inequidad. Cabe insistir, por tanto, en que no toda medida de desigualdad (disparidad) es, por sí misma, una medida de inequidad y esto debe ser claro para quien construye medidas e indicadores. Con todo, este esfuerzo de medición, hay que señalarlo, no tiene sentido si no está orientado hacia la acción social transformadora que posibilite corregir o evitar las inequidades.

Así, es claro que las políticas sociales y sectoriales deben apoyarse en indicadores válidos que describan las inequidades, valoren sus causas y vigilen el progreso de las intervenciones que se efectúan para enfrentarlas, lo que, seguramente, requiere una medición refinada. Entonces, ya sea simple o compleja la medición que se haga, esta debe formar parte medular del esfuerzo destinado a conocer y remediar la profunda desigualdad social que se presenta entre grupos sociales, países y regiones.

EL DEBATE ACERCA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Íntimamente ligado a la preocupación por las inequidades en salud y bajo el liderazgo de la OMS, el tema de los determinantes sociales de la salud resurgió de manera notoria al comenzar el siglo XXI. El símbolo de este renovado interés fue, sin lugar a duda, la presentación del Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), a finales de agosto de 2008, después de un intenso trabajo de preparación a lo largo de casi cuatro años.

Con el elocuente y revelador título de *Subsanar las desigualdades en una generación*, este informe de la CDSS hace explícito su interés en la superación de las inequidades en salud bajo el reconocimiento expreso de que, para conseguir la equidad sanitaria, se requiere actuar sobre los determinantes sociales de la salud. De esta manera, equidad y determinantes se funden en un solo discurso y se articulan en un llamamiento dirigido a la OMS y a todos los gobiernos para que, entre todos, emprendan una gran acción mundial en procura de cambios políticos, sociales y económicos que conlleven una mejoría en las condiciones de vida de la población (WHO-CSDH, 2005).

En un mundo profundamente globalizado y cada vez más inequitativo, donde la esperanza de vida de algunas poblaciones alcanza los 80 años, pero otras, a duras penas, supera los 40, donde cerca de 1100 millones de personas no tienen acceso a agua potable, 2600 millones carecen de servicios básicos de higiene y donde 10 millones de niños mueren al año de hambre y enfermedades prevenibles (Usdin, 2008), el llamado de la CDSS resultaba esencial y perentorio, pese a sus eventuales limitaciones, y la meta propuesta se convertía en un gran desafío.

Cabe señalar que la preocupación por el asunto de los DSS no es nueva y el propio Informe de la CDSS se soporta en una abundante bibliografía sobre los determinantes sociales de la salud, la cual viene creciendo de manera significativa desde los años 70 del siglo XX y tiene como grandes antecedentes los trabajos de médicos-salubristas e investigadores sociales del siglo XIX. Es por ello que la idea de que la salud de las poblaciones y los individuos está profundamente afectada por factores sociales se puede rastrear en la obra de personajes como Louis René Villermé, Rudolf Virchow, Salomon Neumann, Turner Thackrah, Henry W Rumsey y Alfred Grotjahn (Rosen, 1985).

Sin embargo, a partir de los años 70 del siglo XX, se acrecienta la indagación sistemática acerca de los factores sociales asociados a los fenómenos de salud y enfermedad, con el desarrollo de la llamada *epidemiología social* y en el contexto de expansión de las enfermedades crónicas (Berkman y Kawachi, 2000). Aquí, vuelven a cobrar importancia tanto la labor epidemiológica de Michael Marmot como el *Informe Black*, ya referido en el apartado anterior.

Una atención especial merece el estudio *Whitehall*, el cual fue liderado por el epidemiólogo británico Marmot quien, por cierto, actuó como coordinador de la CDSS varios años después. Esta investigación inició en 1967 y, durante algo más de 10 años, efectuó un seguimiento a casi 18 000 funcionarios públicos británicos varones de entre 20 y 64 años. En el estudio, los autores encontraron que la mortalidad, estandarizada por edad, en varones entre 40 y 64 años, era tres veces y media mayor en los funcionarios pertenecientes a las categorías de auxiliar administrativo y trabajador manual que en los grados administrativos superiores, mostrando con ello una correlación perfecta entre estatus socioeconómico y salud (Evans, 1996).

De igual manera, dicho estudio mostró un claro gradiente en la mortalidad, según la jerarquía laboral. No obstante, como ninguno de los participantes era pobre o carecía de seguro médico, las explicaciones simples que asumían la pobreza como factor explicativo tuvieron que dejarse de lado para arriesgar nuevas interpretaciones. Así, el estudio proporcionó una prueba convincente de que las fuerzas psicosociales no biológicas tenían un papel importante. El tabaquismo y otros factores de riesgo de salud mental sirvieron para explicar algunas de las diferencias observadas en la mortalidad, aunque también empezaron a surgir otras posibles causas, como la disponibilidad de poder, la

tensión asociada a la ocupación, la capacidad de hacer frente a los problemas, la orientación hacia el futuro, entre otras (Evans, 1996).

Ahora bien, mientras el estudio *Whitehall* se adelantaba y arrojaba sus primeros resultados, en 1977, el secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista británico encargó un estudio para analizar la evidencia nacional e internacional en DSS y recomendar orientaciones de política para el gobierno. Esa fue la génesis del *Informe Black*, el cual fue concluido y presentado en 1980, cuando el nuevo gobierno conservador de Margaret Thatcher arribaba al poder. En síntesis, y como ya se mencionó, el Informe describía las diferencias de morbilidad y uso de servicios asistenciales entre los trabajadores británicos, según grupos ocupacionales, elaboraba tendencias temporales, comparaba los hallazgos con los datos de otros países industrializados, analizaba las explicaciones de las diferencias encontradas y formulaba recomendaciones tanto para futuras investigaciones como para la implementación de estrategias de reducción de las inequidades encontradas. La gran conclusión emanada de este fue que los grupos ocupacionales más bajos tenían peores condiciones de salud a lo largo de todas las etapas de su vida (Macintyre, 1997; Townsend *et al.*, 1992).

Entre las 37 recomendaciones presentadas en dicho informe, se incluyeron mejoras en la información, la investigación y la organización para que se pudieran establecer mejores planes de acción. En lo que más se hizo énfasis fue en la necesidad de la acción preventiva, la atención primaria y la salud comunitaria, y, más importante aún, se señaló la necesidad imperiosa de mejorar radicalmente las condiciones materiales de vida de los grupos más pobres, especialmente, niños y personas con discapacidad, mediante el aumento o la introducción de ciertos beneficios pecuniarios como los subsidios, ya fuesen estos de tipo familiar, por maternidad, por cuidado infantil o por invalidez. Adicionalmente, el estudio señaló la necesidad de desarrollar nuevos esquemas de guarderías, clínicas prenatales, viviendas protegidas y mejoras en el hogar, en las condiciones laborales y en los servicios comunitarios (Townsend *et al.*, 1992).

Posteriores trabajos, incluyendo el de la *divisoria de la salud* de M. Whitehead, han reforzado la idea de que las circunstancias sociales y económicas deficientes afectan la salud de las personas durante su vida. Quienes están en los estratos sociales más bajos, por lo general, tienen el doble de riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte prematura, en comparación con quienes están en los estratos altos. Entre estos dos extremos, los estándares de salud muestran un gradiente social continuo, a tal punto que, incluso en el personal administrativo subordinado, hay más enfermedades y muerte prematura que en el personal de mayor rango.

Según se ha evidenciado, la mayoría de las enfermedades y causas de muerte son más comunes en los estratos más bajos de la sociedad y el gradiente social en la salud refleja desventajas materiales, así como los efectos de la inseguridad, la ansiedad y la falta de integración social entre grupos. Adicionalmente, se ha

encontrado que los procesos de exclusión social y el grado de pobreza relativa que tienen las personas en una sociedad tienen consecuencias significativas en su salud y ocasionan muertes prematuras. El daño a la salud, entonces, no solo se debe a la privación material, sino también a los problemas sociales y psicológicos de vivir en la pobreza. Así, las personas que han vivido la mayoría de sus vidas en la pobreza sufren especialmente de mala salud (Wilkinson y Marmot, 2003).

Ideas similares han sido defendidas por la medicina social latinoamericana, desde finales de los años 70 y comienzos de los 80, si bien los referentes conceptuales desde los que se analizan las situaciones han sido distintos y la proyección mundial de estos análisis ha sido más limitada. Para esta corriente de pensamiento y acción, el proceso salud-enfermedad se revela como fenómeno esencialmente social, esto es, históricamente construido y vinculado indisolublemente a la dinámica general de la sociedad. En sociedades capitalistas dependientes como las nuestras, las condiciones de explotación en el trabajo y las relaciones de dominación generan condiciones estructurales lesivas para la salud (Breilh, 1981; Laurell, 1978; 1982).

La medicina social latinoamericana desarrolló una forma de pensamiento crítico en la cual reconoció los grandes problemas regionales relacionados con el desarrollo de un capitalismo periférico y dependiente, y abordó asuntos tan importantes como la desigualdad social ante la muerte, los vínculos entre salud y trabajo, violencia y salud, y las implicaciones en salud del imperialismo económico. De igual manera, desplegó formas de acción colectiva en salud, vinculadas a los ideales de las revoluciones cubana y nicaragüense (Waitzkin *et al.*, 2001).

Ahora, si bien esta medicina social latinoamericana relevó la esencia social del proceso salud-enfermedad, también desarrolló vertientes distintas dentro de su propio ámbito, las cuales han estado en tensión permanente dentro de la propia corriente de pensamiento. La comprensión del «carácter social del proceso salud-enfermedad» y de la propia noción de *determinación social* han sido temas de gran debate y de intensa reflexión, desde el mismo momento en que la medicina social latinoamericana se reconoce como una corriente identificable dentro del campo social de la salud (Laurell, 1978; 1994).

Adicionalmente, cabe decir que, desde 1974, con la publicación en Canadá del famoso documento titulado *A New Perspective on the Health of Canadians* conocido popularmente como *Informe Lalonde*, el reconocimiento del «campo de la salud» como un territorio compuesto por cuatro componentes, donde tres de ellos —los estilos de vida, el medio ambiente y los servicios asistenciales— salen de la esfera de la biología humana, ayudó a transmitir la idea de la importancia de los DSS, aunque mucha de la labor adelantada desde este referente se dirigió a entender e impactar los estilos de vida, como si estos fueran un asunto exclusivamente psicológico y conductual. Por supuesto, desde ese entonces para acá, se ha refinado el análisis y las consideraciones sobre los DSS incluyen ingreso, redes sociales, empleo, educación y, como elemento

significativo, la estratificación social. La evidencia científica sobre los determinantes sociales es fuerte, y se ha venido incrementando con el tiempo, aunque es sometida a debate de manera permanente (Diderichsen *et al.*, 2002; Evans, 1996; Wilkinson y Marmot, 2003).

De modo general, los DSS se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, que pueden ser alteradas a través de acciones racionalmente proyectadas. Como determinantes, estos procesos y condiciones sociales se entienden como elementos esenciales que fijan ciertos límites o ejercen presión en cierta dirección, aunque sin ser necesariamente *deterministas*, en el sentido de ceñirse de manera irrestricta y unívoca a la relación causa-efecto (Krieger, 2002). En últimas, y tal como lo considera la CDSS, cada vez resulta más clara la propuesta de asumir que los componentes estructurales de la sociedad y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los DSS (WHO-CSDH, 2005)

A pesar de esta confluencia de miradas y pareceres en relación con la importancia de los DSS y su marco definitorio, existen perspectivas y énfasis diferentes entre los analistas que abren debates importantes. Por ejemplo, se le ha discutido a la CDSS el quedar a medio camino en el diagnóstico de la situación de los DSS y en las medidas que se deben asumir para afectarlos de manera positiva. Esto queda manifiesto, según se señala, en por lo menos tres hechos: 1) que la CDSS no contempla, de manera específica, el tema de la guerra y su relación con la salud; 2) la infravaloración que se hace del tema de los medicamentos y su importancia en los costos de la atención sanitaria, y 3) la ausencia de un análisis crítico frente a los grupos de presión, que disputan el dominio del campo sanitario a nivel mundial (Escudero, 2009).

Asimismo, se le critica a la CDSS y, más en general, a la epidemiología social anglosajona que le sirve de sustento su anclaje en teorías funcionalistas de la sociedad, su incapacidad para analizar de manera crítica la esencia misma de las sociedades capitalistas, su renuencia a utilizar la clase social como categoría central explicativa, su forma de fragmentar la realidad bajo el reiterado uso de la noción de factor de riesgo, su limitada manera de abordar el tema del cambio social y su tendencia a elaborar recomendaciones abstractas, que no se corresponden con los momentos de desarrollo de las sociedades actuales (Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), 2008, González, 2009).

Con todo, y aún en medio de los debates suscitados, todas las elaboraciones conceptuales, así como las propuestas que de allí se derivan, insisten en que las políticas de salud y las acciones sanitarias deben diseñarse, de tal modo que busquen incidir en los determinantes sociales de la salud con el fin de eliminar las complejas causas de la mala salud, antes de que éstas provoquen problemas incorregibles que lleven a la enfermedad, la discapacidad o a la muerte. Se trata de todo un desafío tanto para quienes toman decisiones como para los principales actores y defensores de la salud pública.

En América Latina, la discusión sobre estos temas ha cobrado cierta visibilidad bajo la resonante consigna de «los determinantes sociales de la salud vs. la determinación social de la salud» o, en su versión sintética, «los determinantes vs. la determinación», donde existe una importante literatura al respecto (Morales *et al.*, 2013; Borde y Hernández, 2019). Aunque esta discusión no ha dejado de ser un asunto regional, deja evidentes algunos aspectos importantes que tienen un alcance mayor. En particular, cabe señalar dos aspectos centrales: en primer lugar, que la comprensión de los determinantes sociales de la salud conlleva una toma de posición frente a la manera como se entienden las sociedades actuales y la forma en que interactúan, y, por otro lado, que esa misma comprensión conlleva una fuerte discusión acerca de la manera como se interrelacionan las dinámicas políticas, económicas y culturales referidas a la salud. Claro, también queda abierto el asunto referido a qué tanta coherencia y eficacia ha tenido la labor impulsada desde los DSS durante estos últimos años.

EL DEBATE ALREDEDOR DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el contexto de finales del siglo xx, casi una década después de Alma Ata, justo en el momento en que el tema de la equidad en salud empieza a adquirir gran importancia y 20 años antes del trabajo de la CDSS, la PS comenzó a ganar aceptación en todo el mundo después del lanzamiento de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Esta se elaboró como declaración final de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Canadá, en noviembre de 1986, la cual fue organizada de manera conjunta por el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá y la Asociación Canadiense de salud pública, bajo la dirección de la OMS.

La Carta, que se formuló bajo la directriz política de «Salud Para todos en el año 2000», tuvo como antecedente importante la Declaración de Alma Ata y estuvo inspirada por el *Informe Lalonde*. Con ella, se reintrodujo el debate de la salud y sus determinantes en un contexto que, pese a los esfuerzos previos, permanecía dominado por un enfoque biomédico de la salud (OMS, 2005). Indica el reconocido médico y salubrista australiano John Catford, quien participó en la Conferencia en mención:

Mirando atrás 20 años después, el principal logro de Ottawa 1986 fue legitimizar la visión de la promoción de la salud aclarando los conceptos básicos, poniendo de relieve las condiciones y los recursos necesarios para la salud e identificando las acciones clave y las estrategias básicas para materializar la política de la OMS de «Salud para todos». (Catford, 2007, p.53)

En este sentido, dos de los objetivos expresos de la Carta fueron comprometer a los países industrializados para que aplicaran los principios de equidad, empoderamiento e intersectorialidad, auspiciados por la OMS desde Alma Ata, en sus altamente desarrollados sistemas de salud, así como reiterar la importancia que dentro de ellos adquiere la salud pública. Se propuso, por tanto, un cambio renovador en la perspectiva sanitaria al subrayar la contribución que otros sectores sociales diferentes al sanitario tienen en la producción de la salud, así como el papel protagónico que en ese proceso poseen los individuos y las comunidades. La PS fue definida, entonces, como un proceso que le permite a los pueblos mejorar su salud e incrementar el control sobre la misma, lo cual exige ir más allá de los programas sanitarios centrados en el comportamiento de riesgo individual para, a través de una amplia gama de intervenciones ambientales y sociales, hacer que las elecciones saludables sean la opción más fácil de emprender (OMS, 2005).

La Carta incorporó el tema de los DSS mirados como prerequisites para la salud y, entre ellos, identificó, de manera expresa, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable y la justicia social. De igual manera, allí se propusieron cinco grandes líneas de acción para desplegar la labor de la PS: la elaboración de política pública saludable, la construcción de entornos saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales indispensables para la buena vida y la reorientación de los servicios sanitarios, las cuales han guiado de manera general el trabajo promocional desde entonces.

Cabe señalar que, con la firma de la Carta de Ottawa, y en consonancia con las líneas de acción mencionadas, los participantes establecieron un compromiso político explícito que fue recogido en seis puntos: 1) intervenir en el terreno de la política de la salud pública y abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores; 2) oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales; 3) eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y tomar medidas contra las desigualdades en salud; 4) reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud y capacitarlos para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; 5) reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud, y 6) reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social, además de tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida (OMS, 1986).

Ahora bien, a partir de la Conferencia de Ottawa y su declaración, se forjó todo un movimiento internacional que empezó a tener una gran vitalidad y un gran despliegue organizativo, impulsado tanto por la acción de ciertos gobiernos, como el canadiense, como por la institucionalidad sanitaria internacional,

en cabeza de la OMS. En ese proceso, se fueron consolidando algunos principios claves para la PS que, junto con las líneas de acción y los compromisos adquiridos, han sido los referentes más importantes de la labor promocional. Entre los principios a tener presentes, vale la pena señalar que la PS implica a la población en su conjunto y, en el contexto de su vida cotidiana, se centra en la acción sobre los determinantes de la salud, combina métodos de investigación e intervención que requieren la efectiva participación de la población (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001).

Por otro lado, sucesivas conferencias internacionales de PS han abordado las implicaciones de la Carta de Ottawa, ahondado en el análisis y la discusión de sus directrices, y, como un elemento significativo, han vinculado de manera más clara y directa a los países del tercer mundo, dado que, en sus inicios, la reflexión estuvo muy centrada en las condiciones de los países desarrollados. Así, la conferencia llevada a cabo en Adelaida (Australia), en 1988, abordó el tema de las políticas públicas saludables; la efectuada en Sundswall (Suecia), en 1991, trabajó el tema de los ambientes saludables; la desarrollada en Jakarta (Indonesia) discutió la necesidad de vincular nuevos actores a la PS, incluidos los movimientos sociales y la empresa privada; la efectuada en la Ciudad de México, en el año 2000, insistió en el asunto de la equidad de cara a los retos del nuevo siglo, y la conferencia realizada en Bangkok (Tailandia), en 2005, abordó el tema de los determinantes de la salud en el contexto de la globalización (Directores editores, 2006; Eslava, 2006; OMS, 2005).

Vale la pena señalar que, en nuestro contexto, la conferencia llevada a cabo en Bogotá (Colombia), en 1992, no solo analizó las posibilidades de acción de PS en países pobres y relevó el tema de la equidad, sino que insertó la discusión en el ámbito nacional. Más recientemente, en el 2009, la conferencia efectuada en Nairobi (Kenia) volvió a plantear el tema de la salud y el desarrollo, y mucho de su interés se centró en el asunto de la capacidad que se tiene para cerrar la brecha entre los enunciados de la PS y su aplicación concreta. Por su parte, la conferencia de Helsinki (Finlandia), en 2013, vinculó la PS con el desarrollo sostenible y difundió la consigna de «la salud en todas las políticas», mientras que la conferencia de Shanghái (China), en 2016, insistió en insertar la PS en la agenda 2030 de desarrollo sostenible, en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible impulsados por la ONU (OMS y Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de la República Popular China, 2016)

Hoy en día, tras 35 años de conferencias, declaraciones, multitud de publicaciones y disímiles experiencias, que van desde pequeños proyectos comunitarios hasta grandes programas, como Municipios Saludables y Escuelas Saludables, se puede decir que la PS sigue siendo un terreno abierto a la discusión, donde confluyen enfoques, intereses y tradiciones diversas. Aún en los países donde esta se incorporó de manera más rápida, su desarrollo no ha estado exento de dificultades

y su comprensión llena de matices y contradicciones (Carvalho, 2004; Collins y Hayes, 2007, Raphael, 2008).

Tal vez pueda decirse que han sido dos las grandes discusiones internas que han generado importantes tensiones en la teoría y la práctica de la PS. Por un lado, aquella que enfrenta las dos orientaciones principales dentro del trabajo promocional: la acción sobre los estilos de vida y la acción dirigida a la transformación social. En lo que se refiere a la primera de estas orientaciones, esta ha sido el enfoque privilegiado por la literatura norteamericana y suele ser utilizado por las facciones más conservadoras del movimiento de la PS, mientras que la segunda orientación ha sido un enfoque más europeo y, sobre todo, más latinoamericano, que suele ser defendido por los miembros más progresistas de la PS. Por otro lado, está la discusión frente a las relaciones existentes entre la labor preventiva y la promocional. Para algunos, la segunda incorpora la primera, mientras que, para otros, cada labor tiene su propia especificidad (Editorial, 1990; Eslava 2002; Restrepo 2001).

Sin embargo, cabe señalar que estas no son las únicas discusiones que ha enfrentado la PS, toda vez que, desde afuera, se le critica cierta propensión a la medicalización, participar de la tendencia a culpabilizar a las víctimas, servir como instrumento de control social, proponer intervenciones sin el suficiente sustento científico, manejar un discurso autoritario al querer imponer ciertos estilos de vida, favorecer cierto «imperialismo de la salud», favorecer la comercialización de la salud y estar ligada, desde su nacimiento, con las propuestas de reducción de costos de la atención sanitaria (Carvalho, 2004; Green, 1999; Restrepo 2001).

En fin, puesto que el término *promoción de la salud* se ha usado de una manera bastante amplia e imprecisa, este ha terminado identificando prácticas muy diferentes, muchas de las cuales se inscriben dentro de los tradicionales parámetros del paradigma biomédico o de la educación sanitaria, lo cual ha dificultado distinguir el sentido más innovador que puede adquirir la PS en nuestro tiempo. Así, es común encontrar en la literatura trabajos sobre prevención de factores de riesgos, cambios conductuales y medidas terapéuticas frente a enfermedades específicas. Con todo, y pese a las confusiones que aun puedan existir, es posible afirmar que la PS, en su vertiente más original, ha sido un referente novedoso de la labor en salud y configura una dimensión propia del accionar sanitario.

Como referente novedoso, la PS se ubica como una orientación privilegiada de política sanitaria a nivel internacional, que busca intervenir sobre los entornos y modificar los estilos de vida posibilitando con ello no solo que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir para la población, sino que las personas sean reales protagonistas de su propio bienestar. Como dimensión alterna y complementaria, la PS toma como eje de acción la salud en sentido positivo —no la enfermedad— y tiene por objeto mantener y mejorar las condiciones de salud, y garantizar condiciones de bienestar de los individuos y las poblaciones. De esta

manera, la PS se concreta en un conjunto de acciones que trascienden el llamado sector de la salud, dirigidas a mantener la condición saludable de las personas, mejorar sus condiciones de vida y proporcionar los medios para que las personas se apropien de su vida y de su salud (Cofiño *et al.*, 2016; Eslava 2002)

Esta manera de entender la PS ha conllevado un paulatino acercamiento a la noción de *calidad de vida*, la cual, como se sabe, es un concepto multidimensional que incluye las condiciones materiales de vida, la satisfacción que de ellas se deriva, las expectativas que se abren y las oportunidades que se suscitan. Todo esto se determina por el entorno social específico, con sus valores, sus pautas y patrones, su nivel de desarrollo tecnológico y su dinámica sociopolítica (García-Viniegras, 2008).

Por supuesto, este vínculo entre PS y calidad de vida complejiza la mirada, al poner en juego nuevos elementos y ampliar las relaciones con otras disciplinas y otros referentes teóricos, aunque también canaliza ciertas inquietudes operativas e instrumentales que ya estaban presentes previamente en el ámbito promocional y que eran compartidas desde otros campos de saber. En particular, aquellas referidas a la medición de los fenómenos y la evaluación de las intervenciones. De tiempo atrás, se venía presentando una reflexión importante, así como un trabajo teórico metodológico cada vez más refinado, en torno a la valoración de la efectividad de las acciones de PS (de Salazar *et al.*, 2003; IUHPE, 2000; OPS, 2007b), la cual se conecta con la enorme labor existente, desarrollada desde hace varios años, en relación con la medición de la calidad de vida (Minayo *et al.*, 2000, Tuesca, 2005).

Recientemente, en América Latina, ha resurgido una nueva discusión referida a la interculturalidad. Particularmente, se discute el alcance de la PS y su vínculo con las propuestas del *Buen Vivir*. En la medida en que este último se ha posicionado como una manifestación del pensamiento de los pueblos del Abya Yala y un camino para articular ese pensamiento al Movimiento de Salud de los Pueblos, surge la inquietud acerca de la capacidad que la PS, cuyos ejes se han construido desde un pensamiento moderno occidental y con base en la experiencia de los países europeos, tiene para interactuar con otras cosmovisiones y para asumir una perspectiva decolonial (Bobatto *et al.*, 2020), un reto fundamental en un escenario multicultural.

LA DISCUSIÓN ACERCA DE LA PROPUESTA DE «UNA SOLA SALUD»

La noción de *Una sola salud* (*One Health*) fue introducida a comienzos del presente siglo, aunque se basa en una percepción que se remonta mucho más atrás en el tiempo. En pocas palabras, hace referencia a que la salud humana y la salud animal son interdependientes y están vinculadas, de manera íntima, a los ecosistemas en los cuales las diferentes especies animales coexisten. Lo anterior se propone y despliega después de las experiencias que se han tenido al enfrentar

varias epidemias (y brotes) de enfermedades zoonóticas, que han amenazado profundamente la salud de los humanos y la estabilidad social (Gibbs, 2014).

Si bien la idea de integrar la medicina humana y veterinaria fue impulsada desde los años 70 del siglo XX, bajo el liderazgo del epidemiólogo veterinario estadounidense Calvin Schwabe, la propuesta fue adquiriendo otro alcance de la mano de un equipo de trabajo de la Asociación Estadounidense de Medicina Veterinaria, a la cual luego se le sumó la Asociación Médica Estadounidense. La propuesta que se impulsó, ya en el siglo XXI, buscó darle viabilidad a una campaña dirigida a facilitar la colaboración entre profesiones, instituciones, agencias y el sector productivo para prevenir y tratar enfermedades que afectan a humanos y animales. Su primera labor fue proponer el concepto de *Una Salud* y proveer recomendaciones y líneas estratégicas para difundir el concepto entre todos los profesionales de la salud (Zunino, 2018).

En gran medida, esta iniciativa se forjó y fue impulsada por el miedo, en especial, por aquel causado por la gripe aviar, cuyo agente viral H5N1 fue ampliamente conocido, dado el despliegue periodístico que se suscitó con la aparición de brotes de infección en humanos entre 2003 y 2004. De esta manera, la propuesta buscó establecer colaboración interinstitucional e interdisciplinaria para abordar la amenaza de las enfermedades zoonóticas emergentes (Gibbs, 2014).

De manera rápida, hacia el 2008, la OMS, FAO y OIE adoptaron la propuesta y la convirtieron en una alianza de alcance mundial. Fruto de los acuerdos, se publicó el documento titulado *Contributing to One World, One Health; a strategic framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal Human Ecosystems Interface*. En dicho documento no solo señalaron, retomando la información disponible, que se estimaba que el 60 % de las enfermedades infecciosas en humanos eran zoonóticas y, al menos, el 75 % de los agentes patógenos de enfermedades emergentes eran de origen animal, sino que estableció, como gran objetivo de la colaboración, reducir las consecuencias de las enfermedades de origen animal y, en particular, las infecciones que podrían adquirir un carácter pandémico (Oficina Internacional de Epizootias (OIE), 2009).

De este modo, la propuesta de *Una Salud* ha estado íntimamente vinculada a las acciones que se han desarrollado para enfrentar las epidemias de gripe recientes y las enfermedades zoonóticas emergentes, razón por la cual la pandemia actual ha impulsado aún más la iniciativa. Al mismo tiempo, esta situación ha permitido cuestionar la propia perspectiva, dada la dramática situación que padecemos en el presente. No solo hemos experimentado la angustia causada por el SARS, el MERS, el virus del Ébola y ahora la COVID-19, sino que aún padecemos el azote del VIH-SIDA, la presencia de la rabia y la amenaza de la influenza.

No hay duda de que la iniciativa tiene grandes bondades al propiciar una visión amplia del fenómeno de la enfermedad y una acción intersectorial e interdisciplinaria, desde un enfoque ecosistémico, y, según lo señalan algunos de sus exponentes, hay campos abiertos hacia el futuro, como su vínculo con la

medicina traslacional y su expansión en el ámbito de la salud ambiental (Gibbs, 2014). A su vez, la propuesta parece quedar corta frente a las complejidades del presente, esto es lo que se ha planteado recientemente.

Por ello, autores como Robo y Rodrick Wallace, Luke Bergman y Richard Kock han propuesto complementar el enfoque y desarrollar una aproximación que llaman *Una Salud Estructural (Structural One Health)*. En últimas, estos investigadores reconocen que con el enfoque de *Una Salud* se ha dado un paso importante para superar una visión restrictiva frente a la comprensión de la moderna salud poblacional, que ha segregado los estudios por especies, pero resaltan que el enfoque resulta limitado al omitir el análisis de las causas estructurales fundamentales que subyacen a las ecologías de la salud, que hoy en día están en colapso (Wallace *et al.*, 2015).

La anterior resulta una crítica que, por cierto, hace pensar en la postura de la medicina social latinoamericana, para la cual la salud pública convencional y el enfoque de los DSS se queda corto, al no analizar a profundidad los circuitos del capital que entran en juego en la producción de las condiciones de salud contemporáneas y establecen el alcance de las estrategias de intervención (Borde y Hernández, 2019). Sin embargo, en lo que atañe al enfoque de *Una Salud*, la crítica afirma que su mirada no desentraña las lógicas del capital que entran en juego en las transformaciones actuales de los ecosistemas y, por tanto, pasa por alto las relaciones socioespaciales entre los actores económicos globales (Wallace *et al.*, 2015).

Con todo esto, para los críticos, la perspectiva ecosistémica de *Una Salud* debe renovarse incorporando un análisis de economía política, que posibilite desentrañar las dinámicas sociales en escala global, al mismo tiempo que establezca los vínculos entre los centros del capital, las empresas específicas y las formas como se transforman los territorios en el Sur global. Wallace *et al.* (2015) abogan, en este sentido, por darle nombre propio a los actores de la economía global que participan en los cambios ambientales y facilitan la emergencia de patógenos más virulentos.

De igual manera, los autores defienden la posibilidad de lograr una mirada integral, en su formulación de una salud estructural, que incluya todos los procesos fundamentales que subyacen a las ecologías de la salud, incluidos, entre otros, la propiedad y la producción, los vestigios históricos profundos y la infraestructura cultural detrás de los cambios del paisaje que impulsan las amenazas para la salud. Este es el enfoque que han usado para estudiar la pandemia actual y que resulta esclarecedora. En últimas, la discusión que plantean los autores es acerca del alcance y profundidad del análisis para entender la complejidad de los fenómenos epidémicos y pandémicos. Así, proponen que debemos alentar estudios que aborden el mediano y largo plazo —como

complemento al análisis de corto plazo—, y que extiendan el rango geográfico para abordar las dinámicas de un mundo globalizado, tarea muy retadora y no ajena a las dificultades.

Al utilizar el análisis de lo ocurrido en Estados Unidos al inicio de la pandemia, estos mismos autores señalan que la falta de preparación y de respuesta al brote no empezó cuando los países de todo el mundo no respondieron a la COVID-19 en el momento en que Salió de Wuhan. Tampoco comenzó cuando Donald Trump desmanteló el equipo de preparación para pandemias de su consejo de seguridad nacional o dejó sin dotar 700 puestos de trabajo en el CDC. Finalmente, tampoco lo hizo con la inacción de las autoridades federales después de conocer los resultados de una simulación de pandemia, en 2017, que mostraba que el país no estaba preparado. Estos y otros fallos que señalan, dirán, se explican por la labor de décadas, cuando, de manera simultánea, se descuidaron y mercantilizaron los bienes comunes de la sanidad pública. Aquí, entonces, se evidencia la necesidad de un llamado a abordar el estudio de los fenómenos en el mediano y largo plazo (Wallace *et al.*, 2020).

Ahora bien, al analizar la situación frente al mercado de Wuhan, los autores señalan que el virus surgió en un extremo de una cadena de suministro regional de alimentos exóticos, originando, en el otro extremo, una concatenación de infecciones entre seres humanos de esta ciudad. Desde allí, el brote se propagó por todo el mundo a través de una red estructurada por conexiones de viajes y por una jerarquía descendente de ciudades. No obstante, se hace esencial preguntarse, más allá del interés puntual, ¿cómo se llegó a vender alimentos exóticos junto con el ganado más tradicional en el mayor mercado de Wuhan? La respuesta a esa pregunta los lleva a ahondar en la geografía económica subyacente.

A medida que la producción industrial invade los diversos territorios, dirán los autores, la obtención de alimentos salvajes debe adentrarse todavía más en el bosque para criar sus manjares. De esta forma, un exótico patógeno, como el SARS-2, alojado en murciélagos, se abre camino hasta un camión, ya sea en animales de alimentación o en la mano de obra de quienes los cuidan, salta del final del cada vez más largo circuito periurbano hacia otro receptor, antes de llegar al escenario mundial. Así, hacen más concreto su llamado a la ampliación del foco geográfico (Wallace *et al.*, 2020). De esta manera, queda planteada una discusión de fondo, que deberán abordar quienes trabajan en el enfoque de *Una Salud*. Ahora, ¿este último es lo suficientemente integrador para abordar los procesos estructurales, las trayectorias históricas de los territorios y las dinámicas geopolíticas y globalizadoras de los mercados globales? La respuesta a la pregunta, por supuesto, forma parte de la controversia.

EL DEBATE ACERCA DE LA PUESTA EN ACCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EXISTENTES

Mientras el campo de la SP se agitaba con los debates arriba referidos y su accionar se complejizaba al recibir el impacto de los desarrollos científico-técnicos provenientes de diversos ámbitos de saber, una preocupación permanente en el campo salubrista iba adquiriendo novedosos contornos e inéditas formas de racionalización. Era la tradicional preocupación por la articulación entre teoría y práctica, ahora formulada como el interés expreso por vincular la investigación con la política.

En un contexto de amplio, diverso y descomunal desarrollo del conocimiento científico, y de nuevas exigencias de legitimación de la acción política, ligadas a dicho conocimiento, empezó a llamar la atención la existencia de obstáculos recurrentes para vincular los resultados de la investigación en la toma de decisiones, un asunto que se empezó a tornar preocupante. Por supuesto, en el terreno sanitario, la presencia de dificultades para mantener un nivel adecuado de producción científica, sobre todo en países en desarrollo, así como el marcado desequilibrio entre tipos de investigación —biomédica, clínica y en salud pública—, eran asuntos reconocidos de tiempo atrás. Sin embargo, con el aumento que fue adquiriendo la inversión en investigación en salud en nuestros países y el repunte de la investigación en salud pública, los problemas de aplicabilidad del conocimiento adquirieron mayor relevancia.

Bajo la consideración de que la investigación en salud es indispensable para mejorar la salud y contribuir al desarrollo general, muchos países empezaron a realizar importantes inversiones en la construcción y mejora de sus capacidades para la investigación en salud. Estos esfuerzos fueron apoyados por programas de agencias internacionales para el desarrollo e instituciones de investigación ubicados en países de altos ingresos. Las actividades llevadas a cabo en los países en desarrollo, sobre todo a partir de los años 80 del siglo XX, incluyeron la educación y la formación avanzada de los individuos, a través de becas para financiar estudios en el extranjero o de programas de formación en sus propios países o regiones. De forma paralela, se realizaron inversiones en el fortalecimiento de establecimientos de educación superior de alta calidad, formación y equipamiento de centros de investigación, conformación de redes y programas colaborativos de investigación.

Sin embargo, y a pesar de décadas de esfuerzos, el panorama general del progreso no ha sido tan halagador como se esperaba. Con demasiada frecuencia, las inversiones no han tenido un impacto significativo en las políticas y prácticas de salud, y no se han alcanzado los niveles deseados de mejoras en la salud de la población de los países destinatarios de las ayudas. A ello han contribuido un conjunto de factores, entre los cuales cabe señalar la fuga de cerebros, la falta de inversión sostenida, la débil correspondencia entre los objetivos de los

investigadores o las agencias financiadoras, con las prioridades nacionales y las dificultades para que los políticos utilicen la investigación para fundamentar sus decisiones. Lo anterior ha llevado a que los investigadores se sientan, con frecuencia, infravalorados, a que los usuarios potenciales de la evidencia y la innovación consideren como remoto e irrelevante el trabajo de los investigadores, y, en últimas, a que se perciba la ausencia de una cultura de utilización de la investigación para orientar las políticas (Nuyens, 2005).

Ahora bien, estos problemas han incentivado el análisis de los obstáculos estructurales que dificultan la integración eficaz entre investigadores y tomadores de decisiones, y ha convertido la búsqueda por cerrar la brecha entre investigación y toma de decisiones en todo un reto (Mallonee *et al.*, 2006). Tal como lo señala Frenk (2003), estos obstáculos tienen poco que ver con el temperamento o la psicología de los actores que participan de la relación y, más bien, su explicación está en relación con la lógica y las exigencias diferentes y específicas de los respectivos campos de acción de investigadores y decisores (Frenk, 2003).

Varios son los modelos utilizados para entender las complejas maneras en que la investigación se utiliza —o deja de utilizarse— con el fin de desarrollar políticas y cada uno de ellos revela aspectos de interés a tener en cuenta, los cuales pueden ayudar a superar expectativas poco realistas, definiciones deficientes y la falta de comprensión de cómo se forjan realmente las políticas (Trostle *et al.*, 2000). Empero, no es el momento para ahondar en esos modelos, pues, por ahora solo interesa resaltar, de manera puntual, las cinco barreras o conflictos potenciales que se dan entre investigadores y decisores, según el esquema propuesto por Frenk (2003).

La primera barrera se refiere a la definición de *prioridades* y hace referencia al hecho de que la percepción que tienen los decisores sobre los problemas más apremiantes que se deben atender no necesariamente coincide con los temas que los investigadores consideran de mayor interés científico. La segunda barrera tiene que ver con el manejo del tiempo de cada uno de los actores. En términos generales, se dice que el decisor es un *cronofóbico*, mientras que el investigador es un *cronofílico*.

La tercera barrera tiene que ver con el lenguaje y el acceso a los resultados. Para el investigador, la precisión técnica del lenguaje suele ser primordial y la publicación en revistas especializadas la mejor opción, mientras que el decisor suele preferir un lenguaje más comprensible y unas publicaciones más a la mano. La cuarta barrera está referida a la distinta percepción que existe sobre la naturaleza del producto final de la investigación. Mientras que para el investigador el resultado preferido suele ser el artículo científico, para el decisor el resultado más estimado suele ser una recomendación práctica que puede afectar una decisión. Por último, la quinta barrera tiene que ver con el asunto de la integración de resultados. El trabajo científico suele desagregar los objetos de estudio y dividir los niveles de análisis, al mismo tiempo que

suele producir resultados distintos y, a veces, hasta contradictorios, aunque el decisor requiere información integrada y lo más congruente posible, con el fin de tomar las decisiones más adecuadas.

La discusión acerca de cómo superar estas barreras sigue abierta y existen estrategias y mecanismos diversos, que se han propuesto para sortear varias de ellas. Por ejemplo, se han desarrollado esfuerzos educativos dirigidos a los decisores con el propósito de hacer de ellos consumidores informados de los productos de la investigación y, con ello, intentar superar la barrera de la discrepancia en la definición de prioridades. También, se ha recomendado la colaboración temprana entre investigadores y decisores, así como el uso de productos intermedios para enfrentar la barrera relacionada con el manejo del tiempo. Otras propuestas en desarrollo son la elaboración de síntesis ejecutivas de los proyectos, seminarios conjuntos de presentación de resultados, formación de traductores de información científica para uso de los decisores, inclusión de objetivos de utilización de los resultados en los protocolos de investigación y la llamada *investigación orientada por misión* (Campbell *et al.*, 2009; Frenk, 2003; Hanney *et al.*, 2003).

Si bien las orientaciones brindadas por los analistas para acercar la investigación a la toma de decisión son muy valiosas y pertinentes, el hecho de fondo que parece reconocerse cada vez con mayor fuerza es que la SP, en medio de este entorno mutable y complejo de comienzos del siglo XXI, requiere nuevas formas de ejercer su liderazgo, de tal manera que su apertura al entorno sea mayor y su capacidad de para dar respuestas eficaces también se incremente. Esto requiere de mecanismos innovadores que posibiliten que los conocimientos que se adquieren se conviertan en propuestas de acción. Nuevamente, entonces, es un reto permanente de articular con ingenio y resolución, teoría y práctica, investigación y decisión.

COMENTARIOS FINALES

Luego de este breve recorrido por algunos de los principales temas en debate de la SP actual, cabe resaltar que las discusiones acerca de la APS, la equidad, los DSS, la PS y la relación entre investigación y política han modelado, en mucho, los que hoy se presentan como los lineamientos de la salud pública en la mayoría de los países. Para el caso de Colombia, esto puede evidenciarse al revisar el contenido del Plan Decenal de salud pública 2012-2021, que nos guió hasta hace poco, y la propuesta de *Una Salud* que, aunque con timidez, empieza a permear el ambiente.

Con ello, el país participa de los debates existentes hoy en día, recogiendo muchos de sus elementos, discutiendo y actualizando los términos en que ellos se efectúan, traduciendo en el contexto local sus implicaciones y generando nuevas propuestas que, a su vez, se convierten en insumos importantes para

las discusiones en los escenarios nacionales e internacionales. Se puede decir, entonces, que la salud pública nacional se alinea con varios de los temas de vanguardia de la SP.

Por supuesto, el contexto local y las exigencias coyunturales hacen que los referentes discursivos se enfrenten a realidades concretas, generando así retos que, seguramente, están ausentes en otras latitudes. Así, por el ejemplo, el marco general creado por el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el país, los lineamientos del nuevo Plan Decenal de salud pública (Eslava, 2022), las tendencias nacionales frente al manejo social del riesgo y las complejas dinámicas sociales donde la violencia, la exclusión, la impunidad, la corrupción y la pobreza continúan afectando la vida tanto de los colombianos, condicionan y modulan los alcances de las propuestas que se hacen frente a la calidad de vida y salud.

Uno de los mayores retos que ha encontrado la APS propuesta en el país ha sido su interacción con el SGSSS, debido a que las lógicas de manejo sanitario poblacional y territorial que asume esta chocan con las lógicas del aseguramiento individual. Aunque esto pueda ocurrir en otros países, cabe recordar que la arquitectura institucional de los sistemas de salud en cada país condiciona los retos que se le presentan a la APS.

Otro de los retos mayores que se ha tenido que afrontar, en Colombia y en la mayoría de los países, al plantear la equidad y el derecho a la salud como ejes de la política sanitaria, es el de su concreción real en medio de un escenario que tiende a concebir la salud como mercancía y la justicia como simple igualdad de condiciones frente al mercado (Eslava, 2021). En un mundo tan desigual y manejado por intereses económicos y políticos tan fuertes, los anhelos de equidad no son tan fáciles de concretar.

Adicionalmente, ya en lo que se refiere al vínculo entre investigación y política, es necesario superar aquellos esfuerzos que surgen con expectativas poco realistas y sin la comprensión suficiente del proceso de elaboración y puesta en marcha de las políticas. Aquí, se hace necesario un esfuerzo sostenido por acercar el mundo de la investigación con el mundo de los tomadores de decisiones, estrechar los puentes entre ambos y capacitar a cada uno de los participantes en la comprensión de las lógicas propias de cada uno de estos mundos. Todo esto se debe desarrollar desde una perspectiva que entienda que los datos de investigación son solo una herramienta, entre otras, dentro del arsenal de recursos que los políticos ponen en juego al momento de tomar decisiones.

Sin duda, es un momento especial para la SP, si bien el escenario actual en que se desenvuelve es desigual y convulsionado, y los retos a que se enfrenta son enormes, tanto así que, a veces, parecen desproporcionados. La situación pandémica nos ha puesto en una situación inédita, pero, en todo caso, los recursos de saber se han multiplicado, los horizontes de acción se han extendido

y el terreno está abierto para el despliegue imaginativo del intelecto y la acción comprometida. Es bajo este horizonte de complejidad donde la SP, y quienes trabajamos en ella, tenemos que avizorar nuevos caminos para responder a los grandes objetivos salubristas: mejorar las condiciones de vida de las comunidades, los grupos poblacionales y las personas, y ayudar a que ellos alcancen el bienestar social adecuado, al nivel que la experiencia mundial dice que hoy ya es posible.

REFERENCIAS

- Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). (2008). *Documento para la Discusión del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. Materiales del Taller.
- Anand, S., Diderichsen, F., Evans, T., Shkolnikov, V. M. y Wirth, M. (2002). Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichs, A. Bhuiya y M. Wirth (eds.), *Desafío a la falta de equidad: de la ética a la acción* (pp. 52-73). Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Asada, Y. (2005). A framework for measuring health inequity. *J Epidemiol Community Health*, 59(8), 700-705.
- Berkman, L. F. y Kawachi, I. (2000). A historical framework for social epidemiology. In: Berkman, L. F., Kawachi, I. y Glymour, M. M. (eds.), *Social Epidemiology* (pp. 1-16). Oxford University Press.
- Bobatto, M. B., Segovia, G. y Marín, S. (2020). El Buen Vivir, camino del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos Latinoamérica hacia otra alternativa al desarrollo. *Saude Debate*, 44(1), 24-36.
- Borde, E. y Hernández, M. (2019). Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. *Global Public Health*, 14(6), 847-862.
- Bowers, J. y Purcell, E. (1976). Informe de William Henry Welch y Wickliffe Rose a la Fundación Rockefeller (apéndice). En *Escuelas de salud pública: Presente y Futuro* (pp. 166-174). El Ateneo.
- Breilh, J. (1981). La investigación social en la medicina. *Salud Problema*, 7, 3-15.
- Campbell, D. M., Redman, S., Jorm, L., Cooke, M., Zwi, A. B. y Rychetnik, L. (2009). Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. *Australia and New Zealand Health Policy*, 6, 21.
- Carvalho, R. S. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 669-678.
- Catford, J. (2007). Ottawa 1986: piedra angular del desarrollo de la salud mundial. *Promotion & Education*, 14(2suppl), 53-54.
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J. y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿Cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30(S1), 93-98.
- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2001). Promoción de la salud: concepto, estrategias, métodos. En *Promoción de la salud y cambio social* (pp. 27-45). Masson.

- Collins, P. A. y Hayes, M. V. (2007). Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada. *Health Promotion International*, 22(4), 337-345.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. OMS. <https://acortar.link/powvcx>
- Cueto, M. (1996). Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana. 1918-1940. En *Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas* (pp. 179-201). Instituto de Estudios Peruanos (IEP); OPS.
- Cueto, M. (2006). Los Orígenes de la Atención Primaria de la Salud y la Atención Primaria Selectiva de la Salud. En M., Cueto y V. Zamora (eds.), *Historia, Salud y Globalización* (pp. 27-58). IEP; UPCH.
- De Salazar, L., Vélez, J. A. y Ortiz, Y. (2003). *En busca de evidencias de efectividad en Promoción de la Salud en América Latina: estado del arte de experiencias regionales*. IUHPE.
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. En T., Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth (eds.), *Desafío a la falta de equidad: de la ética a la acción* (pp. 13-25). Fundación Rockefeller; OPS.
- Directores editores (2006). La Carta de Bangkok para la promoción de la salud. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7(1), 21-25.
- Editorial (1990). Confusion Worse Confounded: Health Promotion and Prevention. *Journal of Public Health Policy*, 11(2), 144-145.
- Escudero, J. C. (2009). Lo que dice, calla, propone y soslaya el informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud/OMS. *Medicina Social*, 4(3), 208-210.
- Eslava, J. C. (1998). Ciencia y estética: una mirada al cuerpo humano de la medicina hipocrática. *Rev Fac Medicina UN*, 46(2), 97-100.
- Eslava, J. C. (2002). Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Rev. salud pública*, 4(1), 1-12.
- Eslava, J. C. (2004). *Buscando el reconocimiento profesional. La Salud pública en Colombia, en la primera mitad del siglo XX*. Instituto de salud pública (ISP); UNAL.
- Eslava, J. C. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. salud pública*, 8(Sup.2), 106-115.
- Eslava, J. C. (2009). Las lecciones de la pasada Atención Primaria en Salud (editorial). *Rev. salud pública*, 11(1), 1.
- Eslava, J. C. (2020). Por una salud pública que enfrente la crisis civilizatoria (editorial). *Revista Facultad Nacional de salud pública*, 38(1), 1-2.
- Eslava, J. C. (2 de junio de 2021). La disputa por el derecho a la salud en medio de la pandemia. *Periódico UNAL*. <https://acortar.link/nfIjRd>
- Eslava, J. C. (27 de julio de 2022). Sabores y sinsabores del nuevo Plan Decenal de salud pública. *Periódico UNAL*. <https://acortar.link/NS8XW6>
- Evans, R. G. (1996). Introducción. En R. G., Evans, M. L. Barer y T. R. Marmor (eds.), *¿Por qué una gente está sana y otra no?* (pp. 3-28). Díaz de Santos.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (2002). Introducción. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichs, A. Bhuiya y M. Wirth (eds.), *Desafío a la falta de equidad: de la ética a la acción* (pp. 3-11). Fundación Rockefeller; OPS.

- Fee, E. (1987). Competition for the First School of Hygiene and Public Health. In: *Disease & Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939* (pp. 26-56). The Johns Hopkins University Press.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- Frenk, J. (2003). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica (FCE).
- García, J. C. (1994). La medicina estatal en América Latina. En *Pensamiento social en Salud en América Latina* (pp. 95-143). Interamericana McGraw-Hill; OPS.
- García Viniegras, C. R. (2008). *Calidad de Vida: aspectos teóricos y metodológicos*. Paidós.
- Gibbs, E. P. J. (2014). The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *Veterinary Record*, 174, 85-97.
- Goerke, L. y Stebbins, E. (1970). Historical development of Public Health. In: H. S., Mustard, Goerke, L. S., Stebbins, E. L., Walkley, R. P. *Mustard's introduction to Public Health* (pp. 3-42). MacMillan Company.
- González, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2), 135-143.
- Gracia, D. (1998). ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para su asignación de recursos. En *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)* (pp.151-176). Editorial El Búho.
- Green, L. (1999). Health education's contributions to public health in the twentieth century: A glimpse through health promotion's rear-view mirror. *Annu Rev Public Health*, 20, 67-88.
- Hanney, S. R., González-Block, M. A., Buxton, M. y Kogan, M. (2003). The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1(1), 2.
- Hernández, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev. salud pública*, 10(sup1), 72-82.
- Hernández-Álvarez, M., Eslava-Castañeda, J. C., Henao, L., Henao-Kaffure, L., Orozco-Díaz, J. y Parra-Salas, L. E. (2020). Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach. *International Journal of Public Health*, 65(7), 995-1001.
- Howard-Jones, N. (1977). Problemas de organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales. *Crónica de la OMS*, 31, 435-448.
- Institute of Medicine (1988). A history of the Public Health System. In: *The Future of Public Health* (pp. 56-72). National Academy Press.
- International Society for Equity in Health (ISEqH). (2006). *Equity and health sector reform in latin america and the caribbean from 1995 to 2005: Approaches and limitations*. ISEH.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2000). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud pública en una Nueva Europa. Parte 1*. Ministerio de sanidad y Consumo. <https://acortar.link/ECuBOy>
- Kawachi, I., Subramanian, S. V. y Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 56, 647-652.
- Kempf, H. (2007). *Cómo los ricos destruyen el planeta*. Libros del Zorzal.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Rev Panam salud pública*, 11(5/6), 480-490.
- La Berge, A. (1984). The early nineteenth century French public movement: the disciplinary development and institutionalization of Hygiène publique. *Bull Hist Med*, 58, 363-379.

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadian. A working document*. Minister of Supply and Services Canada.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, 59-79.
- Laurell, A. C. (1982). Acerca de la reconceptualización de la epidemiología. *Salud Problema*, 8, 5-9.
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En OPS y OMS, *Lo Biológico y Social. Su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 1-12). OPS/OMS. <https://acortar.link/XcTM2I>
- Leavell, H. R. y Clark, E. G. (1958). *Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach*. McGraw-Hill.
- Macintyre, S. (1997). The black report and beyond what are the Issues? *Soc. Sci. Med.*, 44(6), 723-745.
- Mallonee, S., Fowler, C. y Istre, G. R. (2006). Bridging the gap between research and practice: a continuing challenge. *Injury Prevention*, 12, 357-359.
- Minayo, M. C. S., Araújo, Z. M. y Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Morales, C., Borde, E., Eslava, J. C. y Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev salud pública*, 15(6), 797-808.
- Nuyens, Y. (2005). *No Development without Research. A challenge for research capacity strengthening*. Global Forum for Health Research. <https://acortar.link/yIPjH9>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2010). *Perspectivas sobre el desarrollo mundial 2010: riqueza cambiante. Resumen en español*. OECD. <https://acortar.link/E9m9kp>
- Oficina Internacional de Epizootias (OIE) (2009). *Un mundo una salud, Boletín Nro. 2009-2*. Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA). <https://acortar.link/zSH5OJ>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Serie «Salud para todos» Nro. 1. OMS. <https://acortar.link/3kzLsm>
- OMS (1984). *Glosario de términos empleados en la Serie «Salud para Todos», Números 1-8*. OMS. <https://acortar.link/VdRtdI>
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para promoción de la salud*. Una conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud. OMS, Salud y Bienestar Social Canadá, y Asociación Canadiense de salud pública. <https://acortar.link/oivPzY>
- OMS (2005). *Global health promotion scaling up for 2015 - A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015*. WHO Secretariat Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand.
- OMS (2007). *Informe sobre la salud en el mundo 2007: protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro*. OMS. <https://acortar.link/W9GOLM>
- OMS (2018). *Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud: Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018*. OMS. <https://acortar.link/Qg6kh2>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de la República Popular China. (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 9.ª Conferencia Mundial de promoción de la Salud, noviembre 21-24*. OMS. <https://acortar.link/OBSLQI>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: cien años de historia 1902-2002*. OPS/OMS.

- OPS (2003). *Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. 44.º Consejo Directivo, 55.º Sesión del Consejo Regional. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003. <https://acortar.link/NsbHF8>
- OPS (2007a). *Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*. OPS. <https://acortar.link/9JHTdG>
- OPS (2007b). *Evaluación de la Promoción de la Salud: principios y perspectivas. Metodologías para la promoción de la salud*. OPS. <https://acortar.link/p0Dir6>
- Oxfam Internacional (20 de enero de 2020). Los millonarios del mundo poseen más riqueza que 4600 millones de personas. *Oxfam Internacional*. <https://acortar.link/SRbZcV>
- Peter, F. y Evans, T. (2002). Dimensiones éticas de la equidad en salud. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichs, A. Bhuiya y Wirth, M. (eds.), *Desafío a la falta de equidad: de la ética a la acción* (pp. 27-35). Fundación Rockefeller; OPS.
- Porter, D. (1999). Health and morality in the ancient world. In: *Health, Civilization and the State. A history of Public Health from ancient to modern times* (pp. 11-23). Routledge.
- Quevedo, E., Borda, C., Eslava, J. C., García, C. M., Guzmán, M. del P., Mejía, P. y Noguera, C. (2004). *Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Universidad Nacional de Colombia.
- Raphael, D. (2008). Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada. *Critical Public Health*, 18(4), 483-495.
- Restrepo, H. E. (2001). Conceptos y definiciones. En H. E. Restrepo, H. Málaga, H. y OPS, *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (pp. 24-33). Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, E. (1991). Historia de la salud pública: su evolución y definición como disciplina autónoma. *Anthropos*, 118/119, 29-31.
- Rosen, G. (1985). *De la Policía médica a la Medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI Editores.
- Rosen, G. (1993). *A History of Public Health. Expanded edition*. The Johns Hopkins University Press.
- Starfield, B. (2004). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson.
- Townsend, P., Whitehead, M. y Davidson, N. (1992). Introduction to Inequalities in Health. In: *Inequalities in health: The Black Report and the Health Divide* (pp. 1-27). 2ª ed. Penguin Books.
- Trostle, J., Bronfman, M. y Langer, A. (2000). Cómo la investigación penetra e influye en las políticas: elementos conceptuales. En M. Bronfman, A. Langer y J. Trostle (eds.), *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción* (pp. 1-12). El Manual Moderno.
- Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86.
- Udin, S. (2008). *Salud Mundial*. Intermon Oxfam.
- Vega, R., Acosta, N., Mosquera, P. y Restrepo, M. O. (2008). La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*, 3(2), 148-169.
- Viera da Silva, L. M. y Almeida Filho, N. (2009). Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, 25(Sup 2), 217-226.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601.
- Wallace, R., Bergmann, L., Kock, R., Gilbert, M., Hogerwerf, L., Wallace, R. y Holmberg, M. (2015). The dawn of Structural One Health: A new science tracking disease emergence along circuits of capital. *Social Science & Medicine*, 129, 68-77.

- Wallace, R., Liebman, A., Chaves, L. F. y Wallace, R. (9 de abril de 2020). COVID-19 y los circuitos del capital. *Viento Sur*. <https://acortar.link/N4HJKA>
- Whitehead, M. y Dalhgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. Studies on social and economic determinants of population health*. WHO.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The solid facts*. 2ª ed. WHO.
- World Health Organization (WHO), Commission on Social Determinant of Health (CSDH). (2005). *A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health*. WHO; CSDH. <https://acortar.link/3QSKUV>
- Zunino, P. (2018). Historia y perspectivas del enfoque «Una Salud». *Veterinaria (Montevideo)*, 54(210), 46-51.
- Zuñiga-Fajuri, A. (2011). Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 18(55), 191-211.