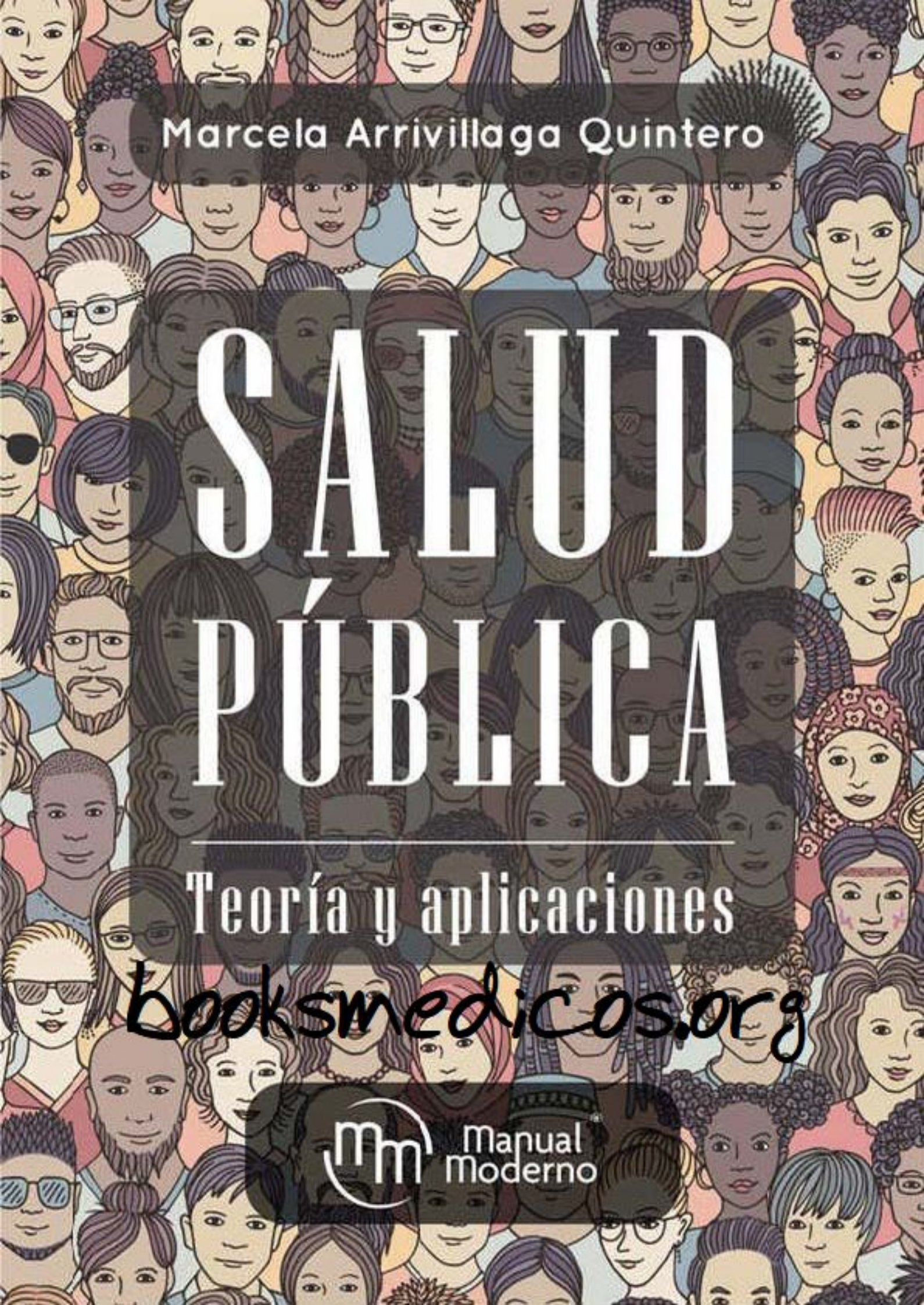




Marcela Arrivillaga Quintero

SALUD PÚBLICA

Teoría y aplicaciones

booksmedicos.org



Manual
Moderno

Salud pública
Teoría y aplicaciones

Salud pública
Teoría y aplicaciones

Marcela Arrivillaga Quintero Editora académica



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
Ciudad de México

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12 A No. 79-03/05
Bogotá, DC

booksmedicos.org



SALUD PÚBLICA

TEORÍA Y APLICACIONES

D. R. © 2020 por
Editorial El Manual Moderno (Colombia) S. A. S.

ISBN libro impreso: 978-958-8993-64-5
ISBN versión electrónica: 978-958-8993-65-2

Editorial El Manual Moderno (Colombia) S. A. S.
Carrera 12A N° 79 - 03/05
E-mail: info.colombia@manualmoderno.com
Bogotá, D. C., Colombia

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio –electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera– sin permiso previo por escrito de la editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the publisher.



www.manualmoderno.com

es marca registrada de Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

Salud pública : teoría y aplicaciones / Marcela Arrivillaga Quintero, editora académica. -- 1a. ed. --
Bogotá : Manual Moderno, 2020.
468 p.

Incluye datos de los autores. -- Contiene referencias bibliográficas al final de cada capítulo.

ISBN 978-958-8993-64-5 -- 978-958-8993-65-2 (e-book)

1. Salud pública 2. Servicios de salud para la comunidad I. Arrivillaga Quintero, Marcela, ed.

CDD: 362.10723 ed. 23

CO-BoBN- a1057396

Portada:

Sebastián Bermúdez Z.

Diagramación:

Aristóbulo Rojas Ch.

Edición y corrección:

Camilo Baquero C.

*Por el olvido que no seremos Porque la memoria traspasa
espacios y tiempos Por mi amor infinito y trascendente de
madre Por siempre y para siempre:
Laura y Juan Pablo*

Acerca de los autores

Marcela Arrivillaga Quintero

Editora académica de esta obra. Psicóloga y magíster en Educación de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Colombia); Fellow en Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en alianza con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas, Houston; Ph. D. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora Titular, Investigadora Senior y Directora del Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Colombia).

Yadira Eugenia Borrero Ramírez

Médica de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Sociología de la Universidad del Valle y doctora en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) y del Movimiento Social por la Salud en Colombia.

María Esperanza Echeverry López

Enfermera de la Universidad de Caldas, magíster en Salud Pública y en Ciencia Política de la Universidad de Antioquia, doctora en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco (México). Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

John Harold Estrada Montoya

Ph. D. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, donde se desempeña como profesor titular con tenencia de cargo en el Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología.

Elba María Bermúdez Quintana

Ph.D. en Economía y Gestión de la Salud por la Universidad Politécnica de Valencia (España); Maestría en Administración de la Salud por la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, y Licenciatura en Odontología por el Colegio Odontológico Colombiano. Profesora investigadora en el Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Manuel Vega Vargas

Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Historia con tesis meritoria sobre la Historia de la Protección Social en el país, candidato a

doctor en Historia de la misma universidad. Docente e investigador en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.

Juan Carlos Rivillas García

Administrador de Servicios de Salud de la Facultad Nacional, de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Colombia. Maestría en Economía y Política en Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Turín (Italia).
Director de Investigaciones de Profamilia, Colombia.

Fernando Peñaranda Correa

Médico, magíster en Salud Pública, magíster en Educación y Desarrollo Social y doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Es profesor titular e investigador senior del grupo de investigación Salud y Sociedad de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Isabel Cristina Ruiz Buitrago

Médica especialista en Epidemiología de la Universidad de Antioquia y docente de la Universidad El Bosque. Especialista en Métodos de Análisis Demográfico de la Universidad Externado de Colombia.

Deisy Arrubla Sánchez

Médica, especialista en Gerencia de la Salud Pública de la Universidad del Rosario y Evaluación Económica y Social de Proyectos de la Universidad de los Andes. Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Asesora de la Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento de la Comisión de la Verdad en Colombia.

Andrés I. Vecino Ortiz

Economista de la salud. Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, magister en Economía de la Universidad de los Andes y Ph. D. en Sistemas de Salud de la Universidad Johns Hopkins. Investigador del Departamento de Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins.

Stephanie Puerto García

Economista de la Salud. Consultora e investigadora en proyectos de economía de la salud, políticas públicas y desarrollo social en los sectores público y privado. Actualmente trabaja como consultora en la Red Criterial del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en políticas de priorización explícita, regulación de dispositivos médicos y política farmacéutica para América Latina.

Contenido

[Acerca de los autores](#)

[Presentación](#)

[Prólogo](#)

Capítulo 1. Enfoques y teorías en salud pública

Marcela Arrivillaga Quintero

[Introducción](#)

[Enfoque causal en salud](#)

[Modelo unicausal: teoría microbiana de la enfermedad o teoría del germen](#)

[Modelos multicausales](#)

[Enfoque ecosocial](#)

[Tríada ecológica: Rodman Leavell y Gurney Clark](#)

[Teoría sobre la distribución del riesgo en las poblaciones: Geoffrey Rose](#)

[Teorías psicosociales con énfasis en el estrés como factor de riesgo para la salud](#)

[Ecoepidemiología: Mervyn Susser](#)

[Teoría ecosocial: Nancy Krieger](#)

[Enfoque de determinantes sociales de la salud y desigualdades sociales en salud](#)

[Campos de la salud: Laframboise y Lalonde](#)

[Determinantes de la salud de las poblaciones: Robert G. Evans y sus colegas](#)

[Modelo de arcoíris o capas de influencia: Göran Dahlgren y Margaret Whitehead](#)

[Modelo de influencias múltiples en el curso de vida: Eric Brunner y Michael Marmot](#)

[Bases sociales de las desigualdades en salud: Finn Diderichsen, Timothy Evans y Margaret Whitehead](#)

[Determinantes sociales de la salud para la Organización Mundial de la Salud](#)

[Enfoque latinoamericano de medicina social, salud colectiva y epidemiología crítica](#)

[Salud colectiva: Almeida-Filho y Silva Paim](#)

[Epidemiología del modo de vida: Almeida-Filho](#)

[Epidemiología crítica y determinación social de la salud: Breilh](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

Capítulo 2. Equidad y derecho a la salud

Introducción

Equidad en salud

¿Qué son las inequidades en salud?

¿Cómo podemos explicar las inequidades en salud?

¿Cómo podemos monitorear de manera rápida las desigualdades en salud?

Derecho a la salud

Los derechos sociales en el marco de los derechos humanos

El derecho a la salud: entre el derecho ligado al pago y el derecho fundamental

Marco jurídico del derecho a la salud en América Latina

Equidad y derecho a la salud: relaciones

El debate sobre la justicia social y en salud

El caso colombiano

Conclusiones

Referencias

Capítulo 3. La clase social como categoría analítica en salud pública

John Harold Estrada Montoya

Introducción

Las clases sociales: conceptos marxistas

Intereses materiales

Experiencia vivida

Capacidad colectiva

La burguesía y sus cuerpos intermedios

Globalización, lucha de clases neoliberalismo: impacto sobre el sector salud

Las clases como principio articulador del análisis en salud pública

Clases sociales y salud en Colombia: el informe del Observatorio Nacional de Salud de 2016

Un final con esperanza

¿Qué pasaría...?

Referencias

Capítulo 4. Género, feminismos y su relación con la salud pública

Elba María Bermúdez Quintana

Introducción

Contexto histórico de los estudios de género: los feminismos y sus diversos abordajes

Concepto de género

De las sociedades androcentristas, homofóbicas, racistas y clasistas a la teoría queer

Las pretendidas cuatro olas del feminismo

El feminismo decolonial

¿Y del hombre qué? Las nuevas masculinidades

[La relación entre género, feminismos y salud pública](#)

[Referencias](#)

[Anexo](#)

Capítulo 5. Los sistemas de salud en el mundo

Manuel Vega Vargas

[Introducción](#)

[Sobre los conceptos y su alcance](#)

[El desarrollo histórico de los sistemas de salud en el mundo](#)

[De la caridad y la beneficencia a la seguridad social](#)

[De la seguridad social y la revolución al modelo estadounidense de mercado \(1883-1945\)](#)

[Estados Unidos y el modelo liberal](#)

[De los servicios nacionales y el Estado de Bienestar al giro neoliberal \(1945-1990\)](#)

[Los sistemas de salud: atributos, características y modalidades](#)

[La situación actual de los sistemas de salud en el mundo](#)

[¿Hacia dónde va el mundo?: ¿modelo bismarckiano o Beveridge?](#)

[Los cuatro modelos originarios en la actualidad](#)

[El sistema de salud en Alemania hoy](#)

[El Sistema Nacional de Salud cubano, un relevo del modelo ruso](#)

[El sistema de salud de Estados Unidos, ¿un no sistema?](#)

[El sistema de salud británico](#)

[Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe hoy](#)

[Referencias](#)

Capítulo 6. Epidemiología social y salud pública

Juan Carlos Rivillas-García

[Introducción](#)

[Un poco de historia](#)

[Principales áreas de la epidemiología](#)

[Tipos de estudios epidemiológicos: diseños, limitaciones y ventajas](#)

[Estudios observacionales](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

Capítulo 7. Educación en el campo de la salud pública: una perspectiva transdisciplinar

Fernando Peñaranda Correa

[Introducción](#)

[Situación de la educación en el campo de la salud pública](#)

[La educación en las políticas de salud pública](#)

[La educación en el campo de la salud pública en los servicios de salud, en la formación y en la investigación](#)

[La educación como práctica social: sociología de la educación](#)
[Pedagogía y educación](#)
[Educación y salud pública: intersección de campos](#)
[Corrientes de la educación en el campo de la salud pública](#)
 [La tradición anglosajona](#)
 [La tradición alemana](#)
 [La tradición latinoamericana](#)
 [Dos corrientes de la educación en el campo de la salud pública](#)
[Educación en el campo de la salud pública y la práctica](#)
 [La propuesta pedagógica](#)
 [La investigación](#)
 [La formación del talento humano](#)
[Referencias](#)

Capítulo 8. De la vigilancia en salud pública a la seguridad humana

Isabel Cristina Ruiz Buitrago

[Introducción](#)
[Sistema de salud](#)
 [¿Qué es la autoridad sanitaria?](#)
 [¿Qué es la rectoría?](#)
 [¿Funciones de un sistema de salud?](#)
 [Funciones de la autoridad sanitaria](#)
[Seguridad humana](#)
 [Interacciones entre salud pública y seguridad humana](#)
 [Ética de la vigilancia en salud pública](#)
[Aspectos conceptuales de la vigilancia en salud pública](#)
 [Origen del concepto](#)
 [¿Qué es la vigilancia en salud pública?](#)
 [¿Por qué hacer vigilancia en salud pública?](#)
 [¿Cuáles son los atributos de la vigilancia en salud pública?](#)
 [¿Cuáles son los usos de la vigilancia?](#)
 [Tipos de vigilancia](#)
[¿Qué es el Sistema de Vigilancia en Salud Pública?](#)
 [Organización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública](#)
 [¿Qué funciones y competencias le corresponden al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos \(INVIMA\)?](#)
 [¿Cuáles son los componentes de la vigilancia en salud pública?](#)
 [¿Por qué ocurren los brotes?](#)
 [Notificación de eventos en salud pública](#)
[Referencias](#)

Capítulo 9. Gestión en salud pública: perspectivas y retos

Deisy J. Arrubla S.

[Introducción](#)

[Reflexiones epistémico-teóricas de la gestión en salud pública](#)
[Racionalidad instrumental](#)
[New Public Management: valores privados en la gestión pública](#)
[Las organizaciones de salud: administración científica y calidad total](#)
[Las relaciones de poder y la gestión en salud pública](#)
[Tendencias de la producción empírica](#)
[Gestión de la calidad en las organizaciones de salud](#)
[Trabajo en salud: no mensurabilidad vs. racionalidad gerencial](#)
[Organizaciones gestoras de conocimiento](#)
[Gestión y políticas en salud](#)
[Planificación en salud pública](#)
[Planificación en salud: abordajes y limitantes](#)
[El marco lógico: un instrumento de apoyo en la planificación de proyectos](#)
[Territorio y planificación en salud](#)
[Democracia y sociedad en la gestión en salud pública](#)
[Gobernabilidad y gobernanza](#)
[Intersectorialidad y políticas de salud](#)
[Importancia de la movilización social](#)
[Organizaciones matriciales y cogestión de colectivos](#)
[Conclusiones](#)
[Referencias](#)

Capítulo 10. Principios de economía y salud

*Andrés I. Vecino Ortiz
Stephanie Puerto García*

[Introducción](#)
[Qué son la economía y la economía de la salud?](#)
[Importancia de la economía de la salud](#)
[Principios básicos de la economía de la salud](#)
[Economías de mercado](#)
[Las fuerzas del mercado: la demanda y la oferta](#)
[Movimientos de las curvas de demanda y oferta](#)
[Elasticidad](#)
[Tipos de elasticidades](#)
[Efecto de las políticas públicas en los mercados](#)
[Controles de precios máximos](#)
[Controles de precios mínimos](#)
[Consumidores, productores y eficiencia de los mercados](#)
[Excedente del consumidor](#)
[Excedente del productor](#)
[Teoría del productor](#)
[Costos](#)
[Economías de escala y deseconomías de escala](#)
[Monopolio](#)
[Discriminación de precios](#)

[Oligopolio y competencia monopolística](#)

[Cartel](#)

[Colusión](#)

[Fallas de mercado](#)

[Información asimétrica](#)

[Externalidades](#)

[Bienes públicos](#)

[Demanda por salud](#)

[Aseguramiento](#)

[Demanda por aseguramiento](#)

[Tipologías de los sistemas de salud](#)

[Modelo bismarckiano de salud](#)

[Modelo de Beveridge](#)

[Financiamiento](#)

[Esquemas de pago a proveedores de salud](#)

[Evaluación económica](#)

[Estudios de costos](#)

[Estudios de análisis comparativo de intervenciones](#)

[Referencias](#)

[Colaboradores en esta obra](#)

Presentación

Salud pública. Teoría y aplicaciones es un libro que nace de la necesidad de recopilar en un solo texto didáctico los temas esenciales de la salud pública contemporánea. La obra está compuesta por diez capítulos escritos por autores colombianos que fueron seleccionados por su reconocimiento, trayectoria y experticia en cada uno de los tópicos incluidos en la obra. Es un libro sugestivo que deja entrever la predominancia de un enfoque crítico de la salud pública en los aportes de los autores, todo ello para contribuir en la formación, la conceptualización, la práctica y la investigación en este campo.

El libro inicia con un capítulo de mi autoría titulado ENFOQUES Y TEORÍAS EN SALUD PÚBLICA donde propongo una clasificación de las distintas aproximaciones teóricas que orientan la práctica y la investigación en salud pública. En una perspectiva histórica, el capítulo describe el enfoque causal en salud, el enfoque ecosocial, el enfoque de determinantes sociales de la salud y de desigualdades en salud y, por último, las corrientes latinoamericanas de la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica.

El segundo capítulo, con autoría de Yadira E. Borrero-Ramírez y María Esperanza Echeverry-López, se titula EQUIDAD Y DERECHO A LA SALUD. Aquí se plantea en primer lugar, cómo se han entendido la equidad y la inequidad en salud, su discusión conceptual, la explicación de dichas inequidades y las evidencias relacionadas. En un segundo momento, las autoras definen el derecho a la salud y su relación con las inequidades, los fundamentos jurídicos y los mecanismos para su exigibilidad.

El tercer capítulo, denominado la CLASE SOCIAL COMO CATEGORÍA ANALÍTICA EN SALUD PÚBLICA, de John Harold Estrada Montoya, muestra la categoría ‘clase social’ desde una perspectiva de política pública, como un insumo para la investigación y toma de decisiones en salud pública. De esta forma el autor contribuye a la discusión sobre la eliminación de las desigualdades sociales en salud y las condiciones de empleo y trabajo decentes, como determinantes de la salud y el bienestar de los colectivos humanos.

En el cuarto capítulo, titulado GÉNERO, FEMINISMOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA, Elba María Bermúdez Quintana aborda una categoría esencial en la salud pública como es el género. La autora introduce su texto presentando las confusiones comunes sobre esta categoría e ilustrando su significado en el contexto de las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres. Su apuesta es que la discusión sobre género y feminismos permita avanzar en la comprensión del entramado social, político y cultural en que están inmersos los estudios de

género en relación con la salud pública.

El quinto capítulo, de Manuel Vega Vargas, sobre LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO propone un análisis de los sistemas de salud desde una perspectiva integral partiendo del debate conceptual sobre su naturaleza, para dar paso a una mirada histórica sobre el desarrollo de los mismos en el seno de la formación de los Estados-nación y los Estados de bienestar. El autor describe cinco modelos de sistemas de salud: bismarckiano, Beveridge, liberal, socialista y los modelos de los países denominados ‘en desarrollo’. A su vez, presenta el modelo básico de estructura que han adoptado los sistemas de salud en el mundo, su situación actual y el destino de los modelos tradicionales. Finalmente, describe los sistemas de salud de Estados Unidos, Inglaterra, Alemania y Cuba, así como un análisis comparado de los sistemas de salud en América Latina.

En el capítulo sexto, titulado EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA, con autoría de Juan Carlos Rivillas-García, se realiza un acercamiento al potencial de la epidemiología aplicada al estudio de los determinantes sociales de la salud, en una perspectiva tradicional y anglosajona. En primer lugar, describe y conecta la historia de la epidemiología social con la salud de la población; luego, aborda los principales tipos de estudios epidemiológicos, ilustrándolos con ejemplos. Por último, culmina con recomendaciones para apoyar su aplicación y la innovación metodológica en este campo en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el séptimo capítulo denominado EDUCACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA: UNA PERSPECTIVA TRANSDISCIPLINAR, de Fernando Peñaranda Correa, se presenta una visión crítica de la educación para la salud entendida como una práctica social que interviene en la producción y reproducción de un orden social determinado y, en consecuencia, de la situación de salud. El autor muestra la intersección entre la educación y la salud pública exponiendo la necesidad de trascender una visión instrumental de la misma para concebirla como un derecho. Finaliza con la descripción de las distintas corrientes en educación para la salud desde una perspectiva pedagógica con implicaciones para la investigación y la formación.

El capítulo titulado DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA A LA SEGURIDAD HUMANA, de Isabel Cristina Ruiz Buitrago, resalta el valor de la vigilancia para dar sentido al fin supremo de la misma que es la protección de la vida de las personas. El capítulo enmarca la vigilancia en el sistema de salud colombiano, sus funciones y competencias, y destaca la importancia de la autoridad sanitaria. Se desarrollan aspectos conceptuales y metodológicos de la vigilancia en salud pública, el marco normativo que orienta las acciones —tomando el caso colombiano como ejemplo—, y los compromisos que a nivel internacional se han adquirido respecto al Código Sanitario Internacional.

Deisy J. Arrubla Sánchez, en el capítulo noveno denominado GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: PERSPECTIVAS Y RETOS, expone una discusión pocas veces planteada en este campo. La autora presenta algunas reflexiones epistémico-teóricas de la gestión en salud pública, las tendencias de la producción empírica en este campo, asuntos de planificación en salud pública, y las intersecciones entre democracia y sociedad en la gestión en salud. Señala que la gestión implica

una acción individual o colectiva, que se establece sobre conceptos teóricos, reflexionados o no, y deriva en prácticas institucionalizadas que se desarrollan en todos los niveles organizacionales, sean públicos o privados. De esta manera, la autora expone la tensión entre una perspectiva garantista de los derechos económicos, sociales y culturales, y los procesos de racionalidad económica que colonizan la vida cotidiana de la población.

Para terminar, en el capítulo décimo sobre PRINCIPIOS DE ECONOMÍA Y SALUD, Andrés I. Vecino Ortiz y Stephanie Puerto García describen de forma sencilla las bases de la economía de la salud, de manera que se puedan comprender y aplicar a cualquier sistema de salud. Está dividido en dos partes: la primera es una introducción a la economía para salubristas con los principios de la teoría económica aplicados al sector salud —fundamentales para la comprensión de los mecanismos económicos y las decisiones de política que se toman en dicho sector—; y la segunda, describe aspectos específicos de la economía de la salud de manera didáctica y comprensible para todos los lectores.

De esta manera, el libro *Salud pública. Teoría y aplicaciones* se configura con una clara intención de aportar en la formación de profesionales en salud en Colombia e Iberoamérica. La estructura del libro permite a los lectores avanzar en la comprensión de la salud pública como un campo amplio de saberes y prácticas interdisciplinarios, con categorías teóricas centrales, debates epistémicos y abordajes metodológicos útiles para la investigación y el ejercicio profesional.

Marcela Arrivillaga Quintero

Ph. D. en Salud pública
Pontificia Universidad Javeriana
Cali (Colombia)
Editora académica

Prólogo

Hoy en día los avances de la salud pública ubican a esta disciplina en un lugar prioritario e importante por su multidimensionalidad, complejidad e interrelaciones de orden ambiental, económico, político y sociocultural.

Salud pública. Teoría y aplicaciones es una obra elaborada por un grupo de salubristas colombianos destacados en diferentes áreas del conocimiento en torno a la salud pública; por su estructura temática novedosa, el libro se constituye en una herramienta actualizada y de utilidad, tanto para los profesionales que se están formando en las ciencias de la salud y ciencias afines a ella, como para quienes tienen la responsabilidad de participar en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Representa un libro de referencia para quienes trabajamos en este campo y para los futuros profesionales quienes asumirán el compromiso de contribuir por una mejor salud, una mejor vida y un buen vivir en lo individual, colectivo y social.

Algunos de los planteamientos hechos por los autores de sus diez capítulos, develan una concepción de la salud pública contemporánea que va más allá del control y atención de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. Se reiteran algunas perspectivas y teorías en salud pública: causal; ecosocial; de determinantes sociales de la salud y desigualdades sociales en salud; así mismo, se resaltan los enfoques latinoamericanos más recientes de medicina social, salud colectiva, epidemiología crítica y epidemiología social, los cuales aportan perspectivas novedosas orientadas a consolidar la comprensión y la praxis de una salud pública crítica y renovadora.

En el desarrollo de los temas de equidad y derecho a la salud, se enfatiza, de un lado, que el derecho a la salud es un derecho fundamental que, cuando no es reconocido y es vulnerado, genera inequidades sociales y desigualdades en salud. Así mismo, se devela un asunto ético y de corresponsabilidad político-social para cerrar brechas sociales, resaltando la importancia de la valoración objetiva-subjetiva para comprender el por qué y para qué de la salud pública en grupos poblacionales diversos, en tiempos actuales y venideros. De otro lado, el asunto del derecho a la salud va de la mano con los deberes y la corresponsabilidad hacia la salud, hacia el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro, de los otros y del medio ambiente.

La categoría ‘clase social’, como categoría analítica en salud pública, ha tomado fuerza en los últimos años. El autor hace un llamado a los salubristas acerca de la importancia de hacer una reflexión profunda de las relaciones salud-enfermedad-clase social a partir de una perspectiva crítica, a fin de lograr transformaciones en el bienestar de las poblaciones, diferenciando políticas

públicas que sean más acordes con las necesidades sociales y el cierre de aquellas brechas que generan mayor desigualdad social. Desde una mirada marxista y de salud pública, la clase social ha de ser comprendida a partir de los intereses materiales, la experiencia de vida y la capacidad colectiva. Igualmente, esta categoría también es abordada en el contexto de la globalización y el neoliberalismo con sus efectos sobre el sector salud, y las tensiones y luchas de poder entre lo político, lo económico y lo social. Aspectos que recaen directa e indirectamente sobre el ser y hacer de la salud pública. Se hace un llamado a la importancia que tiene para la salud pública el uso de esta categoría, que se orienta a disminuir diversas brechas relacionadas con desigualdades sociales y disparidades en salud, así como al estudio de la relación entre la clase social y las categorías ‘género’, ‘etnia’ y ‘cultura’.

La introducción de las categorías de género y feminismo relacionadas con la salud pública, es un llamado a la inclusión y a conseguir una mirada más integral y diversa de la salud y las políticas públicas. Ello por cuanto la diferenciación de ser hombre–mujer (sexo) y femenino–masculino (género) en la sociedad, da lugar a situaciones distintas, muchas veces permeadas más por respuestas de estigma, discriminación y violación de los derechos fundamentales, que por la equidad de género, una distribución justa de recursos, un ejercicio del poder libre y autónomo para ellas y ellos, e igual derecho a la salud. Por lo tanto, el reto de la salud pública actual ha de orientarse más a la planificación de los modelos de salud y servicios de atención con perspectivas psicosocial, diferencial, de género, diversidad, inclusión e igualdad para hombres y mujeres, evitando estereotipos y eliminando las barreras de acceso, oportunidades e inclusión.

El recorrido histórico de algunos de los sistemas de salud en el mundo, descritos en el capítulo quinto, muestran como estos se configuran según las diversas maneras de organización de las sociedades para dar respuestas a los distintos requerimientos de salud y según la percepción que cada persona y comunidad tienen acerca del estado de salud, así como también de la estructura y momentos históricos, políticos, económicos y sociales de cada sociedad bajo la cual se define el modelo de atención. Según la Organización Mundial de la Salud -OMS-, los sistemas de salud han de ser universales, equitativos, eficientes, flexibles y participativos; por lo tanto, es fundamental establecer mecanismos y estrategias investigativas que den cuenta de qué tanto estos sistemas responden a ello, así como a las necesidades, expectativas y fines de las poblaciones, sociedades y de la razón de ser de dichos sistemas de salud. El autor plantea la perentoria necesidad de que los salubristas conozcan la situación actual de los diferentes sistemas de salud en asuntos referentes a los enfoques conceptuales, la cobertura y el acceso, el aseguramiento y su financiación, los efectos de las políticas económicas internacionales y nacionales, entre otros temas, así como sus impactos en el logro del derecho a la salud, la equidad, y la universalidad.

Sin duda alguna, las concepciones teóricas y metodología de la epidemiología —considerada la ciencia de la medición de los problemas de salud poblacional y colectiva—, han evolucionado a través de los años. Cada vez más, la epidemiología se especializa según diversos enfoques, lo que permite a los

salubristas y tomadores de decisiones contar con elementos para comprender los problemas y situaciones de salud en las poblaciones de una manera mucho más integral, con abordajes cuantitativos, cualitativos o mixtos, donde los determinantes sociales de la salud podrán afectar positiva o negativamente el estado de salud de los individuos y de la sociedad. Se trata entonces de una *epidemiología social* en el campo de la salud pública que no desconoce los diferentes tipos de estudios epidemiológicos; por el contrario, hace un llamado sobre la necesidad de ir más allá del análisis de las causas y de los factores de riesgos individuales que inciden en los fenómenos salud–enfermedad– sociedad, siendo preciso tomar en cuenta los contextos y comportamientos sociales y la capacidad de respuesta de los sistemas y modelos de salud, como determinantes fundamentales para reducir las disparidades sociales y las inequidades en salud de las poblaciones.

Un aspecto de reiterado interés en el campo de la salud pública es el de la educación —como motor de cambio y transformaciones del ámbito de la salud—, en asuntos relativos a los estilos y hábitos saludables, así como en temas de políticas y estrategias para promover y generar cambios a favor de una mejor salud, en lo individual y en lo colectivo. Se trata, en efecto, de un tema que genera polémicas, controversias y cuestionamientos que son producto de los resultados a la fecha evidenciados sobre el estado de salud y las percepciones en salud que se adquieren, tanto en lo individual como en lo colectivo, social y cultural. Los planteamientos hechos en torno al tema de la educación en salud, bajo una perspectiva crítica y transdisciplinar, argumentan las paradojas y contradicciones entre la promoción de la salud y la educación en salud, entre la teoría y la práctica social de la educación en salud, entre la pedagogía, la ética y las prácticas de salud pública, entre la educación, la formación y la investigación, entre el derecho a la educación y el derecho a la educación en salud. Argumentos que muestran la importancia de incidir, a partir de los procesos educativos en salud, sobre el desarrollo de habilidades individuales y sociales para asumir los deberes y responsabilidades con relación a los comportamientos de salud, integrando conocimientos, saberes y experiencias, situados, contextualizados y acordes con las realidades sociales percibidas, sentidas y expresadas por las sociedades.

En este libro, el tema de la vigilancia en salud pública es novedoso por cuanto enfatiza en la prioridad de trabajar en la *seguridad humana*, un concepto anclado por Mirta Roses Periago (OPS) a finales de la década del 90. La seguridad humana, desde las perspectivas de los determinantes sociales en salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los derechos humanos, representa un enfoque de utilidad para comprender las vulnerabilidades globales y socioculturales a partir del desarrollo humano individual y poblacional, así como para el logro de la estabilidad mundial, regional, nacional y local. Un reto para la salud pública es lograr que la población viva sin miseria, sin temor y segura.

Entender la vigilancia en salud pública como una resultante del estado de salud de las poblaciones y las sociedades, es reconocer las actuaciones y acciones del sistema de salud y de las autoridades sanitarias, de la eficacia de los sistemas de información, de la comprensión y aplicación de las políticas y normas, así

como del cumplimiento del Código Sanitario vigente por parte de los individuos y actores del sistema de salud, con conciencia ciudadana, responsabilidad social y compromiso ético. Este entendimiento se facilita utilizando diferentes herramientas como la epidemiología, el sistema de vigilancia en salud pública, la promoción de la salud, la educación en salud, la información en salud, la investigación en salud, entre muchas otras, todas ellas orientadas a detectar epidemias y pandemias, a hacer visibles problemas relevantes en poblaciones específicas, a estudiar tendencias y cambios en el estado de salud de individuos y grupos, a comprender la farmacovigilancia, la tecnovigilancia, la vigilancia genética, la vigilancia epidemiológica en lo ambiental, en violencias de género, en salud mental y otros eventos en salud pública de actualidad. Igualmente, se requiere el establecimiento de mecanismos que faciliten la planificación y evaluación de programas en salud pública, el re-direccionamiento de investigaciones a partir de proyecciones sobre cuál será la situación de salud en general o por eventos de salud en particular en un futuro.

Según las reflexiones epistémicas y teóricas en torno a la gestión en salud pública, el análisis de tendencias de la producción empírica, así como de los planteamientos acerca de la planificación en salud pública, la democracia y la sociedad, la autora de ese capítulo sugiere una serie significativa de perspectivas y retos. Una gestión en salud pública que se dinamiza entre la racionalidad instrumental y la flexibilidad, entre la teoría y la práctica, entre los resultados y la “administración de recursos”, entre una gestión participativa y democrática y una gestión centrada en fines y resultados —y no en medios y lucro—. Lo anterior en medio de sistemas de salud focalizados en la oferta, con estructuras administrativas centralizadas, carentes de un liderazgo participativo y de un control eficiente de los recursos, desarticulados y descoordinados con relación a otros sectores y niveles de atención en salud. Es de suma importancia una gestión apropiada para poder dar cuenta de las mejoras de salud reales con base en procesos de planificación que den valor; una gestión que se centre en procesos específicos, que sea participativa desde el territorio, con visión de largo plazo y asociada con la modernización del Estado, de los sistemas de salud y de los modelos de prestación de servicios de salud, entre otras perspectivas y retos. Se evidencian algunos ejes centrales como son: el derecho a la salud, la equidad en salud, la inclusión y la ética gerencial, los cuales al ser debidamente operacionalizados, permitirán de un lado, innovar modelos de planificación que den mejores resultados en materias de salud y gestión pública; y de otro lado, corregir brechas territoriales y locales, así como contribuir a disminuir las desigualdades en salud y a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud y de salud pública.

El último capítulo versa sobre principios de economía y salud, siendo relevante mencionar que la economía ha tomado en las últimas décadas un papel protagónico en el marco de la salud pública, de las políticas públicas y, por ende, de los sistemas de prestación de servicios de salud. Una economía de la salud que debe dar respuesta al comportamiento de todos los agentes de salud, a la capacidad para utilizar diversas herramientas que le permitan al salubrista

priorizar la asignación de recursos a sistemas de salud complejos, donde el reto de mejorar y mantener la salud en las sociedades va más allá de ser solo garante del desarrollo humano individual y poblacional, sino que también implica ser garante del desarrollo socioeconómico de las sociedades. Garantías que en un momento histórico-político como el que se vive en la actualidad, dificulta, entre otras razones, la equidad o el balance entre la oferta, la demanda y el mercado de la salud. Emergen interrogantes para el salubrista relacionados con las concepciones que se deben tener con relación a si el sector salud es un sector más de la economía o es un sector social que requiere de estudios permanentes sobre costos-beneficios, costos-rentabilidad y de evaluaciones económicas objetivas que permitan mejores decisiones en materia de políticas públicas, políticas de salud y salud pública.

Este libro es el reflejo de los avances contemporáneos en salud pública y ofrece varios caminos para trascender de la teoría a la práctica. Una práctica que ha de fundamentarse en evidencia científica, en investigación rigurosa y en transferencia de conocimientos para ir mejorando, con calidad, las condiciones de salud de las poblaciones y los servicios de salud. Igualmente, los temas presentados están sujetos a la reflexión, la crítica y a continuar en la búsqueda, cada vez con mayor ahínco, de estrategias innovadoras orientadas a transformar situaciones y problemas que afectan la salud de los seres vivos, de las poblaciones y que incrementan las desigualdades e inequidades sociales.

Hoy, que nos enfrentamos a un nuevo desafío de orden mundial derivado de la pandemia de COVID-19 declarada a finales del 2019 por la OMS, —un hecho sin precedentes en la historia sanitaria de la humanidad en los últimos siglos—, a fin de lograr la seguridad mundial y la preservación de la vida de todas las personas, se requiere de un compromiso por parte de la sociedad en general, y de los salubristas en particular, quienes han de actuar con sólidos conocimientos, sentido crítico y conciencia ciudadana. Esperamos que cada lector encuentre en las páginas de este libro, luces para trascender de la teoría a la práctica y motivación para seguir profundizando cada uno de los temas aquí presentados, así como repensar un proceder distinto, tanto por parte de los formadores como de los profesionales y tomadores de decisiones en salud pública para los años venideros.

Martha Lucía Alzate

*Enfermera, Ph. D. en Salud Pública
Profesora, Universidad Nacional de Colombia*

Capítulo 1

Enfoques y teorías en salud pública



Enfoques y teorías en salud pública

Marcela Arrivillaga Quintero¹

INTRODUCCIÓN

Un salubrista es aquel profesional que entiende la dimensión de su quehacer a partir de la comprensión de las distintas corrientes teóricas sobre los conceptos de salud y enfermedad. Este capítulo presenta los diversos enfoques y teorías desarrollados en la historia de la salud pública: el enfoque causal en salud, el enfoque ecosocial, el enfoque de determinantes sociales de la salud y el de desigualdades en salud y, por último, las corrientes latinoamericanas de la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica.

ENFOQUE CAUSAL EN SALUD

Antes de entrar en el tema de la causalidad en salud es necesario referirse a la causalidad en sus diferentes acepciones. Para la filosofía de la ciencia, la causalidad como enfoque implica una manera de ver y entender el mundo. Ha sido un concepto complejo, tratado ampliamente y constituye la base de muchas teorías que explican el mundo, tanto natural como social.

El *pensamiento causal* se da como una necesidad del ser humano de conocerse a sí mismo y de explicar su entorno; esa racionalización ha procurado eliminar la magia, la duda y la incertidumbre (Carmona, 1997). La causa se entiende como la relación entre dos eventos o situaciones vinculadas entre sí; de esta manera, el pensamiento causal puede ser una experiencia racional o empírica. En términos racionales, en un ejercicio deductivo, la mente asume que una situación o evento es necesariamente esperable a partir del primero. Como experiencia empírica, por una observación de dos hechos que suceden uno tras otro, se espera un efecto previsible a partir de una causa, motivo o fuerza.

Ya en el terreno de las ciencias, el *causalismo* se caracteriza porque indaga sobre las causas de los fenómenos que estudia. Se entiende como: (i) nexo causal general o particular, (ii) principio o ley general de causación, donde la misma causa siempre produce el mismo efecto (Bunge, 1977), o (iii) doctrina que afirma

la validez universal del principio causal con formulaciones variadas como *todo tiene una causa*, *nada sucede en el mundo sin una causa* o *nada puede existir ni dejar de existir sin una causa*.

Cuando se crea la ciencia de la mecánica en el siglo XVII, en el auge del pensamiento empírico, el modelo causal dominante fue el del *determinismo físico* asociado con Galileo y Newton. Esta doctrina sostiene que todo evento ocurre como el único resultado, físicamente posible, de sus condiciones antecedentes y de conformidad con leyes físicas universales. De esta manera, se insertaron en las ciencias los dos tipos de causas de Galileo: aquellas *necesarias* (siempre que existe el efecto debe estar presente la causa) y las *suficientes* (siempre que existe la causa está presente el efecto). Para finales del siglo XIX se incorporó este determinismo causal para explicar la aparición de enfermedades, bien sea con modelos unicausales o modelos multicausales de diversos tipos.

Modelo unicausal: teoría microbiana de la enfermedad o teoría del germen

El determinismo físico y los conceptos de Galileo sobre causas necesarias y suficientes se expresaron en las investigaciones realizadas por Louis Pasteur (1822-1895) sobre el gusano de seda y la fermentación del vino y la cerveza, y por Robert Koch (1843-1910) sobre el ántrax y la tuberculosis en Europa. En 1876, Pasteur investigó la causa de la infección urinaria y elaboró la estrategia para establecer la conexión suficiente entre microbios y enfermedad, mediante los métodos de aislamiento, purificación y reinoculación del microbio (Carter, 1991). Por su parte, en sus estudios sobre el ántrax, las infecciones de heridas y la tuberculosis, Koch formuló en 1882 los siguientes postulados para el estudio de la etiología de las enfermedades (Carter, 1985):

- El organismo debe estar presente en todo caso de enfermedad.
- El organismo debe ser aislado y crecer en cultivos puros.
- El organismo debe causar una enfermedad específica cuando se inocula a un animal.
- El organismo debe ser recuperado posteriormente del animal e identificado.

Así, la teoría microbiana, también conocida como “teoría del germen”, se basa en la premisa “una causa-una enfermedad”. Es un *modelo determinista unicausal* en el que: (i) el agente o microbio debe estar presente en todos los casos de la enfermedad, es decir, como causa necesaria; (ii) el agente debe producir por sí solo la enfermedad, como causa suficiente; y (iii) el agente no debe encontrarse en otra enfermedad, esto es, su efecto debe ser específico (Barnes, 2000; Carter, 1985; Gradmann, 2004; Mountain, 2002).

Los postulados de Koch influyeron en la medicina de forma significativa. De hecho, es necesario reconocer que aún en la actualidad se encuentran investigaciones biomédicas que reafirman su validez. Por ejemplo, hay quienes plantean que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es necesario y suficiente para desarrollar la enfermedad del SIDA (Harden, 1992); que tales postulados son útiles para identificar la etiología de la neumonía atípica o

síndrome agudo respiratorio severo (Fouchier *et al.*, 2003), o para el estudio de la relación de las toxinas ambientales y las enfermedades en humanos (Fredricks y Relman, 1996).

No obstante, Susser y Susser (1996) plantearon que este modelo tiene una perspectiva angosta, pues pretende explicar la aparición de enfermedades a partir de una única causa y excluye la dinámica social de la enfermedad. En el mismo sentido, Almeida-Filho (1999) señala que la teoría del germen aportó al descubrimiento de soluciones técnicas para la mayor parte de las enfermedades transmisibles; sin embargo, se mostró insuficiente para dar cuenta de los nuevos problemas que afrontaba la salud pública en el s. XIX. Hay quienes manifiestan que el modelo unicausal en salud estaba en el contexto de un pensamiento lineal que solamente se aproximaba a los fenómenos desde un único punto de vista, y aunque tuvo cierto éxito en explicar la etiología de las enfermedades infecciosas, con el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas tuvo que replantear su enfoque para incorporar la multicausalidad (Palencia, 2012).

Modelos multicausales

Desde sus inicios, la epidemiología se ha enmarcado en el pensamiento racional-científico, pues su premisa esencial es que la enfermedad no ocurre ni se distribuye al azar, sino que es posible identificar sus causas para prevenir sus consecuencias (De-Regil y Casanueva, 2008). Así, el enfoque unicausal, propio de la teoría microbiana, se expandió hacia modelos de multicausalidad con el estudio de enfermedades crónicas como el cáncer, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, los padecimientos mentales y aquellos de tipo degenerativo (Buck, Llopis, Nájera y Terris, 1988). El estudio epidemiológico de tales enfermedades aportó evidencia sobre las diversas causas que, de forma conjunta o independiente, dan lugar a su aparición.

Así, los *modelos multicausales en salud* plantean que pueden existir varias causas independientes que producen un tipo de efecto o enfermedad, o varias causas que deben confluir, simultáneamente o sucesivamente, para que se produzca el efecto o, en ambos casos, puede ocurrir que una causa pueda producir una multiplicidad de efectos (De Irala, Martínez-González y Seguí-Gómez, 2004). De todas estas posibilidades nacen los conceptos de redes causales, cadenas epidemiológicas, maraña de causas y maraña de efectos (MacMahon, Pugh e Ipsen, 1960).

Redes causales

La epidemiología contemporánea ha basado sus principales postulados en el modelo de *redes causales* formalizado por Brian MacMahon (1923-2007) en 1970. Más tarde, en una versión más acabada, se convirtió en lo que se conoce como el ‘modelo de caja negra’. El concepto de ‘caja negra’ representa un fenómeno cuyos procesos internos están ocultos al observador. Según MacMahon y Pugh (1970), las causas y los efectos, de acuerdo con su lugar en la red, son tan complejos que forman una unidad imposible de conocer completamente. Por

tanto, señalan estos autores, la epidemiología debe limitarse a la búsqueda de aquellas partes de la red en las que es posible intervenir efectivamente, rompiendo la cadena causal y aplicando medidas correctivas eficaces, aún en ausencia de explicaciones etiológicas completas. Gracias al constante descubrimiento de causas/factores asociados a enfermedades, este modelo de redes postula que el peso de cada factor presuntamente causal depende de la cercanía con su efecto (López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Ávila, 2000).

Debe reconocerse que el modelo de la red causal ayudó a enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas y abrió el camino para el desarrollo de métodos estadísticos como el análisis multivariado. No obstante, numerosos epidemiólogos en Estados Unidos como Susser (1985, 1989), Terris (1979), Stallones (1980), Lilienfeld y Lilienfeld (1982) y Krieger (1994) han expresado sus críticas; la principal se refiere a la dependencia de la red causal al enfoque del individualismo biomédico que guía la elección de los factores asociados a las enfermedades, sin incluir la complejidad de otros factores sociales y ambientales.

Causas componentes-suficientes

Guiado por la perspectiva multicausal, Rothman (1976) propuso el *modelo de causas componentes y suficientes*, el cual tiene similitudes con la red de causalidad de MacMahon descrita anteriormente.

Este autor reconoció que la causa de una enfermedad es el suceso, situación o característica que antecede a la ocurrencia de la enfermedad, y que debe darse para que esta se produzca, siempre y cuando estén presentes también otras condiciones o elementos que se combinan con ellas en ese mecanismo causal (Rothman y Greenland, 2005). Es decir, un conjunto de *causas componentes*, factores y circunstancias que, si están presentes en un individuo determinado, configuran *causa suficiente* para producir la enfermedad.

Para Rothman (1976), la causa suficiente es un mecanismo causal completo que inevitablemente produce enfermedad; respecto de las *causas componentes* plantea que: (i) ninguna de las causas componentes es superflua; (ii) un mismo efecto puede ser producido por distintas causas suficientes, es decir, no se exige especificidad; (iii) una causa componente puede formar parte de más de una causa suficiente para el mismo efecto (si una causa componente forma parte de todas las causas suficientes de un efecto se denomina *causa necesaria*); (iv) una misma causa componente puede formar parte de distintas causas suficientes de distintos efectos; y (v) dos causas componentes de una causa suficiente se considera que tienen una interacción biológica, es decir, ninguna actúa por su cuenta.

En términos etiológicos, estas condiciones y acontecimientos se irían acumulando y convergerían en un momento, con lo cual se desencadenaría una enfermedad. La idea se podría ilustrar considerando que cada causa componente es una porción de un 'pastel causal' que, cuando se completa, constituye una causa suficiente o una *constelación causal suficiente*. Cada enfermedad tendría una o más constelaciones causales diferentes a las de las demás, y a la vez, cada constelación podría jugar un papel en uno o más mecanismos causales (Rothman, 1986).

El modelo de Rothman pretende conocer la proporción de la enfermedad que se debe a cada causa específica, con el objetivo de realizar acciones más eficientes en salud pública para el control de enfermedades. Otro aspecto relevante de este modelo es que trata de conocer la fuerza de las asociaciones causales, para conocer la importancia de cada causa dentro de esa constelación de la multicausalidad. Por último, el modelo introduce los conceptos de periodos de inducción y latencia, de importancia en lo relacionado con las enfermedades crónicas —en particular los procesos oncogénicos— y en tratar de entender de una forma más completa su génesis causal (Palencia, 2012).

Causas probabilísticas

En la década de 1950, el epidemiólogo E. Cuyler Hammond, de la Sociedad Americana del Cáncer, realizó el primer estudio de cohorte a gran escala sobre tabaquismo y cáncer de pulmón. Este estudio proporcionó las bases del debate entre causalidad determinista y causalidad probabilística en el campo de la salud; debate que diversos filósofos de la ciencia (Eells, 1991; Humphreys, 1989; Lewis, 1986; Mellor, 1995; Salmon, 1984; Suppes, 1970) enriquecieron con teorías y modelos de causalidad probabilística, como una alternativa al determinismo inherente a la causación necesaria y suficiente.

Según la definición de Hammond (1955), se considera *factor causal* a cualquier condición que, en una situación dada, aumenta la probabilidad de que ocurra un evento específico. En sentido amplio, este modelo permite comprender la relación causa-efecto en términos cuantitativos a través de un *continuo de valores de probabilidad* (Eells, 1991); es decir, puede describirse de forma matemática. No obstante, algunos científicos de la salud pública continuaron sosteniendo que una causa específica, ya sea necesaria o suficiente, siempre debe estar presente para la aparición de la enfermedad, incluso en el caso de enfermedades crónicas donde existe una gran cantidad de condiciones ambientales y comportamentales asociadas con la enfermedad, las cuales pueden considerarse vectores o vehículos que contienen el agente causal específico (Yerushalmy y Palmer, 1959). Esto explicaría por qué no todos los fumadores desarrollan cáncer de pulmón, mientras que algunos no fumadores lo hacen, ya que el resultado depende de la presencia o ausencia de alguna causa específica.

En línea con lo anterior, otros autores señalan que la probabilidad indica un ‘eufemismo por ignorancia’, pues no hay razón para suponer que una causa aumenta el riesgo de cada individuo en la misma cantidad. De hecho, debido al continuo matemático de probabilidad, este modelo permite un mayor rango de efectos posibles; así, una definición de causalidad basada en la probabilidad del efecto es inadecuada (Cox, 1992; Holland, 1986), y es complejo establecer una distinción entre relaciones causales y asociaciones no causales (Olsen, 1991).

En todo caso, en una revisión sobre la causalidad en salud, Parascandola y Weed (2001) plantearon que los modelos probabilísticos se ajustan mejor al pensamiento epidemiológico para la medición de los efectos en salud y han afianzado conceptos como los de exposición, riesgo, asociación, confusión y sesgo, a través del uso de un sinnúmero de técnicas de estadística avanzada. Para

estos autores, la elección entre un enfoque determinista de causalidad y un enfoque probabilístico de causalidad depende de las opiniones de los investigadores sobre el papel de la epidemiología en relación con otras ciencias y con la salud pública. La discusión sigue vigente y, aunque se han desarrollado herramientas y métodos cuantitativos para el análisis de los datos, la epidemiología, como disciplina, carece de una explicación teórica explícita y compartida de la causalidad.

Criterios para determinar inferencias causales: Austin Bradford Hill

El epidemiólogo y estadístico inglés Austin Bradford Hill (1897-1991), retomando a varios epidemiólogos (Hammond, 1955; Lilienfeld, 1959; Sartwell, 1960; Yerushalmy y Palmer, 1959), y a partir de su investigación de la relación causal entre el consumo de cigarrillo y el cáncer de pulmón, en su artículo “Ambiente y enfermedad: ¿asociación o causación?”, expuso unos criterios de causalidad para analizar relaciones causales no necesarias y no suficientes (Hill, 1992; Morabia, 1991). Así, formuló nueve criterios que son utilizados en la actualidad por la comunidad científica para determinar inferencias causales, o si la relación entre una o varias causas y una enfermedad es causal o es solamente una asociación. Retomando a algunos autores (Gómez y Delgado, 2006; Sierra *et al.*, 2008), estos criterios se pueden exponer así:

- **Temporalidad.** La causa debe preceder la aparición de la enfermedad.
- **Gradiente biológico o curva dosis respuesta.** Se refiere a la cantidad de exposición a la causa, la cual deber ser medida en cuanto duración de la exposición e intensidad promedio de la exposición o ambas. Se considera que a mayor exposición hay mayor efecto.
- **Fuerza de la asociación.** Las asociaciones más fuertes son probablemente más causales que las asociaciones débiles. El que una asociación sea débil no excluye una conexión causal. La fuerza de la asociación se calcula hoy en día por medio del riesgo relativo (RR) o el riesgo relativo indirecto (la expresión inglesa es *odds ratio*: OR).
- **Especificidad.** La causa produce un único efecto y no varios. Este criterio se deriva claramente del modelo determinista unicausal microbiano.
- **Plausibilidad biológica.** La relación causa-efecto es plausible si es congruente con el conocimiento que se tiene de la enfermedad. Se basa en la existencia de una vía biológica que va desde la causa hasta el efecto, como una especie de mecanismo o relación que conduce al desarrollo de la enfermedad. La interpretación de la causa y el efecto en esa asociación no debe entrar en conflicto con los conocimientos de la historia natural y biológica de la enfermedad.
- **Coherencia.** Implica que una interpretación causa y efecto para una asociación no debe entrar en conflicto con lo que se conoce de la historia natural y la biología de la enfermedad.
- **Evidencia experimental.** La demostración experimental es la prueba causal por excelencia y constituye un método útil para evaluar la causalidad en las intervenciones.

- **Juicio por analogía.** De acuerdo con este criterio se tendría que aceptar una evidencia similar, aunque fútil, con un factor de riesgo y un efecto similares.
- **Consistencia.** Hace referencia a las observaciones repetidas de una asociación por diferentes investigadores, en diferentes tipos de estudios y en diferentes lugares, circunstancias y momentos. El poder de la aproximación epidemiológica en el estudio de relaciones causales específicas recae en observar hallazgos similares de manera consistente, derivados de un gran conjunto de estudios.

Estos criterios son útiles para ayudar a responder la pregunta de si existe alguna otra explicación igual o más probable de la relación causa-efecto. Hill (1992) tenía una preocupación especial por los sesgos resultantes del método de observación en el estudio de las poblaciones humanas, de forma que intentó especificar las circunstancias en las que se puede inferir una relación causal a partir de una observación no experimental. La pregunta que se hace Hill es *¿qué aspectos de dicha asociación deberían considerarse específicamente antes de decidir que la interpretación más probable es de causalidad?* (Doll, 1992; Morabia, 1991). La estimación de la posibilidad que una asociación estadística sea causal con base en los nueve criterios de Hill implica estimar en primer lugar, con base en la evidencia disponible, el cumplimiento de cada criterio, y en segundo lugar, ponderar cada uno de los criterios en términos del peso de la evidencia que aporta a la probabilidad global de la asociación causal, ponderación que está sujeta a interpretación o “juicio de experto” (Martínez-Betancur, 2010).

Enfoque de factores de riesgo

Los modelos multicausales para explicar la aparición de enfermedades y su aplicación empírica en investigaciones como el estudio Framingham del corazón (en inglés, *Framingham Heart Study*), que inició en 1948 en Estados Unidos y en el que los investigadores acuñaron el término *factor de riesgo* (Dawber, Meadors y Moore, 1951), evolucionaron hacia lo que hoy se conoce como *enfoque de riesgo en salud* (Buck, Llopis, Nájera y Terris, 1988).

Ligado a este enfoque está el concepto de *factor de riesgo*, que se entiende como una característica, condición o comportamiento, identificable y medible, asociado a un incremento en la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, que tiene una responsabilidad causal en su etiología. Vale aclarar que esta relación causal no es determinante, es decir, no implica que, dándose el factor de riesgo, siempre se produzca la enfermedad, sino que los individuos sobre los que actúa el factor de riesgo tienen una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad que aquellos en los que no lo hace. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente; sin embargo, en la práctica, no suelen ocurrir de forma aislada pues a menudo coexisten e interactúan entre sí.

Algunos críticos del enfoque de riesgo han señalado que este se ha articulado con un conjunto de diseños epidemiológicos para medir las asociaciones de exposición y enfermedad en individuos, perdiendo de vista su perspectiva poblacional. De hecho, el análisis de la morbilidad y la mortalidad a causa de factores de riesgo se ha realizado con frecuencia en el contexto de las tradiciones

metodológicas de los factores de riesgo individuales y en un número limitado de entornos (Künzli *et al.*, 2000; Leigh, Macaskill, Kuosma y Mandryk, 1999; McGinnis y Foege, 1993; Peto, Lopez, Boreham, Thun y Heath, 1992; Single, Robson, Rehm, & Xie, 1999; Smith, Samet, Romieu y Bruce, 2000; Willet, 2002). Este enfoque reduccionista se centra y culpa al individuo de los riesgos a los que se expone, mientras que las principales causas de la enfermedad son ignoradas (Pearce, 1996).

No obstante, en términos de salud pública, la evaluación de los factores de riesgo en el marco de los estudios de carga global de enfermedad ha permitido describir los cambios en la salud de la población, resultado de modificar la exposición de la población a un factor de riesgo o a un grupo de factores de riesgo (Murray y López, 1999). A su vez, con la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002), se observa de manera clara la incorporación institucional de este enfoque al análisis de la carga mundial de morbilidad, discapacidad y mortalidad, seleccionando los riesgos más importantes para la salud humana a nivel global.

Con relación a los factores de riesgo utilizados en estudios de carga de enfermedad, Ezzati *et al.* (2002) los clasificaron como: (i) *fisiológicos* (presión arterial o presencia de lípidos en sangre), (ii) *comportamentales* (estilos de vida como fumar, inactividad física o bajo consumo de frutas y verduras), (iii) *ambientales* (toxicidad ambiental como la concentración de partículas de polvo, falta de saneamiento), y (iv) *socioeconómicos* (ingresos, pobreza, desigualdad, falta de educación).

El interés por el concepto multifactorial de causalidad era, tanto pragmático, como científico. Es decir, los epidemiólogos adoptaron un modelo probabilístico y multicausal no solo porque era una mejor aproximación a la naturaleza del problema, sino porque percibían su flexibilidad como un apoyo para la intervención de salud pública. En efecto, Lilienfeld (1959) señaló que en medicina y en salud pública “es razonable adoptar un concepto pragmático de causalidad”; por “pragmático” quería decir, al menos en parte, probabilístico. Definió un factor como la causa de una enfermedad y consideró que la incidencia se reduce cuando disminuye la exposición. Este autor reconoció que el concepto no era tan “lógicamente riguroso” como el concepto más formalista de causalidad necesaria y suficiente. Sin embargo, el uso de un modelo causal alternativo se justificó por la complejidad de los fenómenos biológicos, bajo los cuales a menudo se desconocía el conjunto completo de condiciones necesarias y suficientes, y la necesidad práctica de tomar decisiones sobre medidas preventivas. En otras palabras, un modelo causal que apoyara la intervención podría desarrollarse incluso cuando la comprensión de los mecanismos causales fuera incompleta (Parascandola, 2011).

ENFOQUE ECOSOCIAL

El enfoque ecosocial en salud se gesta de diversas formas en teorías que aparecieron hacia 1950. De esta manera, la tríada ecológica de Leavell y Clark, la teoría sobre la distribución del riesgo en las poblaciones de Rose, las teorías psicosociales con enfoque conductual y énfasis en el estrés, y la ecoepidemiología de Susser, se convierten en antecedentes del modelo ecosocial propuesto por Krieger, y en general, en fundamentos de la epidemiología social anglosajona, tal como se conoce en la actualidad.

Tríada ecológica: Rodman Leavell y Gurney Clark

En 1953, dos médicos norteamericanos, Hugh Rodman Leavell y E. Gurney Clark, publicaron el libro *Medicina preventiva*, en el cual expusieron el modelo de historia natural de la enfermedad y su relación con los niveles de prevención. En este texto, los autores consideran al individuo como una unidad biopsicosocial y describen que cada enfermedad tiene su propia evolución. Así, la enfermedad inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte.

Los autores establecieron dos periodos para el desarrollo de las enfermedades. El primero, llamado *prepatogénico*, consiste en el momento previo a la enfermedad, en el que no se presentan manifestaciones clínicas, cambios celulares, tisulares ni orgánicos. En este periodo, ocurre la interacción entre las condiciones del huésped, el agente y el medio ambiente; en otras palabras, la *tríada ecológica*, como se conoce hoy. Si todas las circunstancias y características del periodo prepatogénico coinciden en un huésped susceptible, y en un momento determinado se rompe el equilibrio de la tríada ecológica y el huésped es afectado por la enfermedad, se pasa al segundo periodo, denominado *patogénico*.

Desde su formulación, la tríada ecológica se constituyó en un elemento conceptual fundamental del enfoque ecosocial en salud. A esta lógica se sumó el enfoque de *factores de riesgo*. Los factores del huésped son los que determinan la exposición de un individuo: su susceptibilidad y capacidad de respuesta y sus características de edad, etnia, constitución genética, género, estado socioeconómico y estilo de vida. Los *agentes*, por su parte, pueden ser infecciosos o no infecciosos, y son necesarios, pero no siempre suficientes para causar la enfermedad. Por último, los *factores de riesgo ambiental* son aquellos externos al huésped.

La principal limitante de la tríada ecológica es que construye una definición del ambiente como un sistema integrado exclusivamente por elementos biológicos y físicos, considerándolo en muchas ocasiones un sinónimo de *naturaleza*. El ambiente se entiende como un componente externo a las sociedades humanas: de hecho, los temas ambientales son abordados de manera *ahistórica*, negándosele a la complejidad ambiental su posible carácter sociocultural (Keiman, Basurto y Sandoval, 2012).

Esta concepción de lo ecosocial permitió explicar las enfermedades sin necesidad de recurrir a consideraciones económicas, culturales o sociales. No obstante, el resurgimiento de las enfermedades infecciosas en los países

desarrollados, así como la aparición de nuevas enfermedades epidémicas, en las que no es posible identificar un agente causal, obligó a extender la concepción ecológica a otras enfermedades y también a descomponer los elementos de la tríada en una red de múltiples factores cuya compleja interacción sería la responsable de la salud o la enfermedad.

Teoría sobre la distribución del riesgo en las poblaciones: Geoffrey Rose

La estrategia de la medicina preventiva, publicado en 1994 por el médico y epidemiólogo inglés Geoffrey Rose (1926-1993), es un referente obligado para aquellos interesados en la epidemiología social y la medicina preventiva. La idea principal de Rose es que el mayor número de casos de mala salud no se da en quienes tienen un alto riesgo, sino en aquellos que solo tienen algún riesgo, simplemente porque hay más de ellos. En otras palabras, dado que el riesgo se difunde ampliamente, una gran parte de la carga de morbilidad de la población puede provenir de muchas personas expuestas a riesgos bajos o moderados. Rose tomó principalmente sus ejemplos de distribuciones univariadas de los factores de riesgo cardiovascular, como la presión arterial y el colesterol, y señaló que muchos, si no la mayoría, de los casos incidentes de enfermedad coronaria provinieron de personas con niveles de factor de riesgo por debajo de lo que generalmente se consideraba alto riesgo (Harper, 2009).

Con lo anterior, se preguntó si la aparición de la enfermedad en las personas puede explicarse de la misma manera que la aparición de la enfermedad en las poblaciones (Rosen, 1958), e hizo una distinción entre las causas de la enfermedad a nivel individual y las causas de incidencia a nivel poblacional. A su vez, estableció diferencias entre la prevención de enfermedades para personas de alto riesgo y la prevención de enfermedades para poblaciones (Rose, 1985).

El *enfoque de alto riesgo para la prevención* es compatible con el enfoque tradicional en el que los médicos identifican a las personas con una afección y prescriben medicamentos para prevenir que se convierta en una enfermedad. En estos casos, las personas se motivan a tomar el medicamento y la intervención se adapta al individuo. Sin embargo, cualquier solución es temporal porque no se identifica la causa de la enfermedad. Además, es difícil predecir nuevos casos de enfermedad (conocida como ‘incidencia’) en los individuos.

Para el autor, mientras que en la estrategia dirigida a personas con mayor riesgo, cuya prevención ofrecida sería apropiada para cada individuo, un enfoque tan específico probablemente no sea efectivo en términos poblacionales para una enfermedad prevalente con causas complejas. Asimismo, este enfoque incluiría costos y dificultades para identificar a las personas con alto riesgo, además del potencial de estigmatización y/o medicalización de las personas. Esta estrategia implica la segregación de una minoría con problemas especiales, de una mayoría que se considera “normal” y aparentemente no necesita atención.

Por el contrario, la *estrategia de prevención poblacional* se refiere a las actividades dirigidas a toda la población, independientemente de la variación en el

estado de riesgo de los individuos. Este enfoque de Rose se centra en identificar las causas proximales y subyacentes de la enfermedad y alterar la distribución del riesgo en la población mediante la eliminación o reducción de la exposición o el suministro de una intervención generalizada que confiera algún tipo de protección. Así, se apunta a cambiar la distribución de una enfermedad, de modo que pueda ocurrir un menor número de casos.

El enfoque de la población es fundamental para la prevención en salud pública al tratar de reducir el riesgo en toda la población, implementando cambios estructurales o ambientales que la afectan. De esta manera se producirán mayores ganancias al prevenir la enfermedad en el mayor número de individuos (incluso con un riesgo menor), en lugar de centrarse en el menor número de individuos con alto riesgo.

La pertinencia de las ideas de Rose ha sido avalada por varios autores, entre otras cosas porque brinda apoyo empírico y conceptual a la estrategia de prevención poblacional (Embersson, Whincup, Morris, Walker y Ebrahim, 2004) y porque los mensajes centrales de esta teoría siguen siendo relevantes para las políticas y prácticas modernas de salud pública, lo que se ve reflejado en la creciente investigación y publicaciones sobre determinantes sociales de la salud (WHO–CSDH, 2008). Ahora bien, se ha planteado que, aunque los enfoques individuales y de población son fundamentalmente diferentes, ambos son necesarios. El enfoque de población demuestra el punto de Rose de que, por ejemplo, las normas pueden cambiar y beneficiar a poblaciones vulnerables. Los enfoques individuales también han tenido éxito, pero debe reconocerse que su impacto en las comunidades con desventajas sociales y económicas es limitado (Doyle, Furey y Flowers, 2006).

Teorías psicosociales con énfasis en el estrés como factor de riesgo para la salud

Existen varios constructos psicosociales, como la personalidad, el afrontamiento y el apoyo social, que se han incorporado en la explicación de los procesos salud-enfermedad. No obstante, el *estrés* es quizá el concepto más utilizado en el campo de los enfoques ecosociales en salud.

El origen de los planteamientos del estrés se sitúa en los trabajos del fisiólogo Hans Selye (1907-1982), quien fue el primero en incorporar este término en el léxico médico para describir la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda. Así, propuso un modelo de estrés múltiple que incluye, tanto las características de la respuesta fisiológica del organismo ante las demandas estresantes, como las consecuencias perjudiciales a nivel orgánico que puede producir la exposición a un estrés excesivo o prolongado.

Con el desarrollo de la psicología clínica y de la salud se ha demostrado ampliamente que los efectos de los estresores están mediados por factores psicológicos. De esta manera, se ha avanzado en una definición del estrés a partir de teorías interactivas o transaccionales que incluyen, tanto los estímulos que lo producen, como las reacciones y diversos procesos que median dicha interacción.

Estas teorías, desarrolladas principalmente por Lazarus y Folkman (1986), son las que han recibido mayor apoyo.

Desde esta concepción interaccionista, se tienen en cuenta no solo las respuestas fisiológicas del organismo, sino también los numerosos acontecimientos vitales y las características del ambiente social. Este enfoque psicosocial se articuló con el pensamiento epidemiológico y su idea central del potencial del estrés para dañar la salud, por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social (Elstad, 1998). Como ha planteado Krieger (2001b), y en una perspectiva de tríada ecológica, la hipótesis central es que los estímulos agudos y crónicos generadores de estrés alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven directamente patogénicos por alteración de la función neuroendocrina, o inducen comportamientos que dañan la salud (Berkman y Kawachi, 2000b; Krieger, 2001a).

Otros dos conceptos que se han integrado al enfoque ecosocial de la epidemiología son el *capital social* y la *cohesión social*. El grupo de Harvard, de Ichiro Kawachi, ha sido particularmente productivo en el estudio sobre el vínculo entre el capital social y los resultados de salud (Berkman y Kawachi, 2000a; Kawachi y Berkman, 2000). Para estos autores, la cohesión social se relaciona con el capital social poblacional, en contraste con el enfoque de apoyo social que se centra en el capital social individual. Tanto capital como cohesión social se proponen como ventajas psicosociales poblacionales.

Ecoepidemiología: Mervyn Susser

Mervyn Susser (1921-2014) fue un activista, médico y epidemiólogo sudafricano que propuso romper las restricciones del paradigma del factor de riesgo y resaltar los lazos que unen la epidemiología con la salud pública (March y Susser, 2006). En el libro *Sociología en medicina* (Susser y Watson, 1962), escrito con el antropólogo William Watson y publicado en 1962, sentó las bases de su comprensión de las ciencias sociales y la salud, la cual expresó ampliamente en su obra *Eras en Epidemiología: la evolución de las ideas*, escrito con su esposa Zena Stein en 2009 (Susser y Stein, 2009).

En este libro, los autores presentan los fundamentos históricos y científicos (publicados en 1996 en dos artículos previos titulados “Eligiendo un futuro para la epidemiología” (I y II), escritos por Susser y su hijo Ezra Susser (Susser y Susser, 1996). Así, presentan tres eras de la epidemiología: (i) la de las estadísticas sanitarias en la mayor parte del siglo XIX, centrada en la suciedad y la contaminación del aire (era del miasma) como origen de las enfermedades; (ii) la de las enfermedades infecciosas, desde aproximadamente 1870 hasta 1945, enfocada en el concepto del germen; en consecuencia, las acciones consistían en aislamiento de microbios, desinfección, cuarentena y vacunación masiva; y (iii) la de las enfermedades crónicas, que dio paso a los *factores de riesgo* pero con mecanismos de ‘caja negra’. Es preciso aclarar que Susser y Stein (2009) defendieron la tríada agente-huésped-entorno como marco fundamental para la investigación epidemiológica; pero también debe reconocerse que, al rastrear las

eras, presentaron los usos de la epidemiología en acciones efectivas de salud pública.

Susser y Susser (1996) plantearon que los factores de riesgo sirven para identificar objetivos modificables en la prevención de enfermedades crónicas no contagiosas, pero que resultan inútiles para enfrentar la aparición de epidemias como la del VIH/sida. Se requería entonces de un nuevo concepto que los autores denominaron *ecoepidemiología*. En la base de este modelo hay una crítica al universalismo y a las interpretaciones estándar de las ciencias físicas que han sido aplicadas en la epidemiología; por tanto, acudieron al ecologismo, defendiendo la tesis de que ninguna entidad biológica puede ajustarse por completo a leyes universales y que las interacciones entre niveles dentro de una estructura biológica, como en las sociedades, están influidas por circunstancias económicas, políticas y culturales, así como por su mezcla de pueblos, clima y topografía (Susser, 1994a,b).

En este sentido, la ecoepidemiología, según Susser y Susser (1996), desarrolla la tríada agente-huésped-entorno, pero en un entorno que comprende sistemas interactivos en múltiples niveles. Un sistema es un conjunto de factores conectados entre sí en alguna forma de relación coherente. Para explicar este paradigma, utilizaron la metáfora de las “cajas chinas” que se almacenan unas dentro de otras, con una sucesión de cajas más pequeñas. La caja exterior podría ser el entorno físico general que, a su vez, contiene sociedades y poblaciones (el ámbito epidemiológico) hasta llegar a niveles individuales, sistemas fisiológicos, tejidos, células y, finalmente, moléculas (el ámbito biológico).

Como bien sostuvieron los autores, la ecoepidemiología evolucionaría en la medida en que se desarrollaran métodos que permitieran probar modelos desde lo molecular hasta lo social, asunto del cual se encargaría en especial Nancy Krieger, como se verá a continuación.

Teoría ecosocial: Nancy Krieger

Epidemióloga social con formación en bioquímica, filosofía de la ciencia e historia de la salud pública, Nancy Krieger (1933-2020), se ha centrado en estudios etiológicos sobre los determinantes de las inequidades en salud, métodos para mejorar el monitoreo de las desigualdades sociales en salud y desarrollo de marcos teóricos, incluida la *teoría ecosocial*, término que introdujo en 1994 (Krieger, 1994). Ha investigado sobre racismo, discriminación y salud (presión arterial y resultados del parto); disparidades socioeconómicas y raciales/ étnicas en el cáncer de mama; medidas apropiadas de clase social (individual, hogar y vecindario), especialmente para el monitoreo de las desigualdades sociales en la población y también para el estudio de las mujeres, el género, la clase y la salud.

Como los demás autores, Krieger (2001b) utilizó una metáfora visual, la de un *fractal* de arbusto de la vida, en el que se pueden apreciar escalas micro y macro. Así, relaciona estructuras multinivel con agrupaciones ecosociales que se refuerzan o alteran diariamente, sistemas ecoepidemiológicos con estructuras localizadas y relacionadas, y determinaciones socioecológicas que representan lo

proximal y lo distal. La imagen fractal da origen al análisis de los patrones actuales y cambiantes de salud, enfermedad y bienestar, en relación con cada nivel de organización biológica, ecológica y social (célula, órgano, organismo individual, familia, comunidad, población, sociedad, ecosistema).

En el marco de esta teoría, Krieger (1994) formuló cuatro conceptos centrales y útiles para la investigación epidemiológica. Estos son:

1. **Embodiment o incorporación en el cuerpo.** Concepto que se refiere a cómo, literalmente, se incorpora biológicamente el mundo material y social en el que se vive, desde la concepción hasta la muerte (Krieger, 2005).
2. **Vías de incorporación en el cuerpo.** El mundo material y social se incorpora en el cuerpo por dos vías. La primera, determinada por las condiciones de la propia biología, la historia evolutiva de la especie y las trayectorias individuales de desarrollo biológico y social. La segunda, dada por la estructura social en que se vive, con formas específicas de distribución del poder y la propiedad, así como los patrones de producción, consumo y reproducción.
3. **Interacción dinámica y acumulativa entre exposición, susceptibilidad y resistencia** a factores en múltiples niveles (individual, vecindario, regional, nacional, inter o supranacional) y en múltiples dominios (hogar, trabajo, escuela u otros establecimientos públicos).
4. **Responsabilidad e intervención** sobre las vías de incorporación en el cuerpo por parte, tanto de instituciones, hogares e individuos, como de epidemiólogos y otros científicos que investigan las desigualdades sociales en salud.

Entre los trabajos empíricos de Krieger, en los que puso a prueba su teoría, se destacan la investigación sobre racismo, discriminación y salud; las disparidades socioeconómicas, raciales y étnicas en el cáncer de mama; y la investigación sobre medidas apropiadas de clase social (individual, hogar y vecindario), principalmente para el monitoreo de las desigualdades sociales. En especial, en sus estudios sobre discriminación racial (Krieger, 2012; Krieger y Sidney, 1996), expresó muy bien el enfoque ecosocial (Krieger, 2000) superando los acercamientos biomédicos y demostrando las expresiones incorporadas del racismo, de fenómenos sociales de discriminación racial interpersonal e institucional, además del impacto biológico de la privación económica temprana.

Krieger afirma que no se trata solo de agregar “biología” a los análisis “sociales” o factores “sociales” a los análisis “biológicos”. Propone, en cambio, el marco ecosocial como un enfoque integrado y sistemático capaz de generar nuevas hipótesis. A su vez, la autora sostiene que, para probar y refinar una estructura teórica, se debe realizar un monitoreo de las inequidades en salud y consolidar las investigaciones etiológicas interdisciplinarias, con el fin de identificar la coyuntura social y los determinantes biológicos de la enfermedad y consolidar las intervenciones con base en esos hallazgos. Asimismo, concluye que se necesita de una teoría adecuada para que los epidemiólogos sociales se apoderen con claridad de las causas y obstáculos que se presentan en la tarea de reducir las inequidades sociales en salud.

ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son un concepto que dirige la atención a los factores sociales que dan forma a la salud de las personas. El concepto se originó en una serie de críticas publicadas en los años setenta (McKeown, 1979; McKinlay, 1975) y principios de los ochenta (Rose, 1985), sobre las limitaciones de las perspectivas e intervenciones dirigidas a personas con riesgo de enfermedad. Los críticos argumentaron que comprender y mejorar la salud requería un enfoque de población, con investigación y políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecían las personas. Se trataba de reorientar “hacia arriba” los factores de riesgo individuales de la enfermedad e incluir los determinantes sociales de la salud (McKinlay, 1975).

Casi tres décadas después, y con el aumento progresivo de las desigualdades en salud que fue visible luego del incumplimiento de la meta global de “salud para todos en el año 2000”, se generó una creciente conciencia del impacto de las desigualdades económicas, ambientales y sociales en el riesgo de enfermar, la capacidad para prevenir enfermedades y el acceso a los tratamientos. Con la intención de reducir las brechas entre países y al interior de los mismos, en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reforzó al concepto de DSS, con la creación de una comisión especializada en el tema.

Conceptualmente, los DSS —contrario a lo que en general se piensa—, no nacieron con la OMS; se trata de un constructo histórico que tiene como antecedente la fuerza del pensamiento multicausal en salud, expandido a factores sociales, con base en amplios estudios de la epidemiología social sobre factores asociados a la morbilidad y la mortalidad en diversos países. Existen entonces varios modelos teóricos —mayoritariamente de origen canadiense y europeo— que recogen estas lógicas y maneras de comprender la salud y la enfermedad, los cuales revisaremos a continuación.

Campos de la salud: Laframboise y Lalonde

El enfoque de determinantes sociales de la salud se gestó en 1973 cuando Hubert Laframboise, director general de Planificación en Salud y Bienestar de Canadá, publicó el artículo “Política de salud: desglosar el problema en segmentos más manejables”. El autor propuso que, para el análisis de políticas, el campo de la salud se dividiera en cuatro categorías: estilo de vida, ambiente, organización de los servicios de salud y biología humana (Laframboise, 1973).

1. **Estilo de vida.** Comprendido como hábitos personales y de grupo en cuanto a alimentación, actividad física, adicciones, conductas riesgosas, actividad sexual y utilización de los servicios de salud. En este enfoque, el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su

salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Para el autor, las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

2. **Ambiente.** Incluye factores externos al individuo y sobre los cuales tiene poco o ningún control, como, por ejemplo, la contaminación del aire y del agua, el ruido ambiental y la eliminación adecuada de desechos y aguas servidas.
3. **Organización de los servicios de salud.** Consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios.
4. **Biología humana.** Incluye todos los aspectos que influyen en la salud con origen en el propio individuo y que dependen de la estructura biológica y de la constitución orgánica. Considera la dotación genética, el crecimiento y los procesos de maduración, desarrollo y envejecimiento.

Estas divisiones del campo de la salud fueron elegidas por Laframboise (1973) debido a su claridad y efecto integrador, en comparación con las divisiones de salud mental, salud pública, medicina clínica e investigación. Para el autor, la clasificación sirve para fines analíticos. Propuso, además, un instrumento para avanzar en cada uno de los campos a la hora de formular las políticas de salud; así, asocia la persuasión como instrumento para impactar sobre los factores relacionados con los estilos de vida; la legislación para impactar sobre los factores relacionados con el ambiente; la reorganización para impactar sobre los factores relacionados con la organización de los servicios de salud; y el método científico para influir en los factores relacionados con la biología humana (Álvarez, García y Bonet, 2007).

Un año más tarde, en 1974, el entonces ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, presentó el *White Paper* o “Informe Lalonde” titulado *Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses*, basado en las propuestas de Laframboise. El informe fue producto de un estudio epidemiológico en el que se definieron determinantes de la morbilidad y la mortalidad en ese país con base en los cuatro campos de la salud previamente citados. Fue aclamado internacionalmente por su enfoque orientado a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades (Lalonde, 1974).

En su momento el Informe Lalonde revolucionó la salud pública al impactar, conceptual y operativamente, la forma de explicar la salud de las poblaciones y abrió una nueva manera de formular las políticas de salud. Su contribución más efectiva fue la introducción del concepto de los *campos de la salud* que sirvió para delinear los determinantes de la salud. Moverse de efectos a causas forzó la atención en una serie de contextos en los cuales se toman las decisiones. No obstante, transcurrido el tiempo, ha sido criticado por relativizar el papel de los sistemas de salud (Llano, 2015) y por la falta de intervenciones estructurales que puedan impactar decisivamente en la mortalidad y la morbilidad.

Determinantes de la salud de las poblaciones: Robert G. Evans y sus colegas

En 1990, Robert G. Evans, del Departamento de Economía de la Universidad de British Columbia, y Gregory L. Stoddart, del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de McMaster University, ambos en Canadá, publicaron el artículo “Producing Health, Consuming Health Care” (Evans y Stoddart, 1990), en el que hicieron una crítica a la noción de salud y enfermedad vinculada al consumo de servicios de salud. Los autores señalaron que las sociedades modernas dedican una gran parte de sus recursos económicos a la producción y distribución de atención médica, entendida como una colección particular de productos que tienen una relación especial con la salud. La industria del cuidado de la salud, que reúne estos recursos y los convierte en diversos bienes y servicios relacionados con la salud, constituye uno de los grupos más grandes de actividad económica en todos los Estados modernos. Tales esfuerzos masivos reflejan una creencia generalizada de que la disponibilidad y el uso de la atención médica es fundamental para la salud, tanto de los individuos como de las poblaciones. Esta concentración del esfuerzo económico significa que la política de salud pública ha sido predominantemente una política de curación de la salud.

En 1994, Robert G. Evans, Morris L. Barer y Theodore R. Marmor retomaron este pensamiento y por ello se les atribuye en gran parte el hecho de que el concepto de “salud de la población” esté en la mente de los responsables de las políticas de salud en la mayoría de los países. Los autores exploraron por qué algunas personas están sanas y otras no, a partir del concepto de determinantes de la salud. Su premisa esencial es que los factores en el entorno social, externos al sistema de atención de salud, ejercen una influencia importante y potencialmente modificable en la salud de las poblaciones a través de canales biológicos. En esta línea, cuestionaron lo que consideraban un modelo de salud estrecho y simplista basado en la relación entre la enfermedad y la atención médica. Además, señalaron el énfasis desproporcionado de la salud pública en el cambio de los estilos de vida individuales y la modificación de factores de riesgo, y ampliaron el marco de Lalonde para incluir la interacción entre el entorno social y el individuo (Evans, Barer y Marmor, 1994).

En consecuencia estos autores formularon cuatro tipos de determinantes de la salud:

1. **Determinantes del entorno socioeconómico** con aspectos como ingreso, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación y factores sociales en el lugar de trabajo.
2. **Determinantes del entorno físico**, incluidos los factores físicos del lugar de trabajo y del entorno natural y construido por las personas.
3. **Determinantes en los hábitos personales de salud** o comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud, la capacidad individual, incluidas las características psicológicas de las personas, como la competencia personal, las aptitudes de adaptación, el sentido de control y dominio, y las características genéticas y biológicas.

4. **Determinantes en el campo de los servicios de salud**, como su capacidad para promover, mantener y restablecer la salud.

Evans *et al.* (1994) sustentaron sus planteamientos en estudios epidemiológicos, como el estudio *Whitehall*, que en una muestra de más de 10.000 funcionarios públicos en Inglaterra encontraron que la jerarquía laboral estaba fuertemente correlacionada con la mortalidad: a medida que aumentaba el grado o el rango del empleo, las tasas de mortalidad disminuían. Este gradiente observado se mantuvo al evaluar enfermedades específicas o causas de muerte y no se explica por factores de riesgo como el tabaquismo, la dieta o el acceso a la atención médica. Los autores también citan el trabajo epidemiológico histórico de McKeown (1979), que mostró grandes reducciones en la mortalidad por tuberculosis y muchas otras enfermedades infecciosas antes del desarrollo de terapias médicas efectivas.

Habiendo establecido una fuerte asociación entre los entornos sociales y la salud en una variedad de entornos históricos y culturales, los autores centraron su atención en los factores causales y las vías biológicas que pueden explicar las diferencias de salud entre las poblaciones, y presentaron literatura sobre estudios en animales que demuestran, por ejemplo, un bloqueo más grave de las arterias coronarias que se correlaciona con el *low status* en un grupo poblacional específico; estudios sobre respuestas neuroendocrinas e inmunes mediadas por el estrés, el apoyo social y la disminución de la mortalidad; predisposición genética y expresión ambiental de la enfermedad; y observaciones de “salud sin bienestar” y “bienestar sin salud”, no solo entre individuos, sino en todas las sociedades. Y es en este punto donde insertan nuevas categorías de bienestar y prosperidad asociadas al concepto de determinantes. El concepto de prosperidad tiene, por un lado, los niveles de bienestar y salud y la respuesta del sujeto, y por el otro, el ambiente físico y social donde se inserta; todo desde una perspectiva de ecosistema de la salud humana.

A pesar del atractivo de estas ideas, los autores reconocieron el desafío de implementarlas, dado que el concepto de salud de la población es abstracto y difícil, y se enfoca en poblaciones en lugar de individuos, de modo que los beneficios para la salud que surgen de factores distintos a la atención médica, no afectan al individuo y, a menudo, son difíciles de medir. Además, señalaron que la experiencia con la planificación intersectorial de la política de salud es limitada, ya que proporciona poca evidencia sobre beneficios reales. Adicionalmente, argumentaron que la percepción pública generalizada de que “la atención médica es igual a la salud”, combinada con el sesgo en los recursos de investigación hacia la investigación biomédica y los intereses creados comerciales, constituyen fuerzas inerciales para el cambio (Evans *et al.*, 1994). Por el contrario, el concepto de determinantes sociales se dirige a los factores que ayudan a las personas a mantenerse sanas, en lugar de a los servicios que ayudan a las personas cuando están enfermas (London Health Observatory, 2002).

Modelo de arcoíris o capas de influencia: Göran

Dahlgren y Margaret Whitehead

Margaret Whitehead, profesora en Salud Pública de la Universidad de Liverpool en el Reino Unido, con amplia experiencia en desigualdades en salud, epidemiología social y síntesis de evidencia, ha trabajado con Göran Dahlgren, experto en políticas de salud y profesor visitante en esa universidad desde 1999. Juntos propusieron en 1991 el modelo de arcoíris o capas de influencia, el cual sigue siendo una de las ilustraciones más efectivas de los determinantes de la salud y ha tenido un impacto generalizado en la investigación sobre desigualdades.

Los autores utilizaron la figura de un arcoíris para ilustrar las capas de influencia o los principales determinantes de la salud de los individuos. En la capa externa se encuentran las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales; le sigue la capa de las condiciones de vida y de trabajo, como son la vivienda, los servicios de salud, las condiciones de saneamiento y agua, el desempleo, el ambiente de trabajo, la educación y la producción de alimentos. La tercera capa se refiere a las redes sociales y comunitarias, seguida por los factores individuales de estilo de vida, hasta llegar al centro del modelo donde se encuentran los individuos con sus factores constitutivos, edad y sexo.

Manteniendo la lógica de factores, para Whitehead y Dahlgren (2006), los determinantes pueden clasificarse como factores positivos de salud, de protección o de riesgo. Los factores positivos de salud contribuyen al mantenimiento de la salud y son, por ejemplo, la vivienda adecuada, la seguridad alimentaria y las buenas relaciones en el hogar (Wilkinson, 2005). Los factores protectores eliminan el riesgo de la enfermedad o facilitan su resistencia, como por ejemplo, las campañas de vacunación, las dietas saludables (Costa *et al.*, 2008) y el apoyo social (WHO, 2002). Los factores de riesgo son las condiciones que causan problemas de salud y enfermedades potencialmente prevenibles.

En 2006, estos autores publicaron un libro sobre las estrategias europeas para abordar las desigualdades sociales en salud y retomaron su modelo original de 1991, pero advirtieron que los determinantes de la salud de la población a menudo se mezclan con los determinantes de las desigualdades sociales en salud, y que ambos tipos de determinantes se han tratado de la misma manera por consideraciones políticas. A su vez, señalaron que el peligro de tal enfoque es que la política resultante tiende a ser muy general y no es efectiva para reducir la brecha en salud. En consecuencia, describieron cinco mecanismos clave por los cuales los determinantes de la salud pueden operar para causar inequidades sociales en la salud. Estos son: (i) diferentes niveles de poder y recursos, (ii) diferentes niveles de exposición a riesgos para la salud, (iii) el mismo nivel de exposición que conduce a impactos diferenciales, (iv) los efectos del curso de vida, y (v) los diferentes efectos sociales y económicos de estar enfermo (Whitehead y Dahlgren, 2006).

Modelo de influencias múltiples en el curso de vida: *Eric Brunner y Michael Marmot*

Eric Brunner y Michael Marmot, epidemiólogos sociales vinculados a la University College of London, se han destacado por sus investigaciones en desigualdades sociales en salud. Es importante señalar que Marmot presidió la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) de la Organización Mundial de la Salud en 2005, y en 2008 elaboró el informe titulado “Cerrando la brecha en una generación”. En 1999, estos dos autores propusieron un marco conceptual de determinantes sociales de la salud con un enfoque más de prevención en salud pública que curativo.

En efecto, para Brunner y Marmot (1999), la estructura social influye el bienestar y la salud por tres vías: (i) las circunstancias materiales directamente relacionadas con la salud en el ambiente social y de trabajo, (ii) los factores psicosociales, y (iii) las conductas de salud. Estas influencias se producen a lo largo de la vida desde la constitución genética, la edad temprana y la cultura; y su balance depende de circunstancias geográficas e históricas de una población en particular.

En este marco conceptual, las causas sociales o determinantes de la salud son los factores del ambiente social, cultural y de trabajo; y las dimensiones biológica y psicológica son vías intermediarias entre el nivel de lo social y lo individual.

Bases sociales de las desigualdades en salud: Finn Diderichsen, Timothy Evans y Margaret Whitehead

Finn Diderichsen, profesor emérito de la sección de Medicina Social de la Universidad de Copenhague en Dinamarca, junto con Timothy Evans, director *senior* del grupo Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, y Margaret Whitehead, retomaron el conocimiento acumulado en determinantes sociales de la salud y en 2001 propusieron el modelo de bases sociales de las desigualdades en salud. Este modelo se basa en la estructura desarrollada por Diderichsen y Hallqvist en 1998, la cual define cuatro mecanismos que generan las desigualdades en salud: (i) la estratificación social, (ii) la exposición diferencial, (iii) la vulnerabilidad diferencial, y (iv) las consecuencias diferenciales (Diderichsen y Hallqvist, 1998):

Mecanismo I. Estratificación social. Se refiere a la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza, por ejemplo, con las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, las normas de género y el tipo de organización del Estado. La estratificación social define a su vez una exposición diferencial de los diversos grupos de individuos a condiciones más o menos perjudiciales para la salud.

Mecanismo II. Exposición diferencial. Se refiere a la forma en que los grupos se exponen de manera diferente a diversas condiciones a lo largo del curso de la vida. En cada sector social, las exposiciones pueden variar según su tipo, cantidad y duración. En igualdad de factores, estas exposiciones diferenciales podrían explicar el exceso de riesgo de mala salud asociado a las posiciones sociales más bajas a través de una amplia gama de enfermedades concretas.

Mecanismo III. Vulnerabilidad diferencial. Se refiere al agrupamiento de las exposiciones nocivas para la salud a lo largo de los gradientes sociales. Las personas de posiciones sociales más bajas suelen estar expuestas a muchos factores de riesgo diferentes, y estos pueden interactuar entre sí, generando mayor vulnerabilidad (Hallqvist, Diderichsen, Theorell, Teuterwall y Ahlbom, 1998).

Mecanismo IV. Consecuencias diferenciales. Se refieren al impacto que determinados episodios de enfermedad pueden ejercer en las circunstancias socioeconómicas de las personas y sus familias. El contexto social subyacente y la estratificación social pueden conducir a una distribución no equitativa de las consecuencias sociales de la mala salud.

De esta manera, la estructura propuesta por Diderichsen y Hallqvist (1998) hace hincapié en cómo los contextos sociales asignan los individuos a diferentes posiciones sociales, o estratificación, lo que determina su estado de salud. Para complementar el modelo, Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) incluyeron puntos de partida para la acción política según cada mecanismo generador de desigualdad. El primer punto de partida trabaja sobre las posiciones sociales originadas por la estratificación, por lo que proponen una promoción de políticas que disminuyan las consecuencias de esta clasificación y una evaluación del impacto de las medidas económicas y sociales a nivel estatal, para no afectar a las poblaciones menos favorecidas. El segundo y tercer punto de partida actúan sobre la reducción de exposiciones específicas y vulnerabilidades diferenciales en las posiciones sociales con mayores desventajas. El último punto se refiere a las acciones sobre el sistema de salud para mitigar las consecuencias de la mala salud.

Determinantes sociales de la salud para la Organización Mundial de la Salud

En respuesta a la preocupación por el aumento en las desigualdades en salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008, 2011), en su Asamblea Mundial celebrada en 2004, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el propósito de asesorar sobre la manera de mitigar tales desigualdades, a partir de evidencia disponible sobre intervenciones y políticas. Se nombró a Michael Marmot como director de esta comisión y la OMS recogió el pensamiento de la epidemiología social europea, construido por autores como Whitehead, Dahlgren, Diderichsen y Evans, para establecer las bases conceptuales de sus propuestas. Se mantuvo entonces la misma lógica de considerar que las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto; por tanto, enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas.

En este sentido, para la OMS (s.f.), la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las desigualdades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como *determinantes*

sociales de la salud (DSS), un término síntesis, ampliamente utilizado en el contexto institucional para referirse a determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales.

En el informe final de la CDSS (OMS, 2009a) se propusieron tres recomendaciones generales: (i) mejorar las condiciones de vida con intervenciones dirigidas, en especial, a grupos etarios específicos como la primera infancia y las mujeres; (ii) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, haciendo referencia a las acciones a nivel político del sector público para una gobernanza promotora de equidad, y (iii) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, invitando a los gobiernos a incorporarse a este proceso (García-Ramírez y Vélez-Álvarez, 2013). A partir de este informe, la OMS (2009a) asumió un compromiso para actuar sobre los DSS, y en la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2009b) exhortó a todos los países a que lucharan contra las desigualdades de la salud mediante la creación de políticas de protección social integrales e instrumentos de medición que permitieran cuantificar el impacto de dichas intervenciones.

Posteriormente, Solar e Irwin (2010) desarrollaron un marco conceptual para el entendimiento de los DSS, con base en tres explicaciones teóricas principales, no excluyentes, sobre la producción social de la salud: (i) los enfoques psicosociales, (ii) las teorías de producción social de la enfermedad y economía política de la salud, y (iii) los marcos ecosociales. Estas tres tradiciones teóricas utilizan las siguientes vías y mecanismos principales para explicar la causalidad: (i) selección social o movilidad social, (ii) causalidad social, y (iii) perspectivas del curso de la vida. Cada una de estas teorías y vías enfatizan el concepto de “posición social”, el cual desempeña un papel central en los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Los autores recogen también los planteamientos del modelo de Diderichsen, pero resaltan la distinción conceptual y práctica entre las causas sociales de la salud y los factores sociales que determinan la distribución de estas causas entre los grupos más y menos favorecidos. Para ellos, los objetivos de las políticas se definen de manera muy diferente, dependiendo de si el objetivo es abordar los determinantes de la salud o los determinantes de las desigualdades en la salud.

Al reunir estos elementos, el marco conceptual propuesto tiene dos tipos de determinantes:

1. Determinantes estructurales de las desigualdades sociales en salud. Se refieren a los aspectos del contexto social y político que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales.

Aquí se incluyen:

- Gobernanza.
- Políticas macroeconómicas.
- Políticas sociales (mercado laboral, vivienda, tierras).
- Políticas públicas de educación, salud y protección social.
- Valores sociales y culturales.

Estos determinantes generan diferencias en la posición socioeconómica de la población de acuerdo con el ingreso, la educación (escolaridad) y la ocupación; a

su vez, producen diferencias según la clase social, el género y la etnia. Asimismo, las posiciones socioeconómicas configuran determinantes específicos del estado de salud o determinantes intermediarios.

En este modelo, los determinantes estructurales son los más importantes, pues dan lugar a la estratificación dentro de una sociedad y refuerzan las desigualdades en lugar de reducirlas. Los mecanismos estructurales están arraigados en las instituciones y procesos clave del contexto socioeconómico y político.

2. Determinantes intermediarios de las desigualdades sociales en salud.

Estos juegan un papel en el proceso de generación de desigualdades, más como moduladores que como causantes primarios. Aquí se incluyen:

- Circunstancias materiales (condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.).
- Factores biológicos y conductuales.
- Factores psicosociales.

Hay que señalar que el marco conceptual de la OMS sobre los DSS ubica los sistemas de salud como un determinante intermediario, lo cual ha sido ampliamente criticado al no asumirlos como determinantes estructurales de la equidad en salud y bienestar.

El surgimiento de la propuesta de la CDSS, promovida por la OMS, ha constituido un importante acontecimiento para la salud pública porque recuperó el debate sobre la salud desde una perspectiva sociopolítica y económica amplia (Peñaranda y Rendón, 2013). No obstante, corrientes de la medicina social en Latinoamérica sostienen que el modelo se sustenta en una concepción causalista limitada, que denuncia sin modificar e informa sin movilizar. La exclusión se toma como causa y no como el resultado de una condición estructural de la sociedad (Breilh, 2010), con lo cual se pierde la dimensión histórica de los procesos sociales como expresión de las relaciones humanas (López, Escudero y Carmona, 2008).

Al respecto, Navarro (2009) expresa una crítica profunda al informe de la CDSS en su artículo “What we mean by social determinants of health”. El autor sostiene que durante los últimos 30 años las condiciones de salud y calidad de vida de la población mundial son consecuencia de la aplicación de las políticas neoliberales promovidas por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de la Salud. Las alianzas de “países desarrollados” buscan perpetuar y promover estas políticas, causando enormes desigualdades en salud. Para este autor, el informe final de la CDSS no incluye las relaciones de poder que representan los determinantes sociales y subraya que, aunque el foco de la CDSS son las desigualdades que matan a las personas, la realidad es que no son las desigualdades las que matan sino los responsables de esas desigualdades (Aguilar, Roa, Kaffure, Ruiz y Sánchez, 2013).

ENFOQUE LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, SALUD COLECTIVA Y

EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

El debate sobre los determinantes sociales de la salud, propuesto por la OMS para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ajeno a la medicina social y la salud colectiva de Latinoamérica. Estos enfoques parten de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, y postulan que la salud de las poblaciones es motivo de preocupación social, dando especial fuerza al hecho de que las condiciones sociales y económicas impactan la salud y la enfermedad, en especial a los más oprimidos.

Medicina social en Latinoamérica

En contraposición al modelo de la epidemiología social multicausal, en los años cincuenta y sesenta surge el movimiento de la medicina social con base en los reformadores médicos de la Revolución de 1848 en Europa. Esta corriente reconoce el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad y su articulación con el conjunto de los procesos sociales. Desde esta visión, lo social no se considera un factor causal de riesgo de determinada enfermedad.

En la década de los setenta surgió en Latinoamérica el interés por profundizar en este enfoque, el cual se desarrolló mediante la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones sociales, inconformes con el modelo económico que se implementó en la década de los sesenta. Se expusieron cuestiones en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de esa década y se agudizó con las reformas a los sistemas de salud de la región en los ochenta. Entre los pioneros de este enfoque se encuentran Asa Cristina Laurell en México, Edmundo Granda y Jaime Breilh en Ecuador, y Saúl Franco en Colombia.

La corriente latinoamericana de la medicina social propuso entonces ahondar en la manera de entender y abordar la salud pública, haciendo explícita la relación entre la estructura social y los procesos de salud-enfermedad que vive una sociedad. Para comprender y explicar tales procesos, retomaron de las ciencias sociales categorías críticas como el sistema económico, el trabajo, la clase social y las relaciones sociales de producción; estas categorías habían sido excluidas de las explicaciones de la epidemiología de las causas sociales.

Los pensadores de la medicina social en Latinoamérica han criticado varios asuntos de los modelos causales en salud. Sostienen que las explicaciones simplistas por las cuales un agente específico es la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad, no considera adecuadamente las condiciones sociales que son determinantes para el desarrollo de la enfermedad. Incluso plantean que los modelos multicausales, como los ecológicos, de interacción entre agente, huésped y ambiente, o más recientemente, los modelos de complemento causal e interacción biológica, definen la enfermedad de una manera relativamente estática. Los médicos sociales han argumentado que, por dicotomizar la presencia o ausencia de una enfermedad, los modelos multicausales tradicionales no

consideran los vínculos dinámicos por los cuales la dialéctica del proceso salud-enfermedad se ve afectada por las condiciones sociales. En este enfoque, las condiciones sociales existen antes del problema analizado y su comprensión histórica permite especificar las dimensiones del mismo.

La medicina social rescata un concepto central abordado en la teoría marxista, la *clase social*, definido por las relaciones de producción económica que involucran la propiedad y el control de los medios de producción y, por tanto, del proceso productivo. En la medicina social se argumenta que la explotación del trabajo y del desempleo mediante la dominación de los ocupados y de los desocupados, es una condición inseparable de la producción económica. Otro concepto importante es el de *reproducción económica*; la teoría marxista cuestiona la reproducción de las relaciones de explotación que a través de generaciones produce el sistema capitalista. La *ideología* es un tercer eje de la medicina social, y en tal sentido, una tarea teórica y política de los representantes del enfoque es la desmitificación de la ideología hegemónica que justifica los intereses de las clases que dominan una sociedad en un periodo histórico. Durante los primeros años, el trabajo de desmitificación se centró en las políticas desarrollistas fomentadas por los gobiernos de Estados Unidos y Europa. Posteriormente, los esfuerzos de desmitificación se centraron en las políticas del Banco Mundial y de otros organismos multilaterales de crédito que han alentado el crecimiento de la deuda, las privatizaciones y los recortes de los servicios públicos, basándose en los principios macroeconómicos de la libertad de mercado. Por último, en cuanto a lo político, los grupos de la medicina social han vinculado sus investigaciones sobre políticas con esfuerzos organizativos que apuntan a cambiar las relaciones de poder. Estas acciones tratan de ampliar el debate público y reorientar las iniciativas de reforma hacia el encuentro con las necesidades de las poblaciones vulnerables.

La medicina social, entonces, conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica de equilibrio versus desequilibrio biológico. Desde esta perspectiva, el perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples dominios para comprender por qué y cómo las condiciones sociales de grupos organizados históricamente en distintos modos de vida, y situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas para el proceso salud-enfermedad (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002).

En su enfoque teórico-metodológico, la medicina social considera como unidad de análisis a la población; las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determinan. En este sentido, las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, la marginalización y la participación política. A partir de estas categorías, las especificidades individuales encuentran su determinación explicativa.

La medicina social latinoamericana gestó así una propuesta de *determinación*

social de la salud (contraria al enfoque de *determinantes* sociales de la salud de la OMS) que implica una concepción integral del sujeto en relación con su realidad, sus contextos significativos, su cultura, sus procesos (no factores) de salud-enfermedad, su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista, y su condición de dominador o subordinado. Así, se esperaba superar el enfoque dominante de la salud pública y de la epidemiología tradicional concentrado en la construcción de modelos causales, todo con el fin de transformar las condiciones de vida de la población, en especial, de los sectores oprimidos.

En opinión de Quevedo y Hernández (1994), a pesar de sus logros, la medicina social deja pendientes algunos problemas, entre los que se encuentran: (i) el privilegiar la interpretación economicista perdiendo de vista niveles más próximos a la cotidianeidad del sujeto que enferma; y (ii) la construcción de los perfiles a partir del diagnóstico de corte biologista, consolidando la clínica individual y dejando la discusión únicamente en el plano de lo colectivo. Lo anterior ha generado cierta incapacidad para incorporar los desarrollos sobre la teoría del sujeto, elaborada en varias ciencias sociales contemporáneas. Finalmente, (iii) la visión del poder, como la expresión de los mecanismos de dominación de clase, no atiende las voces de los sujetos que toman decisiones respecto de su malestar.

Salud colectiva: Almeida-Filho y Silva Paim

Naomar de Almeida-Filho y Jairnil son Silva Paim, médicos y profesores del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, en Brasil, son los principales impulsores del concepto de salud colectiva en su país y en Latinoamérica. Establecen un marco conceptual que resulta de la crítica a los proyectos de reforma en salud desarrollados en la región en la década de los ochenta, y de la elaboración teórica y epistemológica, articulada con las prácticas sociales en salud (Almeida y Silva, 1999).

La salud colectiva es definida como *campo científico* (Bourdieu, 1983; Ribeiro, 1991), en el que se producen saberes acerca del objeto salud y operan distintas disciplinas; y como *campo de prácticas*, en el que se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes, especializados o no, dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como sector salud. Con esta perspectiva, autorreconocida como pragmática y transdisciplinar, es posible una mayor y más efectiva participación de la sociedad en las cuestiones de vida, salud, sufrimiento y muerte.

Esta corriente recoge elementos de la teoría de la complejidad (Morin, 1990), para reconfigurar el *objeto salud* como un *objeto complejo*, no obediente a las determinaciones de la predicción, de naturaleza no lineal, impreciso en sus límites, y que forma parte de una nueva familia de objetos (Almeida-Filho, 1996; Morin, 1990; Paim, 1992). En este sentido, la salud colectiva es un enfoque capaz de abordar el objeto complejo salud-enfermedad-cuidado, respetando su historicidad e integralidad. El presupuesto de base es que los abordajes de la

complejidad producen nuevas metáforas para comprender y superar el distanciamiento entre el mundo natural y el mundo histórico, considerando sistemas dinámicos, complejos, autorregulados, mutantes, imprevisibles y productores de niveles emergentes de organización.

La salud colectiva también es un movimiento social y una práctica política que defiende el sistema público de salud en el marco de la lucha por el derecho a la ciudadanía en salud. La conjunción de esos componentes fundamentó, por ejemplo, la Reforma Sanitaria brasileña que originó en 1988 el Sistema Único de Salud (Bertolozzi y Torre, 2012). En términos de la práctica técnica, científica y tecnológica, aborda las necesidades sociales de salud, la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud. Así, los instrumentos y los medios de trabajo que utiliza deben ser coherentes con el carácter colectivo del objeto, desde su aprehensión hasta la transformación. Por tanto, se requiere de todos los saberes, además del saber epidemiológico y clínico, e incluye campos como la antropología, la sociología, la economía, la política y la ecología.

Epidemiología del modo de vida: Almeida-Filho

Naomar de Almeida-Filho (2000), en su libro *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, construye una crítica teórica y propone que la nueva epidemiología latinoamericana tenga otro sentido, debido a sus características históricas y culturales, y a su condición periférica en el contexto globalizado de la ciencia contemporánea.

El autor plantea que la epidemiología tradicional tiene problemas para incorporar asuntos como clases sociales, inequidad y exclusión social, entre otras dimensiones fundamentales de la sociedad, lo cual representa una dificultad en un mundo donde los cambios en las relaciones sociales de producción, fomentados por la tendencia a la globalización de la economía, han afectado los procesos de salud-enfermedad.

Para él, la epidemiología tradicional se fundamenta en una epistemología positivista, con presupuesto de universalidad científica, utilizando el concepto de riesgo, cuya naturaleza es probabilística, como su principal parámetro. A criterio del autor, el factor de riesgo es demasiado formalista para lidiar con la complejidad y la dinámica de la mayoría de los objetos de la investigación epidemiológica. Expone que considerar la salud como una mera configuración de riesgos, como se hace en la epidemiología convencional anglosajona, ha restringido la construcción conceptual de este campo a modelos teóricos esencialmente reduccionistas, regidos por una lógica mecánica de causalidad lineal.

Contrariamente, él mismo se inscribe en la línea teórica de la epidemiología latinoamericana o la *epidemiología del modo de vida*, que postula la particularidad de los eventos y procesos, singulares e irrepetibles, con una historicidad. Se caracteriza por una ontología realista que privilegia la visión del mundo dinámico, complejo, no antropocéntrico, totalizante, ecológicamente sensible, y una epistemología relativista que implica un pluralismo metodológico orientado hacia

la problematización.

Asimismo, expone que para la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención, deben incluirse los conceptos de trabajo, reproducción social y modo de vida. Esto implica abrir la epidemiología al estudio no solamente de las situaciones de salud, sino también de las representaciones y prácticas de salud en la cotidianidad. A su vez, incorpora el valor, la relevancia y el significado del riesgo; de hecho, propone que los factores de riesgo en sí no existen y que es imperativo abrir la epidemiología a la investigación de los aspectos simbólicos del riesgo y sus determinantes. Este abordaje contextual por medio de la etnoepidemiología permitirá decir que los “factores de riesgo sociales” son una expresión del modo de vida de grupos poblacionales.

Epidemiología crítica y determinación social de la salud: Breilh

Jaime Breilh, médico ecuatoriano, fundador y director ejecutivo del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), presidente de la Comisión de Investigación del Sistema Nacional de Investigación Agraria (SIPAE) y rector de la Universidad Andina Simón Bolívar, ha sido uno de los pioneros de la medicina social en Latinoamérica, creador de la *epidemiología crítica* y principal exponente teórico de la categoría *determinación social de la salud*. Recientemente ha investigado los impactos sociales, ambientales y en la salud causados por las agroindustrias, así como los procesos de aceleración global y acumulación económica y su impacto en la salud.

La epidemiología crítica es un término utilizado para expresar una propuesta latinoamericana frente a la llamada epidemiología tradicional. Se basa en un modelo integral de desarrollo humano, de humanización de la vida, de denuncia, de lucha frente a las inequidades; en otras palabras, es un instrumento ético de construcción de ciudadanía (Zaldúa, Loideu, Bottinelli y Pawlowicz, 2010). Se concibe como uno de los ejes del movimiento de la medicina social, en conjunto con la planificación y las ciencias sociales en salud. Es decir, se ubica como disciplina dinamizadora de la salud colectiva (Hernández, 2009).

Breilh (2003), al exponer la categoría de *determinación social de la salud*, desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología tradicional. Para el autor, la categoría *determinación* supone abandonar el pensamiento lineal y el causalismo, y comprender el proceso salud-enfermedad-atención con una mirada dialéctica entre lo social, lo natural y lo biológico. Asumir el modelo de determinación social, tomar distancia de la concepción positivista de la salud en un solo plano (el de los fenómenos empíricos), denota comprender el verdadero significado de la categoría *determinación* y diferenciarla de las nociones de factor causal o factor de riesgo, pues no se trata de cambiar el nombre de los llamados *factores causales* y sus efectos, para ahora denominarlos *determinantes sociales*.

Debe enfatizarse entonces, que determinación no es causalismo epidemiológico ni tampoco determinismo. El determinismo es una doctrina

filosófica que sostiene que cualquier tipo de evento proviene directamente de una causa y que, dada la causa, el evento deriva invariablemente. Así, el determinismo causal reduce la determinación a causación. Para no caer ni en *causalismo* ni en *determinismo*, Breilh plantea que es necesario asumir la categoría *determinación*, a la manera de Bunge (1977), quien considera tres premisas fundamentales que caracterizan los procesos determinados:

- Son definidos y con características definidas.
- Tienen un modo de devenir definido.
- Mantienen conexión constante y necesaria. Quienes confunden esta última premisa y asumen que la determinación se reduce a esta conexión (asociación de factores), terminan llamando *factores* a los *determinantes*.

La determinación implica admitir que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas o determinadas; que tales formas de devenir no son arbitrarias; y que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes (Bunge, 1972), a la manera de un espiral donde se construyen unas determinaciones sobre las anteriores.

Con este concepto, Breilh entiende la salud como un proceso complejo, multidimensional y jerárquico, no “aplanado”, en el que la determinación social se expresa mediante tres dominios:

- **Dominio general.** Incluye determinaciones de la sociedad en general, la lógica económica, política y cultural.
- **Dominio particular.** Incluye las determinaciones de los grupos, considerando sus modos de vida (conjunto de prácticas y representaciones en salud). En los grupos sociales se expresa la inequidad a través de varias dimensiones: clase social, etnia, género, generación (ciclo vital) y territorio.
- **Dominio singular.** Incluye las determinaciones de los individuos y sus familias, su estilo de vida y estado de salud.

Así, la salud y la enfermedad son partes del mismo continuo de la trayectoria vital: lo biológico está subsumido en lo social, y a la inversa, lo social es un nivel de organización superior a lo biológico. Esta corriente reconoce también la presencia de procesos dinámicos (no factores ahistóricos), que pueden adquirir propiedades saludables o insalubres. Es decir, que en cada dominio de determinación (general, particular o singular) se producen y reproducen históricamente procesos protectores/benéficos o destructivos/ deteriorantes. Un proceso protector estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual o colectiva; por el contrario, un proceso destructivo provoca privación o deterioro. Siguiendo esta lógica, Breilh (2003) propuso avanzar hacia la construcción de *perfiles epidemiológicos multidimensionales*, según dominios (general, particular y singular) y procesos (que protejan o deterioren de la salud), además del monitoreo participativo como estrategia complementaria a la vigilancia epidemiológica.

La investigación con este enfoque enfrenta retos importantes y requiere de mayor evidencia de su aplicabilidad. Lo cierto es que, para este autor, la *determinación social de la salud* representa una noción de unidad ontológica,

epistemológica, metodológica y práctica, en la que el “objeto salud” es *uno* solo, complejo y multidimensional, y el método para abordarlo también es *uno*. Para él, lo diferente son las técnicas de investigación, que pueden ser de naturaleza cuantitativa o cualitativa.

Para implementar acciones basadas en el enfoque de determinación social, Breilh propone alejarse de una concepción funcionalista de la acción, pues la mirada tradicional solo sirve para pensar en factores y para aplicar de esa manera acciones apenas puntuales o correctivos focalizados. Por el contrario, la mirada de la determinación permite construir una imagen integrada de la salud, que articula los procesos y relaciones más generales, con aquellas condiciones más específicas del movimiento de la salud. Plantea también que las estrategias para mejorar la salud de la población requieren una visión de justicia social, respaldada por una organización activa orientada a cambiar políticas y normas sociales y económicas injustas, con un claro interés en la equidad social y un marco sistemático de responsabilidad gubernamental para promover y proteger la salud. Al respecto señala que la acción se orienta en diferentes niveles y con responsabilidades desiguales, porque el ejercicio de poder es también desigual. Para este autor, los Estados tienen mayores responsabilidades que las familias y que los individuos. Resalta también que los salubristas y los epidemiólogos sociales deben ser actores importantes que monitoreen y denuncien las inequidades sociales en la salud, y den paso a acciones transformadoras integrales, con la participación de la sociedad civil organizada, que incidan sobre las raíces sociales que reproducen las condiciones de salud.

CONCLUSIONES

El *enfoque causal en salud* asume la realidad en un único plano empírico, donde los eventos que producen la enfermedad pueden ser observados en relaciones funcionales, verificables y predecibles. Las causas y los efectos son “condiciones objetivas”, con existencia propia e independiente de cualquier interpretación (Mendoza y Jarillo, 2011). Es un enfoque que enuncia “leyes universales” de relaciones salud-enfermedad, a partir de la aplicación del método científico propio de las ciencias naturales, como único recurso de validación entre fenómenos naturales y sociales. Así, asume la universalidad de los patrones de exposición, de vulnerabilidad y de comportamientos, subestima la historicidad de los fenómenos humanos y concibe la noción de sociedad como parte del ambiente. Como han planteado Quevedo y Hernández (1994), la concepción multicausal es la orientación predominante en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad, y es tan fuerte y arraigada que se convierte en un profundo obstáculo epistemológico que no permite imaginar de otra forma las relaciones entre biología y sociedad. En opinión de los autores, uno de los aspectos más problemáticos de esta visión es la concepción de sociedad como un organismo vivo o como un sistema abierto que tiende al equilibrio; así, el conflicto y la anormalidad significan enfermedad, y el equilibrio y la normalidad, salud.

Señalan, además, que entre los problemas epistemológicos que enfrenta esta visión, se encuentran: (i) la permanencia del dualismo sujeto-objeto; (ii) la pretensión de enunciar leyes universales; (iii) el valor otorgado al método científico de las ciencias naturales como único recurso de validación de las relaciones de causalidad entre fenómenos naturales y sociales; (iv) la subestimación de la historicidad de los fenómenos humanos; (v) la separación entre teoría y práctica, reduciendo las llamadas ciencias aplicadas y sociales al nivel de la utilización con un alto grado de pragmatismo; y (vi) la tendencia a la homogeneización del conocimiento.

Por su parte, el *enfoque ecosocial en salud* incorpora el paradigma ecológico para explicar, investigar y actuar sobre las enfermedades, y se inserta en la epidemiología social anglosajona con la intención de expandir la mirada biomédica e incluir explícitamente los factores sociales y ambientales. Los teóricos de este enfoque, que tiene un cuerpo de conocimientos y un cúmulo importante de experiencias y tradición empírica, han construido sus planteamientos con base en otras disciplinas científicas, como las ciencias sociales, la educación, la psicología, la demografía y la geografía; a su vez, retoman marcos filosóficos del marxismo, el funcionalismo, el constructivismo y la teoría de sistemas. No obstante, y aunque la epidemiología social cuestiona la epidemiología observacional, mantiene una visión positivista de la realidad salud-enfermedad. Sus métodos se basan en demostraciones estadísticas multinivel sin análisis de fondo sobre las implicaciones históricas, sociales y culturales de conceptos como la clase social, el género y la etnia. De igual forma, se ha cuestionado su altísima dependencia de fuentes secundarias de datos, lo que puede ocasionar sesgos en la medición de indicadores que impiden capturar numerosas variables contextuales que hipotéticamente mantienen un efecto en el desarrollo de los eventos sociales con mayor nivel de complejidad (Santos, 2011).

Los *enfoques de determinantes sociales de la salud y desigualdades sociales en salud* provienen de la tradición de la epidemiología social anglosajona y canadiense, y aunque los modelos difieren en estilo y complejidad, la mayoría representan la salud como el resultado de una red de causas sociales que se denominaron determinantes sociales de la salud. El factor más distal lo constituyen la estructura social, el contexto social y las características sociales, económicas y culturales generales de una sociedad. Desde ahí, los modelos incluyen un conjunto de factores sociales intermedios como la posición social, las condiciones de vida y trabajo, y las redes sociales de la familia y la comunidad. Los determinantes intermedios están por encima de un conjunto de factores individuales como las conductas relacionadas con la salud y los factores fisiológicos. En el punto más proximal de estos modelos, se enfatizan los procesos genéticos y biológicos mediando los efectos en la salud de los determinantes sociales. Por su parte, los servicios de salud tienen escasa visibilidad en estos modelos, en especial como determinantes estructurales. Como se ha visto, algunas teorías incorporan explicaciones sobre los mecanismos que generan las desigualdades sociales en salud (Graham y Lancaster University, 2004). Estos enfoques de determinantes sociales se mantienen entonces en la lógica de la

multicausalidad, donde la salud y la enfermedad de las poblaciones son el resultado de factores causales de tipo social que pueden analizarse con metodología multinivel.

Por último, los *enfoques de salud colectiva en Latinoamérica* ofrecen, no solo un acercamiento dialéctico para abordar la salud y la enfermedad más allá de la causalidad, sino también un marco conceptual robusto que aboga por una *justicia sociosanitaria* a nivel regional y global. A pesar del trabajo de la corriente latinoamericana en la defensa del derecho a la salud, sus aportes teóricos y metodológicos no fueron tenidos en cuenta suficientemente en la formulación de la política de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Breilh, 2010).

REFERENCIAS

- Aguilar, M. A., Roa, I. C., Kaffure, L. H., Ruiz, L. F., & Sánchez, G. (2013). Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 31 (Supl.1), S91-S98. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>
- Almeida-Filho, N. (1996). *New Concepts and Methodologies in Public Health Research*. Washington: Pan American Health Organization - Division of Health and Human Development.
- Almeida-Filho, N. (1992). *Epidemiología sin números*. Washington: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3108>
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida, N., & Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30. Recuperado de <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6060/1/Paim%20JS%2C%20Almeida%20Filho%20N%201999.pdf>
- Álvarez, A. G., García, A., & Bonet, M. (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&tlng=es
- Barnes, D. S. (2000). Historical perspectives on the etiology of tuberculosis. *Microbes Infect.* 2(4), 431-440. [https://doi.org/10.1016/S1286-4579\(00\)00323-3](https://doi.org/10.1016/S1286-4579(00)00323-3)
- Berkman, L., & Kawachi, I. (2000a). A Historical Framework for Social Epidemiology. En L. Berkman & I Kawachi (eds.), *Social Epidemiology* (pp. 3-12). Oxford: Oxford University Press. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.8747&rep=rep1&type=pdf>
- _____. (2000b). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bertolozzi, M. R. y Torre, M. C. de la (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36. Recuperado de: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/309#>
- Bourdieu, P. (1983). O campo científico. En R. Ortiz (Org.), *Pierre Bourdieu: Sociologia* (pp. 122-155). São Paulo: Ática.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- _____. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida. En R. Passos (Org.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 87-125). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (1999). Social organization, stress, and health. En M. Marmot & R. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health* (capítulo 2). Oxford: Oxford University Press.
- Buck, C., Llopis, Á., Nájera, E., & Terris, M. (comps.) (1988). *El desafío de la epidemiología*:

- problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34153?show=full&locale=attribute=es>
- Bunge, M. (1972). *Teoría y realidad*. Barcelona: Ariel.
- _____. (1977). *La causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Carmona, M. (1997). *La causalidad en medicina*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- Carter, K. C. (1985). Koch's postulates in relation to the work of Jacob Henle and Edwin Klebs. *Medical History*, 29(4), 353-374. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1139977/>
- _____. (1991). The development of Pasteur's concept of disease causation and the emergence of specific causes in nineteenth medicine. *Bull Med Hist*, 65(4), 528-548. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/4442642?seq=1>
- Costa, G., Spadea, T., Vannoni, F., Marinacci, Ch., D'Errico, A., Caiazzo, A., Voller, F. (2008). Italy. In C. Hogstedt, H. Moberg, B. Lundgren & M. Backhans (Eds.), *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries* (2nd. ed., pp. 161-201). Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2555437/mod_resource/content/1/Health%20for%20all.pdf
- Cox, D. R. (1992). Causality: Some statistical aspects. *J R Statist Soc A*, 155(2), 291-301. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/2982962?seq=1>
- Dawber, T. R., Meadors, G. F., & Moore, F. E. J. (1951). Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Heart Study. *Am J Public Health*, 41, 279-86. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525365/>
- De-Regil, L. M., & Casanueva, E. (2008). Racionalidad científica, causalidad y metaanálisis de ensayos clínicos. *Salud Pública de México*, 50(6), 523-529. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v50n6/14.pdf
- Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. En B. Arve-Parès (Ed.), *Inequality Health—A Swedish Perspective* (pp. 25-39). Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (eds.), *Challenging Inequities in Health - from ethics to action* (pp. 37-43). Recuperado de <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
- De Irala, J., Martínez-González, M. A. y Seguí-Gómez, M. (2004). *Epidemiología aplicada*. Barcelona: Ariel-Ciencias Médicas.
- Doll, R. (1992). Sir Austin Bradford Hill and the progress of medical science. *Br Med J*, 305, 1521-1526. Recuperado de <http://europepmc.org/article/PMC/1884735>
- Doyle, Y. G., Furey, A., & Flowers, J. (2006). Sick individuals and sick populations: 20 years later. *J Epidemiol Community Health*, 60, 396-398. Recuperado de <https://europepmc.org/article/med/16614328>
- Eells, E. (1991). *Probabilistic causality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elstad, J. I. (1998). The psycho-social perspective on social inequalities in health. En M. Bartley, D. Blane & D. Smith (Eds.), *The sociology of health inequalities* (pp. 39-58). Oxford: Blackwell.
- Emberson, J., Whincup, P., Morris, R., Walker, M., & Ebrahim, S. (2004). Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. *Eur Heart J*, 25(6), 484-491. Recuperado de <https://academic.oup.com/eurheartj/article/25/6/484/494953>
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (Eds.). (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine* 31(12), 1347-1363. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90074-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90074-3)
- Ezzati, M., López A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J., & Comparative Risk Assessment Collaborative Group. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360(9343), 1347-1360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11403-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11403-6)
- Fouchier, R. A., Kuiken, T., Schutten, M., Amerongen, G. van, Doornum, G. J. van, Hoogen, B. G. van den, ... Osterhaus, A. D. (2003). Aetiology: Koch's postulates fulfilled for SARS virus. *Nature*, 423(6937), 240. Recuperado de <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7095368>

- Fredricks, D., & Relman, D. (1996). Sequence-Based Identification of Microbial Pathogens: a Reconsideration of Koch's Postulates. *Clinical Microbiology Reviews*, 9(1), 18-33. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8665474>
- García-Ramírez, J. A., & Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Rev. Salud Pública*, 15(5), 731-742. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
- Gómez, C., & Delgado, M. B. (2006). Metodología de la investigación y lectura crítica de estudios. Apuntes sobre causalidad. *Rev Colomb Psiquiatr*, XXXV(1), 96-104. Recuperado de https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37878&id_seccion=1796&id_ejemplar=3906&id_revista=115
- Graham, H., & Lancaster University. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/4149077?seq=1>
- Gradmann, C. (2004). A harmony of illusions: Clinical and experimental testing of Robert Koch's tuberculin 1890-1900. *Stud Hist Phil Biol & Biomed Sci*, 35, 465-481. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/247257657_A_harmony_of_illusions_Cinical_and_experimental_testing_of_Robert_Koch%27s_tuberculin_1890-1900
- Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Teuterwall, C., & Ahlbom, A. (1998). Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demand and low decision latitude? *Soc Sci Med*, 46, 1405-1415. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10084-3)
- Hammond, E. C. (1955). Cause and effect. En E. S. Wynder (ed.), *The Biologic Efect of Tobacco*. Boston: Little Brown.
- Harden, V. A. (1992). Koch's postulates and the etiology of AIDS: An historical perspective. *Hist Phil Life Sci*, 14(2), 249-269. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1342726>
- Harper, S. (2009). Rose's Strategy of Preventive Medicine. Geoffrey Rose with commentary by Kay- Tee Khaw and Michael Marmot. *International Journal of Epidemiology*, 38(6), 1743-1745. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn259>
- Hernández, L. J. (2009). Qué critica la Epidemiología Crítica: Una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. *Boletín del Observatorio en Salud*, 2(4), 18-28. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/10453>
- Hill, A. B. (1992). Ambiente y enfermedad: ¿asociación o causación? *Bol of Sanit Panam*, 113(3), 233-242. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16439>
- Holland, P. W. (1986). Statistics and causal inference. *J Am Stat Assoc*, 81, 945-960. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1986.10478354>
- Humphreys, P. (1989). *The chances of explanation: causal explanation in the social, medical, and physical sciences*. Princeton: Princeton University Press.
- Irala, J., Martínez-González, M. A. y Seguí-Gómez, M. (2004). *Epidemiología aplicada*. Barcelona: Ariel.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*, 12(2), 128-136. doi: 10.1590/S1020-49892002000800013. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rpsp/2002.v12n2/128-136/es/>
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. En L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 174-190). Oxford: Oxford University Press.
- Keiman, A. F., Basurto, O., & Sandoval, A. (2012). Experiencias sobre la ambientalización curricular de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. En M. T. Bravo (ed.), *Educación superior: reflexiones, investigaciones y experiencias sobre la ambientalización de su curriculum* (pp. 3113-3321). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc Sci Med*, 39(7), 887-903. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90202-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-X)
- _____. (2000). Discrimination and health. In Berkman, L., & Kawachi, I. (eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- _____. (2001a). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*, 30(4), 668-677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- _____. (2001b). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-677. Recuperado de

<http://viento.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2018/02/Krieger2001-SocialEpidemiologyEcosocialPerspectiveEsp.pdf>

- _____. (2005). Embodiment. A conceptual glossary for Epidemiology. *J Epidemiol. Community Health*, 59, 350-355. Recuperado de <https://jech.bmj.com/content/jech/59/5/350.full.pdf>
- _____. (2012). Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936-944. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2011.300544>
- Krieger, N., & Sidney, S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young black and white adults. *Am J Public Health*, 86, 1370-1378. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.86.10.1370>
- Künzli, N., Kaiser, R., Medina, S., Studnicka, M., Chanel, O., Filliger, P., ... Sommer H. (2000) Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *The Lancet*, 356:795-801. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11022926>
- Laframboise H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Can Med Assoc J*, 108(3), 388-391. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada. Recuperado de <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Leigh, J., Macaskill, P., Kuosma, E., & Mandryk, J. (1999). Global burden of disease and injury due to occupational factors. *Epidemiology*, 10, 626-631. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66045>
- Lewis, D. B. (1986). Chancy causation. Postscript to causation. In Lewis, D.B. (ed.), *Philosophical papers*. Vol II. New York: Oxford University Press.
- Lilienfeld A. M. (1959). On the methodology of investigations of etiologic factors in chronic diseases: some comments. *J Chronic Dis*, 10(1), 41-46. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968159900165?via%3Dihub>
- Lilienfeld, A. M., & Lilienfeld, D. E. (1982). Epidemiology and the public health movement: a historical perspective. *J Public Health Policy*, 3(2), 140-149. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/3342032?origin=crossref&seq=1>
- Llano, J. del (2015). Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 17(3), 79-80. Recuperado de <http://www.fgcasal.org/publicaciones/gestion60.pdf>
- London Health Observatory. (2002). *Health in London: 2002 Review of the London Health Strategy High-Level Indicators*. London: Greater London Authority.
- López, O., Escudero, J. C., & Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260>
- López-Moreno, S., Garrido-Latorre, F., & Hernández-Ávila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*, 42(2), 133-143. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/spm/2000.v42n2/133-143/>
- McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of American Medical Association*, 270, 2207-2212. doi: 10.1001/jama.1993.03510180077038. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/409171>
- McKeown, T. (1979). *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford: Basil Blackwell.
- McKinlay, J. B. (1975). A Case for Refocussing Upstream-The Political Economy of Illness. En A. J. Enelow, & J. B. Henderson (Eds.), *Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk*. Washington, D.C.: American Heart Association.
- MacMahon, B., & Pugh T. F. (1970). *Epidemiology: Principles and methods*. Boston: Little Brown.
- MacMahon, B., Pugh, T. F., & Ipsen, J. (1960). *Epidemiologic Methods*. Boston: Little Brown.
- March, D., & Susser, E. (2006). The eco- in eco-epidemiology. *Int J Epidemiol*, 35(6), 1379-1383. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl249>
- Martínez-Betancur, O. (2010). Leucemias y radiación: juicio causal según los criterios de Sir Austin Bradford Hill. *Rev Fac Med*, 58, 236-249. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/18577>

- Mellor, D. H. (1995). *The facts of causation*. London: Routledge.
- Mendoza, J. M., & Jarillo, E. C. (2011). Determinación y causalidad en salud colectiva: algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16, (suppl.1), 847-854. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700016>
- Morabia, A. (1991). On the origin of Hill's causal criteria. *Epidemiology*, 2(5), 367-369. Recuperado de <https://journals.lww.com/epidem/pages/articleviewer.aspx?year=1991&issue=09000&article=00010&type=abstract>
- _____. (1992). Sobre el origen de los criterios causales de Austin Bradford Hill. *Bol Oficina Sanit Panam*, 113(3), 243-247. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16438>
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa: España.
- Mountain, W. B. (2002). Historical concepts of pathogenicity by soil nematodes. *Nematol Newsl*, 48(3), 1-5.
- Murray, C. J., & López A. D. (1999). On the comparable quantification of health risks: lessons from the global burden of disease. *Epidemiology*, 10(5), 594-605.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Int J Health Serv*, 39(3), 423-441. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19771949>
- Olsen, J. (1991). Causes and prevention. *Scand J Soc Med*, 19, 1-6.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2002/es/>
- _____. (s.f.). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/
- _____. (2008). La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/
- _____. (2009a). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 'Subsanar las desigualdades en una generación'. Informe final. 2008. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- _____. (2009b). 62.^a Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf
- _____. (2011). *Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- Paim, J. S. (1992). Collective health and the challenges of practice. In Pan American Health Organization, *The crisis of Public Health: Reflections for the debate*. Scientific Publication no. 540. Washington, DC: PAHO. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38203>
- Palencia, F. (2012). La búsqueda de las relaciones causales: el desafío del ejercicio diario de un epidemiólogo. *Revista Médica de Risaralda*, 18(2), 165-171. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4119269>
- Parascandola, M. (2011). Causes, risks, and probabilities: Probabilistic concepts of causation in chronic disease epidemiology. *Prev Med*, 53(4-5), 231-233. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.09.007>
- Parascandola, M., & Weed, D. L. (2001). Causation in epidemiology. *J. Epidemiol. Community Health*, 55(12), 905-12. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.12.905>
- Pearce, N. (1996). Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *Am. J. Public Health*, 86(5), 678-683. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.86.5.678>
- Peñaranda, F., & Rendón, C. E. (2013). Determinismo-indeterminación y el debate de los determinantes-determinación social de la salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 31 (Supl. 1), S35-S44. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a06.pdf>
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C., Jr. (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *The Lancet*, 339 (8804), 1268-1278. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)91600-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)91600-D)
- Quevedo, E., & Hernández, M. (1994). La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. En M. I. Rodríguez (Coord.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101* (pp. 13-34). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

- Ribeiro, P. T. (1991). *A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil*. Rio de Janeiro, 190 p. (Disertación de Maestría - Escola Naional de Saúde Pública).
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*, 14(1), 32-38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- _____. (1994). *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona: Masson-Salvat Medicina.
- Rosen, G. (1958). *A history of public health*. Baltimore (MA): The Johns Hopkins University Press.
- Rothman, K. J. (1976). Causes. *Am J Epidemiol*, 104(6), 587-592. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117417>
- _____. (1986). *Modern epidemiology*. Boston: Little Brown.
- Rothman, K. & Greenland, S. (2005). Causation and Causal Inference in Epidemiology. *American Journal of Public Health*, 95(1), 8. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.059204>
- Salmon, W. C. (1984). *Scientific explanation and the causal structure of the world*. Princeton: Princeton University Press.
- Santos, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 136-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418849007>
- Sartwell, P. E. (1960). On the methodology of investigations of etiologic factors in chronic diseases. Further comments. *J Chronic Dis*, 11, 61-63. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(60\)90140-5](https://doi.org/10.1016/0021-9681(60)90140-5)
- Sierra, A., Sáenz, M. C., Fernández-Crehuet J., Salleras, L., Cueto, A., Gestal, J. J., ... Serra, L. (Eds.). (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11.^a ed.). Barcelona: Masson.
- Single, E., Robson, L., Rehm, J., & Xie, X. (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *Am. J. Public Health*, 89, 385-390. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.89.3.385>
- Smith, K. R., Samet, J. M., Romieu, I., & Bruce, N. (2000). Indoor air pollution in developing countries and acute lower respiratory infections in children. *Thorax*, 55, 518-532. Recuperado de <https://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/55/6/518.full.pdf>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva: WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf
- Stallones, R. A. (1980). To advance epidemiology. *Annu Rev Public Health*, 1, 69-82. Recuperado de <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.pu.01.050180.000441>
- Suppes, P. A (1970). *Probabilistic theory of causality*. Amsterdam: North-Holland Publishing.
- Susser, M. (1985). Epidemiology in the United States after World War II: The evolution of technique. *Epidemiol Rev*, 7, 147-177. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036280>
- _____. (1989). Epidemiology today: 'A thought-tormented world.' *Int J Epidemiol*, 18(3), 481-488. <https://doi.org/10.1093/ije/18.3.481>
- _____. (1994a). The logic in ecological: I. the logic of analysis. *Am J Public Health*, 84, 825-829. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.84.5.825>
- _____. (1994b). The logic in ecological: II. The logic of design. *Am J Public Health*, 84, 830-835.
- Susser, M., & Susser, E. (1996a). Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal Health*, 86(5), 8, 668-673. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8629717>
- _____. (1996b). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health*, 86(5), 674-677. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.86.5.674>
- Susser, M., & Stein, Z. (2009). *Eras in Epidemiology: the Evolution of Ideas*. New York: Oxford University Press.
- Susser, M., & Watson, W. (1962). *Sociology in Medicine*. London: Oxford University Press.
- Terris, M. (1979). The epidemiologic tradition. The Wade Hampton Frost Lecture. *Public Health Reports*, 94(3): 203-209. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1431837/?page=1>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up. Part 2*. Copenhagen: WHO. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

- Wilkinson, R. (2005). The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier. *Prev Chronic Disv*, 3(1), A26. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1500967/pdf/PCD31A26.pdf>
- Willet, W. C. (2002). Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science*, 296:695–698. doi: 10.1126/science.1071055. Recuperado de <https://science.sciencemag.org/content/296/5568/695>
- World Health Organization [WHO]. (2002). World health report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/WHR_2002.pdf?sequence=1
- World Health Organization - Commission on Social Determinants of Health [WHO - CSDH]. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO - CSDH. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- Yerushalmy, J., & Palmer, C. E. (1959). On the methodology of investigations of etiologic factors in chronic disease. *J Chrmic Dis*, 10(1). 27-40. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(59\)90015-3](https://doi.org/10.1016/0021-9681(59)90015-3)
- Zaldúa, G., Loideu, M. T., Bottinelli, M. & Pawlowicz, M. P. (2010). Cuestiones desde la epidemiología crítica: trabajo y salud. En M. M. Botinelli & G. Zaldúa (Eds.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (1a. ed., pp. 17-28). Buenos Aires: Eudeba.

Capítulo 2

Equidad y derecho a la salud



Equidad y derecho a la salud

Yadira E. Borrero-Ramírez²

María Esperanza Echeverry-López³

INTRODUCCIÓN

Uno de los retos más importantes para la salud pública contemporánea es comprender y enfrentar el incremento de las *inequidades sociosanitarias*. A partir de la intensificación de los procesos de globalización económica, el mundo ha visto crecer las brechas sociales y en salud entre personas pertenecientes a clases sociales diferentes, entre territorios ricos y pobres, entre distintos géneros, y entre otras categorías. Algunos investigadores han mostrado cómo la concentración de la riqueza es cada vez mayor (Oxfam, 2017; Piketty, 2014; Stiglitz, 2002); en efecto, en 2017, las ocho personas más ricas del mundo —de hecho, hombres— tenían la misma riqueza que 3.800 millones de seres humanos (Oxfam, 2017). Estas inequidades, asumidas como *determinantes sociales de la salud*, se expresan también en reconocimiento o negación del derecho a la salud.

Desde el siglo XIX se ha discutido —tanto en la salud pública como en la epidemiología—, la relación entre pobreza, condiciones de trabajo inadecuadas e injustas y mala salud (Rojas, 2016; Virchow, 2008). Sin embargo, el siglo XX avanzó en comprender que, además de dicha relación (Breilh, 2003; Laurell y Noriega, 1989), existe un gradiente en los resultados de salud que sigue la misma escala de la estratificación social. De manera que, para muchas patologías, los peores resultados se dan en las personas que se ubican en los niveles más bajos de la escala social y en los territorios más pobres, entre otras inequidades sociales (Benach, Vergara y Muntaner, 2008; Krieger, 1994; Marmot, 2004).

Asimismo, existe evidencia que muestra que las poblaciones más pobres y con menos recursos institucionales tienen menor acceso a servicios de salud pertinentes, oportunos y con calidad (Almeida, 2002, 2005; Hernández, 2002). Estas diferencias constituyen otra expresión de las desigualdades en salud. En general, las desigualdades sociales en salud y en el acceso a los servicios de salud son asuntos que han preocupado a la salud pública, de manera que, desde su constitución, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la salud como

derecho humano fundamental, el cual forma parte del Pacto Internacional de los Derechos Económicos y Sociales (PIDESC).

En el marco de una discusión de alcance global, este capítulo está organizado en cuatro apartados: en el primero se plantea cómo se han entendido la equidad y la inequidad en salud, cómo ha sido su discusión conceptual, cómo se explican tales inequidades y cómo se evidencian. En el segundo, se define qué es el derecho a la salud, la relación de dichas inequidades con la salud como derecho humano fundamental y cuáles son sus fundamentos jurídicos y los mecanismos de exigibilidad. El tercer apartado adelanta un análisis de las relaciones entre inequidades y derecho a la salud; por último, se presentan las conclusiones.

EQUIDAD EN SALUD

¿Qué son las inequidades en salud?

Los conceptos de equidad e inequidad en salud han sido discutidos de manera sistemática desde la década de los noventa. En un esfuerzo inicial por explicar y hacer operativas las inequidades en salud, Whitehead (1991, 1992) planteó que corresponden a las diferencias en los resultados de salud que tienen el carácter de ser evitables, innecesarias e injustas. A lo anterior se suma que, de acuerdo con su perspectiva, para considerar inequitativos los resultados en salud estos deben ser producto de diferencias sistemáticas socialmente producidas y juzgadas como injustas. Pese al esfuerzo realizado por esta autora, tal conceptualización no ha estado exenta de críticas y por ello se debe examinar cada uno de sus aspectos detenidamente.

El primer asunto es comprender qué significan las *diferencias sistemáticas*. En primer lugar, tales diferencias en los resultados en salud se mantienen en el tiempo; es decir, cuando se miden los resultados en salud entre grupos socioeconómicos con diferente estatus social y diferente acceso al poder se encuentra que, independiente de la brecha o *gap*, generalmente los grupos menos favorecidos presentan peores resultados de salud, incluso si la brecha de las condiciones de salud disminuye con el tiempo. De otro lado, si las diferencias se miden en un mismo momento histórico pero en distintos escenarios, estas también se mantienen. Los peores resultados están en contra de aquellos grupos con menor poder y menores recursos económicos.

El segundo asunto se relaciona con dos elementos que han sido tema de debate: en primera instancia, que las inequidades en salud corresponden a diferencias en los resultados en salud *evitables*. Esto implica, de un lado, acuerdos —técnicos y sociales— sobre qué se considera “evitable” en tales resultados de salud; de otro lado, que dichas diferencias se reconozcan como *socialmente producidas* y, por lo tanto, evitables a través de transformaciones sociales. Sin embargo, no es fácil construir acuerdos técnicos y sociales en torno a si un problema de salud es socialmente producido y a la vez evitable; esto depende de

las respuestas a las preguntas: ¿evitable por quién y para quién?, ¿evitable en cualquier lugar del mundo o de acuerdo con el nivel de desarrollo que cada país haya logrado en un momento específico?; como sociedad ¿qué se puede hacer para evitar la situación analizada? Adicionalmente, ha sido muy cuestionado el planteamiento de que las desigualdades deben ser juzgadas como injustas. Este es un enunciado aún más problemático, dado que ¿quién define qué es justo y qué no? Por lo general, en estas discusiones participan los grupos con mayor poder y es su mirada la que se impone al conjunto de la sociedad.

Para superar estas críticas se han implementado varios ajustes a estos conceptos. En 2002 la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud definió la equidad como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles de uno o más aspectos de la salud de las poblaciones o de los subgrupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Para Braveman y Gruskin (2003) y Starfield (2004), las desventajas en salud ocurren en grupos en situación de desventaja social, como por ejemplo las minorías étnicas y las mujeres, evitando así discusiones en torno a valoraciones más subjetivas sobre lo que se considera justo o no.

Para la medicina social latinoamericana, las inequidades en los resultados de salud son producto de la organización de la estructura social y del modo de producción capitalista. En palabras de Breilh (1999):

La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y el acceso, sino al proceso intrínseco que lo genera. La inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia (...) la inequidad es la falta de equidad, es decir la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad. (pp. 134-135)

Algunos ejemplos que podemos encontrar acerca de las inequidades en salud:

- **Las desigualdades en la mortalidad infantil entre países.** Según datos publicados en Index Mundi (2019), para enero de 2019, mientras Afganistán tiene una tasa de mortalidad infantil de 108,5 por 1.000 nacidos vivos (NV), siendo el peor resultado a nivel global, países como Sierra Leona tienen resultados un poco mejores, pero aún muy altos (66,7 por 1.000 NV). Los mejores resultados se encuentran en países como Islandia (2,1 por 1.000 NV), Japón (2 por 1.000 NV), Mónaco (1,8 por 1000 NV) y Eslovenia (1,6 por 1.000 NV). ¿Es justo que un niño, que no eligió dónde nacer, tenga mayor probabilidad de morir por el solo hecho de nacer en un país pobre o con conflictos armados?
- **La diferencia en la expectativa de vida al nacer entre países** de nuevo, países como Mónaco o Japón tienen los mejores resultados. En 2019, una persona que nació en Mónaco tiene en promedio una expectativa de vida de 89,4 años y si nació en Japón será de 85,5 años. En tanto que si nace en Afganistán será de 52,1 años; en Chad, de 57,5 años; y en Guinea-Bissau, de 61,4 años. ¿Son estas diferencias inequidades en salud? (Index Mundi, 2019).
- **La diferencia en la expectativa de vida de las mujeres *trans* en Argentina.** Según datos de Berkins y Fernández (2005), la expectativa de vida de las mujeres *trans* en Argentina no alcanzaba los 35 años. Para entonces, apenas un poco más de la mitad de la expectativa de vida que para el

resto de la población. De ello estimaron que el 90 % de las muertes eran evitables y una parte importante de las mismas eran producto de violencia policial, crímenes de odio y cirugías estéticas clandestinas. ¿Es justa la menor expectativa de vida producto de identidades de género y orientaciones sexuales no heteronormativas? ¿Deben estar condenadas a vidas más cortas por pensar y sentir diferente?

• **Las desigualdades en la oferta de servicios de salud.** En tanto Mónaco tiene 13,8 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes y Japón 13,7, países como Afganistán tienen 0,5 camas por 1.000 habitantes y Malí solo tiene 0,1 camas por 1.000 habitantes (Index Mundi, 2019). ¿Es justo que los países con mayor tasa de mortalidad infantil y menor expectativa de vida, tengan menos disponibilidad de camas hospitalarias para atender su población? ¿A qué se deben estas injusticias?

En síntesis podemos afirmar que las inequidades en salud implican valoraciones sociales sobre la justicia o la injusticia de los resultados de salud diferentes entre grupos poblacionales con menos poder, menores recursos económicos y reducido capital social. Sin embargo, el asunto central — independiente de la valoración que de ello se realice— es que las inequidades en salud son visibles a través de resultados en salud precarios en grupos sociales con menos poder y estatus social. Como plantean Braveman y Gruskin (2003), estas inequidades son un asunto de justicia social y de derechos humanos.

En contraste, la equidad en salud se asumiría como la disminución de las desigualdades en los resultados en salud y sus determinantes sociales, entre grupos de personas con menor poder, acceso a bienes y servicios y recursos limitados (Braveman, 1998; Braveman *et al.*, 2011). En tal perspectiva, a la salud pública le compete una responsabilidad ética: describir la magnitud de las inequidades sociales en salud, comprender por qué y cómo se producen y reproducen dichas inequidades, y aportar a la disminución de las brechas existentes.

[¿Cómo podemos explicar las inequidades en salud?](#)

Desde hace varias décadas se conoce que los peores resultados de salud se expresan en la población más pobre. De acuerdo con autores como Virchow (2008), ya desde el siglo XIX se había identificado que las epidemias se relacionaban, no solo con la pobreza, sino con el bajo acceso a la educación, los malos gobiernos y la falta de autonomía de las comunidades. La Revolución Industrial y los procesos de deconversión de la sociedad feudal produjeron enormes migraciones del campo a la ciudad, y con ello, un incremento inusitado de la pobreza, las problemáticas sociales y la enfermedad (Castel, 1997; Engels, 1845).

No obstante, el siglo XX enfrentaría un nuevo reto. Los estudios de Marmot (2004) lograron demostrar que las desigualdades en salud no ocurren solo entre grupos poblacionales pobres y el resto de la población, sino que existe un *gradiente sociosanitario* en los resultados de salud que sigue el mismo gradiente

socioeconómico de la población; de hecho, es evidente que todos los seres humanos estamos atravesados por tal gradiente sociosanitario de acuerdo con el lugar que ocupamos en la escala social. Es decir, hay grupos sociales que por estar en un lugar “bajo” de la escala social tienen peores resultados en salud; así como hay otros grupos sociales que ocupan un mejor lugar en la escala social y por ello presentan mejores resultados en salud ([Figura 2.1](#)).

Tratar de explicar este gradiente sociosanitario dio lugar a un conjunto de cuerpos teóricos desde finales del siglo XX que de manera general se inscriben en la epidemiología social o en la epidemiología crítica. En la [Tabla 2.1](#) se presentan las principales categorías de determinantes que estructuran los resultados de salud.

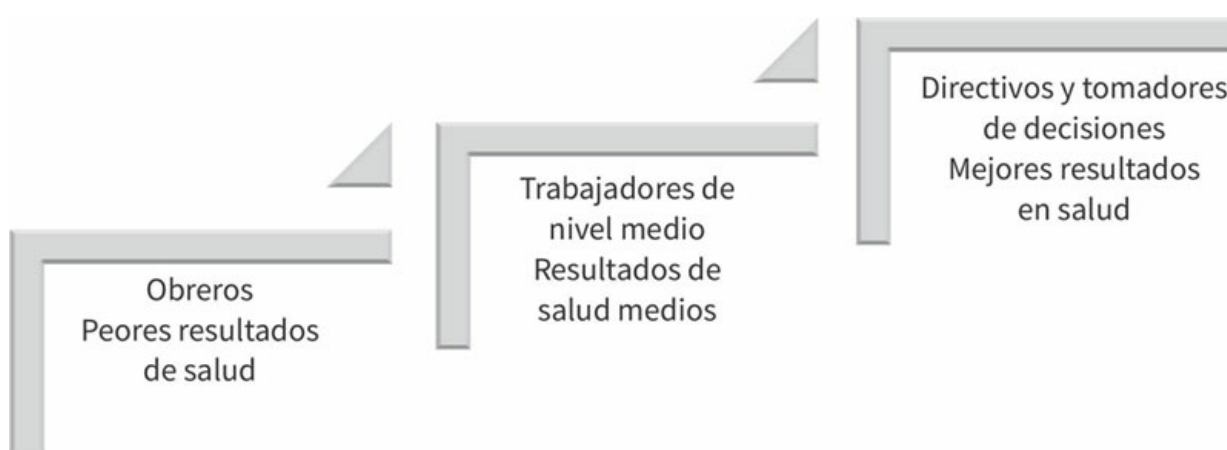


Figura 2.1. Gradiente sociosanitario en salud.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2.1. Determinantes sociales y resultados de salud

Determinante social de la salud	Algunos elementos teóricos sobre los ejes/categorías determinantes de la salud
Clase social / estatus socioeconómico / posición socioeconómica	Esta categoría determinante de la salud es quizás la que ha generado mayor discusión teórica y la que tiene mayores desarrollos metodológicos para su medición. En ella hay debates que proceden de la sociología y beben de diferentes tradiciones teóricas. Sin embargo, de manera general, implica que los grupos socioeconómicos o de clase, tienen diferencias en cuanto a los medios de producción —las inmensas mayorías no son propietarias de los medios de producción—, los ingresos por el trabajo realizado, el nivel educativo y la posibilidad de control y autonomía en los puestos de trabajo. Además, existe una relación de subordinación de los trabajadores con los dueños de los medios de producción. En el marco de las clases sociales, o grupos socioeconómicos, se dan luchas por el acceso a recursos materiales, empleo de calidad y control de los medios de producción.
Género	Reconoce que las relaciones sociales entre personas con identidad de género diferente son también relaciones de poder. Históricamente, en la estructura social, tanto las mujeres como aquellos que asumen orientaciones sexuales no heteronormativas, han tenido un lugar subordinado. En esta categoría determinante tienen lugar luchas por el reconocimiento de

	identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, así como también por el acceso a bienes materiales y espacios de poder de estos grupos sociales.
Etnia	Reconoce que las relaciones sociales también están racializadas. Un grupo étnico se ha constituido históricamente como el portador de mayor valor social, con imaginarios tales como asignar mayor valor a sus conocimientos, sus religiosidades, sus formas de relacionarse con la naturaleza, entre otros, expropiando a muchos grupos étnicos de sus saberes (Santos de Souza, 2006). En general, son los blancos quienes han ocupado una posición hegemónica frente a otros grupos étnicos como los negros y los indígenas, entre otros. En esta categoría se dan luchas sociales por el reconocimiento de igual valor a saberes y prácticas sociales de grupos étnicos no hegemónicos.
Territorio	El desarrollo económico es diferente entre territorios ubicados en distintos lugares. Existen territorios que concentran la producción de bienes y servicios, con mayor concentración de PIB; en tanto que otras zonas —denominadas periféricas— no tienen las mismas posibilidades de acceder a bienes y servicios. En esta categoría se dan luchas por el reconocimiento y la redistribución de recursos entre territorios.
Edad	Dada la lógica del modelo de producción predominante, actualmente se valora más a las personas en edad de trabajar. En este caso, a los niños y los viejos no se les asigna siempre el mismo valor social y pasan a ser vistos como grupos que generan “gasto social o familiar”.

Fuente: elaboración propia con base en la bibliografía revisada.

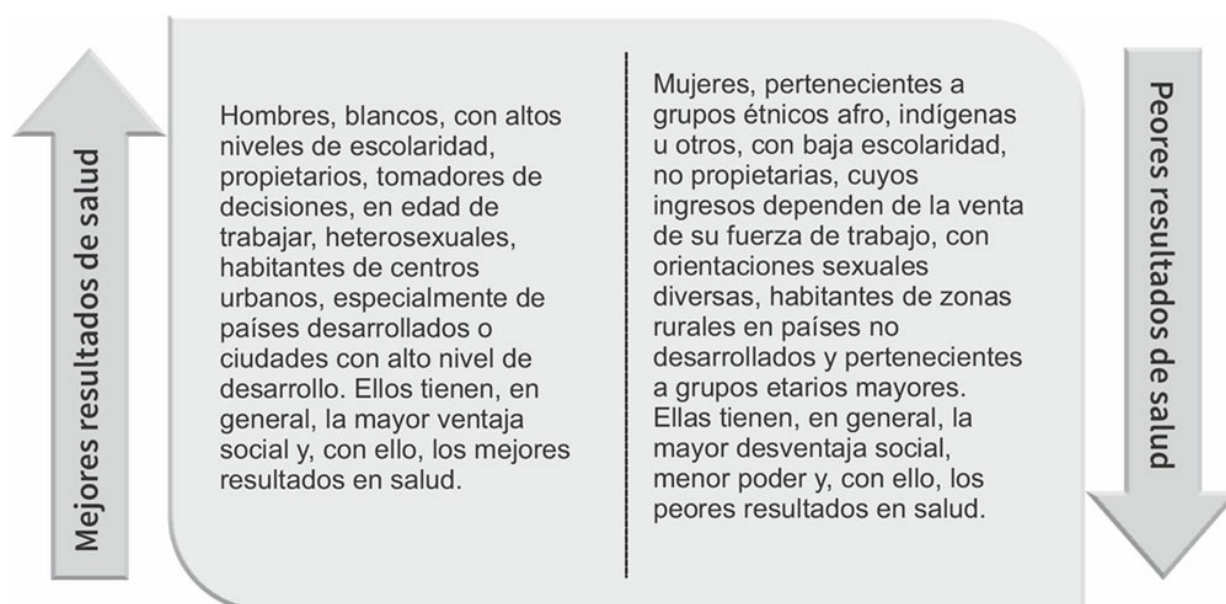


Figura 2.2. Mejores y peores resultados de salud, según determinantes sociales.

Fuente: elaboración propia.

Cada una de estas categorías sociales determinantes de la salud han sido objeto de una amplia discusión teórica en salud pública que se nutre de las ciencias sociales —específicamente de disciplinas como la sociología, la antropología, la historia, las ciencias políticas y la geografía, entre otras—. En la [Figura 2.2](#) se sintetizan los mejores y los peores resultados de salud, según los determinantes sociales.

¿Cómo podemos monitorear de manera rápida las desigualdades en salud?

Uno de los retos para los profesionales de la salud que se encuentran en terreno es desarrollar habilidades básicas para aproximarse a la magnitud de las desigualdades sociales en salud. Como punto de partida es clave identificar qué se entiende por monitoreo de las desigualdades en salud y qué tipo de medidas básicas se pueden usar para realizar dicho proceso.

¿Cómo se entiende el monitoreo en salud?

De acuerdo con la OPS (2016), el monitoreo en salud:

(...) es un proceso que consiste en observar de manera reiterada una situación para advertir los cambios que suceden en el transcurso del tiempo. Monitorear la salud a nivel poblacional ayuda a mostrar si la situación de la salud está mejorando, empeorando o manteniéndose igual. Los resultados del monitoreo indican si las políticas, los programas y las prácticas están alcanzando los objetivos para los que fueron formulados. (p. XIX)

A lo anterior se debe sumar que el monitoreo de las inequidades en salud, para autoras como Braveman (2006), no hace referencia a cualquier tipo de desigualdad en los resultados en salud, sino a aquellas que surgen entre grupos sociales en condiciones de desventaja por su condición étnica, socioeconómica, de género, de orientación sexual, de edad, de territorio, entre otras. Se refiere, más bien, a las diferencias en los resultados de salud entre el grupo social más favorecido, en una categoría dada, frente a los demás grupos sociales. El monitoreo de las inequidades sociales en salud es, por lo tanto, un ejercicio de comparación entre al menos dos grupos, con implicaciones éticas y para la toma de decisiones políticas en el campo de la salud.

¿Qué tipo de medidas básicas se pueden considerar para monitorear las desigualdades en salud?

Para el monitoreo de las desigualdades sociales en salud se ha planteado un conjunto de medidas simples⁴, conocidas como “métricas de brechas” (OPS, 2016), que consisten en comparar resultados de salud entre grupos con diferente posición —socioeconómica, de género, generación, etnia, territorio—. En la [Tabla 2.2](#) se presentan algunas métricas simples de inequidad en salud.

Usando los datos con los cuales ejemplificamos las desigualdades, en la [Tabla 2.3](#) se presentan un par ejemplos de índices de desigualdad en salud y su medida.

Los retos que se presentan en el contexto de las desigualdades e inequidades sociosanitarias globales superan las necesidades de comprender, monitorear y evaluar dichas inequidades, para pasar a la praxis social y política como un imperativo ético que aporte al mejoramiento de las condiciones de salud de los grupos en condiciones de desventaja social, pues las inequidades sociales y en salud son un asunto de derechos humanos.

Tabla 2.2. Algunas medidas de inequidad en salud

Medida	Definición
Diferencia absoluta	Refleja la magnitud de la desigualdad absoluta entre dos grupos. Se obtiene al restar los valores del indicador de salud correspondientes a los grupos que se desea comparar. Usualmente, se contrastan grupos extremos, aunque también puede fijarse un grupo de referencia. La diferencia absoluta tiene la misma unidad de medida que el indicador de salud, el cual es de fácil comprensión.
Diferencia relativa	Es la expresión de la desigualdad relativa y muestra las diferencias proporcionales entre grupos. Se obtiene al dividir los valores del indicador de salud correspondiente a los grupos que se desea comparar. En este caso, la distancia relativa expresa el número de veces que el indicador en salud de uno de los grupos se presenta respecto a una unidad en el otro grupo.
Riesgo atribuible poblacional (RAP)	Representa el “exceso” en el indicador de salud que se evitaría en la población general, si todos tuvieran las mismas condiciones que el subgrupo mejor situado (por ejemplo, las mejores condiciones socioeconómicas). Se obtiene al restar el indicador de salud observado en el grupo con mejores condiciones del indicador observado en la población general. Tiene la misma unidad de medida que el indicador de salud.
Porcentaje de RAP	Es una medida derivada del RAP. Se obtiene al dividir el RAP por el indicador observado en la población general. Expresa la mejora proporcional posible en el indicador de salud, si se eliminara la desigualdad en la variable socioeconómica entre los grupos; es decir, si se logra que toda la población presente las mismas condiciones que el subgrupo en mejor situación.

Fuente: Elaboración conjunta con Maylen Rojas, estudiante del Doctorado de Epidemiología de la Universidad de Antioquia, quien revisó y ajustó estos conceptos para hacerlos más comprensibles a los lectores.

Tabla 2.3. Ejemplos de tipos de desigualdad en salud y su medida

Tipo de desigualdad	Medida de desigualdad
Tasa de mortalidad infantil (TMI) por 1.000 nacidos vivos (NV) comparativa: Mónaco (1,8) - Afganistán (110)	Diferencia de tasas: 110 — 1,8. En Afganistán se registraron 108,2 muertes más que en Mónaco por cada 1.000 NV en 2017. Cociente de tasas TMI: 110/1,8. La tasa de mortalidad de Afganistán era 61,1 veces más alta que en Mónaco en 2017.
Expectativa de vida (EV) comparativa: Mónaco (89,4 años) - Afganistán (51,7 años)	Diferencia de EV: 89,4 — 51,7. Se espera que en promedio las personas nacidas en Mónaco, en 2017, vivan 37,7 años más que aquellos que nacen en Afganistán. Cociente de EV: 89,4/51,7. La EV de las personas nacidas en Mónaco es 72,9 % más alta que aquellas nacidas en Afganistán.

Fuente: elaboración propia.

DERECHO A LA SALUD

n este apartado se hace una descripción de cómo encuadran los derechos sociales en el contexto de los derechos humanos. A tal fin se presentan, a modo de clasificación teórica, dos formas de concebir el derecho a la salud en el debate **E**sociosanitario en aquellos países donde vienen ganando espacio las reformas de mercado en salud; como complemento de la discusión teórica, se presenta el ejemplo del caso colombiano, porque en la literatura sobre reforma a la salud se considera un caso emblemático.

La primera corresponde al *derecho a la salud como derecho fundamental*, cuyos antecedentes vienen de la creación de la OMS y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ambos constituidos en el marco de los Estados de bienestar de la segunda posguerra del siglo XX. La otra concepción es la del *derecho a la salud ligado al pago*, que viene de la globalización económica contemporánea y de las reformas de mercado en salud implantadas desde mediados de la década de los setenta del siglo XX, y en Colombia, desde finales de los años ochenta del mismo siglo. Por último, se presenta el marco jurídico nacional e internacional, y se señalan sus potencialidades y limitaciones.

Los derechos sociales en el marco de los derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948) en el contexto de la segunda posguerra del siglo XX, formuló los derechos humanos con el propósito de establecer un estándar universal para todos los países. Si bien hay una periodización histórica en el surgimiento de los derechos —pues varios autores (Uprimny, 2001; Uribe, 2000) coinciden en que los derechos civiles tienen su origen en el siglo XVIII, los derechos políticos en el siglo XIX y los derechos sociales en el siglo XX—, los derechos humanos han sido producto de las luchas sociales de los pueblos. Su reconocimiento formal en 1948 tuvo efectos jurídicos y políticos que dieron origen a pactos internacionales, muchos países los incluyeron en sus constituciones políticas y se crearon instituciones para protegerlos. Así mismo, generaron una cultura ciudadana para su difusión y defensa —por ejemplo, las organizaciones nacionales e internacionales de derechos humanos como Human Rights Watch, los programas formativos de educación superior y los movimientos sociales—.

Los *derechos civiles* se asocian con la libertad (ya sea física, de palabra, de pensamiento, de culto), el derecho a la propiedad y a firmar contratos, y el derecho a una justicia independiente por parte del Estado fundamentada en el principio de igualdad ante la ley. Por su parte, los *derechos políticos* constituyen el derecho al ejercicio del poder político, a elegir y ser elegido, al sufragio y a la participación política. Finalmente, los *derechos sociales*, según el PIDESC, tienen que ver con el derecho al trabajo, la seguridad social, un nivel de vida adecuado

—que incluya seguridad alimentaria, vestido y vivienda—, la salud, la educación, la participación social y la libertad sindical (Bustelo y Minujin, 1998) ([Figura 2.3](#)).

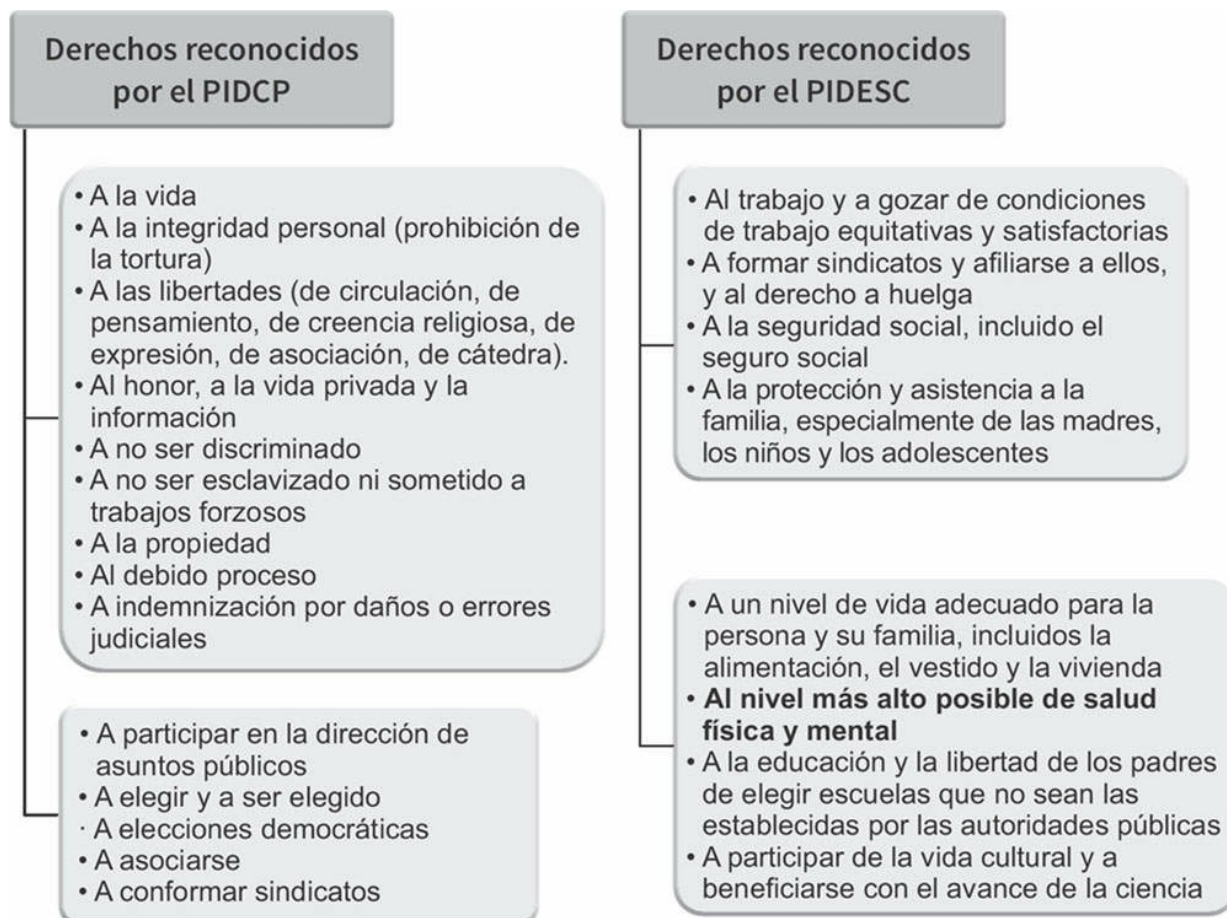


Figura 2.3. Derechos humanos reconocidos por los pactos internacionales de 1966

Fuente: Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

Desde la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 Naciones Unidas buscó un pacto que unificara esos derechos; no obstante, se suscitaron fuertes divisiones porque los países capitalistas defendían los derechos civiles y políticos, mientras los socialistas, los derechos económicos, sociales y culturales. Esta controversia significó la firma de dos pactos internacionales a los que se acogerían todos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ambos firmados en 1966 (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966). Por eso, aunque en la doctrina de los derechos humanos todos los derechos son interdependientes e indivisibles, es decir, deben proveerse conjunta e integralmente porque la carencia o déficit de alguno de ellos afecta a los otros, en la práctica esa división generó desde entonces una asimetría en el reconocimiento, garantía y defensa de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), tanto en el ámbito internacional —con matices entre países—, como nacional.

Esa asimetría es un debate que cobra vigencia con los modelos de desarrollo de fuerte influencia neoliberal que se implantaron en el mundo capitalista en las tres últimas décadas, en los cuales el mercado, y no el Estado, constituye el eje ordenador de la sociedad; así, los sectores sociales del bienestar (salud, educación, seguridad social, servicios públicos, empleo, vivienda, etc.), pasaron de ser objetivos del bien común o del interés colectivo regulados por el Estado, a ser servicios individuales que se intercambian en el mercado con el objetivo de la ganancia o del lucro privados, mientras se reduce la autonomía del Estado (Waitzkin, 2013). Este escenario ha generado, como ya se señaló, múltiples inequidades sociales y de salud, y ha traído de vuelta el debate sobre el papel social del Estado porque es este, y no el mercado, la instancia que podría garantizar los derechos fundamentales. Además, han surgido y se han fortalecido actores que contraponen al modelo hegemónico de predominio mercantil, otra visión de los derechos sociales basados en la dignidad humana, como derechos fundamentales.

En cuanto a la fundamentación de los derechos humanos, algunos autores consideran que no existe una sustentación teórica y social del derecho, más allá de la concreción jurídica producto del desarrollo (Luhmann, 1998; Torres, 1998), la cual expresa aspiraciones y formaliza normas, pero no garantiza su cumplimiento. Otros autores (Bobbio 1992; Gosepath, 2001) consideran que la sustentación más fuerte es de índole moral: el derecho a la igualdad connatural a la dignidad humana. Además, los derechos humanos son condiciones para la realización de valores últimos, y precisamente por eso no se justifican, se asumen; no obstante, requieren la fuerza de la ley para superar el carácter exhortativo del argumento moral.

Sin embargo, la noción de *dignidad* es polémica porque se materializa, en el caso de los derechos sociales, en bienes materiales, políticas públicas y servicios. El contenido de tales derechos —fundamentales o ligados a la posición socioeconómica de las personas—, el diseño institucional en el que se inscriben, el papel del Estado y el del mercado para su garantía, sus beneficiarios, las brechas de inequidad que generan o contribuyen a cerrar y la noción de justicia que hay detrás de cada una de esas formas de concebirlas y de llevarlas a la práctica, difieren según el contexto histórico. Los elementos mencionados son claves para comprender esa contienda por los DESC que ha atravesado, con altibajos y matices, los ámbitos nacional e internacional en las tres últimas décadas. Los derechos humanos tienen dimensiones históricas, éticas y políticas, pertenecen al mundo de lo público y ponen en debate nociones de libertad e igualdad. Cabe entonces preguntarse: ¿Qué es el derecho a la salud?

[El derecho a la salud: entre el derecho ligado al pago y el derecho fundamental](#)

Los derechos no son solamente mandatos jurídicos, con frecuencia maximalistas o, si se quiere, idealistas; especialmente los derechos sociales, están inmersos en una compleja red de relaciones porque su contenido y alcance dependen de la

imbricación entre el modelo de desarrollo, las políticas sociales, las instituciones, las concepciones de la justicia social y del sistema judicial, y las conquistas de las luchas y movimientos sociales subalternos⁵.

Las tendencias internacionales influyen la orientación del *modelo de desarrollo*, es decir, la forma como las sociedades y, principalmente, los actores con más poder, crean o direccionan la economía, el papel del Estado y del mercado, las relaciones entre Estado y ciudadanos, y el bienestar, entre otros aspectos. Pero la forma como se configura y cambia en el tiempo esa orientación del desarrollo depende también de las fuerzas sociales y de los actores nacionales que disputan un determinado campo social, por ejemplo, la salud.

Los derechos se concretan en *políticas públicas*. Para el caso de los DESC, son políticas sociales —una de ellas, la política de salud— para llevar a la población una determinada concepción del bienestar, y se viabilizan a través de *instituciones*, las cuales se refieren al orden jurídico, a las reglas de juego que definen la relación de los ciudadanos con el Estado, y a los sistemas sociales que operan esas políticas, por ejemplo, el sistema de salud. Así, el modelo de desarrollo, las políticas sociales y las instituciones se sustentan en una concepción de *justicia social* que define con cuáles criterios, a qué sectores de la población y cómo se entregan los bienes y servicios definidos en las políticas, y a quiénes se reconoce como interlocutores y ciudadanos, generando resultados en términos de equidad o inequidad. Adicionalmente, la orientación del *sistema judicial*, en cuanto a qué tan garantista o restrictivo es respecto de los derechos sociales exigidos por los ciudadanos que acuden a los tribunales, también está influido por todos los elementos ya descritos.

Sin embargo, los modelos de desarrollo, las políticas sociales, las instituciones, la justicia social y el sistema judicial que convergen en los derechos no son “puros” en la práctica o en la vida social cotidiana; es decir, no se ajustan estrictamente a modelos teóricos o a declaraciones legales literales aunque estén inscritos en una concepción dominante o hegemónica. Esto por cuanto son producto de la contienda entre visiones diferentes, e incluso antagónicas, de la sociedad que los actores sociales ponen en la escena pública, y por eso también son expresión de relaciones de poder. Es esa contienda la que explica la simultaneidad de dos concepciones de derecho a la salud, en el debate internacional y nacional, que provienen de tradiciones teóricas, jurídicas y políticas opuestas: de un lado, el derecho a la salud ligado al pago, y del otro, el derecho fundamental a la salud.

El derecho fundamental a la salud

El derecho a la salud es uno de los derechos humanos sociales, también llamados derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Fue reconocido internacionalmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, en el contexto de la segunda posguerra del siglo XX, a través del “derecho a la seguridad social” y a “un nivel de vida que asegure el bienestar” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948). También la Carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobada en 1946, y que entró en

vigencia en 1948, establece —pese a su cuestionada definición de salud asumido como un estado de bienestar físico, mental y social integral—, establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, política o condición económica o social” (OMS, 1946, p. 1).

Por su parte, el PIDESC fue aprobado en 1966 pero su entrada en vigencia internacional se dio solo hasta 1976. En su artículo 12 el PIDESC define el derecho a la salud como “el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental”, y lo eleva a norma internacional esencial para la realización del ser humano, con la responsabilidad de los Estados-parte —es decir, de los que firman el PIDESC— de respetar, proteger y garantizar ese derecho, y relaciona la salud con el orden social, cultural y político (ONU, 1966). El pacto entra en vigencia cuando lo aprueban varios Estados y es ratificado cuando un Estado-parte hace un reconocimiento jurídico, incorporándolo al ordenamiento interno, lo que implica que se compromete a cumplir las responsabilidades descritas ([Tabla 2.4](#)).

Tabla 2.4. Contenido del derecho fundamental a la salud y obligaciones de los Estados-parte del PIDESC para su garantía

Elementos del derecho fundamental a la salud	Descripción
Factores determinantes de la salud (FDS) (artículo 11, OG 14): - Forman parte del contenido del derecho a la salud. - Implican el reconocimiento de que el DS no se refiere solamente a la atención médica, sino que incluye condiciones de vida dignas.	Acceso a: - Agua potable. - Condiciones sanitarias adecuadas. - Alimentación y nutrición sana y adecuada. - Condiciones sanas de trabajo y medio ambiente. - Educación e información en salud. - Participación de la población en decisiones de salud.
Contenido mínimo esencial (CME), también denominado núcleo esencial o nivel esencial de salud (artículo 43, OG 14)*: - Es una obligación básica de los Estados-parte del PIDESC. - Las obligaciones se definen con base en la Declaración de Alma-Ata. - Se ha propuesto que los recursos jurídicos para proteger el DS sean parte del CME. * Según la OG 14 la provisión del CME depende del nivel de desarrollo de cada Estado-parte.	Acceso a: - Centros, bienes y servicios de salud, sin discriminación y con énfasis en grupos vulnerables. - Alimentación esencial y mínima (libres de hambre). - A hogar, vivienda y condiciones sanitarias básicas. - A agua potable. - A medicamentos esenciales. - A distribución equitativa de instalaciones, bienes y servicios de salud. - A un plan nacional de acción en salud pública. A la construcción de indicadores de seguimiento sobre la situación del derecho a la salud.
Cuatro elementos interrelacionados del derecho a la salud (artículo 12, OG 14): Incluyen los FDS, son universales, pero priorizan los grupos más vulnerables —mujeres, niños, población pobre, población en situación de discapacidad, entre otros—.	- Disponibilidad: Número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, medicamentos esenciales y personal de salud. - Accesibilidad a todos los componentes descritos con cuatro dimensiones: (i) universal o sin discriminación; (ii) física o geográfica; (iii)

	económica o asequible; y (iv) con información. - Aceptabilidad: Bienes y servicios de salud respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados, género-sensibles y concebidos para mejorar el estado de salud de las personas, respetando la confidencialidad. - Calidad: Pertinencia y eficacia científica, salud de las personas, respetando la confidencialidad. - Calidad: Dotación y personal suficiente y calificado. Instalaciones en buen estado, con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.
Obligaciones de los Estados-parte del PIDESC (artículo 33, OG 14): Son obligaciones de efecto inmediato.	- Respetar: Los Estados se abstendrán de obstaculizar el disfrute del DS. - Proteger: Los Estados impedirán que terceros interfieran en las garantías del PIDESC para el DS. - Cumplir: Los Estados adoptarán medidas legislativas, administrativas, presupuestales y judiciales para hacer efectivo el DS.
Otras obligaciones prioritarias de los Estados-parte (artículo 44, OG 14): Las obligaciones de los Estados-parte son progresivas, o sea que deben avanzar en la garantía y expansión del DS, no estancarse ni retroceder, aunque se cuente con recursos limitados.	Velar por: - Salud materna e infantil. - Inmunizaciones contra enfermedades infecciosas. - Prevención, tratamiento y combate de enfermedades epidémicas y endémicas. - Educación y acceso a información para la población sobre problemas y programas de salud. - Capacitación a trabajadores de la salud sobre salud y derechos humanos.

Fuente: elaboración propia con base en la Observación General (OG) 14 sobre el derecho fundamental a la salud.

El PIDESC dio lugar varias observaciones generales (en adelante, OG) que le dan contenido y aplicabilidad a cada uno de los derechos en él contemplados. Específicamente respecto de la salud (DS), la OG 14 del año 2000 (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000) desarrolla el artículo 12 del PIDESC y define a la salud como un derecho humano fundamental con cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Considera que ese derecho contiene los *factores determinantes de la salud* (FDS), como son: el acceso universal a la alimentación esencial, al agua potable, a condiciones sanitarias básicas y de trabajo seguras, y a instituciones, información y educación en salud; así mismo, el derecho al personal de salud y a participar en las decisiones que se tomen en dicha materia.

Por otro lado, el *contenido mínimo esencial* (CME) del DS, que es el que determina su carácter fundamental, se refiere al acceso universal a centros y bienes de salud —equitativamente distribuidos—, a medicamentos esenciales, al seguro médico a quienes carezcan de medios suficientes, y a políticas públicas orientadas a planes nacionales de salud pública, prevención y tratamiento de enfermedades endémicas y epidémicas, capacitación del recurso humano en salud, educación en salud y cooperación internacional ([Tabla 2.4](#)).

En resumen, los FDS y el CME definen el contenido del derecho fundamental

a la salud, las obligaciones de los Estados, y los elementos de ese derecho, y se desarrollan jurídicamente con la OG 14, como se muestra en la [Tabla 2.4](#). Debe considerarse, sin embargo, que este marco jurídico es un ideal máximo; en la práctica, sus alcances son mucho menores y está atravesado por la acción social y política de los actores, y por la voluntad o renuencia de los Estados para avanzar o no en la garantía del DS como derecho fundamental, más allá de la definición jurídica.

Aunque la definición de un derecho fundamental es un debate no resuelto en la ciencia jurídica, diversos autores coinciden en que implica reconocimiento constitucional, garantía por parte del Estado —no condicionada a la capacidad económica del titular en el caso de los DESC—, realización inmediata y universal de un CME y un *plus* de protección a través de recursos judiciales de exigibilidad (Rossi, 2004). En síntesis, el reconocimiento jurídico de los FDS y del CME, concreta un DS inescindible de la calidad y las condiciones de vida, que no pueden ser garantizadas por el mercado sino por el Estado. Por eso, el derecho internacional plantea su realización como una obligación progresiva de los Estados-parte del PIDESC, lo cual lleva a la pregunta por el modelo de desarrollo que lo posibilitaría, y ese es el Estado Social de Derecho (ESD).

Estado Social de Derecho: contexto necesario para la realización del derecho fundamental a la salud

El Estado Social de Derecho (ESD) se refiere a aquella forma de Estado que garantiza la titularidad universal y la realización efectiva de los derechos sociales como derechos fundamentales, más allá de la declaración jurídica. Para avanzar en esa vía, se requiere poner en marcha *políticas de redistribución de la riqueza*, a fin de universalizar las políticas sociales, porque uno de los propósitos es lograr un nivel equitativo de igualdad social. Cabe recordar que en un modelo de desarrollo hegemónico, como el que hoy predomina en el mundo, el mercado es el que pone las reglas de juego, privilegiando la libertad económica y el derecho a la propiedad. El ESD es antagónico a esa perspectiva del mercado porque, aunque reconoce y protege la libertad y la propiedad privada, su objetivo social es alcanzar un nivel de igualdad que concrete una “ciudadanía social” efectiva y que le dé una base material a la dignidad humana, sustento de los derechos fundamentales. Para eso se requiere la redistribución de la riqueza, y esta, para los partidarios del liberalismo radical —enfoque que aboga por un papel mínimo del Estado— y de los modelos que privilegian el mercado, violaría el derecho a la propiedad porque implicaría que los más favorecidos en una sociedad entregaran, vía impuestos y políticas públicas, una parte de su renta y ganancias en beneficio de los más desaventajados.

Según Uprimny (2001), el ESD proviene de una base ideológica llena de tensiones porque es el resultado contradictorio de tres tradiciones diversas: (i) la *liberal*, que recoge las aspiraciones del estado de derecho clásico del siglo XIX, el control constitucional y la división de poderes para limitar el poder del Estado y garantizar la libertad individual, la ley al servicio de la libertad; (ii) la

democrática, basada en la soberanía popular y en la voluntad mayoritaria, en la cual la libertad es la participación en los destinos colectivos del orden político; y (iii) la del *Estado social*, que se origina de los estados de bienestar de mediados del siglo XX, sustentada en una base material —servicios de bienestar en salud, educación, seguridad social, alimentación, vivienda, salubridad pública, etc.— provista por el Estado y abierta a la acción pública para garantizar un nivel de igualdad social para todos los asociados, pues aquí la libertad y la democracia derivan de prestaciones por parte del Estado.

Otros autores (Arango, 2004; García, Rodríguez y Uprimny, 2006) consideran que el ESD va más allá, porque plantea el reconocimiento constitucional de los derechos sociales fundamentales, cuyo contenido representa un sustrato básico, universal y abierto a expandirse según las necesidades políticas, económicas y sociales, sostenidas en el tiempo, y redistributivas de la riqueza; es decir, constituye un enfoque de justicia social liberal igualitarista (ver *figura 2.4*), y un sistema judicial que consulte el contexto y que admita el litigio y el activismo en derechos sociales.

En cuanto a la *ciudadanía social*, Marshall (citado en Bustelo y Minujin, 1998), uno de los autores clásicos, afirma que la ciudadanía, en general, es la pertenencia —articulada por un sentido compartido de justicia— a una comunidad política donde todos tienen el mismo estatus, independientemente de la igualdad socioeconómica. Está constituida por derechos y deberes y por una estructura institucional para ponerlos en marcha; forma parte de la construcción histórica de cada sociedad y es producto de procesos protagonizados por diversos grupos. La ciudadanía social tiene, a juicio de este autor, tres implicaciones: (i) la superación de la pobreza, entendida como disminución de las restricciones materiales y la dependencia de la asistencia estatal; (ii) la titularidad de derechos sociales para resolver necesidades humanas, y como habilitaciones para el desarrollo y el ejercicio de las capacidades, la cual se concreta en un “piso” o conjunto de bienes y servicios esenciales para todas las personas, independientemente de su nivel de ingresos; y (iii) la conformación de sujetos o actores emancipados de la pobreza y la dependencia, potencialmente capaces de ganar espacio político o de conquistar esos derechos sociales.

Si se hace el ejercicio de integrar los elementos que convergen teóricamente en el derecho fundamental a la salud, se obtendría:

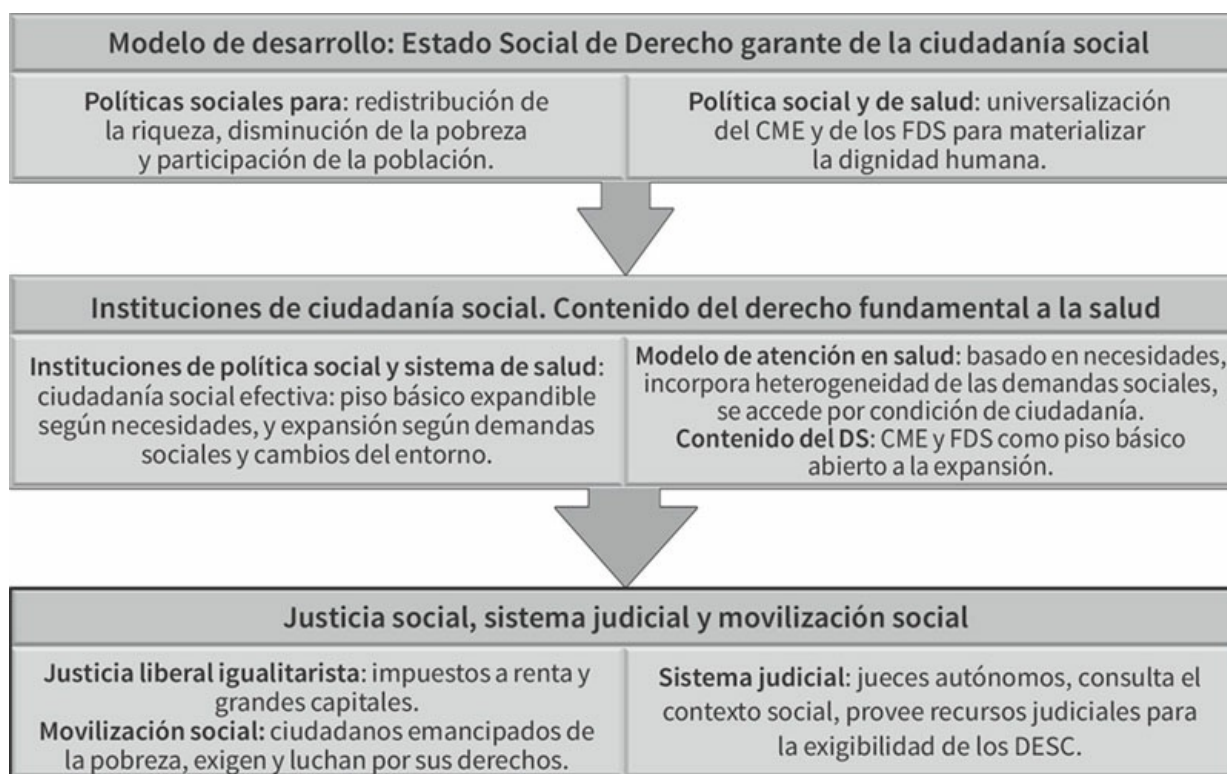


Figura 2.4. El contexto del derecho a la salud y de los derechos sociales como derechos fundamentales

Fuente: elaboración propia con base en las referencias consultadas.

(i) un *modelo de desarrollo* basado en el ESD como eje ordenador de la sociedad y del mercado, y garante de la ciudadanía social;

(ii) unas *políticas sociales* sostenibles en el tiempo, orientadas a la universalización y sin discriminación económica, que materialicen la dignidad humana, el CME y los FDS, encaminadas a la disminución de la pobreza y mediadas por procesos de consulta y participación de la población;

(iii) *instituciones de política social y económica* y un *sistema de salud* centrados en ese propósito de materializar la dignidad humana, en un entorno en el que el acceso a la salud y a la política social se adquiere por la condición de ciudadanía y no por la posición socioeconómica, y donde el modelo de atención a la población considera sus necesidades y heterogeneidad buscando mejorar los resultados en salud de las poblaciones más desfavorecidas;

(iv) un *enfoque de justicia social liberal igualitarista*, en la vía de la ciudadanía social, para disminuir la brecha de las inequidades, que implicaría políticas redistributivas de la riqueza —gravar más los ingresos derivados de la renta y los grandes capitales y menos los ingresos provenientes del trabajo, o los salarios—, donde los que más tienen sean realmente quienes más aporten, a fin de proveer recursos para universalizar el CME y los FDS, como “piso básico” abierto a la expansión según los cambios sociodemográficos y de perfil epidemiológico;

(v) un *sistema judicial* que incorpore las demandas sociales, la autonomía de los jueces, el activismo de organizaciones y ciudadanos, y los recursos jurídicos para la exigibilidad y protección de los derechos sociales y del DS, constituyéndose en un instrumento de inclusión social (García *et al.*, 2006); y, (vi) *organizaciones sociales, ciudadanos y movimientos sociales*, como dice Marshall

(citado en Bustelo y Minujin, 1998), emancipados de la pobreza y potencialmente capaces de exigir sus derechos y de luchar por conquistarlos ([Figura 2.4](#)).

Ese “deber ser” del derecho fundamental a la salud está atravesado por debates teóricos que superan el alcance de este documento, por contiendas entre actores y por realidades prácticas que lo configuran de manera conflictiva y residual en un mundo donde se impone la salud como una mercancía y no como un pilar de la dignidad humana, aunque esta sea formalmente reconocida en las constituciones políticas y en las leyes. Esto da pie a algunos debates y consideraciones, de los cuales se mencionan los más relevantes en la [Figura 2.4](#).

Algunas consideraciones sobre el Estado Social de Derecho y el derecho fundamental a la salud

El reconocimiento y la garantía de los DESC, y en particular del derecho a la salud, están influidos por la forma como se han configurado el Estado, los actores y sus recursos de poder, y por el lugar de la salud en las preocupaciones de una sociedad.

Por ejemplo, en Colombia, diversos estudios muestran como características históricas: (i) la falta de una política redistributiva sólida y sostenible (Arango, 2004) como base económica para la ciudadanía social; (ii) actores sociosanitarios que podrían cambiar estructuralmente el modelo de salud, y que, sin embargo, han tenido más fragmentación o intereses particulares que unidad (Hernández, 1997); y (iii) la falta de garantías por parte del Estado al derecho a la salud con una connotación de ciudadanía, incluso en el periodo anterior a la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993) que dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuando tenía un papel social e intervencionista más fuerte (Currea-Lugo, 2000). En tal época la salud tampoco era un asunto destacado en la movilización social; de hecho, las protestas sociales por la salud y la educación representaron, en conjunto, entre 1958 y 1990, apenas el 5 % de todos los motivos de protesta (Archila, 2005).

Cuando inician de manera sistemática las reformas de mercado de impronta neoliberal en la década de los noventa del siglo XX, la nueva Constitución Política (CP) de 1991 (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), aunque declara a Colombia como un ESD y es prolija en la enumeración de derechos sociales, solo reconoció como fundamental el derecho a la salud para los menores de edad (artículo 44). Tampoco se contaba con un sustrato histórico suficiente para construir ese ESD que fuera capaz de contender en el nuevo escenario de mercantilización de los DESC, el cual termina imponiéndose con la aquiescencia del Estado. A eso se agrega el desmonte del ya de por sí frágil ESD por la vía de reformas constitucionales desde comienzos de los noventa orientadas principalmente a disminuir los recursos para el gasto social. Por eso, en Colombia, el ESD y, por tanto, el derecho a la salud como derecho fundamental, termina garantizándose solo de manera residual, por la vía de la exigibilidad jurídica mediante el derecho de tutela y las sentencias de la Corte Constitucional, lo que amplía los límites de la CP de 1991. Así, desde 2008 (Sentencia T-760) hasta hoy,

la salud en Colombia es un derecho fundamental autónomo para todos, ratificado en 2015 con la Ley Estatutaria de Salud, pero su contenido se restringe a los servicios de salud sin modificar las condiciones que producen las inequidades en los resultados en salud.

Queda abierta una pregunta acerca de la viabilidad del ESD y, por lo tanto, de los DESC como derechos fundamentales, porque, aunque son altamente pertinentes y necesarios para construir equidad en un mundo cada vez más desigual (Oxfam, 2017), los Estados han perdido capacidad de gobierno o han favorecido el poder y el avance de los grandes capitales y el aumento de la concentración de la riqueza. Por ejemplo, la industria farmacéutica y las aseguradoras —hoy empresas transnacionales—, utilizan su gran influencia económica y de lobby para tramitar políticas de salud y cambios en el SGSSS colombiano favorables a sus intereses. Mientras tanto, los actores sociales con menos poder —representados en un sector de la academia, en los movimientos y organizaciones sociales, y en los defensores de derechos humanos— también han permanecido en la escena pública disputando los derechos fundamentales, pese a las grandes asimetrías de poder, a la represión y al escaso reconocimiento como interlocutores; sin embargo, aún no logran consolidar una alternativa global fuerte a pesar de algunas iniciativas de carácter internacional como el Movimiento por la Salud de los Pueblos y el Foro Social Mundial (Borrero y Estrada, 2014). Este ejemplo de la situación de la salud en Colombia se extiende, con variaciones ligeras, por toda Latinoamérica. De hecho, la Organización Mundial de la Salud, en el marco de la 70 Asamblea Mundial de la Salud, izada en abril 8 de 2018, afirma que un 50% de la población mundial aún no cuenta con cobertura sanitaria ni con acceso a los servicios de salud, debido a barreras geográficas, económicas, de calidad del servicio y de discriminación; además afirma que en la región de las Américas, pese al incremento de la inversión en servicios sanitarios, el 30% de la población no tiene acceso a los servicios de salud por falta de recursos económicos (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2018). Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] afirma que

América Latina y el Caribe continúa siendo la región más inequitativa del mundo; un 29% de la población se encuentra por debajo del umbral de la pobreza y el 40% más pobre de la población recibe menos del 15% del total de los ingresos. Esas inequidades se expresan en salud: por ejemplo, la Región de las Américas no alcanzó la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la mortalidad materna para el 2015 y, a pesar de que ha habido grandes reducciones de la mortalidad en los menores de 1 año, existen diferencias muy marcadas entre un país y otro. (OPS, 2017)

El derecho a la salud ligado al pago: un modelo hegemónico en el contexto de la globalización y las reformas de mercado en salud

El contexto en el que se configura este derecho es el de los procesos mundiales de globalización económica, de reforma del Estado y de la política social puestos en marcha desde la década de los ochenta del siglo XX hasta el momento presente. En el ámbito de la salud se expresan mediante reformas que van reduciendo el papel del Estado en la provisión del derecho a la salud, trasladando esas responsabilidades al mercado y a los ciudadanos a través de políticas públicas y de

nuevas instituciones. A continuación, se precisan dos conceptos para comprender ese contexto: la *globalización y las reformas de mercado en salud*.

La globalización, como proceso de interdependencia y conexión del mundo, se remonta al siglo XIV, con el nacimiento del capitalismo, las migraciones y la difusión del conocimiento. La globalización contemporánea es, según Beck (1998), la imbricación entre Estados nacionales y actores transnacionales, apalancada por las tecnologías de la información, los mercados financieros y el poder de las multinacionales. Esta globalización, por un lado, genera un entramado de redes y relaciones regionales, globales y locales, que ha cambiando múltiples espacios de la vida social —la cotidianidad, la percepción de asuntos globales, las transacciones comerciales, la cultura y las comunicaciones, entre otros—; y por otra parte, ha suscitado la aparición de nuevos actores y la visibilización de problemas como la pobreza, los daños ecológicos globales y las brechas de equidad —descritas en la primera parte de este capítulo—.

La globalización, entonces, tiene varias dimensiones: social, política, cultural y económica. Esta última implica una pérdida de poder de las economías nacionales frente al mercado y, en contraste, mayor poder de los circuitos financieros internacionales. Uno de sus resultados es el aumento sin precedentes de la concentración de la riqueza y de las inequidades en el mundo. Todo esto representa un reto para los Estados, los organismos internacionales de defensa de derechos humanos y para el contenido de los DESC, los cuales se van configurando como derechos abiertos y en movimiento por la presión de variadas y crecientes demandas sociales.

Una de las expresiones de la dimensión económica de la globalización la constituyen las *reformas de mercado en los sectores del bienestar* que se han implementado en las tres últimas décadas. Como su nombre lo indica, se orientan hacia: (i) la mercantilización de los derechos sociales por los cuales los ciudadanos deben pagar, porque el Estado subsidia solo a los más pobres; (ii) la participación del sector privado con ventajas competitivas y consolidación de la posición dominante frente al sector público en la prestación de servicios; (iii) mayores cargas económicas para los ciudadanos; (iv) la eliminación o reducción sustancial de los mecanismos colectivos de solidaridad; y (v) un mayor ingreso de capitales transnacionales y de tratados de libre comercio a los sectores sociales del bienestar. Con esta orientación, en las tres últimas décadas, en Colombia y en varios países de América Latina, se han hecho reformas laborales a las pensiones, a la salud, a los servicios públicos y a la educación ([Figura 2.5](#)).

Estos cambios estructurales y de fondo iniciaron a finales de la década de los setenta del siglo XX, promovidos desde las Escuelas de Chicago y Harvard en Norteamérica, como solución a las supuestas crisis mundiales del capitalismo y del estado de bienestar construido en el mundo capitalista después de la Segunda Guerra Mundial. Se basan en una nueva forma de generación y acumulación de capital articulada por mercados cada vez más libres y menos controlados por el Estado, y por la conversión de los sectores sociales del bienestar en nichos de rentabilidad (Nozick, Hayek y Friedman, citados en Laurell, 1997).



Figura 2.5. Componentes de las reformas de mercado en los sectores del bienestar y en los derechos sociales

Fuente: elaboración propia con base en la literatura consultada.

Aunque estos procesos de reforma son mundiales, presentan temporalidades y concreciones diferentes según las trayectorias sociopolíticas de los países; Latinoamérica ha sido, desde finales de los años ochenta del siglo XX, el territorio de implantación de las políticas e instituciones que se inauguraron a consecuencia del Consenso de Washington (Echeverry, 2007); esta fue una reunión fundacional de ministros de economía de América Latina que fue promovida en 1989 por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, en la que se definieron, entre otras directrices económicas y de política social, la liberalización del comercio y la eliminación de barreras a la inversión extranjera, la privatización, la intervención social del Estado dirigida a subsidios para la población pobre y el cambio en el papel del Estado, eliminando barreras para la operación del mercado (Williamson, 1991). Este conjunto de medidas, denominadas *políticas de ajuste estructural o reformas neoliberales*, fueron aceptadas por los gobiernos bajo la presión de cesación de préstamos por parte de las instituciones financieras internacionales.

De hecho, desde la década de los ochenta del siglo XX, circularon varios documentos del Banco Mundial con las directrices para reformar instituciones, sistemas y políticas de salud, en los cuales se recogen las orientaciones ya citadas y se inician los procesos que cambian de manera estructural el papel del Estado, de la política social, de las instituciones, del derecho a la salud, de la justicia social y del sistema judicial para la exigibilidad de los DESC. En el caso colombiano, comienzan de manera sistemática en 1990, con el gobierno de César Gaviria, y continúan hasta el presente.

La expresión de ese proceso sistemático de reforma en salud está representada normativamente en la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de la Ley 100 de 1993, y se mantiene con los ajustes legislativos posteriores.

Para efectos de este capítulo, se sintetiza ese proceso en el concepto de *reformas de mercado en salud*, las cuales constituyen el escenario donde se gesta

una nueva concepción de los derechos sociales y, en particular, del derecho a la salud, ligado ya no a la condición de ciudadanía, sino a la posición socioeconómica o a la capacidad de pago de las personas.

El contenido del derecho a la salud ligado al pago

El derecho que se instala con las reformas de mercado en salud proviene de la crítica neoliberal al Estado de Bienestar⁶, según la cual la intervención estatal por lo general genera dependencia, desestimula la inversión productiva, el trabajo y la iniciativa individual, además de requerir un gasto considerable, el cual es responsable en gran medida de la crisis fiscal.

En el ámbito social, de acuerdo con Laurell y López (1996), la acción estatal es especialmente ineficiente porque no se compensa con los resultados obtenidos y se caracteriza por bajas coberturas y segmentación en la provisión de servicios sociales. En consecuencia, el papel activo del mercado corregiría las fallas e ineficiencias de la intervención social del Estado y permitiría racionalizar los escasos recursos públicos, en todo caso, insuficientes para financiar la política social. Según estos autores, se configura así una nueva concepción y práctica del bienestar, como asunto privado que se resuelve en el mercado, asumiendo el costo de los servicios, individualmente o con la participación de la familia y la comunidad.

Esta orientación de las reformas que, como se mencionó, fue liderada e impuesta en América Latina por el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), generalmente con la aceptación y el apoyo de los gobiernos y las élites nacionales. Los documentos del BM (1987, 1993, 2000) incorporan y actualizan la fórmula del Consenso de Washington, definiendo un contenido de derecho a la salud que se basa en: (i) *un paquete de servicios costoeficientes* con las prestaciones que delimitan el contenido del DS; (ii) *la afiliación a un seguro*, subsidiado por el Estado para la población pobre, y financiado por los ciudadanos y empleadores, para quienes puedan pagarlo y que está representado en un plan de beneficios; y (iii) *la provisión estatal de acciones de salud que no son rentables para el mercado*, como es el caso de los servicios de salud pública.

Este contenido del derecho a la salud se apoya en transformaciones estructurales de los sistemas de salud, no considera los FDS, y las políticas lo definen como “un techo”; configura un derecho ligado al pago porque se accede a servicios diferenciales, no por la condición de ciudadanía, sino por la posición socioeconómica que segmenta a la población así: (i) pobres subsidiados por el Estado; (ii) asalariados o personas con capacidad de pago que compren un paquete estándar de servicios; (iii) población de más altos ingresos que puede obtener un plus complementario —por ejemplo, la denominada “medicina prepagada”— para mejorar el acceso o la calidad de los servicios; y (iv) población excluida.

Los cambios que convergen en el derecho ligado al pago

El modelo de desarrollo que inspira esas reformas está influido por el

neoliberalismo. Es una reinterpretación del liberalismo radical del siglo xix, según el cual los derechos a la propiedad, a la vida y a la libertad son los verdaderos derechos. Dado que el máximo valor social y político es la libertad, el papel del Estado debe concentrarse en: (i) garantizar la seguridad y el cumplimiento de los contratos, (ii) dirimir conflictos, y (iii) propiciar el funcionamiento del mercado con el mínimo posible de obstáculos (Cortés, 2001) ([Figura 2.6](#)).

Aunque, como se ha señalado, esos postulados no se han llevado tal cual a la práctica, sí han permeado las políticas sociales, las cuales consideran que: (i) el gasto social estatal debe subsidiar solo a la población más pobre —previamente identificada mediante la focalización—; el resto debe adquirir servicios y prestaciones en el mercado —salud, educación, pensiones, servicios públicos— porque el bienestar se convierte en un asunto individual; (ii) los ciudadanos deben, adicionalmente, pagar tarifas sujetas al mercado, o a regulaciones laxas, cuando utilizan los servicios de la política social; (iii) la flexibilización laboral, es decir, la desregulación del mundo del trabajo, se requiere para favorecer la competitividad y disminuir costos, reduciendo o eliminando la responsabilidad estatal y de los empleadores, y transfiriéndola a los trabajadores; (iv) la reducción de la financiación para la función social del Estado, cambiando del subsidio a la oferta, es decir, a las instituciones de política social, por subsidio a la demanda, o sea, a las personas más pobres. Esto representa, además, transferencia de recursos públicos para el sector privado vía subsidios en salud⁷.

Modelo de desarrollo: reformas de mercado en sectores sociales del bienestar, inscritas en la globalización económica	
Papel del Estado: garantizar seguridad, funcionamiento del mercado, dirimir conflictos.	Política social: gasto social focalizado en los más pobres. Flexibilización laboral: contratos precarios. Subsidio a la demanda: pagos adicionales por servicios.
Instituciones y modelo de atención	
Privatización de lo público: Capital trasnacional en instituciones de política social. Derechos prioritarios: libertad y propiedad.	Modelo de atención: DESC secundarios. Ciudadanía: alcance diferencial del derecho a la salud según capacidad de pago. Contenido del DS: servicios asistenciales costosos como “techo” y prestaciones de salud pública.
Justicia social, sistema judicial y movilización ciudadana	
Justicia social utilitarista: servicios costosos. Priorización de grupos o de intervenciones que maximicen resultados medibles.	Sistema judicial: enfoque gerencial, reglas estables, limitación o supresión de la exigibilidad en DESC. Movilización social: en desacuerdo para derechos sociales.

Figura 2.6. Contexto del derecho a la salud ligado al pago o a la posición socioeconómica

Fuente: elaboración propia con base en la bibliografía.

Todos estos cambios se sustentan en la creación de nuevas instituciones, o en cambios estructurales en las existentes, apalancadas en la privatización, en la participación de grandes capitales nacionales o extranjeros, y en el aumento de costos para la población en las instituciones de servicios públicos, salud, educación, pensiones, transporte y comunicaciones⁸. En perspectiva, han sido necesarias tres décadas de cambios profundos en la legislación, de desmantelamiento del papel del Estado, de la forma de relación entre Estado y ciudadanos, junto con el debilitamiento del Estado Social de Derecho, para instalar y mantener una forma de ciudadanía mediada por el pago, esto es, para tener derechos.

El enfoque de justicia social asociado a un derecho ligado al pago es utilitarista, puesto que las decisiones sociales se guían por los resultados prácticos y la utilidad que producen, lo que implica la maximización del principio de costoeficiencia: lograr resultados para el mayor número posible de personas, aunque eso implique dejar de lado otros grupos o necesidades, y determinar el valor de las intervenciones sanitarias en términos de consecuencias mensurables (*Figura 2.6*). Así, algunas personas podrían no recibir servicios de salud porque esa inversión no aporta a la utilidad global⁹ (Álvarez, 2001; Hernández, 1997; Vega, 2002).

En el escenario descrito también hay influencia sobre el sistema judicial. Un movimiento de derecho y economía, el neoinstitucionalismo económico —afín al Consenso de Washington—, enfatiza la prioridad en la protección del derecho a la propiedad, la estabilidad en las normas, el enfoque gerencial en la justicia, las decisiones judiciales predecibles y la reducción o supresión del activismo, de la movilización y de la exigibilidad de los derechos sociales¹⁰ (García, Rodríguez y Uprimny, 2006).

La contienda por el derecho a la salud

Cada concepción del derecho articula, de manera heterogénea, no lineal y compleja, elementos del modelo de desarrollo, de la política social, de las instituciones, de la justicia social y del sistema judicial. El derecho fundamental a la salud proviene de la matriz sociojurídica del ESD, mientras que el derecho ligado al pago, que es el que prevalece de manera hegemónica, proviene de un modelo de Estado mínimo, de corte utilitarista y de influencia neoliberal. Ambas concepciones del derecho tienen implicaciones en la vida cotidiana de miles de personas, y se disputan en la escena pública a través de luchas sociales, movimientos sociales, presentación de proyectos de ley, uso de recursos judiciales y producción académica, entre otros medios.

En Colombia, desde 1991 hasta la fecha, un sector de la academia, la Corte Constitucional, algunas organizaciones estatales de protección de los derechos humanos —Defensoría del Pueblo, personerías—, algunos sindicatos y gremios de trabajadores de la salud, movimientos nacionales y regionales, y organizaciones sociales defensoras de derechos humanos y del derecho a la salud, además de los ciudadanos individuales que recurren a la tutela, han defendido el derecho fundamental a la salud en medio de la hegemonía de las reformas de mercado. Esa

disputa ha generado sentencias, jurisprudencia y proyectos de ley alternativos que, así no hayan prosperado, sientan un precedente; además, ha visibilizado la salud como asunto de interés público, como lo demuestra el malestar ciudadano expresado mediante frecuentes protestas en las calles por asuntos diversos relacionados, de alguna manera, con el derecho a la salud¹¹ (Echeverry y Borrero, 2015). Así mismo, ello ha generado una mayor conciencia social y jurídica acerca de la necesidad de proteger y exigir ese derecho, y ha politizado la salud, en el sentido de propiciar la acción pública, si bien no ha logrado cambiar estructuralmente el alcance del DS.

En contraste, las aseguradoras privadas, el gobierno representado por el poder Ejecutivo y las mayorías legislativas, un sector de la industria farmacéutica, los representantes de los capitales transnacionales y de inversores en salud, otro sector de la academia y algunas asociaciones de empresarios y de instituciones privadas de salud, han defendido a ultranza el derecho ligado al pago —no obstante las evidencias de aumento de las inequidades, de violaciones del DS y de muertes evitables—, fortaleciendo así tal forma de derecho a la salud. La contienda continúa, después de 25 años de implantación del SGSSS, en medio de la hegemonía de las reformas de mercado en salud como muestra permanente de la inequidad en dicho sector.

Con base en anterior escenario, se plantean dos consideraciones:

- Un derecho fundamental no puede darse en contextos sociopolíticos donde prima el mercado, porque su fundamento es la dignidad humana, y esta se concreta en un núcleo o CME, para el derecho a la salud. La dignidad humana representa condiciones materiales de vida que al mercado no le interesa proveer porque su lenguaje es la rentabilidad. Por eso, el ámbito sociosanitario es escenario de disputa entre dos formas de concebir el derecho.
- Aunque diversos autores reconocen que el modelo de desarrollo actual, de hegemonía del mercado, ha entrado en crisis desde 2008 en el mundo, la globalización económica, las políticas sociales y los sistemas de salud creados con esa orientación mercantil, se mantienen, pese a las evidencias sistemáticas de aumento de las inequidades. Esto nos plantea el reto de abordar interdisciplinariamente el estudio de los contextos sociopolíticos y los problemas complejos de salud, y, ya en el plano político, de luchar por la promesa aplazada de un nivel de igualdad en la universalidad de los DESC.

Marco jurídico del derecho a la salud en América Latina

La discusión sobre el marco jurídico del derecho a la salud se inscribe en la noción de *justiciabilidad*, o de *exigibilidad jurídica*, que es “el poder jurídico que posee el titular de un derecho fundamental para hacerlo valer ante el Estado o ante los tribunales” (Rossi, 2004, p. 62). Para que ese derecho no sea solo una aspiración, se requieren procedimientos y recursos jurídicos que hagan viable la exigibilidad de esa reclamación. En el caso de los DESC, la justiciabilidad proviene de la matriz sociopolítica del ESD, es una obligación de los Estados-

parte del PIDESC y corresponden al CME de un derecho fundamental. Este es un asunto polémico porque quienes defienden el derecho a la salud ligado al pago, se oponen o son reacios al uso de recursos jurídicos para su exigibilidad, mientras que quienes defienden el derecho fundamental a la salud consideran que la justiciabilidad no solo es necesaria para materializar un derecho, sino que es una fuente de jurisprudencia y un indicador trazador para hacerle seguimiento.

A continuación, se presenta una descripción de los principales recursos jurídicos para la exigibilidad internacional y nacional del derecho a la salud.

Marco jurídico internacional

En la región de las Américas se cuenta con dos sistemas de protección de los DESC: el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano. En ambos, el desarrollo legislativo es lento y el reconocimiento de los DESC y del DS es débil y tardío ([Tabla 2.5](#)). En el sistema interamericano, la salud es considerada “bien público” solo desde 1988, y la Comisión y la Corte solo admiten quejas de violación a los derechos a la educación y a la libertad sindical, aunque ha habido apertura en los temas de reconocimiento a las pensiones y a tratamientos para VIH-sida (Rossi y Filippini, 2010).

En el sistema de las Naciones Unidas, aunque ha habido mayor desarrollo jurídico, este ha sido lento; de hecho, entre la aprobación del PIDESC en 1966 y el reconocimiento de la salud como derecho fundamental con un desarrollo jurídico importante en 2000 pasaron más de 40 años para que los Estados-parte lo adoptaran y lo incorporaran a su legislación. Adicionalmente, las violaciones a los DESC no tienen efectos vinculantes, es decir, no generan sanciones económicas o políticas, porque no existe una corte que juzgue tales violaciones; por otra parte, el instrumento que más fuerza tiene —el protocolo del PIDESC, que permitiría presentar quejas individuales ante el Comité DESC— ha sido adoptado por pocos países; solo opera cuando se han agotado las instancias nacionales, y una solicitud, por ese protocolo, puede tardar años para ser aceptada y dictaminada. Sin embargo, la Observación General 14 (OG 14), en el artículo 12, determina las obligaciones de los Estados “para alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental”; define las obligaciones estatales de respeto, protección y satisfacción del derecho fundamental a la salud, y establece una base para construir indicadores de seguimiento de cuatro elementos constitutivos de ese derecho: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad ([Tabla 2.5](#)).

Tabla 2.5. Sistemas de protección de los derechos sociales y del derecho a la salud en el derecho internacional

Sistema de protección de los DESC	Principales instrumentos de derechos humanos	Organismos de protección
Sistema interamericano: Para los países de la Organización de	- Declaración Americana de	- Comisión Interamericana de Derechos Humanos -CDHI-. http://

Estados Americanos (OEA), vigente desde 1948. Todos los instrumentos reconocen el derecho a la salud y el compromiso de los Estados de garantizar los DESC, en forma progresiva.	Deberes y Derechos del Hombre, 1948. - Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), 1969. - Protocolo de San Salvador, 1988: el DS es un “bien público”.	www.oas.org/es/cidh/mandato/que.asp - Corte Interamericana de Derechos Humanos -Corte IDH-. http://www.corteidh.or.cr/index.cfm
Sistema de las Naciones Unidas: Para los Estados-parte del PIDESC, 1966. La OG 14 define la salud como derecho fundamental, implica obligaciones de respeto, protección y satisfacción, entre ellas, proveer recursos judiciales para la exigibilidad del DS. Componentes del DS: Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.	- PIDESC: entra en vigencia en 1976¹. - OG 14, 2000: desarrolla el artículo 12 del PIDESC. - Relatorias especiales por un tipo de derecho social o por país. En 2000 se hizo una para salud.	- Comité DESC: supervisa, desde 1985, el cumplimiento del PIDESC por los Estados- parte. - Protocolo Facultativo del PIDESC, 2013: investigación sobre violaciones graves a los DESC, si el Estado-parte lo adopta y si, previamente, se agotan las instancias nacionales.

Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas consultadas.

En conclusión, el reto es la difusión y la apropiación de los espacios del derecho internacional, para la exigibilidad del derecho fundamental a la salud, considerando que persiste una asimetría en el reconocimiento de los DESC, respecto a los derechos civiles y políticos, y que a los países que han puesto las reformas de mercado por encima de la ampliación progresiva de los derechos sociales, no les interesa generar o participar de iniciativas solidarias para alcanzar mayor igualdad y cerrar la brecha de las inequidades sociales.

Marcos jurídicos nacionales: el caso colombiano

En Colombia existen varios recursos para la exigibilidad de los DESC, puestos en marcha a partir de la Constitución Política (CP) de 1991. Son la expresión jurídica del ESD y se utilizan de manera creciente para reclamar el DS. Los más conocidos y utilizados son el derecho de petición —que en este país es un derecho fundamental— y la acción de tutela (AT) —que fue diseñada para proteger derechos fundamentales—; asociados a ellos están la acción de cumplimiento y el incidente de desacato ([Tabla 2.6](#)).

El *derecho fundamental de petición* es el que tienen todas las personas para presentar peticiones respetuosas a las autoridades y a obtener pronta resolución —

en un plazo de 10 a 30 días hábiles, según el tipo de petición—. Cuando es vulnerado, se puede presentar una AT. De hecho, esta es la ruta que siguen muchos ciudadanos para exigir el DS.

La *acción de tutela* es el recurso jurídico más popular en Colombia porque ha acercado la justicia a los ciudadanos, es ágil, gratuita, puede ser interpuesta por terceros, puede solicitarse ante cualquier juez, y los organismos de protección de los derechos humanos pueden asesorar a quienes lo soliciten. Ofrece garantías, tanto para quien la utiliza —el accionante— como para quien es requerido por la violación de un derecho fundamental —el accionado—, porque cualquiera de las partes la puede impugnar. Aunque cuenta con segunda instancia, y con la Corte Constitucional como órgano de revisión y de cierre del dictamen judicial, la mayoría de las tutelas en salud en Colombia son concedidas por los jueces de primera instancia, considerando que, en salud, en un periodo de 20 años, más del 70 % de las AT han sido por prestaciones o servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud cubierto por el seguro (Defensoría del Pueblo, 2012).

Como los dictámenes judiciales son de obligatorio cumplimiento en un término de 48 horas, puede utilizarse la *acción de cumplimiento* o el *incidente de desacato* para presionar y sancionar a quien esté violando un derecho fundamental. Por ejemplo, para exigir una respuesta pertinente e integral a un derecho de petición, la prestación de un servicio o el cumplimiento de una orden médica.

Tabla 2.6. Mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud en Colombia

Derecho de petición		
Definición Derecho fundamental consagrado en la CP (artículo 23). Toda persona puede presentar peticiones respetuosas a las autoridades, para obtener pronta resolución. Puede dirigirse contra servidores públicos o contra empresas privadas o particulares que presten un servicio público o realicen actividades propias de la función social del Estado.	Utilización-trámite Puede usarse por asuntos de interés individual o colectivo; por ejemplo, para solicitar información u obtener un servicio público al cual se tiene derecho. La autoridad competente debe resolver en un plazo de entre 10 y 30 días hábiles, según el tipo de requerimiento. La no respuesta es causal de mala conducta y da cabida a la AT, porque constituye vulneración de un derecho fundamental.	Alcance-ejemplo Un ejemplo en salud es el uso reiterado de este recurso por parte de la Federación Médica Colombiana, para solicitar al Fondo de Solidaridad y Garantía del SGSSS, la información sobre recobros en el país, con la cual ha formulado varias denuncias.
Acción de tutela		
Definición Para exigir un derecho fundamental. Se presenta ante cualquier juez de la República. Solo procede cuando el afectado no dispone de otro medio de defensa judicial.	Utilización-trámite Es gratuita, no requiere de abogado; un tercero puede actuar a nombre del solicitante; el juez tiene gran libertad para practicar las pruebas.	Alcance-ejemplo Solo procede cuando la persona afectada no posee otro medio de defensa judicial. Su alcance es individual, aunque en la práctica también ha sido utilizada para proteger derechos colectivos, por

Se debe resolver en 10 días hábiles y ordenar, en caso positivo, las medidas para amparar el DF. El fallo es de inmediato cumplimiento, pero puede ser apelado ante un juez de segunda instancia, quien debe resolverlo en 20 días.	Puede ser remitida a la Corte Constitucional para su eventual revisión y unificación de la jurisprudencia sobre derechos fundamentales. Esta instancia cuenta con tres meses para emitir sentencia.	ejemplo, la salubridad pública. Por estas razones, este mecanismo representa, según algunos investigadores, una oportunidad real de un mejor acceso a la justicia, en especial para los más débiles.
Acción de cumplimiento		
Definición Es una medida de protección y aplicación de los derechos, mediante la cual toda persona puede acudir ante la autoridad competente para hacer efectivo el cumplimiento de una ley o de un acto administrativo (artículo 87 de la CP).	Utilización-trámite Procede cuando después de 10 días hábiles no se ha obtenido respuesta, por ejemplo, a un derecho de petición o a una decisión judicial. Si la acción prospera, el juez ordena a la autoridad renuente a proceder con el cumplimiento del deber omitido, en un plazo también de 10 días hábiles.	Alcance-ejemplo No procede para decisiones que impliquen gastos. Ejemplo: la acción de cumplimiento interpuesta, en abril de 2000, por el Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo, para exigirle al presidente de la República y al ministro de Relaciones Exteriores, la elaboración y el envío al Comité DESC del informe de realización de esos derechos en el país. En mayo de 2000, el Gobierno cumplió el envío, dando así término a la acción judicial.
Incidente de desacato		
Definición El artículo 52 del Decreto 2591 de 1991 definió el desacato como aquella sanción que se le impone a la persona o entidad que incumpla una orden emitida por una autoridad judicial en una acción de tutela.	Utilización-trámite La ley establece un plazo de 48 horas para cumplir la decisión judicial de una tutela. En caso de no ser acatada, el juez dispone de amplios poderes (por ejemplo, ordenar multas o detención carcelaria) para hacer cumplir su decisión.	Alcance-ejemplo Un estudio (Londoño <i>et al.</i> , 2009) muestra la ineficacia del incidente de desacato, en la revisión de 431 expedientes en Bogotá, ya sea porque quienes deben cumplir la orden judicial la evaden o porque hay dificultades en la práctica judicial para imponer las sanciones.
Acción popular		
Definición Procede contra autoridades públicas y particulares, y se ejerce para evitar el daño, hacer cesar el peligro, la amenaza, la vulneración o el agravio sobre derechos e intereses colectivos, o restituir las cosas a su estado anterior cuando sea posible. Para derechos relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad públicos, la moral administrativa, el ambiente y la libre competencia económica (artículo 88 de la CP y Ley 472	Utilización-trámite Puede utilizarse individual o colectivamente mediante abogado, contra cualquier persona natural o jurídica, o contra el Estado, en los casos señalados. Da lugar a indemnizaciones y resarcimiento del daño. También regula las acciones originadas en los daños ocasionados a un número plural de personas. Puede utilizarse durante el tiempo que subsista la amenaza o peligro al derecho	Alcance-ejemplo Es un recurso también preventivo, ya que cabe para exigir DESC. Ha sido poco utilizado. Requiere abogado. Cuando la acción popular se dirige a volver las cosas a su estado anterior, la Ley 472 de 1998 establece un plazo de 5 años para instaurarla, contados a partir de la acción u omisión.

de 1998).	o interés colectivo, sin límite de tiempo.	
Acción de grupo		
Definición Según el artículo 3 de la Ley 472 de 1998, son aquellas acciones interpuestas por un número plural o un conjunto de personas que reúnen condiciones uniformes respecto de una misma causa que originó perjuicios individuales para dichas personas. La acción de grupo se ejercerá exclusivamente para obtener el reconocimiento y el pago de indemnización de los perjuicios.	Utilización-trámite La diferencia sustancial entre la acción popular y la de grupo es que la primera pretende la protección de los derechos e intereses colectivos, mientras que la segunda persigue la reparación de un perjuicio por un daño común ocasionado a un número plural de personas.	Alcance-ejemplo Ofrece un tratamiento netamente de rehabilitación y restauración de las cosas a su estado anterior. Exige una indemnización.

Fuente: elaboración propia con base en la literatura consultada.

Algunas investigaciones han evidenciado, entre otras limitaciones de la acción de tutela en salud (ATS): la pérdida de eficacia por incumplimiento de los fallos judiciales e incluso de los incidentes de desacato, la pérdida del carácter de excepcionalidad porque se convierte en un requisito para acceder a los servicios, requisitos más exigentes por parte de los jueces para aceptarla, efectos de corto plazo de la decisión judicial cuando el DS es complejo y requiere integralidad, y otros costos —logísticos, de transporte, de solicitud de asesoría— para hacerle seguimiento al caso (Echeverry *et al.*, 2013; Vélez, Realpe y Valencia, 2009).

Las *acciones populares* y las *acciones de grupo* son recursos jurídicos para proteger o reparar derechos colectivos; no son tan ágiles como la tutela, pero pueden proteger derechos que no son fundamentales. Su utilización ha venido incrementándose para reclamar derechos al saneamiento ambiental, la salubridad pública, el acceso a servicios públicos y el derecho a la vivienda, al espacio público seguro y al agua (Rojas, 2012).

En síntesis, en Colombia se cuenta con recursos jurídicos para la exigibilidad del DS, pero su utilización tiene dos lecturas: revela una violación sistemática del DS y de los FDS, pero también una cultura ciudadana de la exigibilidad que ha venido construyendo en la práctica y por la vía jurídica, el ESD a partir de la CP de 1991.

EQUIDAD Y DERECHO A LA SALUD: RELACIONES

La equidad y el derecho a la salud, como se ha podido observar, son dos asuntos íntimamente relacionados. La equidad en salud es la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud de las poblaciones

o de los grupos poblacionales definidos por algún diferenciador socioeconómico (International Society for Equity in Health [ISEH], 2002). De otro lado, el derecho a la salud corresponde al goce del “grado máximo de salud que se pueda lograr” (OMS, 1946, p. 1). Pero ¿cómo se puede alcanzar el grado máximo de salud si persisten las inequidades sociales en salud? Se requiere entonces de equidad en salud para avanzar en el goce efectivo de este derecho.

El debate sobre la justicia social y en salud

La equidad en salud y el goce efectivo del derecho a la salud están orientados por principios de justicia social. Sin embargo, no existe una idea única y consensuada sobre qué es justo en el contexto social, ni tampoco qué es justo en salud. La discusión sobre justicia social ha sido desarrollada específicamente por la filosofía moral. En la [Figura 2.7](#) se simplifica y esquematiza este debate (Borrero-Ramírez, 2011; Hernández, 2008).

Como ya se mencionó, actualmente existe una importante discusión en torno a qué es justo en salud y, con ello, cuál es el papel del Estado y del mercado, así como sobre la responsabilidad que se puede asignar a los individuos por su estado de salud. Muchos sistemas de salud asumen perspectivas igualitaristas de justicia frente a sus ciudadanos, garantizando atención integral, integrada y continua. Sistemas de salud como los de Canadá, Inglaterra, España, Francia, entre otros, son financiados y organizados a través del Estado; gran parte de la prestación de servicios de salud es de carácter público y se financian con aportes solidarios de todos los ciudadanos. Estos sistemas de salud garantizan el acceso a los servicios de salud como un derecho humano fundamental, y el Estado es un actor central garante del derecho a la salud y activo en el proceso de cierre de brechas sociosanitarias.

El caso colombiano

Colombia, como se describió previamente, llevó a cabo un proceso de reforma en salud que empezó en la década de los noventa. Inicialmente, la Ley 10 de 1990 descentralizó los servicios de salud y definió que los municipios debían garantizar la prestación de servicios de I nivel de complejidad; los departamentos, los de II; y la nación, los de III y IV. Todo ello en el marco del entonces llamado Sistema Nacional de Salud (SNS). A partir de diciembre de 1993, el país empezó un proceso de transformación profunda del antiguo SNS, con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Perspectivas liberales radicales	• Defienden como principio de justicia social que los derechos básicos son la vida, la libertad y la propiedad privada. Lo justo es que los demás derechos sean realizados a través del mercado. • El DS no es considerado un derecho fundamental, lo justo –desde este enfoque– es que sea realizado a través del mercado y más porque los servicios de salud individuales se consideran bienes privados que benefician directamente a cada persona, por lo tanto, cada uno estaría dispuesto a pagar por ellos. El Estado solo debería asumir la prestación de aquellos servicios con alto impacto para las personas, y que por ser bienes públicos, los ciudadanos no están dispuestos a pagar. Por ejemplo, el monitoreo de la calidad del agua.
Perspectivas liberales igualitaristas	• Defienden como principios de justicia que los derechos básicos son la vida, la propiedad privada y la libertad. Sin embargo, plantean que la libertad no puede desarrollarse sin que haya unas condiciones materiales básicas llamadas, según Rawls, bienes primarios. La redistribución es necesaria para acceder a los bienes primarios que se requieren para el ejercicio de la libertad. El Estado tiene responsabilidades porque se encarga de la redistribución y de considerar la función social de la propiedad. • El DS es un bien primario necesario para el ejercicio de la libertad, por eso los Estados tendrían responsabilidades para garantizarlo como un bien primario, esto de acuerdo con la disponibilidad de recursos existentes.
Perspectiva de capacidades	• Además de compartir con la perspectiva igualitarista la mirada sobre los derechos humanos, plantea que no es suficiente la redistribución de bienes y servicios, porque todas las personas no tienen la misma capacidad de transformar dichos bienes en libertades. Por lo tanto, se debe trabajar en el desarrollo de capacidades, de acuerdo con las condiciones locales para convertir los bienes y servicios en libertades. • La salud es una capacidad fundamental que debe ser garantizada para el desarrollo de la libertad.
Perspectiva utilitarista	• Plantea que lo justo es lograr el mayor nivel de felicidad posible, de manera global. Es decir, cualquier inversión con los escasos recursos públicos debe garantizar la mayor satisfacción de deseos, al menor costo posible; esto da lugar a la lógica dominante en las últimas décadas de tomar decisiones basadas en un análisis costo/beneficio. • Para el caso del DS, el Estado es responsable de garantizar que los escasos recursos sean invertidos al mejor costo/beneficio posible. Por ejemplo, en programas de atención básica de bajo costo para quienes no pueden ingresar al mercado, vía subsidios, vacunación, educación para la salud, vigilancia en salud pública.
Perspectiva socialista	• Para el pensamiento crítico en filosofía moral, es más importante entender los mecanismos a través de los cuales se producen las injusticias sociales. En este sentido, las injusticias son producto de la apropiación desigual de los medios de producción, del poder y del reconocimiento. • Una máxima de justicia orienta esta propuesta: "A cada quien según su necesidad y de cada quien según su capacidad". El papel del Estado en salud sería asignar recursos de salud para las necesidades de la población y que cada quien aporte de acuerdo a sus posibilidades.

Figura 2.7. Perspectivas teóricas sobre el derecho a la salud (DS) y la justicia social

Fuente: elaboración propia con base en la bibliografía consultada.

El SGSSS creó una nueva institucionalidad, separando las funciones de dirección —en cabeza del Estado a través del ministerio del ramo—, aseguramiento del riesgo —económico y sanitario— y prestación de servicios de

salud, las cuales están a cargo de una red de prestadores públicos o privados. El Estado centra sus esfuerzos en la dirección a través de la formulación de políticas, la regulación del sistema y los procesos de inspección, vigilancia y control. Esta reforma creó un mercado de servicios de salud del cual las personas participan a través de dos vías: aquellos con capacidad de pago se afilian a un sistema de salud con un paquete de servicios, denominado “régimen contributivo”; y aquellos sin capacidad de pago, una vez demostrada dicha incapacidad, son subsidiados por el Estado y participan del mercado a través del denominado “régimen subsidiado” en salud.

Este proceso de reforma en salud ocasionó un profundo debate nacional. Quienes lo defienden, plantean como principal logro el incremento de la cobertura del aseguramiento, y quienes lo cuestionan, tienen como críticas que la salud se convirtió en una mercancía y que el sistema de salud reproduce la estratificación de la misma sociedad. En tal caso, hay un enorme debate nacional en torno a la justicia de este sistema de salud y el logro o no del derecho a la salud. De hecho, algunas investigaciones han evidenciado diversos episodios de contienda política por el derecho a la salud, en los cuales muchos actores sociales han disputado frente al Estado por la transformación del sistema de salud (Echeverry y Borrero-Ramírez, 2015).

Pero, ¿qué ideas de justicia orientan esta disputa? De un lado, el Estado ha tenido dos orientaciones:

- (i) la Corte Constitucional ha sido garantista del derecho a la salud desde una perspectiva igualitarista y, por ello, proclamó el DS como un derecho verdaderamente fundamental; y,
- (ii) el Ejecutivo, en cabeza del Ministerio de Salud, ha estado orientado principalmente por una perspectiva utilitarista, de tal forma que el énfasis en la toma de decisiones se fundamenta en acciones de alto costo/beneficio. De otro lado, los actores con menor poder que han disputado el sistema de salud, están orientados tanto por ideas igualitaristas como por la máxima “para cada quien según su necesidad y de cada quien según su capacidad” (Borrero y Estrada, 2014).

Estas perspectivas han puesto en la escena pública una discusión por la orientación del Estado. Para el Ejecutivo y el Legislativo (Presidencia, ministerios y Congreso de la República), la idea de justicia dominante implica promover un Estado menos intervencionista, que se concentre fundamentalmente en la financiación de la afiliación al SGSSS de los más pobres, la regulación del sistema y la inspección, vigilancia y control; es decir, un Estado más adelgazado que delega gran parte de las responsabilidades en el mercado. En tanto que, para la Corte Constitucional y los actores del movimiento social, se promueve fuertemente la idea del Estado Social de Derecho, es decir, un Estado garante de los DESC, entre ellos, el DS.

En el primer modelo —que es el predominante en Colombia— se constituye una ciudadanía fragmentada, vinculada a la capacidad de pago, con lo que se mantienen las brechas entre grupos socioeconómicos. El segundo modelo promueve la ampliación de la ciudadanía social no vinculada a la capacidad de

pago y garantizada por el Estado ([Figura 2.8](#)).



Figura 2.8. Modelos de prestación del derecho a la salud

Fuente: elaboración propia con base en las referencias consultadas.

CONCLUSIONES

Las inequidades sociales en salud y el derecho a la salud son asuntos que se encuentran íntimamente ligados y que han ganado vigencia a partir de los procesos de globalización económica contemporánea. Las transformaciones propias de la globalización, producto de orientaciones neoliberales promovidas por la banca multilateral y grupos económicos transnacionales en alianza con élites nacionales, han ocasionado profundas transformaciones en el Estado, sus instituciones y el rol que juega en términos del bienestar social y, por tanto, de las políticas sociales. Las nuevas orientaciones han apuntado, desde la década de los ochenta, a la disminución del tamaño del Estado, la mercantilización de los servicios sociales, la focalización del gasto y la privatización de la responsabilidad en los ciudadanos. En salud, esto significó la creación de mercados regulados de servicios de salud, en los que el Estado tiene la función de regular y proveer, vía subsidio a la demanda, recursos financieros a los más pobres para participar de dicho mercado. Colombia, a través de la Ley 100 de 1993, ha sido un modelo internacional en la implementación de estos mercados de salud.

El reconocimiento de los derechos humanos ha sido producto de las luchas sociales y de las trayectorias históricas y sociopolíticas de los países, representan un estándar para la comunidad internacional, y hoy, pese a las violaciones cotidianas de los mismos, tienen legitimidad en amplios sectores de la sociedad. De hecho, hay diversas organizaciones de la sociedad civil y una institucionalidad nacional e internacional para su protección y monitorización.

Los derechos humanos tienen dimensiones éticas, políticas, económicas, de justicia social y de exigibilidad ante el sistema judicial, más allá de su reconocimiento jurídico y de su consagración en las constituciones políticas. El

alcance y contenido de los derechos humanos, en especial de los derechos sociales —entre estos, el derecho a la salud—, es un asunto polémico, considerando que, como lo sostienen algunos autores (Santos de Souza, 2006 y Marshall, citado en Bustelo y Minujin, 1998), son los únicos derechos que ponen en tensión la igualdad y la libertad, porque en el propósito de proveer una ciudadanía social sustantiva, representada en un nivel de igualdad universal en las condiciones materiales de vida y en la lucha contra la pobreza, afectan la estratificación social del capitalismo por la vía de la redistribución de la riqueza, aunque no la eliminan. Por eso, la materialización de los derechos sociales es un escenario de contienda política entre concepciones antagónicas sobre los derechos, las políticas sociales y las instituciones.

En el debate sociosanitario contemporáneo, se disputan dos concepciones antagónicas de derecho a la salud: por un lado, como derecho fundamental, que viene de la matriz sociopolítica del ESD, y se materializa en el CME y en los FDS —entendidos como un piso básico—, que son susceptible de ampliación según nuevas necesidades; promueve instituciones y políticas sociales orientadas a la ciudadanía social, y un sistema judicial que consulta el contexto; además, incorpora las demandas ciudadanas y está del lado del activismo y de la exigibilidad del DS. Del otro lado, está el derecho a la salud ligado al pago, afín a la matriz de la globalización económica contemporánea y de las reformas de mercado en salud; su contenido es un techo representado en planes de beneficios segmentados, cubiertos por un seguro y un plan nacional de salud pública; promueve instituciones y políticas favorables a la mercantilización de la salud, y un sistema judicial con reglas estables que restrinja o elimine la exigibilidad de los derechos sociales.

Estas dos concepciones del derecho se presentan, para efectos didácticos, como “tipos ideales”, es decir, como construcciones teóricas maximalistas; en la práctica esos derechos están atravesados por tensiones, relaciones de poder y disputas políticas con actores concretos de cada lado de la contienda. El balance en el escenario nacional y, en buena medida, en el internacional, es el de la hegemonía del derecho ligado al pago sobre el derecho fundamental, lo cual ha representado un incremento de las inequidades sociosanitarias en términos de resultados en salud.

En los marcos jurídicos nacional e internacional existen diversos instrumentos y recursos jurídicos para la exigibilidad de los derechos sociales. El derecho internacional es débil, de lento desarrollo jurídico, asimétrico respecto a los derechos civiles y políticos porque no tiene efectos vinculantes, pero se ha logrado, desde 2013, contar con un protocolo facultativo del PIDESC para presentar quejas por violaciones de los DESC ante el sistema de las Naciones Unidas, el firmado por Colombia cual no ha sido, ni ha existido una presión social visible para hacerlo. En contraste, el marco jurídico nacional cuenta con instrumentos de mayor alcance: han sido ampliamente utilizados para la protección del derecho a la salud, el derecho de petición, la acción de tutela, la acción de cumplimiento y el incidente de desacato, y en menor medida, las acciones de grupo y acciones populares. Tenemos, entonces, un doble reto: la

difusión del derecho internacional para presionar el activismo judicial y la ampliación del mismo, y la defensa de los recursos judiciales para la exigibilidad del DS, porque actualmente la iniciativa de una reforma a la justicia busca recortar el alcance de la tutela, que, aún con sus limitaciones, ha sido un instrumento de inclusión social y de resolución individual de necesidades en salud.

El ejemplo colombiano ha mostrado que las transformaciones del sistema de salud reproducen en su interior las inequidades de la estructura de su sociedad, procurando mejores servicios de salud a quienes están ubicados en mejores posiciones económicas. Asimismo, el aumento de inequidades, las diferenciales en la oportunidad y calidad de acceso y uso de los servicios de salud y las desigualdades en los determinantes de la salud generan sentimientos morales de indignación, injusticia y sufrimiento social. Estas inequidades se constituyen en violaciones del derecho a la salud, mismo que, de acuerdo con la OG 14, debe ser oportuno, continuo, pertinente y de calidad. Esta violación sistemática del derecho a la salud lleva a la población al uso de mecanismos de exigibilidad jurídica — uno de los más usados es la acción de tutela— y a procesos de organización y movilización social para exigir al Estado la garantía del derecho a la salud. En Colombia, esta es una disputa en proceso que se expresa en divisiones tanto del Estado como de los ciudadanos. Es, pues, una responsabilidad de los profesionales de la salud profundizar sobre esta temática y, desde la óptica de las autoras, comprometerse con la defensa del derecho a la salud y del cierre de brechas inequitativas en salud.

REFERENCIAS

- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 905-925. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000400002&script=sci_abstract&tlang=es
- _____. (2005). Reforma del Sector Salud y equidad en América Latina y el Caribe. *Revista Gerencia y Sistemas de Salud*, 4(9), 6-60. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2747>
- Álvarez, L. S. (2001). Introducción. En *Pensamiento en Salud Pública. El derecho a la salud*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Arango, R. (2004). Constitucionalismo, Estado social de derecho y realización integral de los derechos. En R. Arango (ed.), *Derechos, constitucionalismo y democracia*. Serie de Teoría Jurídica y Filosofía del Derecho, no. 33. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Archila, M. (2005). *Idas y venidas. Vueltas y revueltas. Protestas sociales en Colombia 1958-1990*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH) y (CINEP).
- Asamblea General de las Naciones Unidas [ONU]. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Ginebra, Suiza: Humanium. Recuperado de <https://www.humanium.org/es/derechos-humanos-1948/>
- _____. (1966). Pactos Internacionales de 1966. Ginebra, Suiza: Humanium. Recuperado de <https://www.humanium.org/es/pacto-1966/>
- Banco Mundial. (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Bol. of Sanit Panam.*, 103(6), 695-709. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/17647>
- _____. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington: Autor. Recuperado de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box>

- _____. (2000). *Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*. Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social N° 0006. Washington: Autor.
- Beck, U. (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global* (103), 29-40. Recuperado de http://www.fuhem.es/papeles_articulo/desigualdad-en-salud-la-mayor-epidemia-del-siglo-xxi/
- Berkins, L., & Fernández, J. (Coords.) (2005). *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en Argentina*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Bobbio, N. (1992). *El problema de la guerra y las vías de la paz*. Barcelona: Gedisa.
- Borrero-Ramírez, Y. (2011). Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 29(3), 299-307. Recuperado de http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3542/Derecho_salud_justicia_sanitaria.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Borrero, Y., & Estrada, V. (2014). Construcción del derecho a la salud desde los movimientos sociales: la globalización desde abajo. En M. Arrivillaga, Y. Borrero y J. P. Salcedo (Dirs.), *Globalización, libre comercio y salud* (pp. 249-267), Cali: Aurora.
- Braveman, P. (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and-middle income countries*. Geneva: WHO. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65228>
- _____. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194. Recuperado de <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57(4), 254-258. Recuperado de <https://jech.bmj.com/content/57/4/254>
- Braveman, P., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R., & Troutman, A. (2011). Health disparities and health: The issue is Justice. *American Journal of Public Health*, 101(Suppl. 1), 149-165. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222512/>
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder. Construcción de lo social y del género. En M. Viveros & G. Garay (Comps.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (pp. 130-141). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Centro de Estudios Sociales (CES).
- _____. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Bustelo, E., & Minujin, A. (1998). Política social e igualdad. En E. Bustelo y A. Minujin (eds.), *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes* (pp. 69-80). Bogotá: Unicef - Santillana.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Barcelona: Paidós.
- Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia 1991. Gaceta Constitucional No. 116, Bogotá, 20 de julio de 1991. Recuperado de <http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>
- Colombia. Congreso de la República. (1993). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148, Bogotá, 23 de diciembre de 1993. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CESCR]. (2000). Observación General 14. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Cortés, F. (2001). El proyecto político democrático y la cuestión de los derechos humanos sociales. En M. A. Alonso y J. Giraldo (Eds.), *Ciudadanía y derechos humanos sociales*. Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Currea-Lugo, V. de (2000). La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (Ed.), *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos* (pp. 189-308), Bogotá: Antropos.
- Defensoría del Pueblo. (2012). *La tutela y el derecho a la salud 2011. 20 años del uso efectivo de la tutela 1992-2011*. Bogotá: Autor. Recuperado de https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/10/la_tutela_y_el_derecho_a_la_salud_2011_defensoria.pdf
- Echeverry, M. E. (2007). Las reformas estructurales en América Latina y el derecho a la salud. *Revista de*

- Investigación Social*, año 3(5), 43-66. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/f2e8/ad20db91b70caf44dfed2b80231cd0b88b83.pdf>
- Echeverry, M. E., Arango, A., Gómez, D. A., Nieto, E., Noguera, P. F., Paja, R. M., & Rodríguez, C. M. (2013). *Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Echeverry, M. E., & Borrero-Ramírez, Y. (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cad. Saúde Pública*, 31(2), 354- 364. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000200354&script=sci_abstract&tlng=es
- Engels, F. (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Santiago de Chile: Archivo Chile. Recuperado el 13 de septiembre de 2018, de http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/engelsf/engelsde00008.pdf
- García, M., Rodríguez, C. y Uprimny, R. (2006). Una nueva aproximación al debate sobre la justicia, los derechos sociales y la democracia en Colombia. En García, M., Rodríguez, C. y Uprimny, R. (Eds.), *¿Justicia para todos? Sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia* (pp. 15-45), Bogotá, Colombia: Norma.
- Gosepath, S. (2001). Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos sociales. En M. A. Alonso y J. Giraldo (Eds.), *Ciudadanía y derechos humanos sociales*. Medellín, Colombia: Escuela Nacional Sindical.
- Hernández, M. (1997). *Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia. Cartilla de Seguridad Social, N° 2*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública.
- _____. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 991-1001. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18n4/991-1001/>
- _____. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev. Salud Pública*, 10(Supl. 1), 72-82. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>
- Index Mundi. (2019). Comparación de países. Tasa de mortalidad infantil. Recuperado el 24 de noviembre de 2019 de <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=29&pl=es>
- International Society for Equity in Health [ISEH]. (2002). The Toronto Declaration on Equity in Health. *Rev Panam Salud Publica*, 12(6), 465-467. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2002.v12n6/465-467/en>
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*, 39(7), 887-903. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369490202X?via%3Dihub>
- Laurell, A. C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa*. México: Era.
- Laurell, A. C., & López, O. (1996). Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. *International Journal of Health Services*, 26(1), 1-18.
- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1989). *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México DF: Era.
- Londoño Toro, B. S., Cortés Nieto, J. D. P., Lombana-Rodríguez, M. A., Maya-Lucero, C. A., Aguilar-Ariza, J., & Palacios-Sanabria, Ó. G. (2009). Eficacia del incidente de desacato. Estudio de caso, Bogotá, Colombia (2007). *Universitas* 58(118), 161-188. Recuperado de <https://pure.urosario.edu.co/es/publications/eficacia-del-incidente-de-desacato-estudio-de-caso-bogotá-colombi>
- Luhmann, N. (1998). La paradoja de los derechos humanos y sus tres formas de desarrollo. *Sociología y Política. Nueva Época*, año 5(10).
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. New York: Time Books.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos, suplemento de la 4a. edición*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2018, abril 6). *La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina*. Noticias ONU. Recuperado de

<https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582>.

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*. Washington, D.C.: OPS, OMS. Recuperado el 24 de noviembre de 2019 de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS](2017). *Inequidades y barreras en los Sistemas de Salud*. Salud en las Américas. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_es&p=312&lang=es
- Oxfam. (2017). *Una economía para el 99%. Informe de Oxfam*. Oxford: Autor. Recuperado de https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/bp-economy-for-99-percent-160117-es.pdf XX
- Piketty, T. (2014). *El capital en el siglo XXI*. Londres: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Rojas, L. D. (2012). *Exigibilidad del derecho a la salud pública en Colombia 1999-2011* (Tesis de Maestría en Salud Pública). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Bogotá.
- Rojas, R. (Comp.). (2016). *Aportes de Marx y Engels al estudio del proceso salud-enfermedad de la clase proletaria*. Ciudad de México: Autor. Recuperado el 7 de diciembre de 2019 de <https://raulrojasoriano.com/aportes-de-marx-y-engels-al-estudio-del-proceso-salud-enfermedad-de-la-clase-proletaria-aspectos-humanos-de-su-trabajo-cientifico/>
- Rossi, J. (2004). Exigibilidad y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. En van Beuren y O. Soto (Coords.), *Derechos humanos y globalización alternativa: una perspectiva iberoamericana* (pp. 61-100). Puebla, México: Universidad Iberoamericana.
- Rossi, J., & Filippini, L. (2010). El derecho internacional en la justiciabilidad de los derechos sociales: el caso de Latinoamérica. En P. Arcidiácono, N. Espejo y C. Rodríguez (Coords.), *Derechos sociales: justicia, política y economía en América Latina* (pp. 195-234). Bogotá: Siglo del Hombre.
- Santos de Souza, B. (2006). *Conocer desde el sur. Para una cultura política emancipatoria*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM-. Programa de Estudios sobre Democracia y Transformación Global.
- Starfield, B. (2004). Promoting equity in health through research and understanding. *Developing World Bioethics*, 4(1), 76-95. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-8731.2004.00068.x>
- Stiglitz, J. (2002). *El malestar de la globalización*. Madrid: Taurus.
- Torres, J. (1998). Comunicación moral y derechos humanos. *Sociología y Política*. Nueva Época, año 5(10).
- Uprimny, R. (2001). Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. En V. Moncayo, C. Gaviria, R. Uprimny, W. Villa, S. Kalmanovitz, M. Uribe, F. Hinestroza, ..., G. Gall (Eds.), *El debate a la Constitución* (pp. 55-86). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-ILSA.
- Uribe, A. (2000). Presentación. En Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (Ed.), *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos* (pp. 7-132), Bogotá: Antropos.
- Vega, R. (2002). Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(2), 49-65. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2901>
- Vélez, A. L., Realpe, C. y Valencia, J. (2009). *La protección del derecho a la salud y la acción de tutela. Caso de estudio*. Manizales: Universidad de Caldas.
- Virchow, R. (2008). Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia. *Medicina Social*, 3(1), 5-20. Recuperado de <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/176/377>
- Waitzkin, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina - Centro de Historia de la Medicina.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-28. doi:10.1093/heapro/6.3.217
- _____. (1992). The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Williamson, J. (1991). *El cambio en las políticas económicas de América Latina*. México DF: Gernika.

-
- ¹ Varios países ratificaron el PIDESC; por ejemplo, Colombia lo hizo en 1968 mediante la Ley 74, con lo que quedó incorporado a la legislación interna. Sin embargo, un pacto Internacional solo entra en vigencia cuando varios países, un mínimo de diez, lo han suscrito ante las Naciones Unidas.

Capítulo 3

La clase social como categoría analítica en salud pública



La clase social como categoría analítica en salud pública¹²

*John Harold Estrada Montoya*¹³

“La historia de todas las sociedades hasta nuestros días es la historia de las luchas de clases (...) La moderna sociedad burguesa (...) no ha abolido las contradicciones de clase. Únicamente ha sustituido las viejas clases, las viejas condiciones de opresión, las viejas formas de lucha por otras nuevas”.

Karl Marx y Friedrich Engels (1848) Manifiesto del partido comunista

INTRODUCCIÓN

En el debate actual sobre el devenir y el quehacer de la sociedad, del cual participamos activamente los salubristas y trabajadores del sector salud, se proscribe la palabra ‘clase’, por presentar un incontestable sabor marxista. El reconocimiento de la lucha de clases por parte del marxismo es la constatación de la lógica interna bajo la cual se ha desarrollado la sociedad capitalista en los últimos siglos. Para que haya lucha de clases se requiere que existan las clases, entendidas como grupos sociales con intereses contrapuestos o antagónicos, tanto en las relaciones de producción, como en la dimensión política, y que ese antagonismo genere diversas formas de conciencia social (Vega-Cantor, 1998, 1999).

El proyecto neoliberal globalizó el deterioro de la salud humana (Breilh, 2003) y ha provocado pandemias terribles, como la enfermedad de las vacas locas, el ébola, la malaria, la mortalidad por desnutrición y el sida, en África, y más recientemente, el zika, el chicunguña y la gripe aviar que amenaza con matar a treinta millones de personas, según la OMS (Vega-Cantor, 2005). Por otro lado, el discurso de la globalización y su mensaje determinista se reproduce en tanto sirve a intereses de clase (Navarro, 1999, 2007; Sarmiento, 2004). Este nuevo modo de regulación se aprecia conflictivo y contradictorio dado que es un proceso de extensión y profundización de la relación social capitalista diseñado para potenciar nuevos escenarios de constitución y realización de dicha relación y de valorización del capital (léase, extracción de ganancias y acumulación). Toda reestructuración del proceso de acumulación implica una transformación de las relaciones sociales sobre las cuales descansa dicho proceso, lo cual genera

confrontaciones, lo que hace pertinente y vigente una teoría de las clases sociales y de la lucha de clases (Estrada-Montoya, 1999; McLaren, 2003; Žižek, 2016).

Un análisis de las inequidades en la distribución de los resultados en salud, que se efectúe al margen del estudio de las relaciones de clase, está condenado a ser incompleto e inexacto. Se requiere una nueva forma de trabajar al analizar la distribución de la salud y la enfermedad de una población, en tanto la salud pública constata desigualdades ligadas a la determinación de la calidad de vida y de la salud, lo cual debe articularse al análisis de la estructura no equitativa en nuestra sociedad a fin de generar interpretaciones que posibiliten un proceso emancipador y transformador (Navarro, 2003). No hacerlo condena a la salud pública a operaciones cosméticas y funcionalistas del sistema hegemónico. No es gratuito que en la mayoría de los estudios y reportes de las condiciones de salud-enfermedad que producen los organismos internacionales —como la OMS y la OPS—, así como en el discurso de muchos intelectuales y académicos, estén ausentes conceptos como la ‘clase social’, los antagonismos o la ‘lucha de clases’ y se sustituyan por términos o categorías menos beligerantes como ‘ingresos’ o ‘posición social’. Esto se explica, en parte, por la hegemonía que han adquirido los organismos financieros del nivel supranacional (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y la misma OMS), al servicio de la clase dominante, con la expansión del capitalismo salvaje.

Para comenzar la reflexión, hagamos una primera precisión: al revisar la historia se advierte que no es Marx el primero de los pensadores en hablar de las *clases* en relación con la división de la sociedad, pero sí es el primero que hace explícito el rol de los sujetos frente a los medios de producción y el papel que juega esta relación en determinar si se está o se pertenece a una determinada clase social. De hecho, en varias de sus obras esboza los fundamentos conceptuales de lo que se ha configurado como el *antagonismo* y la *lucha de clases*. En su temprana obra *Contribución a la crítica de la filosofía del derecho de Hegel* (1843-1844), Marx afirma que la tarea del proletariado consiste en llevar a cabo una revolución que elimine el capitalismo, la sociedad de clases y la religión del dinero (Jaramillo, 2017). Más adelante, en una carta de 1852 dirigida a su amigo Weydemeyer, subraya que él de ninguna manera había descubierto la existencia de las clases o de la lucha de clases, pero había mostrado que la existencia de las clases está ligada a determinadas fases de desarrollo histórico de la producción (Heinrich, 2008). Por fortuna, las obras que incluyen las clases sociales y sus antagonismos o lucha de clases se publicaron en vida de Marx, ya que se trataba de obras urgentes, de inmediata circulación, traducción y utilización para los movimientos sociales. Por este motivo, no sufrieron deformación ni vaciamiento de contenido; sin embargo, más de la mitad de la obra de Marx permaneció sin publicar hasta mediados del siglo pasado, cuando se reinicia el proyecto denominado MEGA2 (Marx-Engels-Gesamtausgabe2) que aspira a publicar la totalidad de los manuscritos que se encuentran en el Instituto Marx. La obra central que Marx y Engels escribieron para los movimientos populares, el *Manifiesto del partido comunista*, tiene hoy especial vigencia a pesar de haber sido encargada en 1846 por la naciente clase obrera, organizada en sus luchas y

reivindicaciones en la “Liga de los comunistas”; fue publicado en febrero de 1848, en plena efervescencia revolucionaria (Hobsbawm, 1989).

Casi dos décadas más adelante (en 1867), y después de múltiples reelaboraciones y reescrituras, se publica en alemán el primer tomo de *El capital: crítica de la economía política*, obra en la que Marx emplea el concepto de ‘clase’, principalmente en sentido estructural, para constatar que en las relaciones del capital se encuentra una determinada relación de clase: por un lado, el poseedor del dinero y de los medios de producción; por el otro, el trabajador libre para vender su fuerza de trabajo al primero mediante una entelequia jurídica, que desde allí se llama “contrato de trabajo” (Marx, 1867/2006).

Diferentes posiciones en las relaciones de producción generan diferentes fuentes y tipos de poder económico, político, social y cultural, en los que se incluye el ingreso. Estas relaciones están basadas en la explotación y la dominación, lo cual explica, entre otros factores, el nivel de salud de las poblaciones. Entender las relaciones de explotación y dominación es crucial para comprender el crecimiento de las desigualdades y el deterioro de las condiciones de vida y de salud de la población durante estos siglos de imposición del capitalismo (Navarro, 1999; Robinson, 2007; Wright, 2010, 2015).

El manifiesto del partido comunista, legado para la posteridad de Engels y Marx, es considerado por los eruditos y estudiosos, tanto de derechas como de izquierdas, una de las grandes obras del pensamiento occidental, al lado de *La política* de Aristóteles y *La república* de Platón. Se trata sin duda del panfleto más importante que partido alguno haya tenido en la historia de la humanidad: fácil de leer, radical en sus afirmaciones y rico en descripciones de cómo funcionaba el mundo de la época. Invita a la unidad, a la solidaridad y anuncia que de las entrañas del capitalismo saldrán sus sepultureros (Marx y Engels, 1848/1976). Describe a los proletarios, ayer de un capitalismo industrial, hoy de un capitalismo cognitivo, ambos asalariados, ambos en antagonismo con quienes los explotan (Jaramillo, 2017). En este texto aparece la definición de las clases sociales y de su inevitable antagonismo, toda vez que esos proletarios, a los que invitaban a la unidad, habían tomado conciencia de su explotación y enajenación, y se habían levantado contra sus opresores, los habían derrocado, se habían tomado el gobierno en muchos países europeos, y con sus lecciones de gobierno democrático cambiaron el rumbo de la historia de Occidente. Allí se encuentra, justamente al comienzo, la famosa frase: “La historia de todas las sociedades que han existido hasta ahora es la historia de la lucha de clases” (Engels y Marx, citados en Heinrich, 2008).

Esta imperfecta forma de democracia fue, sin embargo, mejor cualitativamente que las anteriores monarquías de carácter absolutista, ilustradas o no. Se tenían constituciones, se elegían cuerpos colegiados, existía la noción de derechos y se coincidía en que el garante de estos debía ser el Estado. Permanecían inalteradas las clases sociales y sus antagonismos, toda vez que la burguesía liberal requirió del apoyo popular para derrocar a las anquilosadas monarquías. Cuando comenzaron los justos reclamos de los pobres y hambrientos, fueron sofocados con las balas de la soldadesca que ahora defendía los intereses

de la nueva clase en el poder: la burguesía liberal o conservadora, dependiendo de cuál partido o bando se hubiera hecho con el poder (Hobsbawm, 1989).

Para Marx, en el capitalismo —a diferencia del feudalismo o del esclavismo— la organización de la producción y de los ciclos productivos se organiza en torno a dos clases bien diferenciadas: de un lado, hombres y mujeres libres que venden su fuerza de trabajo, a los que Marx llamó genéricamente *proletarios*, y del otro lado, hombres y mujeres (sobre todo hombres) poseedores de enormes fortunas y medios de producción, a los que denominó *burguesía*. Los primeros, que hoy se denominan empleados, asalariados, o como los nombra el sociólogo brasileño Ricardo Antunes, “clase-que-vive-del-trabajo”, solo poseen su capacidad potencial o “fuerza de trabajo”, que es comprada por un precio convenido de antemano por los segundos, o burgueses, quienes al final del proceso productivo, una vez se ha realizado la circulación de las mercancías y su venta en el mercado nacional o internacional, obtienen un valor muy superior a la sumatoria de los valores individuales que tienen las materias primas, los medios de producción (valor proporcional de la depreciación de fábricas y máquinas, uso del suelo, etc.), el dinero invertido en energía, agua, arrendamientos, impuestos y, por supuesto, los salarios de su trabajadores. De ese valor diferencial, que denominará ‘plusvalor’ o ‘plusvalía’, se ocupa Marx en los tres tomos de su extensa obra *El capital*, la cual se considera uno de sus mayores aportes teóricos, junto con el del trabajo vivo y fuerza de trabajo (Marx, 2006).

El gran aporte de Marx en la discusión con los principales economistas de su tiempo —Smith, Ricardo, McCulloch y Sismondi— es que ese mayor valor en dinero que se encontraba al final de la cadena productiva o ciclo productivo (incluye la producción, la circulación y transporte y la distribución de mercancías, bienes y servicios), una vez pagados todos los costes de producción, le pertenece al trabajador y le es arrebatado por los dueños del capital, quienes reclaman que legítimamente tienen derecho a ese excedente por su emprendimiento, dedicación y por gestionar, en ocasiones como empleados también, el proceso de producción.

Para Smith y Ricardo, al final del ciclo productivo, cada clase tenía su parte de manera proporcional a su participación: los trabajadores, sus salarios, y los burgueses, sus ganancias (esta categoría se desarrolla sobre todo en el tomo III de *El capital*). Marx argumentó en el tomo I que Smith y Ricardo se habían hecho “los de la vista gorda” (invisibilizado) con una categoría para nada menor, esto es la plusvalía. Y es que, en el proceso de producción, cada persona incorporaba en las mercancías producidas un valor que, al final del ciclo, el capitalista recuperaba incrementando y no pagaba nada por ello al trabajador. En las fórmulas detalladas de Marx, ese plusvalor le pertenece al trabajador, y solo mediante su invisibilización —por medio del contrato, el salario y, en últimas, el dinero—, el obrero cree que ese salario corresponde proporcionalmente a las horas trabajadas y el dueño del capital razona para sí, que fue su emprendimiento, su olfato para los negocios o su trabajo duro el que lo generó. El salario para el obrero y la ganancia para el dueño del capital (Maldonado, 2018a).

¿Pero son las clases sociales y el antagonismo exclusivos del capitalismo? La respuesta clara y tajante es no. En el periodo denominado esclavista estaban los

poseedores libres y los esclavos; en el periodo feudal estaban los señores feudales y los siervos de la gleba, que antagonizaban entre sí; sin embargo, las relaciones entre unos y otros estaban mediadas por condiciones distintas a las que asumirían en el modo de producción capitalista, que es al que dedica Marx toda su energía en los tres tomos de *El capital*, como ya ha sido mencionado (Maldonado, 2018b).

Las clases se forman en el curso de la lucha misma, la cual está estructurada por las condiciones económicas, políticas e ideológicas que presenta. Esas condiciones objetivas moldean la práctica de los movimientos que tratan de organizar a los trabajadores en una clase. Por otro lado, las clases no son anteriores a la práctica política e ideológica; cualquier definición es inherente a la práctica de las fuerzas comprometidas en la lucha para mantener o alterar las relaciones sociales existentes. Lo que hace antagónicos a los intereses de los actores es que la relación que se establece entre ellos sea de explotación o de dominación, pues implica un conjunto de intereses materiales opuestos. De esto nos ocuparemos más adelante.

Se puede hablar de *clases sociales* en dos sentidos: (i) el primero es *estructural*, en el que las clases se definen por su posición en el proceso social de producción, es decir, alguien puede pertenecer a una clase aunque no tenga conciencia de ello; y (ii) el segundo es de tipo *histórico*, en el que los grupos sociales en una determinada situación histórica se consideran a sí mismos como clase, diferenciada de otras clases.

Los instrumentos ideológicos de dominación del capitalismo, en su fase actual de mundialización, son el neoliberalismo y la globalización; por ello, es de suma urgencia desmitificar esta realidad e incluir el papel que juegan las relaciones de poder en nuestra sociedad. Es perentorio para los profesionales de las ciencias sociales y del sector salud estudiar cómo diferentes relaciones de clase configuran diferentes sociedades y niveles de bienestar, y cómo los movimientos obreros, sociales y fuerzas aliadas son los recursos más importantes en la mejoría de la salud y del bienestar de la población (Navarro, 2007; Robinson, 2007; Žižek, 2016).

LAS CLASES SOCIALES: CONCEPTOS

MARXISTAS

En el sistema capitalista, el proceso de explotación polariza a la sociedad en torno a dos clases que existen la una por la otra (capitalistas y trabajadores asalariados). La clase dominante dispone jurídica y privadamente de los medios sociales de producción o de intercambio, destinados a la satisfacción de las necesidades de la sociedad en su conjunto. La burguesía emplea a hombres, mujeres e incluso niños, quienes para subsistir, por no tener acceso a la propiedad de esos medios materiales, deben vender su fuerza de trabajo a los que sí disponen de estos. Este es el proletariado, una clase social que en la actualidad, a escala mundial, constituye una reserva de fuerza de trabajo sometida globalmente a la explotación, es decir, a la extracción de excedente o plusvalía (Meillassoux,

1998).

Pertenecen a la burguesía los que disfrutan de la propiedad de un capital productivo o distributivo y emplean trabajo asalariado (Marx y Engels, 1848/1976). El sistema capitalista supone la libre gestión de medios sociales de producción y promueve, por acumulación de ganancias, enriquecimiento ilimitado de quienes lo detentan. Por encima de divisiones o conflictos nacionales, la burguesía no es homogénea y conoce numerosas variantes según los sectores de actividad, importancia del capital (mercantil, agrario, industrial, comercial, financiero), su modo de transmisión, el grado y las formas de concentración, conformando lo que un autor estadounidense ha llamado la ‘clase financiera transnacional’ (Robinson, 2007).

Si en lo cotidiano la burguesía está dividida contra sí misma, en tanto cada fracción de clase capitalista, según los sectores de actividad ya mencionados, trata de obtener la mayor parte del plusvalor total generado, la concentración de capital actúa como medio de polarización hegemónico que inspira una ideología común al mundo capitalista, en particular cuando está en juego la existencia misma del sistema. Esta clase tiende cada vez más a reducirse a medida que se acentúa la concentración del capital y su transnacionalización, en tanto aumenta el centralismo político (Meillassoux, 1998).

Marx designaba como ‘proletariado’ a la clase de los que solo pueden acceder a los bienes necesarios por la venta a un empleador de su fuerza de trabajo (Marx y Engels, 1848/1976). Forman el proletariado aquellos que, asalariados o privados de un ingreso mediante empleo, están en situación de dependencia. El salario, cuando está fundado únicamente sobre tiempo de trabajo, priva al proletariado del acceso a los medios de producción, pues los periodos improductivos de ocio, de recuperación de fuerzas para retomar el trabajo, no se compensan con los ingresos salariales (Meillassoux, 1998). Las funciones redistributivas y de solidaridad, necesarias para asegurar la reproducción biológica y social del proletariado, son asumidas por instituciones no capitalistas, como la familia (en particular las mujeres), las asociaciones de vecinos, las organizaciones comunitarias, de mujeres, de campesinos, de indígenas, las mutuales, la seguridad social, las organizaciones caritativas y, más recientemente, la beneficencia y la salud pública.

Por eso, el proletariado se divide socialmente según su grado de integración en la sociedad, o sea, según sus capacidades de acceso a las prestaciones sociales redistribuidas a este nivel. Su dispersión geográfica, los modos infinitos de explotación a los que están sometidos, su desigual grado de integración, las diferencias culturales y educativas, la miseria en la que son mantenidos millones en todo el mundo (miseria calculada para prevenir la revuelta y la agitación) son circunstancias que frenan su capacidad actual de organización militante y disuelven la conciencia política. La hegemonía ideológica actual pretende borrar al proletariado y presentar la disminución relativa de su número en los países desarrollados como su disminución absoluta. Por otra parte, la noción cristiana de *pobre* sustituye a la subversiva de *explotado*, aislándola de su contexto y facilitando la generalización del desempleo y el miedo a la escasez. Así, la

explotación se ampara detrás de la visión compasiva de la miseria que, descontextualizada, se presenta como causada por el destino y es solucionada con una “caridad” bien orquestada (Meillassoux, 1998).

Cuando se asevera que las estructuras de clase inciden en el estado de salud-enfermedad, se está afirmando que dichas estructuras generan efectos (intereses materiales de actores decisivos, conciencia de clase o restricciones de recursos), que en conjunción con otros mecanismos (la etnia o el género) explican los patrones de morbilidad y mortalidad de un grupo social dado (Breilh, 1989a, 2003; Estrada-Montoya, 2006; Navarro, 1984, 2000). Sin embargo, aunque no pueda reducirse la situación de salud-enfermedad de una población a los determinantes de clase, los mecanismos generadores de clase siguen siendo necesarios para entender los determinantes fundamentales, si se quiere que la clase figure como parte de la explicación (Wright, 1998, 2010, 2015). Dicho más rigurosamente: solo se puede determinar la pertenencia a una clase cuando existe unidad del proceso de producción y del proceso de circulación del capital, y se han hecho evidentes la realización del plusvalor y la concentración de las ganancias en las manos de los capitalistas (Heinrich, 2008).

En este nivel está claro que no es simplemente la posesión o no posesión de medios de producción lo que decide acerca de la pertenencia a una clase. El presidente de la junta de accionistas de una sociedad anónima puede ser formalmente trabajador asalariado, pero, de hecho, es capitalista activo, dispone de capital (aunque no sea de su propiedad), organiza la explotación y su remuneración no depende del valor de su fuerza de trabajo, sino de los beneficios producidos en la gestión del capital y del trabajo ajenos. Por el contrario, muchos trabajadores formalmente autónomos o por cuenta propia, que pueden poseer incluso pequeños medios de producción, son ahora como antes, proletarios que viven *de facto*, de vender su fuerza de trabajo, lo que en muchas ocasiones tiene lugar bajo peores condiciones que en el caso de una relación formal de trabajo asalariado, pues en la segunda cuentan al menos con la seguridad social determinada por la ley (Heinrich, 2008; Maldonado, 2018b).

Así mismo, la posición y la dominación de clase es la que explica la composición, producción y distribución de la salud, toda vez que las clases trabajadoras y las masas populares permanecen como fuerzas dominadas. Lo que suceda en el sector salud de nuestros países dependerá del desenlace de la lucha de clases que en este momento está afrontando la sociedad (Navarro, 1984, 2007; Žižek, 2016).

Para construir un concepto estructural de clase, es necesario hacer explícitos los mecanismos productores de efectos en un plano concreto. En la tradición marxista se hacen evidentes tres tipos de efecto: (i) intereses materiales, (ii) experiencia vivida, y (iii) capacidades para la acción colectiva; estos efectos son generados directamente por los mecanismos estructurales de clase, lo que fundamenta su relevancia teórica (Wright, 1998, 2010, 2015).

Intereses materiales

Las relaciones sociales de producción determinan un conjunto de mecanismos mediante los cuales los individuos consiguen acceso a los recursos materiales y al producto social generado con esos recursos. Hay dos tipos de intereses materiales: *bienestar económico* y *poder económico*. Los individuos de ambas clases (capitalistas y proletariado) tienen el mismo interés intrínseco con relación al bienestar, pues ambos, al margen de la clase a la que pertenecen, quieren mejorar su bienestar económico; sin embargo, difieren en sus intereses respecto a los medios para alcanzarlo (Wright, 1998, 2010, 2015).

Bienestar económico

El bienestar corresponde al paquete total de trabajo-ocio-ingreso del que dispone la persona. Decir que los individuos de una clase tienen intereses comunes referentes al bienestar económico, no significa que tengan necesariamente el mismo nivel de bienestar real. Es posible que individuos con el mismo nivel de renta tengan intereses de clase muy diferentes e incluso opuestos. Los intereses de clase respecto al bienestar vienen determinados por lo que la persona debe hacer para conseguir un determinado nivel de bienestar, esto es, por los mecanismos generadores de bienestar, no por el resultado en sí. Hablar de intereses comunes de clase significa que los individuos de una clase dada, en virtud de su relación con los mecanismos subyacentes insertos en las relaciones sociales de producción, se enfrentan objetivamente a la misma estructura general de elecciones y objetivos estratégicos cuando intentan promover su bienestar económico o mejorar el paquete de trabajo-ocio-ingreso disponible para ellos (Wright, 1998, 2010, 2015).

Poder económico

Las relaciones sociales de producción distribuyen de una forma decisiva el control sobre el plusvalor. El control de ese excedente determina la naturaleza de las inversiones económicas y, consecuentemente, la forma y el carácter del desarrollo económico. El control capitalista privado sobre el excedente impone severos límites al ejercicio del poder político democrático en una sociedad capitalista. Los intereses de clase respecto al poder económico se basan en mecanismos que determinan el acceso al excedente. Se puede ejemplificar sobre estos mecanismos en la apropiación diferencial del excedente de la gestión del sector salud por parte de Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), profesionales de la salud especializados asalariados y/o con práctica privada y personal auxiliar. Las primeras, sumas millonarias; los últimos, salarios precarios. Los intereses materiales están ligados a los aspectos básicos del poder social y no meramente a los del bienestar económico individual. Tanto los trabajadores como los capitalistas afrontan estructuras distintas de elecciones respecto de la búsqueda colectiva del bienestar económico. Describir a los miembros de una clase como individuos que comparten intereses materiales, sugiere que comparten idénticos dilemas relacionados con la acción colectiva y la búsqueda individual del bienestar económico y del poder (Wright, 1998, 2010, 2015).

En la teoría marxista, estos dos tipos de interés material (bienestar y poder

económico) están conectados mediante el concepto de *explotación*. En virtud de la apropiación del excedente, los explotadores son capaces de obtener niveles mucho más altos de bienestar económico (consumiendo parte del excedente) y de gozar de niveles más altos de poder económico (reteniendo el control sobre la asignación social del excedente mediante las inversiones). En las clases explotadas el bienestar económico se resiente debido al excedente que se les sustrae mientras que su poder económico se recorta al ser excluidos del control sobre la asignación del excedente. Si los intereses materiales de una clase se oponen intrínsecamente a los de otra, es de esperar que las divisiones entre clases estructuralmente definidas tiendan a constituirse en la base de escisiones entre grupos de conflicto, es decir, lucha de clases (Wright, 1998, 2010, 2015).

Es cierto que también hoy en día se diferencian en gran medida las condiciones de vida (ingresos, educación e incluso esperanza de vida) de la burguesía y del proletariado —consideradas clases estructuralmente determinadas—, pero también dentro del proletariado hay una gran distancia entre realidades vitales completamente diferentes (en el trabajo, los ingresos, la educación, así como en las formas de consumo y ocio).

En *El capital*, Marx designa como ‘clase media’ o ‘pequeñoburgueses’ a los grupos que no son ni burgueses ni proletarios, sobre todo a los pequeños trabajadores autónomos, como los artesanos, los pequeños comerciantes o los pequeños campesinos. Aunque el proletariado (determinado estructuralmente) o una parte de él se convierta en una clase histórica y desarrolle una conciencia de clase, no significa que automáticamente de esta conciencia de clase emerja la idea de una superación emancipatoria de la relación capitalista. Tampoco el proletariado con conciencia de clase es automáticamente revolucionario. En muchas ocasiones y situaciones históricas, este proletariado ha optado por el fascismo y salidas no democráticas (Heinrich, 2008; Maldonado 2018a,b).

Experiencia vivida

Las relaciones sociales de producción imponen una serie de prácticas a las personas inmersas en ellas, pues generan experiencias comunes que, a su vez, constituyen las comprensiones del mundo. En el modelo abstracto de producción capitalista hay tres experiencias vividas que conforman la comunidad de la clase obrera: (i) la experiencia de verse obligado a vender la fuerza de trabajo para sobrevivir, (ii) la experiencia de ser dominado y controlado en el trabajo, y (iii) la incapacidad de los trabajadores para controlar la asignación del excedente social, lo que genera la sensación de impotencia frente a las fuerzas que deciden sobre el propio destino.

Así como los intereses materiales se vinculan con la explotación, la experiencia vivida se relaciona con la alienación, pues la pérdida de control sobre el propio trabajo genera experiencias negativas que dominan la vida de los trabajadores. Tanto la explotación como la alienación nacen de las mismas propiedades relacionales de la producción, centrándose la primera en los intereses materiales, y la segunda, en las experiencias vividas (Wright, 1998).

Los conceptos de experiencia vivida se encuentran en otras tradiciones marxistas. Se destaca especialmente la teoría de las clases de Bourdieu (2000), quien intenta elaborar una concepción de las clases en torno a los conceptos duales de *habitus* y capital. Un *habitus* de clase se define por un conjunto de condiciones de la vida cotidiana que producen los condicionamientos comunes que experimentan las personas; estos, a su vez, generan un conjunto común de disposiciones interiorizadas para actuar de diversas formas. Estas disposiciones van desde los gustos hasta las receptividades a las seducciones y llamadas ideológicas particulares a la acción. En el análisis de este autor, un *habitus* de clase no se forma solo en el lugar del trabajo, sino en la comunidad, la escuela, la familia y en otras instituciones. Estos escenarios institucionales generan experiencias vividas sobre el ciclo vital que refuerzan ciertos modos de pensar y actuar, al tiempo que socavan y subvaloran otros (Bourdieu, 2000).

Capacidad colectiva

La tercera forma de fundamentar el concepto de clase desde el marxismo es la capacidad potencial para la acción colectiva. Es decir, las relaciones sociales de producción distribuyen entre las clases una serie de recursos que subyacen al potencial para la acción colectiva. Para que una categoría de agentes constituya verdaderamente una clase, debería tener al menos la capacidad potencial de organizar la sociedad según sus intereses. Marx consideraba que la clase obrera tiene esa capacidad para la lucha colectiva transformadora, por dos grandes razones: la primera, porque los trabajadores son los productores directos de la riqueza social y, por lo tanto, poseen colectivamente el conocimiento necesario para organizar la producción social; y la segunda, porque la concentración y la centralización del capital generadas por el capitalismo permiten el contacto y la interdependencia entre las masas de trabajadores que producen el tipo de solidaridad y capacidad organizativa necesaria para desafiar al poder capitalista (Wright, 1998, 2010, 2015).

LA BURGUESÍA Y SUS CUERPOS INTERMEDIOS

La burguesía propiamente dicha es ampliamente minoritaria y cada vez le resulta más difícil hacerse cargo del conjunto de funciones y tareas esenciales para la dominación de toda la sociedad. La concentración del capital y la extensión mundial del capitalismo acentúan la distancia entre sus efectivos y las poblaciones sometidas a su economía. Las funciones de gestión, administrativas, represivas, de educación, de salud y políticas son pesadas, desprestigian, exigen mucho tiempo o requieren de muchos efectivos como para ser asumidas en su totalidad por la clase burguesa. Es por fuera de ella que la burguesía debe reclutar a todos o una parte de los individuos encargados de todas estas funciones, bajo su control directo o indirecto en diversos cuerpos intermedios, caracterizados como

cuerpos sociales (Meillassoux, 1998).

Estos cuerpos sociales tienen en común el hecho de que su existencia social, y a veces política, reposa sobre las funciones que cumplen para la clase que los ha engendrado y de la que respectivamente dependen. La vocación de los cuerpos sociales engendrados por la clase dominante es la de asistirle en el ejercicio de la dominación y su mayor aspiración es parecerse a sus dominadores. La tarea de los que provienen del proletariado debería ser proteger a las clases dominadas de la explotación y guiarlas hacia la subversión de la sociedad burguesa. Ciertos cuerpos pueden, en una crisis o coyuntura, apartarse de la función de la que están investidos para autonomizarse o sustituir a la clase que los ha engendrado. En razón de su génesis histórica, de su aprehensión restringida del sistema social y de una ideología copiada de la de la clase que les dio origen, los cuerpos sociales están incapacitados para poner en marcha un proyecto político susceptible de acordarles un poder que no sea subordinado, tarde o temprano, a una u otra clase social (Meillassoux, 1998).

Los cuerpos sociales representan casi la totalidad de la población educada y productora de conocimientos. La concentración de capital refuerza a los cuerpos sociales al servicio de la burguesía, que, débil en efectivos, explota a la clase proletaria en todo el mundo y se rodea del más grande y eficiente número de cuerpos sociales, compuestos por agentes calificados destinados a funciones indispensables para hacer posible la explotación del proletariado y la dominación de la clase capitalista. El proletariado, que se extiende por el mundo a la par que las migraciones de trabajo inducidas por la globalización, dispone de pocos medios para engendrar cuerpos sociales que le suministren una organización política y sindical; y cuando lo logran, son perseguidos y estigmatizados por la clase dominante (Meillassoux, 1998).

Los individuos de los cuerpos sociales al servicio de la burguesía se encuentran en posición de clientelas, más que de asalariados, pues si su remuneración tiene la apariencia de un salario, su relación con el tiempo de trabajo no es estrictamente proporcional a ese salario, como lo es cuando hay explotación, es decir, extracción de plusvalía (Antunes, 2000). El hecho de que sus remuneraciones no estén ligadas al tiempo del trabajo, distingue a estos cuerpos sociales de las clases explotadas, pero también los diferencia en el seno de un mismo campo de actividad (v. gr. presidente de junta directiva/jefe intermedio; profesor universitario/maestro de escuela; médico especializado/auxiliar de enfermería), pues se ven forzados a la hiperactividad y al trabajo estrictamente vigilado (Álvarez-Méndez, 2005), situación común en el gremio de trabajadores del sector salud.

La tolerancia de la burguesía hacia los intelectuales críticos varía inversamente al desarrollo económico. En los países subdesarrollados, la investigación está bloqueada, se preserva el monopolio tecnológico de las burguesías internacionales, mientras que las ciencias humanas son ignoradas o prohibidas. En los países democráticos más avanzados, donde la libertad de pensar tiene menos consecuencias, por su diversidad y fácil neutralización, y donde las clases explotadas se debilitan, la clase dominante, so pena de ennegrecerse ante

sus propios problemas, asume, por el contrario, el riesgo de dejar extender esa crítica hasta el límite del pensamiento subversivo, pero no más allá (Žižek, 2016).

Sin embargo, los sectores más conservadores y reaccionarios de la burguesía triunfan contra la libertad de pensamiento y limitan los alcances de los intelectuales. Las condiciones de trabajo material de los intelectuales, diversas y cambiantes, impiden vincular su actividad a un nivel de vida determinado o a una relación de trabajo precisa. El cuerpo universitario está, más que otros cuerpos sociales, en posición de cliente, pues su tiempo de trabajo es muy flexible con relación a su remuneración, pero cada vez más es el objeto de sistemas de vigilancia y control (Chomsky, 2001). El maestro de escuela es el peor remunerado de esta jerarquía intelectual (a pesar de que su trabajo es ponderado como el más bello de los oficios), sin importar las abrumadoras condiciones de su ejercicio profesional, tornándose así en proletarios asalariados (Álvarez-Méndez, 2005).

Conjuntamente, los profesores universitarios y los maestros de escuela contribuyen a formar a los otros cuerpos sociales. Su función de enseñanza es crucial respecto de la constitución de jerarquías y el ascenso social. Su conformismo será estrechamente vigilado al igual que su capacidad pedagógica, pero en detrimento creciente de la curiosidad de espíritu y de la imaginación científica, la que a pesar de todo es indispensable para que la clase dominante preserve sus capacidades revolucionarias (Meillassoux, 1998).

El proletariado, la clase dominada, no dispone de las mismas posibilidades de concientización ni de los mismos medios para afirmar su existencia política como la burguesía. Su acceso a la educación es restringido, sus organizaciones, por lo general, solo involucran a efectivos limitados de la clase obrera. Su representación política corre a cargo de una minoría educada y consciente, formada por hombres y mujeres de orígenes sociales variados, de intelectuales y a veces de burgueses, que organizan los partidos obreros y los sindicatos.

Cuando las organizaciones se perfeccionan y se vuelven capaces de retribuir a los funcionarios, estos tienden a comportarse como un cuerpo social. Por lo tanto, los cuerpos sociales de la clase obrera son los aparatos de los partidos obreros y de los sindicatos, cuya vocación es —en principio— la de prepararlos y entrenarlos para la conquista de posiciones más fuertes en la sociedad burguesa. El rol de los sindicatos es luchar contra la explotación del trabajo y la vocación histórica de los partidos obreros es preparar al proletariado para el poder. A falta de disponer de todos los medios y del personal intelectual necesario para la resolución de sus ambiciones sociales y políticas, el proletariado es inducido a aceptar entre sus responsables a dirigentes de diversos orígenes sociales. La relación de la clase obrera con sus aparatos es radicalmente distinta a la de la burguesía con sus cuerpos sociales, en tanto el proletariado está sin cesar amenazado porque los suyos renuncien a la toma del poder, pacten con la clase dominante y se pasen a su servicio (Meillassoux, 1998).

La distinción cualitativa entre clases sociales y cuerpos sociales hace reaparecer la pertinencia de la polarización de clases que parecía haberse disuelto en el proceso de transformación histórica de la sociedad capitalista. Reduciendo la

clase dominante a una muy pequeña minoría, al tiempo que se extiende su explotación a escala mundial, esta evolución tiende a hacer menos aparentes las relaciones de clase.

En el mundo conviven diversas fracciones de la clase capitalista dominante y de sus numerosos cuerpos sociales que explotan a un proletariado que, desorganizado y sin defensa, vive en terribles condiciones, sobre todo en las regiones dominadas del Tercer Mundo. Se avizora en el futuro inmediato la liquidación progresiva y deliberada de una parte del proletariado mundial (por el avance progresivo de las relaciones de explotación a nivel internacional y por las constantes innovaciones en ciencia y tecnología), comenzando en las zonas en las que ya no es útil a la producción capitalista por la supresión de las condiciones necesarias para su existencia: elevación del precio de la subsistencia y eliminación de los servicios públicos dedicados a la reproducción y al mantenimiento vital (hospitales, seguridad social, reducción de acciones en salud pública) (Sarmiento, 2004).

La vaga conciencia en los cuerpos sociales de no pertenecer a ninguna clase en particular, alimenta su convicción de que, si alguna vez existió la lucha de clases, ha desaparecido en beneficio de una sociedad posmoderna en la cual todos tienen el rol de actores sociales individuales. Por ignorar su diferencia con la clase burguesa, los cuerpos sociales a su servicio corren el riesgo de permanecer engeguados ante la pérdida de sus privilegios y frente a su conversión definitiva en una nueva clase proletaria (Meillassoux, 1998) o “clase-que-vive-del-trabajo” (Antunes 2000, 2005). Esta clase agrupa a la totalidad de los asalariados que están desposeídos de los medios de producción. Asimismo, forman parte de esta clase, los trabajadores productivos (aquellos que generan plusvalía o plusvalor) y los trabajadores no directamente productivos (particularmente los del sector de los servicios) cuyo trabajo es consumido como valor de uso y no como trabajo que crea valor de cambio. Son trabajadores que contribuyen a valorizar el trabajo de otros.

Se configura, en palabras de Antunes (2000), una “sociedad dual”, caracterizada por: (i) la intelectualización de un sector minoritario y la precarización y descalificación de las mayorías; (ii) la reducción del obrero manual, fabril, típico del fordismo; (iii) el enorme aumento del trabajo asalariado y del proletariado precarizado (parcial, temporal, subcontratado, tercerizado) a escala mundial; (iv) el aumento del trabajo intensivo femenino, lo que genera una nueva división sexual del trabajo; (v) la expansión de los asalariados medios (vinculados a los servicios); (vi) la exclusión de jóvenes y viejos; (vii) la intensificación y superexplotación del trabajo en varias partes del mundo (especialmente de los inmigrantes y de los niños); (viii) el desempleo estructural; y (ix) la expansión del denominado trabajo social combinado o deslocalizado en todo el mundo (Estrada-Montoya, 2017; Maldonado 2018a,b; Vega-Cantor, 2017).

GLOBALIZACIÓN, LUCHA DE CLASES

NEOLIBERALISMO: IMPACTO SOBRE EL SECTOR SALUD

La reestructuración capitalista en su etapa actual es una fase novedosa de la dominación y de la explotación, que se funda en un nuevo régimen de acumulación y de regulación. Esta fase se cataloga como posfordista, posindustrial, globalizada, mundializada, internacionalizada, neoliberal, schumpeteriana o poskeynesiana, y hace énfasis en las transformaciones en el modo de producción asociadas a los cambios tecnológicos, biotecnológicos y genéticos. Se destacan las transformaciones del Estado y los cambios en el modo de regulación generados por la crisis del estado de bienestar, orientados a la flexibilización, la desregulación, la privatización, es decir, a la imposición de criterios capitalistas de libre mercado (Jessop, 1999; Navarro, 2000; Rivera, 2017; Vilas, 1998).

La globalización neoliberal hace exigencias a los países que quieran formar parte de este movimiento, y enfatiza en la creación de condiciones favorables a la movilidad del comercio, las inversiones y las transacciones financieras, para lo cual los países deben disminuir los impuestos a dichas transacciones, reducir el déficit público a través de recortar los gastos público y social (incluida la salud), desregular los mercados financiero y laboral, privatizar las empresas y programas públicos, y desarrollar políticas fiscales que favorezcan los sectores de más altos ingresos (Navarro, 2000, Žižek, 2016).

La burguesía internacional, tras las luchas obreras y populares de fines del siglo XIX, el desarrollo del movimiento obrero y social revolucionario, y el triunfo de la revolución bolchevique de 1917, instauró el Estado-nacional social, para romper, bloquear y encauzar la lucha internacional de los trabajadores (Vega-Cantor, 1998, 2017). En la posguerra, el proyecto fordista-keynesiano, o pacto del capital-trabajo, de manera perversa ofreció a los trabajadores un espejismo para alejarlos de los proyectos revolucionarios y de transformación de la sociedad: trabajo para todos, más justicia y seguridad social, consumo constante y creciente (Seabrook, 2003). Todo esto se ha esfumado, luego de la desestructuración de la clase obrera, incluso para sectores prósperos de la población, al tiempo que se produce un recrudecimiento de la transformación de la estructura de clases y de explotación (Hirsch, 1998; Rivera, 2017; Silver, 2005).

La crisis de los esquemas de tipo keynesiano y fordista, los cambios organizativos y tecnológicos profundos en los procesos productivos, la incapacidad para mantener las metas de pleno empleo, la acumulación flexible y otros elementos han generado en el capitalismo desarrollado una profunda desestructuración de la clase obrera. En América Latina, el impacto de estos procesos y de la rearticulación externa posterior a la crisis de 1982, se agrega a la acción de elementos más tradicionales (regímenes políticos autoritarios, circunscripción de la democratización a su dimensión institucional, crecimiento de la pobreza y de la informalidad) para ahondar la ya profunda fragmentación social (Rivera, 2017; Vilas, 1998) con las funestas y masivas consecuencias en la salud

de la clase trabajadora, degradación de la calidad de vida y de la salud, además de la demolición de todos los rezagos de protección colectiva y solidaria como los de la seguridad social. El proceso de liquidación del Estado benefactor en el Primer Mundo, y su correlato en el Tercer Mundo, ha demandado de la salud pública el estudio de niveles mínimos de supervivencia y cálculos de focalización, investigación de planes mínimos de atención, cálculos de subsidio a la demanda, investigación de morbilidad evitable y de trazadores genéticos para la exclusión y marginación laboral (Breilh, 2003; Estrada-Montoya, 2009).

Una consecuencia de las políticas públicas en esta etapa de la globalización es el crecimiento de las desigualdades en el mundo entre países y en el interior de los mismos, lo que genera el retroceso de servicios e indicadores de salud que tardaron décadas en consolidarse, así como el deterioro de la infraestructura pública. Otras consecuencias son: (i) transformación de beneficios universales en beneficios según méritos (asociados a pobreza), (ii) mayor rol del sector privado en la financiación y prestación de servicios, y (iii) disminución del gasto social per cápita (Navarro, 1999, 2000).

La legislación social, y en particular la legislación sanitaria, no se generan en el campo de los valores, sino que es el resultado de un escenario de relaciones de clase definidas por el grado de desarrollo de la formación social específica. Las leyes sanitarias de nuestros países son la realidad de una lucha de clases, principalmente entre la clase capitalista y la clase trabajadora, cuyos intereses se hallan en conflicto (Hernández, 2002; Navarro, 1984, 2000).

En el sector salud colombiano es necesario entender el comportamiento y los intereses de las élites y los grupos de poder, tanto históricamente como en la actualidad, ya que sus posiciones y alianzas de clase han determinado el desarrollo y la implementación de las políticas sectoriales, en ocasiones tan cruciales, como en 1936 y 1946, con la creación del Instituto del Seguro Social (Hernández, 2002); en los setenta, con el Sistema Nacional de Salud; y más recientemente, con la Ley 100 de 1993, o las constantes reformas tributarias y al régimen de pensiones. Esto hace que no sea posible comprender el funcionamiento, el financiamiento y los intereses en juego del sector, sin entender las relaciones de clase y la formación social específica del capitalismo en dicho país.

En Colombia, estas consecuencias son más evidentes, luego de más de 25 años de la promulgación de la Ley 100 de 1993, pese a los esfuerzos de denuncia e intentos de derogación o reforma por parte de la sociedad civil y de asociaciones de usuarios y profesionales del sector (Torres, 2003). Cada vez más la salud es considerada una mercancía a la que se puede acceder de acuerdo con los ingresos, lo que se evidencia en la subsistencia de los dos regímenes (subsidiado y contributivo) y denota claramente la vigencia de las clases y su antagonismo, a pesar de que se decretó la unificación de los dos regímenes. De parte de los profesionales de la salud se observa una proletarización y pauperización creciente (haciendo parte de la clase-que-vive-del-trabajo) mientras pretenden ocultar las razones del descenso social, aunque mantengan una identidad de clase para sí ligada a la burguesía con fuerte arribismo social y ascenso figurado, a lo que se denomina coloquialmente “desclasamiento” (Antunes, 2000, 2005).

Es necesario hacer énfasis en que el discurso de la globalización no es irreversible y que no se asiste a una completa globalización, sino a una exagerada internacionalización del capital financiero, toda vez que se producen transacciones del capital especulativo por 1,7 trillones de dólares diarios, valor muy por encima de los flujos comerciales (Sarmiento, 2004). En consecuencia, los Estados periféricos responden disminuyendo los gastos sociales para facilitar la penetración de los intereses financieros a sus países. Asistimos a una internacionalización del capital, del trabajo y del conocimiento, caracterizada por una búsqueda incontenible y desregulada de beneficios. El fortalecimiento de estos preceptos se explica por la naturaleza de las relaciones de clase en cada país, puntualizando en el conflicto entre capital y trabajo (con las fuerzas de capital enormemente desarrolladas en contra del trabajo). El crecimiento de las desigualdades entre los países o en el interior de ellos, significa que los poseedores del capital lo están haciendo mejor que la gran mayoría, lo que prueba que las relaciones de clase y su expresión en las instituciones políticas, económicas y culturales son la raíz para entender la realidad actual. El discurso de la globalización y su mensaje determinista se reproduce en tanto sirve a intereses de clase. Estamos, si se quiere, en una franca lucha de clases: la burguesía internacional contra los trabajadores del mundo (Navarro, 1999, 2000; Rivera, 2017; Vega-Cantor, 2017).

La *acumulación flexible* requiere la reducción drástica de los costos laborales para el relanzamiento de la ganancia empresarial. Esta condición económica necesita de una condición política: la desestructuración de la fuerza de trabajo en una suma de individuos que no devenga en clase obrera organizada. Mientras el concepto de clase implica una hipótesis de intereses compartidos, de pertenencia a un colectivo y de una direccionalidad relativamente clara, un individuo es igual a otro (y las fronteras de clase pierden sentido), o bien es tan diferente de otro que el agrupamiento de clase también resulta ficticio (Vilas, 1998).

En el Tercer Mundo la lucha de clases continúa y se intensifica pero se expresa por medio de movimientos sociales y organizaciones (muchas de raigambre indígena y campesina), además de la forma clásica de fuerza de trabajo versus capital. La activación de sujetos constituidos a partir de relaciones o temas de género, étnicos, generacionales, referentes territoriales, demandas culturales, contrasta con el papel menos visible desempeñado por organizaciones de clase más tradicionales, como sindicatos y partidos obreros (Vilas, 1998). Estos temas se configuran en fuentes de inequidad que no se desarrollan aisladamente y que, junto a la categoría clase social, explican la estructura de relaciones de poder en una sociedad, de las que depende la distribución epidemiológica de la salud y la enfermedad, como se verá más adelante. Las distinciones asociadas a estas categorías no se pueden separar unas de otras; por el contrario, convergen, se combinan, se contraponen, se integran en un cuadro complejo que da origen a un sinfín de subgrupos, los cuales comparten una misma raíz, que es la acumulación, la concentración del poder y de los medios de producción y explotación (Eagleton, 2015; Río, 1998).

En los conflictos étnicos o de género hay de por medio una relación de

dominación. La relación de explotación conlleva la de dominación, lo cual supone, como rasgo específico, la apropiación por el opresor de al menos una parte del excedente económico del oprimido. El análisis de clase implica que la formación de las clases sea un proceso histórico en el que se articulen factores políticos, ideológicos, culturales y organizativos, tan decisivos como el anclaje estructural.

Entre el poder económico y el poder simbólico existe un movimiento dialéctico que se expresa en la relación entre la estructura de clases y las relaciones de poder étnico o de género. El poder económico se concentra en la clase dominante y se expresa en una estructura de clases, pero la dominación económica requiere de relaciones culturales y una estructura simbólica que hagan viable la hegemonía. La historia ha demostrado que los procesos culturales y las formas de poder simbólico no se estructuran por separado con respecto a las formas de dominación económica (Breilh, 2003; Maldonado, 2018 a, b).

LAS CLASES COMO PRINCIPIO ARTICULADOR DEL ANÁLISIS EN SALUD PÚBLICA

En esta sección se tratará de entender el movimiento y las relaciones dialécticas de las categorías en él mencionadas, a partir de la salud pública y el reconocimiento de la determinación de la reproducción social y la salud, como parte de una estructura asimétrica de poder. La lógica productiva de una formación social permite y facilita el desarrollo de modos de vida y, en el seno de estos, surgen estilos de vida cotidianos y el denominado “perfil epidemiológico de clase”. En este perfil se resume la esencia de un complejo proceso de determinación histórica que opera en todos los dominios y niveles, se caracteriza por el movimiento o transformación permanente y se manifiesta en cada clase social bajo un perfil reproductivo. Este sintetiza las contradicciones que actúan, tanto en la dimensión natural, como en los fenómenos no expresamente sociales, estrechamente ligados con el dominio de la clase “en sí” (por ejemplo, la clase social por su inserción objetiva en el aparato productivo) y la clase “para sí” (por ejemplo, la clase cuando tiene conciencia de sus intereses históricos a largo plazo) (Breilh, 1989a, 2003).

Esta trama compleja de contradicciones a su vez se expresa en un perfil típico de salud-enfermedad, el cual implica las manifestaciones propiamente individuales que resultan de todo el proceso de determinación. Finalmente, de aquel perfil típico colectivo pueden desprenderse casos individuales probables según matices regionales, grupos etarios, características ocupacionales, sexuales, raciales, etc. (Breilh, 1989a, 2003) ([*Tabla 3.1*](#)).

Las desigualdades en salud se extienden por todo el mundo, entre naciones y a su interior, independientemente del nivel de riqueza o pobreza de los países,

realidad que ninguno de los organismos internacionales niega. El problema para quienes acuden a la perspectiva del análisis marxista de las desigualdades y/o inequidades, es que la epidemiología tradicional —por más sofisticaciones que introduce en sus modelos de análisis estadísticos—, no logra dar cuenta del entramado relacional y causal que categorías de las ciencias sociales —como la clase social— aportan para la comprensión y resolución de las desigualdades e inequidades en salud. Esto queda en evidencia en particular en el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la OMS y en las múltiples publicaciones posteriores que se concentran en mostrar el denominado “gradiente social en salud”, en virtud del cual las poblaciones más pobres tienen peor salud que las más ricas y que esto se repite en los países y al interior de los países por todo el mundo (World Health Organization - Commission on the Social Determinants of Health [WHO - CSDH], 2008). La crítica que se formula a partir de una propuesta analítica de clase es que, tanto el informe de la OMS, como la mayoría de publicaciones revisadas evaden la discusión política de la causa intrínseca de las inequidades, ya que incorporan y privilegian las categorías ‘ingresos’, ‘ocupación’, ‘posición social’ o ‘posición socio económica’ como proximales de la clase social y se limitan a recomendar que se debe procurar disminuir la brecha de inequidades, si bien no se preguntan el porqué de las inequidades, que se revelan cada vez más en aumento (Alvaredo, Chancel, Piketty, Saez y Zucman, 2018).

Tabla 3.1. Perfil de clase propuesto por Jaime Breilh.

Perfil reproductivo		
Estructura de bienes (valor de uso)	Dominio	Procesos deteriorantes (contravalores de uso)
Funciones y recursos orgánicos de inmunodefensas, locomoción y sostén. Reproducción, control.	1. Natural orgánico	Clima nocivo. Elementos traumáticos.
Bienes generados en el trabajo y el consumo, simple o ampliado.	2. Clase social “en sí”	Contravalores generados en el trabajo y en el consumo simple o ampliado.
Conciencia objetiva de clase. Avance de la organización social y las formas solidarias de vida.	3. Clase social “para sí”	Conciencia alienada. Represión de la organización y privatización de las formas de vida.
Perfil de salud-enfermedad		
Medidas de capacidad vital. Desarrollo y crecimiento.	Patrones de morbilidad y mortalidad.	
Casos clínicos individuales		
Distribución y probabilidad de casos según sexo, edad, ocupación.		

Fuente: elaboración propia.

Transcurridas dos décadas del siglo XXI, y a partir de evidencia científica acumulada en investigaciones desarrolladas en el campo de la salud pública, de las ciencias sociales o de sus intersecciones, se puede verificar que la salud y la enfermedad —así como la morbilidad y la mortalidad—, tienen una relación directa y proporcional con la situación o posición socioeconómica de las personas. Esto equivale a decir que, mientras peor sea la situación socioeconómica, serán peores los resultados en salud, menores las expectativas de vida y mayores los costos financieros y de sufrimiento que se deben pagar. La mala distribución de la salud en una sociedad es provocada por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes, servicios y condiciones de vida en la población. Las deficiencias y disparidades en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Las inequidades sociales en salud de las poblaciones, determinadas por procesos políticos, sociales y económicos, se refieren a las diferencias sistemáticas e injustas en las oportunidades, los recursos y los resultados en salud que tienen las personas en relación con características sociales como la clase social, el género, el territorio o la condición étnico-racial, que generalmente interactúan de manera simultánea y complementaria (Estrada-Montoya, 2009; Otálvaro, 2018).

Algunos autores han planteado propuestas metodológicas para implementar la categoría ‘clase social’ en la investigación en salud. En primer lugar está un autor no marxista, John Goldthorpe, heredero de la tradición neoweberiana, quien propone una espectro de once clases a partir de tres dominios, así: (i) las características del empleo en relación con la fuente y el nivel de ingresos, seguridad financiera y posibilidades de promoción; (ii) la situación de empleo, en términos de la posición dentro de la jerarquía de autoridad y el nivel de control sobre el proceso de producción; y (iii) las relaciones con el empleador, donde se incluye el tamaño de la empresa (número de empleados) y carácter manual o no manual del empleo ([Tabla 3.2](#)) (Otálvaro, 2018).

De la tradición marxista destaca el trabajo de investigación de Erik Olin Wright, riguroso y prolongado (más de cuarenta años), que dio origen a la clasificación de *fracciones de clase*, la cual se basa en los mecanismos centrales de las relaciones de propiedad de los medios de producción, el control sobre el trabajo o la autoridad, y la posesión de credenciales o habilidades. Esta última dimensión se describe como aquellos recursos sociales que proporcionan acceso a mercados de trabajo, posiciones privilegiadas, prestigio y pertenencia a redes sociales, y que finalmente permiten acceder a determinados beneficios, poder económico, control de excedentes y acumulación. A partir de la combinación de estos dominios se configuran 12 posibles fracciones o tipologías de clase (Wright, 2015), como se ilustra en la [Tabla 3.3](#).

Tabla 3.2. Tipologías de clases según Goldthorpe.

Tipo de	Descripción

clase	
I y II	Todos los profesionales y directivos (incluidos grandes propietarios), técnicos de alto nivel y supervisores de trabajadores no manuales.
III	Empleados no manuales de rutina de la administración y del comercio, personal de ventas y otros trabajadores de servicios.
IV (a y b)	Pequeños propietarios, artesanos autónomos y otros trabajadores por cuenta propia con o sin empleados (que no pertenezcan al sector primario).
IV (c)	Campesinos y pequeños propietarios y otros trabajadores autónomos del sector primario.
V y VI	Técnicos de grado medio, supervisores de trabajadores manuales y trabajadores manuales cualificados.
VII (a)	Trabajadores manuales semicualificados y no cualificados (que no pertenecen al sector primario).
VII (b)	Campesinos y otros trabajadores del sector primario.

Fuente: elaboración propia basado en Goldthorpe (1993).

Tabla 3.3. Tipología de las posiciones de clase en la sociedad capitalista.

Propietarios de medios de producción		No propietarios (trabajadores asalariados)			Bienes de organización
Posee capital suficiente para contratar obreros y no trabajar.	1. Burguesía	4. Expertos directivos	7. Directivos semicredencializados	10. Directivos no credencializados	+
	2. Pequeños empleadores	5. Expertos supervisores	8. Supervisores semicredencializados	11. Supervisores no credencializados	> 0
	3. Pequeña burguesía	6. Expertos no directivos	9. Obreros semicredencializados	12. Proletarios	-

	+	> 0	-
	Bienes de cualificación/credenciales		

Fuente: elaboración propia basada en Wright (2015).

Con estas tipologías, Wright realiza múltiples investigaciones empíricas con datos primarios y secundarios provenientes de Estados Unidos y Suecia, con el fin de caracterizar las fracciones de clase en ambos países, los ingresos asociados a cada una de ellas y comparar su constitución y “pesos” porcentuales. Luego lleva a cabo ejercicios en los que subdivide las fracciones de clase burguesas y obreras; con estas últimas efectúa diversas caracterizaciones sobre el trabajo manual y el trabajo intelectual (ajustes de las categorías trabajo productivo-improductivo de Marx), relaciones con el nivel de sindicalización, con el sexo, con la raza, sus relaciones familiares, entre otras; ello para aproximarse posteriormente, mediante la aplicación de cuestionarios, a la caracterización de la conciencia de clase de cada una de las subfracciones de clase y sus relaciones con el Estado. Este es uno de los autores imprescindibles para quien quiera realizar análisis de salud pública con perspectiva de clase social.

En América Latina se destaca el trabajo pionero de Gino Germani sobre estratos ocupacionales y estructura de clase, llevado a cabo en cuatro ciudades latinoamericanas y varias investigaciones conducidas en Buenos Aires. La información sobre las investigaciones de Gino Germani, que datan de 1964, se basan en el trabajo de Ruth Sautu (2011), investigadora argentina que ha dedicado varias décadas a estudiar las tipologías originales de Germani, las de Hout de 1983 y las de Jorrat de 2005, para trabajar con las bases de datos censales de Buenos Aires y elaborar su propia tipología de clase que puede ser utilizada en investigaciones en los contextos local o regional. Esta autora relata en su libro (otro imprescindible para quien quiera acometer tareas semejantes), que a pesar de que Germani nunca publicó sus trabajos, tuvo acceso privilegiado desde 1966 a material mimeografiado de sus investigaciones, el cual se encuentra en el Instituto de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Germani construyó un índice llamado Nivel Económico Social (NES) —que se sigue utilizando en Argentina con algunas modificaciones—, compuesto por cuatro indicadores, cada uno de ellos tratado con una escala de siete puntos que resulta de la combinación de algunos indicadores ([Tabla 3.4](#)).

Recapitulando los criterios de Germani para la posición en la ocupación, se puede inferir que los criterios clasificatorios son: (i) propiedad de medios de producción, (ii) autoridad y jerarquía, (iii) conocimientos de diversa índole y calificaciones o credenciales, parámetros que son utilizados en la aproximación marxista de Wright (Sautu, 2011).

Como ya se mencionó, Sautu y sus colaboradores realizaron ajustes al NES de Germani y lo utilizan en investigaciones en Buenos Aires, trabajando con 17 o 18 grupos ocupacionales, para construir la categoría de *estructura de clase* (Sautu, 2011). Esta reconstrucción de la estructura de clase recoge la ocupación, la

dependencia, la autoridad en el trabajo, la supervisión y/o la dirección de otros empleados y la calificación laboral. Con los cruces de estas variables se construye un esquema de cinco clases sociales:

Tabla 3.4. Determinación del Nivel Económico Social según Germani.

Indicador	Puntuación de 1 (bajo) a 7 (alto)
Nivel de educación	• Sin estudios • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Universitaria/Terciaria incompleta • Universitaria/Terciaria completa
Nivel de vivienda*	• Características físicas • Número de habitaciones • Elementos de confort • Servicio doméstico
Nivel de ingresos**	• Ingresos del jefe del hogar • Ingresos de la totalidad de los miembros del hogar
Nivel ocupacional	• Rama o sector de la actividad: - Primario, secundario o terciario. • Posición ocupacional: - Puesto de trabajo - Tareas - Permanente o transitorio • Posiciones: - Trabajador independiente - Empleado - Gerentes - Jefes intermedios o de menor jerarquía - Ejecutivos - Profesionales universitarios independientes - Empleados con calificación técnica o universitaria Empleados administrativos - Capataces, obreros y peones calificados - Miembros de las fuerzas armadas - Pensionados o cesantes.

* De las combinaciones entre características se estiman los puntos.

** Se utilizaba partiendo del salario mínimo vital y se consignaba el ingreso total en pesos.

1. Clase media gerencial y profesional.
2. Clase media de la pequeña burguesía.
3. Clase media de técnicos, empleados administrativos y vendedores.
4. Clase trabajadora calificada.

5. Clase trabajadora semi o no calificada.

Al interior de cada clase se identifican entre dos y cinco subfracciones, totalizando 18 posibles ocupaciones, con las que el equipo de investigadores asociado a Sautu realizan la investigación titulada “La estructura de clase del área metropolitana de Buenos Aires 2007-2008” (Sautu, 2011).

En esta misma línea de pensamiento, el epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh considera que desde la década de los setenta la configuración de las clases sociales en una sociedad se da en torno a la forma como se inserta el individuo al sistema productivo, la cual condiciona su posición frente a la propiedad o los bienes que le permiten su reproducción social. En ese sentido, las clases sociales están conformadas por grupos de personas que se diferencian entre sí por características relacionadas con: (i) el lugar que ocupan en el sistema de producción (la posición del individuo en el aparato productivo), (ii) las relaciones de propiedad de los medios de producción (la propiedad sobre los medios de producción), (iii) el papel en la organización del trabajo (el grado de control del individuo sobre el proceso de producción), y (iv) el tipo de cuota de riqueza del que disfruta (la fuente de donde provienen los ingresos y la cantidad) (Breilh, 1989b, 2003).

Así, la combinación de estos cuatro factores permite ubicar los individuos alrededor de clasificaciones de las siguientes fracciones de clase social: empleado de empresa pública o privada, pequeño productor artesano, pequeño productor comerciante, pequeño productor agricultor, empresario, industrial, obrero, profesional independiente, subasalariado, jubilado, militar, desocupado y otros (Breilh, 1989b). Es el tercer autor imprescindible a la hora de realizar análisis de salud pública que incorporen la clase social.

Clases sociales y salud en Colombia: el informe del Observatorio Nacional de Salud de 2016

En el contexto colombiano se destaca la creación de la Red Latinoamericana de Investigación en Clase Social y Salud, cuyos integrantes en reuniones celebradas en 2014 y 2015, y con participación de investigadores internacionales de diversos continentes, evidencian que el análisis de clase social aún es un campo en exploración en Colombia, pero con mucho potencial. Presentan una revisión de literatura, en bases de datos y de literatura gris, en la que analizan cómo se ha investigado la clase social y su relación con la salud. Los estudios fueron clasificados según los enfoques ‘gradacional’ y ‘relacional’.

Al respecto, los autores explican que el *enfoque gradacional* es dominante en el campo sanitario y ofrece una lectura lineal de las variaciones, concibiendo la estructura social como un conjunto de estratos o capas; en este enfoque las categorías de análisis se organizan de acuerdo con la distribución de un atributo relacionado con las condiciones materiales, tales como el nivel educativo, el ingreso, los bienes materiales y las ocupaciones que configuran el gradiente social. Por su parte, el *enfoque relacional* analiza las desigualdades a partir de relaciones de conflicto entre grupos o posiciones sociales, los que se originan en

las interacciones sociales institucionalizadas, constituyéndose como grupos cualitativamente distintos que no corresponden a la clasificación en una escala y que se corresponden mejor con la perspectiva marxista (Otálvaro, 2018).

En el documento publicado en el octavo informe del Observatorio Nacional de Salud (Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud [INS - ONS], 2016), se toma la propuesta de Óscar Fresneda Bautista de la Universidad Externado de Colombia, quien hace una síntesis entre la propuesta marxista de Wright y la weberiana de Goldthorpe. Empíricamente se adopta el procedimiento más próximo a la propuesta neoweberiana, al emplear las variables de caracterización laboral —como la ocupación, la posición ocupacional y la rama de actividad—, debido a que estas se encuentran dispersas en las bases de datos disponibles en el país, situación no aleatoria y que responde a los intereses del capital dominante que no quiere que se visibilice que cerca de diez millones de colombianos (población formalmente clasificada como trabajadora por el DANE) producen todo el PIB anual, mientras que este es repartido casi por mitad entre cerca de un millón de propietarios y los diez millones de trabajadores. Esta situación se repite año tras año, y si saliera a la luz pública constantemente esta injusticia, otro sería el escenario de las movilizaciones sociales. Además, debido a las particularidades de la realidad colombiana, utilizan criterios adicionales, como la gran heterogeneidad de la pequeña burguesía, los campesinos y trabajadores del sector agropecuario y los trabajadores domésticos. En la [Tabla 3.5](#) se presenta el esquema propuesto para el análisis del grupo de trabajo (INS - ONS, 2016).

En el documento citado se observó que la mayoría de los estudios fueron publicados desde 2012, siendo el más antiguo uno de 1975. Las poblaciones estudiadas con mayor frecuencia fueron los adultos y, en una menor proporción, los menores de edad. En los casos en que la unidad de análisis estaba constituida por los hogares, la clase social se identificaba por el jefe del hogar o el estrato socioeconómico (nótese la transmutación de la “clase social” en “posición” o “estrato” y el vaciamiento de contenido político de estas últimas denominaciones). Algunos estudios tomaron el nivel nacional, generalmente describiendo datos secundarios a partir de encuestas previamente elaboradas. Los estudios de municipios analizan principalmente ciudades capitales, siendo Bogotá la ciudad que más análisis reporta, con nueve estudios. Otras ciudades analizadas fueron Cali, Medellín, Bucaramanga, Pereira, Pasto y Manizales (INS - ONS, 2016).

Las fuentes de datos más utilizadas en tal estudio fueron las encuestas y registros oficiales. Las encuestas usadas fueron la Encuesta Nacional de Situación Nutricional, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida. En el caso de la Encuesta de Empleo, Trabajo, Equidad, Seguridad Social y Salud en la Población Trabajadora, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal, de manera específica, intentó la medición de clase social.

El análisis de las desigualdades en salud en estos estudios se fundamentó en la perspectiva de los *determinantes sociales de la salud* de la OMS. Se enfocó en revisar cuáles referían determinantes *estructurales* y cuáles determinantes *intermedios*. En este contexto, hicieron referencia a tres aspectos de orden estructural: el género, la política de salud y el modelo económico. En cuanto a los

determinantes intermedios, las explicaciones incluidas abordaron aspectos como las condiciones de trabajo, el área de residencia, los factores psicosociales y biológicos, conductas individuales de riesgo o protectoras y el acceso a servicios sanitarios (INS - ONS, 2016).

Tabla 3.5. Posiciones de clase social en Colombia.

Posición	Clase social
I	Directivos
II	Profesionales y técnicos
III	Pequeña burguesía y trabajadores independientes no agropecuarios
IV	Campesinos
V	Empleados
VI	Obreros
VII	Trabajadores agropecuarios
VIII	Empleados domésticos
IX	Otros trabajadores

Fuente: elaboración propia.

A pesar de que no se profundizó en mecanismos explicativos específicos que permitieran identificar con claridad los elementos o factores intermedios, el uso de esta categoría brinda elementos de análisis adicionales para la comprensión de las causas de las profundas desigualdades sociales y de salud en el país. No obstante, como afirma Fresneda, citando a Wright, las posiciones en clases sociales, aunque juegan un papel determinante para explicar la desigualdad, no dan cuenta de todas sus formas de expresión (INS - ONS, 2016). Dentro de los diversos factores que influyen la desigualdad, se encuentran otras formas de discriminación como el sexo, la etnia y la ubicación regional en el contexto nacional. Las desigualdades de clase tienden a reforzar las provenientes de esas otras formas de discriminación social. En la comprensión de los mecanismos generadores de inequidades, es necesario avanzar en la identificación y profundización de estrategias de explotación y dominación que están en la base de la generación, mantenimiento y aumento de las desigualdades, según el marco teórico en que el que se produjo este documento, es decir que estamos en una sociedad capitalista y a esta le son inherentes las inequidades.

En este sentido, una mirada sociohistórica más profunda, a la que contribuye el uso de la categoría ‘determinantes intermedios’, es necesaria para la comprensión de esta materia. El esfuerzo empírico realizado por los autores del documento tiene un gran valor y permite la apertura de un camino hacia investigaciones futuras que profundicen el tema, pero dejan en cuestión la

discusión sobre la necesidad de pensar en la introducción de variables que permitan la medición de la clase social, en un sentido relacional, en las encuestas de salud (INS - ONS, 2016). Pensando con el deseo, quien escribe aspira a que develando el modo de funcionamiento del sistema capitalista y, por tanto, comprendiendo que este sistema es el que genera las inequidades, podamos en los diferentes y crecientes núcleos de pensamiento crítico del país, avanzar en una propuesta pedagógica anticapitalista.

UN FINAL CON ESPERANZA

La recomposición y la crisis de las clases sociales clásicas —obreros, campesinado— se manifiestan en la hegemonía del capital mundial que desarrolla una forma particular de lucha de clases; por esto no tiene fundamento decir que las clases y las luchas han desaparecido en el siglo XXI, sino que hoy la lucha va particularmente en una dirección: la del capitalismo mundial contra los pobres y desvalidos, vistos como población innecesaria o desechable (Estrada-Montoya, 2017; Navarro, 2000; Vega-Cantor, 1998, 1999; Žižek, 2016).

Es importante tener claro que las diferentes posiciones en las relaciones de producción generan diversas fuentes y tipos de poder económico, político, social y cultural, en los cuales se incluye el ingreso. Estas relaciones están basadas en la explotación y la dominación, lo cual explica el nivel de salud de las poblaciones. De ahí que sea imperativo entender las relaciones de explotación y dominación para comprender el crecimiento de las desigualdades y el deterioro de la salud. El rescate del sentido de pertenencia de clase, contra las innumerables fracturas, objetivas y subjetivas, impuestas por el capital, es crucial; de hecho, se requiere una nueva forma de trabajar al analizar la distribución de la salud y la enfermedad de una población, en tanto la salud pública constata desigualdades ligadas a la determinación de la calidad de vida y de la salud.

La lucha de clases es, en primer lugar, una lucha dentro del capitalismo: el proletariado lucha por sus condiciones de existencia como proletariado, por salarios más altos, mejores condiciones de trabajo y el establecimiento de garantías jurídicas. En este sentido, la lucha de clases no es un síntoma de debilidad del capital —y menos aún de una inminente revolución—, sino que es la forma normal en que se desarrolla la confrontación entre la burguesía y el proletariado.

También las motivaciones de las reivindicaciones que se plantean permanecen, la mayoría de veces, dentro del marco definido por Marx (2006) en el tomo III sobre la fórmula trinitaria (Capital: Interés, Tierra: Renta y Trabajo: Salario). Si se exige un salario justo, lo que está a la base de tal reivindicación es precisamente la irracionalidad de la forma de salario (el salario como remuneración del valor del trabajo y no como reconocimiento del valor de la fuerza de trabajo), de la que Marx había constatado que constituye la base de todas las representaciones jurídicas, tanto de los trabajadores como de los capitalistas. Lo que significa que cuando en la sociedad burguesa las personas,

sean los trabajadores o los capitalistas, intentan hacerse cargo de sus intereses, lo hacen en las formas fetichistas de percepción y pensamiento que dominan la conciencia espontánea (Heinrich, 2008; Maldonado, 2018a,b).

Pero la lucha de clases también posee una dinámica propia: puede llevar a procesos de aprendizaje y racionalización en los que se ponga en cuestión el sistema capitalista en su conjunto. El fetichismo no es inescrutable. Sobre todo, en la fase de establecimiento del moderno capitalismo industrial, se reaccionó con frecuencia ante las luchas sostenidas por el proletariado con una feroz represión estatal (prohibición de los sindicatos y de las huelgas, persecución de los activistas), con lo que los procesos se radicalizaron aún más. En comparación con el siglo XIX y principios del XX, la represión directa ha disminuido en muchos países, aunque en muchos otros —como varios de Latinoamérica—, todavía sigue desempeñando un papel significativo y va en aumento.

Actualmente, en los países capitalistas más desarrollados hay una regulación más o menos fuerte de las formas en las que se presenta la confrontación directa entre la burguesía y el proletariado: la lucha de clases puede tener lugar sin que ello ponga en peligro al sistema. Es decir, determinadas formas de lucha están prácticamente exentas de represión estatal directa, pero por eso mismo otras son perseguidas más intensamente. El hecho de que los beneficios y los costes sociales del desarrollo capitalista estén repartidos de manera tan sumamente desigual no es ningún obstáculo para el desarrollo capitalista, sino —como pone de presente justamente el análisis de Marx— su forma de movimiento más propia. Y aunque es cierto que el proletariado aumenta en términos numéricos con la imposición del modo de producción capitalista, y que a través de la gran industria llega a estar de cierta forma unido y disciplinado (por ejemplo, el proletariado tiene que organizarse sindical y políticamente de alguna manera para poder existir como tal), del análisis de Marx no se entiende que ello dé lugar a la constitución de una clase revolucionaria.

Por el contrario, *El capital* suministra los elementos para comprender por qué se producen tan infrecuentemente los procesos revolucionarios y por qué la indignación no conduce directamente a la lucha contra el capitalismo. Con el análisis del fetichismo, de la irracionalidad de la forma de salario y de la fórmula trinitaria, Marx ha mostrado cómo el modo de producción capitalista produce una imagen de sí mismo en la que las relaciones sociales están cosificadas, donde las relaciones capitalistas de producción parecen surgir de las condiciones de la producción como tal, de manera que solo pueden tener lugar transformaciones dentro de las relaciones capitalistas. Se puede dar un proceso revolucionario; ciertamente no es imposible, pero es cualquier cosa menos un resultado inevitable (Heinrich, 2008).

El abordaje de la categoría ‘clase social’ desde una perspectiva de política pública, podría implicar la redistribución de la riqueza o la discusión profunda de la democracia occidental al servicio del capitalismo o la justicia laboral en términos de relaciones de empleo decente. Por ello este capítulo se propuso como un insumo para la investigación y toma de decisiones en salud pública que apunten a la eliminación de las desigualdades sociales en salud, fomentar la

discusión de las condiciones de empleo y trabajo decentes, y su relación con desigualdades sociales y con resultados dispares en salud en general.

La lectura y discusión de este capítulo en las asignaturas relacionadas con salud pública, tanto en los pregrados como en los posgrados, entre los grupos de estudiantes y sus profesores, y los colectivos sociales con los que trabajemos, puede contribuir al fortalecimiento de la organización y participación de movimientos y organizaciones sociales, campesinas, indígenas, populares, que representan intereses relacionados con la posición y condición de clase que ayudan a definir prioridades de política, articuladas a otros ejes de desigualdad, como la etnia, el género y el territorio, si es que de verdad queremos legar a nuestros hijos y nietos otro mundo posible (Estrada-Montoya, 2017; INS - ONS, 2016; Žižek, 2016).

La propuesta es incluir en la agenda de formación e investigación en salud pública, el análisis del poder a través del examen de la clase social, y cómo este poder y los antagonismos de clase se manifiestan en temas políticos, sociales y científicos. Para ello se hace necesario crear nuevas formas de actuación, autónomas, capaces de articular y dar centralidad a las acciones de clase, ya que la transnacionalización del capital y de su sistema productivo obliga a la clase trabajadora a pensar en formas internacionales de acción, confrontación y solidaridad. Igualmente, se requiere una comprensión de las complejas conexiones entre clases y otras categorías como género-etnia-cultura, así como un análisis de la estructura de inequidad en nuestra sociedad, para generar interpretaciones que hagan posible un proceso emancipador. *El capital* es, ahora tanto como antes, la mejor contribución para comprender el modo de producción capitalista, tal como reza su subtítulo: “Crítica de la economía política”. Si este modo de producción está llegando a su fin, y cómo va a ser ese fin cuando llegue, es algo que no se puede determinar de antemano. No hay certezas, solo una lucha con un desenlace abierto, y dependerá de nuestra adecuada preparación teórica y práctica, en cuál de los lados de la lucha nos ubicaremos, a quiénes defenderemos, por quiénes lucharemos y, ¿por qué no?, con Benedetti preguntarnos:

¿QUÉ PASARÍA...?

- ¿Qué pasaría si un día despertamos dándonos cuenta de que somos mayoría?
- ¿Qué pasaría si de pronto una injusticia, sólo una, es repudiada por todos, todos los que somos, todos, no unos, no algunos, sino todos?
- ¿Qué pasaría si en vez de seguir divididos nos multiplicamos, nos sumamos y restamos al enemigo que interrumpe nuestro paso?
- ¿Qué pasaría si nos organizáramos y al mismo tiempo enfrentáramos sin armas, en silencio, en multitudes, en millones de miradas la cara de los opresores, sin vivas, sin aplausos, sin sonrisas, sin palmadas en los hombros, sin cánticos partidistas, sin cánticos?
- ¿Qué pasaría si yo pidiese por ti que estás tan lejos, y tú por mí que estoy tan lejos, y ambos por los otros que están muy lejos y los otros por nosotros aunque

estemos lejos?
 ¿Qué pasaría si el grito de un continente fuese el grito de todos los continentes?
 ¿Qué pasaría si pusiésemos el cuerpo en vez de lamentarnos?
 ¿Qué pasaría si rompemos las fronteras y avanzamos y avanzamos y avanzamos y
 avanzamos?
 ¿Qué pasaría si quemamos todas las banderas para tener sólo una, la nuestra, la de
 todos, o mejor ninguna porque no la necesitamos?
 ¿Qué pasaría si de pronto dejamos de ser patriotas para ser humanos?
 No sé... me pregunto yo:
 ¿Qué pasaría...?

REFERENCIAS

- Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T., Saez, E. y Zucman, G. (2018). Informe sobre la desigualdad global 2018. Resumen ejecutivo. París: World Inequality Lab. Recuperado de <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-spanish.pdf>
- Álvarez-Méndez, J. M. (2005). *Evaluar para conocer, examinar para excluir* (2.a ed.). Madrid: Morata.
- Antunes, R. (2000). *¿Adiós al trabajo? Ensayo sobre las metamorfosis y el rol central del mundo del trabajo*. Bogotá: Pensamiento Crítico - Antídoto.
- _____. (2005). *Los sentidos del trabajo. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo. Taller de estudios laborales*. Buenos Aires: Herramienta.
- Bourdieu, P. (2000). *Capital cultural, escuela y espacio social* (3.a ed.). México DF: Siglo XXI. 206 p.
- Breilh, J. (1989a). *Epidemiología económica, medicina y política* (3.a ed.). México DF: Fontamara.
- _____. (1989b). *Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud -CEAS-. Repositorio Universidad Andina Simón Bolívar. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10644/3565>
- _____. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Chomsky, N. (2001). *El beneficio es lo que cuenta. Neoliberalismo y orden global*. Barcelona: Crítica.
- Eagleton, T. (2015). *Por qué Marx tenía razón. ¿Y si todo lo que siempre se le ha recriminado fuera falso?* Barcelona: Península.
- Estrada-Montoya, J. (1999). Elementos de economía política de la reestructuración capitalista. En J. Caycedo y J. Estrada (comps.), *Marx vive. Siglo y medio del manifiesto comunista. ¿Superación, vigencia o reactualización?* (pp. 179-203). Bogotá: Unibiblos - Universidad Nacional de Colombia.
- _____. (2006). Prevention models in the fight against HIV/AIDS. *Acta bioethica*, 12(1), 91-100. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2006000100013&lng=es&nrm=iso&tng=en
- _____. (2009). *Una cuestión poco conocida. Evaluación del proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía. Hacia la formación de una política pública (2006-2008)*. Bogotá: Colciencias - Universidad Nacional de Colombia, 299 p.
- _____. (2017). Apuestas actuales de articulación de Teoría Crítica y Salud: desarrollos y aportes desde Latinoamérica. En Alvarado, S., E. Rueda & G. Orozco (Eds.), *Las ciencias sociales en sus desplazamientos. Nuevas epistemes y nuevos desafíos* (pp. 55-69). Buenos Aires: Clacso, Cinde, Instituto de Bioética, Arna, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Manizales, Universidad Simón Bolívar. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20171030020245/Las_ciencias_sociales_en_sus_desplazamientos
- Goldthorpe J. (1993). Sobre la clase de servicio: su formación y su futuro. En: J. Carabaña & A. de Francisco (eds). *Teorías contemporáneas de clases sociales* (pp. 229-263). Madrid: Fundación Pablo Iglesias.
- Heinrich, M. (2008). *Crítica de la economía política. Una introducción a El capital de Marx*. Madrid: Escolar y Mayo.
- Hernández, M. (2002). *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá: Unibiblos - Universidad

Nacional de Colombia.

- Hirsch, J. (1998). El capitalismo hoy: ¿global y sin clases? En R. Vega-Cantor (Ed.), *Marx y el siglo XII. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 111-117). Bogotá: Pensamiento Crítico - Antropos.
- Hobsbawm, E. (1989). *La era del imperio (1875-1914)*. Barcelona: Labor.
- Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud [INS - ONS]. (2016). *Clase Social y Salud. Informe Técnico ONS. Octava edición. 2016-2*. Bogotá: INS. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/8.%20Clase%20Social%20y%20Salud.pdf>
- Jaramillo, R. (2017). *La primacía de la praxis. Ensayos críticos en torno a Marx y el marxismo* (Colección Pensamiento Crítico). Bogotá: Veramar.
- Jessop, B. (1999). *Crisis del estado de bienestar. Hacia una teoría del Estado y sus consecuencias sociales*. Bogotá: Siglo del Hombre - Universidad Nacional de Colombia.
- Maldonado, A. (2018a). La forma del valor en la teoría del valor de Marx. *Semanario Voz*, 2929, 14.
- _____. (2018b, enero-marzo). Desigualdad y plusvalía en Colombia. Una ilustración de las tasas de explotación de los trabajadores asalariados. *Revista Taller*, 42, 49-63.
- Marx, K. (1867/2006). *El capital. Contribución a la crítica de la economía política*. Tomos I, II y III. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Marx, K. y Engels, F. (1848/1976). Manifiesto del partido comunista. En K. Marx y F. Engels, *Obras escogidas*. Tomo I (pp. 99-140). Moscú: Progreso.
- McLaren, P. (2003). *La vida en las escuelas. Una introducción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación* (3.a ed.). México DF: Siglo XXI.
- Meillassoux, C. (1998). Clases y cuerpos sociales. En R. Vega-Cantor (Ed.), *Marx y el siglo XXI. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 56-81). Bogotá: Pensamiento Crítico - Antropos.
- Navarro, V. (1984). *Lucha de clases, Estado y medicina*. México DF: Nueva Imagen, 243 p.
- _____. (1999). Health and equity in the world in the era of “globalization”. *International Journal of Health Services*, 29(2), 215-226. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/MQPT-RLTH-KUPJ-2FQP>
- _____. (2000). *Globalización económica, poder político y Estado de Bienestar*. Editorial Ariel. Barcelona.
- _____. (2003). Inequalities are unhealthy. *Monthly Review: An independent socialist magazine*, 56(5). Recuperado de <https://monthlyreview.org/2004/06/01/inequalities-are-unhealthy/>
- _____. (2007). *Neoliberalism, globalization and inequalities. Consequences for health and quality of life*. New York: Baywood, 506 p.
- Otálvaro, G. (2018). *Inequidades, clase social y salud. Una cartografía desde los modos de vida urbanos en Medellín*. Proyecto de investigación de la Convocatoria CODI Programática Ciencias Sociales, Humanidades y Artes, 2018 aprobado mediante Acta no. 236 del 19.11.2018. Universidad de Antioquia. Material mimeografiado.
- Río, E. del (1998). La clase obrera como sujeto revolucionario. Reconsideración crítica. En R. Vega-Cantor (Ed.), *Marx y el siglo XXI. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp.138-148). Bogotá: Pensamiento Crítico - Antropos.
- Rivera, M. (Comp.). (2017). *La vigencia del pensamiento de Marx en el siglo XXI para el análisis y la comprensión de los problemas contemporáneos y el desarrollo del marxismo en América Latina*. Bogotá: Teoría y Praxis.
- Robinson, W. (2007). *Una teoría sobre el capitalismo global. Producción, clases y Estado en un mundo transnacional*. Bogotá: Desde Abajo.
- Sarmiento, L. (2004). *Sistema mundo capitalista. Fábrica de riqueza y miseria*. Bogotá: Desde Abajo.
- Sautu, R. (2011). *El análisis de las clases sociales: teorías y metodologías*. Buenos Aires: Luxemburg.
- Seabrook, J. (2003). *Clases, castas y jerarquías*. Barcelona: Intermón Oxfam.
- Silver, B. (2005). *Fuerzas de trabajo. Los movimientos obreros y la globalización desde 1870*. Madrid: Akal.
- Torres-Tovar, M. (2003, noviembre). Colombia, avanza la privatización de la salud. *Le Monde Diplomatique-Edición Colombia*, 18, 4-5.
- Vega-Cantor, R. (Ed.) (1998). *Marx y el siglo XXI. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 15-28). Bogotá: Pensamiento Crítico - Antropos.
- _____. (1999). La actualidad del manifiesto comunista. Tres tesis sobre la mundialización del capital,

- trabajo y lucha de clases. En J. Caycedo y J. Estrada (Comps.). *Marx vive. Siglo y medio del manifiesto comunista. ¿Superación, vigencia o reactualización?* (pp. 31-52). Bogotá: Unibiblos - Universidad Nacional de Colombia.
- _____. (2005). *Los economistas neoliberales: nuevos criminales de guerra. El genocidio económico y social del capitalismo*. Venezuela: Centro Bolivariano.
- _____. (2017). El nuevo imperialismo y la geopolítica del despojo en Colombia. Ponencia presentada en *XVI Congreso Internacional sobre Integración Regional, Fronteras y Globalización en el Continente Americano*. Medellín, octubre 17-21, 2017. Compartida en <https://www.youtube.com/watch?v=RSQIsk5tKkQ&t=33s>
- Vilas, C. (1998). Actores, sujetos, movimientos: ¿Dónde quedaron las clases? En R. Vega-Cantor (Ed.), *Marx y el siglo XXI. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 82-110). Bogotá: Pensamiento Crítico - Antropos.
- World Health Organization - Commission on the Social Determinants of Health [WHO - CSDH]. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO - CSDH. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1
- Wright, E. O. (1998). ¿Qué tienen las clases en común para ser clases? En R. Vega-Cantor. (Ed), *Marx y el siglo XXI. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 31-51). Bogotá: Pensamiento Crítico - Antropos.
- _____. (2010). *Preguntas a la desigualdad. Ensayos sobre análisis de clase, socialismo y marxismo*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- _____. (2015). *Clases*. Madrid: Siglo XXI.
- Žižek, S. (2016). *La nueva lucha de clases. Los refugiados y el terror*. Barcelona: Anagrama, 136 p.

Capítulo 4

Género, feminismos y su relación con la salud pública



Género, feminismos y su relación con la salud pública

Elba María Bermúdez Quintana¹⁴

INTRODUCCIÓN

Este capítulo cobra interés dentro del contexto de la salud pública por dos grandes razones: la primera, porque aún existe una gran confusión sobre el término *género*, el cual ha sido sometido a muy mal uso en diversos escenarios, dado que se le asigna una carga moralista que desvirtúa completamente su significado; y la segunda, porque gracias a los *estudios de género* (EG) se han podido identificar grandes desigualdades e inequidades entre el conjunto de mujeres y hombres, las cuales son totalmente evitables. Estos estudios también investigan desigualdades e inequidades al interior de grupos, tanto de hombres como de mujeres y, por supuesto, entre todas aquellas personas que se identifiquen y construyan identidades de género, más allá del binarismo de género ‘mujer-hombre’¹⁵ y de las diversas orientaciones sexuales de los seres humanos. Estas identidades y orientaciones han sido puestas en evidencia gracias al trabajo de grandes pensadoras y pensadores que han descrito sus particularidades, solo con el fin de alcanzar la igualdad de los derechos humanos (DDHH), como derechos fundamentales y universales, y evitar así las discriminaciones y estigmatizaciones que se dan en las sociedades.

Se hereda, sin duda alguna, un mundo androcéntrico y patriarcal desde su misma estructura social, política y económica que cae, casi la mayoría de las veces, en acciones machistas y discriminatorias; además, desconoce a todos aquellos seres humanos que no estén dentro de un particular mundo hecho por hombres y para hombres: hombres jóvenes, saludables, altos, de sociedades dominantes, heterosexuales, ricos, poderosos, diestros y, por supuesto, que sigan los cánones de un varón conquistador, infiel, no espiritual pero sí muy apegado a la religiosidad, incapaz de reconocer la diferencia y la diversidad. Por consiguiente, quienes se salgan de esos cánones, serán excluidos parcial o totalmente de sus derechos.¹⁶ Al ser el machismo una cultura propia de las sociedades patriarcales, no cabe duda de que las mujeres están insertas en esta

vida. Esto significa que ellas, por el hecho de ser mujeres, no se escapan de vivir y ejercer bajo esta cultura, y si son las responsables de la educación de los hijos (hombres y mujeres) en casa, obviamente transmitirán y perpetuarán el machismo, favoreciendo y alimentando sociedades y familias patriarcales y androcéntricas, cargadas de asimetrías y múltiples desigualdades e inequidades.

Para conceptualizar el escenario de las sociedades patriarcales, Lagarde (1996) manifiesta que

El patriarcado es un orden social genérico de poder, basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre (...) asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre la inferiorización previa de las mujeres y lo femenino. Es asimismo un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación de las mujeres. (p. 52)

Y agrega

El androcentrismo patriarcal refuerza el etnocentrismo, al permitir a unos hombres expropiar a los otros, porque en la política patriarcal es legítimo el uso de la violencia en la defensa personal, social y del propio mundo. Es válido su uso para ampliar los límites del mundo propio y se expresa de manera positiva como conquista. (p. 78)

Para comprender el entramado social, político y cultural en los que están inmersos los EG, y así enriquecer las explicaciones que aclaren las desigualdades e inequidades entre hombres y mujeres, en el siguiente apartado se exponen sus antecedentes.

CONTEXTO HISTÓRICO DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO: LOS FEMINISMOS Y SUS DIVERSOS ABORDAJES

Los orígenes y desarrollos ulteriores de lo que hoy en día se conoce como EG están estrechamente relacionados con el movimiento feminista, más específicamente con la ideología feminista de las décadas de los sesenta y setenta del siglo XX, corriente que se gesta en los Estados Unidos y en Inglaterra. Los EG se inician con los *estudios de la mujer* (EM) y se construyen bajo una fuerte relación entre investigación, academia y una exigente actividad político-social, que tendrían como consecuencia primordial dos aspectos: (i) la denuncia de la situación de las mujeres, y (ii) los esfuerzos por propiciar cambios sociales.

El médico salubrista ecuatoriano Jaime Breilh (1993) explica que:

No puede darse una revolución social verdadera sin una revolución de género y tampoco podrán transformarse las condiciones de género sin una revolución global de la economía, de la política y la cultura. Por eso, un feminismo que no sea revolucionario y que se contente con las reformas, con las pequeñas cuotas de poder, con el “empoderamiento” individual, con el espacio restringido en que podría construirse lo femenino en un mundo de injusticia, donde los bienes materiales y de la cultura sean monopolizados y deformados, donde los poderes sigan acumulándolo hombres o mujeres de una minoría, es un feminismo limitado y puede ser aún muy funcional al orden establecido de poder y de género. (p. 14)

Siguiendo a González-Jiménez (2009), esta posición —por demás claramente firme—, se alía con las posturas del *feminismo de la diferencia*, que en contraposición del *feminismo de la igualdad* (las dos corrientes feministas que

surgen tras el *feminismo radical* de los años setenta), plantea espacios en los que se busca no solo el cambio de las estructuras y los derechos básicos, sino también el cambio en las propias mujeres; mientras que en el *feminismo de la igualdad* se asume una postura crítica hacia el mundo masculino, a la división sexual del trabajo y al patriarcado (Sendón de León, 2000). Sin embargo, y yendo más allá de los intensos debates entre defensoras del *feminismo de la igualdad* y el *feminismo de la diferencia*, ambas corrientes se han encontrado en los estudios feministas.

Los EG son también llamados *estudios feministas* en muchos espacios de discusión y académicos (Huguette y Tancred, 1998; Scott, 2003). Estos se derivan de diversos movimientos feministas a nivel internacional. Hablar de feminismo requiere citar a la filósofa Simone de Beauvoir (1999, citada en Kandel, 2006), quien en su libro *El segundo sexo* inscribe su frase más célebre: “Mujer no nace, se hace”. De Beauvoir delibera sobre el aspecto humano desde el ser y es desde ahí que desarrolla su concepción de lo femenino. La autora considera este aspecto como un atributo específico y afirma que no es comparable al concepto de lo masculino. Quizás lo más interesante y revolucionario sea que la feminidad se plantea según su proximidad o lejanía del punto de referencia masculino. Además de esta postura clarificadora, ella describe que existe una *construcción moral de lo femenino*, dicho en otras palabras, de lo que ‘una mujer debe hacer’. Lo más grandioso del escrito de esta filósofa es que señala la imperante necesidad de que sean las, mismas mujeres las responsables de construir su propia identidad, muy lejos de la mirada masculina, ya que las estructuras sociales, construidas por los varones, las haría ver y mirarse de manera vigilada, a partir de un referente moral e intelectual masculino que ha sido construido desde los inicios de la humanidad, además de haber sido impuesto a partir de un espacio de poder y de dominancia por parte de los varones.

En resumidas cuentas, *lo femenino* ha sido diseñado, propuesto e impuesto a las mujeres. Desde esta posición se puede decir que las mujeres, no pudiendo ser ajenas ni a la historia ni a la política, son el resultado del dominio de una postura masculina. Ya desde 1949, De Beauvoir denunciaba lo que tal vez sería el derrotero más importante en la segunda mitad del siglo XX y años subsiguientes: durante toda la historia de la humanidad, la mujer fue construida como el “segundo sexo”, o sea la “otra” del hombre.

CONCEPTO DE GÉNERO

El género, como constructo, ha sido clave en la teoría y política feminista desde los años setenta, cuestionando y, por tanto, oponiéndose a que la biología fuera su único campo epistémico. En este sentido, se hace necesario hablar de Joan Scott¹⁷ (1995), Margaret Mead¹⁸ y Robert Stoller¹⁹, ya que se consideran referencias históricas del concepto de género.

Fue Mead (1990) quien, en sus investigaciones etnográficas durante la primera mitad del siglo XX, puso en duda la visión biologicista que predominaba

hasta ese entonces en las ciencias sociales, más exactamente en los análisis que se basaban sobre la división sexual del trabajo, teoría que imperó mayoritariamente en la familia moderna, asignando roles tanto a mujeres como a hombres. Dicho en otras palabras, los varones ocupaban el espacio público, pues era allí dónde a ellos se les asignaba su rol proveedor y, a las mujeres se les asignaba el espacio doméstico, pues ellas desarrollaban sus labores de reproducción (cuidar, educar, limpiar, cocinar, etc). Específicamente, esta autora analizó las tribus arapesh y tchambuli asentadas en Nueva Guinea (Oceanía); en la primera comunidad observó que todos los individuos, independientemente de si eran mujeres u hombres, eran criados de tal modo que asumieran una forma de ser muy serena y tranquila, lo que en Occidente se consideraría una conducta femenina. Con la segunda tribu logró investigar que sus mujeres eran las proveedoras y se dedicaban a la pesca, al mismo tiempo se consagraban a dirigir la comunidad, mientras que los varones se dedicaban a realizar las tareas del hogar, además de mostrar una mayor sensibilidad en el arte y en la estética. Este tipo de estudios hicieron de Margaret Mead una precursora en la utilización del concepto ‘género, ampliamente utilizado más adelante en estudios feministas y de género.

Estos hallazgos y afirmaciones basados en la observación investigativa fueron acogidos de manera seria por los grandes movimientos sociales de los años sesenta en Estados Unidos, puesto que de forma paralela se iniciaba un cambio de mirada hacia la homosexualidad, la transexualidad y la intersexualidad, aspectos que fueron hasta entonces “clasificados”, tanto por la medicina como por la psiquiatría, como situaciones “anormales”.

Por su parte, R. Stoller, en su libro de 1968 *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity*, adoptó el término *género* para distinguirlo del término *sexo biológico*; además, confirmó que ni los sentimientos, pensamientos o fantasías se relacionaban con uno u otro sexo. Es por ello que la psicología social estuvo fuertemente permeada por estas contribuciones y desde entonces se empezó a cambiar el término *rol sexual* por el de *rol de género*.

Como era de esperarse, en las más prestigiosas universidades norteamericanas surgieron con fuerza los centros de estudios de género y las investigaciones relativas a las dimensiones afroamericana y chicana del constructo citado. En muchos casos, este bagaje académico sirvió de base para las luchas estudiantiles de los años sesenta. Se generaron, por tanto, movimientos que luchaban por los derechos de las mujeres, de las personas homosexuales y de las personas afrodescendientes. Para entender estos sucesos, es importante dar un vistazo a la década de los sesenta del siglo XX.

Siguiendo a Ríos (1998), específicamente en los Estados Unidos de América la década de los sesenta fue escenario de múltiples acontecimientos políticos y culturales que enriquecieron, sin duda alguna, las décadas posteriores y apostaron por crear nuevas miradas y posturas sociales. Una de ellas es la llamada *contracultura*. Este movimiento criticó fuertemente dos aspectos: (i) el gran materialismo norteamericano que provenía del auge económico de la época de la segunda posguerra; y (ii) la hipocresía sexual de la sociedad estadounidense. De tal forma que propone y postula novedosas formas de organización social basadas

en valores como la solidaridad, la libertad sexual y el amor, así como en una fundamental reivindicación de la naturaleza. Estos planteamientos atacan fuertemente la obsesión por el trabajo, revalorizando otras miradas y otras posturas: el hedonismo, el placer, las experiencias extrasensoriales y, sobre todo, la mirada hacia Oriente, a través de búsquedas orientadas a buscar explicaciones existencialistas a partir de las filosofías orientales.

El encuentro de temas tan diversos, contruidos desde la diferencia, marcaron un derrotero importante y abrieron evidentes perspectivas de análisis. La academia no fue ajena a este rico fenómeno social y los textos de estudio se enmarcan en el conocimiento de la *identidad*, del *cuerpo* y de la *sexualidad*, lo que se contrapone fuertemente a los discursos médicos, tecnológicos y científicos, dando protagonismo a los aspectos *corporal*, *sexual* e *identitario*.

De acuerdo con González-Vázquez (2009), gracias a esta valiosa década, en los Estados Unidos se observó cómo en el escenario político emergieron nuevos actores —como los movimientos sociales que congregaron no solo a la población afroamericana sino a numerosas organizaciones pacifistas y estudiantiles que justamente fueron las que permearon y transformaron las relaciones intrafamiliares—, se tejieron acercamientos novedosos entre las diversas etnias y, sobre todo, se plantearon diálogos inéditos entre los sexos, así como nuevas construcciones de pareja.

No se debe olvidar que en esta época se vivió, además, un descubrimiento médico que dio lugar a la mayor revolución social²⁰, esto es, la popularización de la llamada ‘píldora anticonceptiva’. Este fármaco, sin duda, posicionó a la mujer en otros escenarios: el descubrimiento de su placer sexual sin necesidad de entrar en un estado reproductivo, controlar la llegada de los hijos y, especialmente, acceder al trabajo compitiendo en el ámbito público con el hombre. Estos sucesos sociales no fueron fáciles de asimilar por las sociedades, ya que la mujer tuvo que enfrentarse, y aún hoy lo hace, a un fuerte cuestionamiento moral por parte del entorno social, más específicamente de los varones, quienes vieron cómo ella lograba independencia en sus decisiones personales.

La configuración sociopolítica de esta década explica las estructuras sociales de los tiempos venideros, ya que, por una parte, hubo un proceso de extensión de la democracia y de la participación social, no solo en Estados Unidos de América, sino en muchos otros países; por la otra, el surgimiento de nuevos actores sociales: los afroamericanos, los jóvenes y las mujeres, quienes irrumpieron en los escenarios políticos con mucha fuerza. Todos estos fenómenos sociales explican el nacimiento de los estudios feministas y de los EG.

Siguiendo a González-Vázquez (2009), el feminismo se ha nutrido de los importantes aportes que ha hecho el historiador y filósofo francés Michel Foucault, quien ha orientado su obra hacia la generación de profundas reflexiones y ha planteado fuertes críticas a ciertas instituciones sociales y académicas, sobre todo a ciertas disciplinas como la psiquiatría, la medicina, las ciencias humanas y, más que todo, a la propuesta ortodoxa de la sexualidad humana. Uno de sus grandes aportes es el concepto de *biopoder*, entendido como *el poder sobre la vida*; este término explica cómo y por qué, en los dos últimos siglos, ha sido

utilizado por parte de los Estados como manera de ejercer el poder sobre las personas, en vez de gestionar la vida de la ciudadanía. En efecto, la estrategia que usa el *biopoder* es *el control de la vida* con el fin de hacerla crecer, organizarla y optimizarla. Según Foucault (citado en González-Vásquez, 2009), el biopoder se usa para ejercer disciplinas del cuerpo y controles a la población. En cuanto a las primeras, las disciplinas del cuerpo, Foucault señala que surgieron a mediados del siglo XVII y se orientaron a desarrollar el cuerpo de los seres humanos como máquinas; lo anterior con la intervención de disciplinas como la educación o de instituciones como el ejército, y resalta que saberes como la anatomía y la biología, serían las disciplinas encargadas de integrar al ser humano en el sistema social, por supuesto con un propósito utilitarista.

Con respecto a los controles sobre la población, estos se inician desde el siglo XVIII con disciplinas como la estadística, acciones y estrategias como el control de la natalidad, y mediciones de la mortalidad, la longevidad o el nivel de salud de la población. De esta forma se ejerce el biopoder y, desde una postura netamente biologicista, se plantea el ejercicio de la autoridad basado en la ley. El biopoder se basa en regular lo que es *normal* y su propósito es adaptar a todos los individuos de la sociedad a esta medida. Precisamente, la actual concepción que se tiene del sexo se deriva de una interpretación del biopoder.

De acuerdo con Danielsson (2005, citado en González-Vásquez, 2009), se debe identificar la existencia de una *fuerza social* que establece una *urgencia social por la heterosexualidad*, lo cual evidencia, sin duda alguna, la *heteronormatividad* que rige a las sociedades occidentales. Es de tal manera como el biopoder pretende imponer una normalización a los cuerpos y a las identidades. Dicho de otra manera, el conocimiento generado desde las posturas médicas permite un control del sexo. Autores como Gregori (2013) afirman que los análisis desde las categorías médico-sociales, como el *hermafroditismo* o la *intersexualidad*, posicionan a la medicina y a la psicología en fuertes contradicciones con las investigaciones de las categorías sociales y de la bioética, ya que desde la medicina se pretende ejercer un control sobre el sexo de las personas.

De las sociedades androcentristas, homofóbicas, racistas y clasistas a la teoría queer

La teoría *queer*²¹ pretende dar un sentido a la *ofensa* para convertirla en un motivo de estudio y hasta de orgullo. Para ello, Fonseca y Quintero (2009) afirman que el mero hecho de ser diferente o diverso se torna una categoría de análisis de utilidad para denunciar los abusos que se presentan, no solo en el escenario social, sino desde la misma ciencia; en efecto, como lo enuncian los autores, los textos científicos han sido por lo general elaborados por personas “de género masculino, de raza blanca, de preferencia heterosexual, de clase media y de religión cristiana”, de tal forma que todas aquellas personas que no *entren* en esas categorías serán discriminadas y, por supuesto, verán minimizados sus derechos.

La teoría *queer* intenta dar voz a todas aquellas identidades que han sido apartadas e invisibilizadas de sociedades androcentristas, homofóbicas, racistas y clasistas. Esta propuesta filosófica se origina en la década de los noventa del s. XX a partir de los estudios feministas y de las investigaciones sobre la población LGBTI. Las primeras propuestas conceptuales aparecieron en universidades de los Estados Unidos, para luego ser acogidas y desarrolladas en los Países Bajos, España, Brasil y México, para citar algunos países; dichas propuestas dieron origen a nuevas teorías sobre la sexualidad, sobre todo de las propuestas de Foucault y, por obvias razones, de aquellos trabajos conducentes a la tolerancia y la aceptación de la homosexualidad, circunstancia que fue evidenciada desde la Antigüedad hasta la alta Edad Media.

Por su parte, el artículo de Rich²² (1996) “Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana”, no solo aportó información sobre estudios arqueológicos, además evidenció varios comportamientos homosexuales en la Grecia Antigua, información clave para los estudios feministas y de género. A lo anterior se suma el progresivo interés de la academia por estudiar las sexualidades, espacio que se aprovechó para construir la propuesta académica e investigativa conocida como teoría *queer*.

Judith Butler (2007)²³ afirma que el género es esencialmente identificación y que consiste en una fantasía dentro de otra fantasía, en lo que ella denomina el *performance*, visto este como repeticiones que imitan constantemente el imaginario social. Para esta autora, cualquier categoría de identidad de género que se proponga, pretende controlar el erotismo.

La teoría *queer* plantea el derecho que asiste a todas las personas para desarrollar la autodeterminación de sus propias vidas y propone buscar personalmente el sentido de la felicidad, vista esta desde un sistema social que respete cualquier tipo de unión erótico-afectiva y que reconozca el matrimonio para quienes quieran hacer uso de este derecho. Igualmente, plantea el derecho de transitar libremente sin que las sociedades estigmaticen cualquier propuesta de identidad individual.

Butler concluye que no se trata de pasar de largo el género, sino de proliferarlo: hay que multiplicar los géneros para que el modelo vigente (la heteronormatividad) deje de ser hegemónico. La base epistemológica para el surgimiento de la teoría *queer* fue su libro *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. En esta obra, la autora argumenta que, hasta entonces, el planteamiento del feminismo se basaba en un modelo binario, dicho de otra manera, solo reconocía dos identidades: “hombre” y “mujer”. Además, agrega la autora, dicha postura se basa en el paradigma tradicional y hegemónico que afirma que el sexo con el que nace una persona determina su género, y que en este caso solo puede optar por dos opciones: el femenino o el masculino. Su gran aporte se resume en que estas estrechas concepciones binarias (hombre/mujer, femenino/masculino y heterosexual/homosexual) están incluidas en un discurso *heterocentrado* que ha venido estructurando la realidad social y cultural, pero que no necesariamente son las que traducen mejor la realidad.

En definitiva, a partir de los estudios y apuestas del feminismo y los EG,

diversas teorías filosóficas, antropológicas y sociológicas han reflexionado seriamente sobre las identidades de los seres humanos, más allá de la biología; han apostado por identificaciones más allá del *binarismo* con una propuesta no estática ni preconstruida y, sobre todo, han acogido planteamientos que luchan en contra de asimetrías sociales que son el resultado de ejercicios de poder interrelacionados con la clase social, la etnia y diversas capacidades físicas y mentales.

Retomando a la historiadora feminista J. Scott (citada en Lamas, 1996) se puede recapitular que el *género* es una construcción social y no se debe confundir con la diferencia sexual. Con el feminismo y los EG inicia la identificación de las relaciones de poder que se tejen entre los seres humanos, la cuales crean asimetrías y desigualdades socialmente evitables. Así mismo, el *género*, como constructo social, analiza a los sujetos de estudio en varios escenarios: (i) el espacio histórico, (ii) el contexto, (iii) la situación social, y (iv) el aspecto cultural. El constructo *género* se debe plantear también como una herramienta heurística que busca razones, interpreta y pretende explicar las relaciones humanas. Dicho de otro modo, analizar un objeto de estudio o de investigación desde una perspectiva de *género* significa, sin lugar a dudas, aumentar el conocimiento, ya que ofrece reflexiones y explicaciones de las diversas posturas y propuestas que se plantean entre colectivos humanos y que revelan diferentes tipos de asimetrías, desigualdades e inequidades existentes.

De acuerdo con Scott (1996), si bien se necesita el análisis de la relación entre la experiencia masculina y la femenina en tiempos pasados, también es preciso develar la interacción entre la historia pasada y la práctica histórica actual. Esta autora planteó literalmente las siguientes tres preguntas: ¿Cómo actúa el género en las relaciones sociales humanas? ¿Cómo da significado el género a la organización y percepción del conocimiento histórico? ¿Hay o no una relación entre la diferencia biológica y la diferencia sociocultural?

Este conjunto de cuestionamientos adquiere, por supuesto, un matiz político cuando un movimiento social está interesado en estas hipótesis. Por tanto, y como lo indica la autora, las investigaciones de género deben plantearse las siguientes preguntas:

- Si los papeles sexuales son construcciones culturales, ¿por qué las mujeres han sido inveteradamente excluidas del poder público y relegadas al ámbito doméstico?
- Si los roles sexuales son determinados biológicamente, ¿qué posibilidades hay de modificarlos?

Los estudios del feminismo actual formularon tales preguntas con más precisión: ¿Por qué las diferencias sexuales implican desigualdades sociales? Esta última pregunta es, sino la principal, una de las columnas estructurales de los EG y la identificación y denuncia de la llamada “división sexual del trabajo”. De acuerdo con Kandel (2006), las sociedades patriarcales instauraron los roles que debían asumir las mujeres dentro del seno familiar: su papel fundamental, y casi único, ha sido, y en muchas ocasiones aún lo sigue siendo, la procreación y la realización de las tareas domésticas. Al respecto, Beauvoir (1999) señala que “la

sociedad patriarcal ha dado a todas las funciones femeninas la imagen de una servidumbre” (p. 386).

De acuerdo con Roldán (2000), tanto se ha perpetuado esta estructura social que las relaciones de género en el seno de las organizaciones productivas actuales se convierten en un reflejo casi idéntico al de las relaciones familiares, constituyendo la primera causa de la potente brecha salarial que existe entre hombres y mujeres a nivel mundial. La investigadora afirma que en las sociedades capitalistas a la mujer se le incorpora a la economía en situaciones que la discriminan casi constantemente, por dos grandes razones: por una parte, es requerida por sus habilidades manuales, y por otra, es llamada a todas aquellas profesiones y actividades que sean la prolongación del cuidado y de los servicios domésticos retribuida, claro está, con salarios inferiores.

Este fenómeno social y económico ha sido denunciado por quienes realizan estudios feministas y de género, ya que hacen patentes, no solo las discriminaciones laborales, sino que identifican los *nichos laborales*, aquellos espacios laborales reservados solo para mujeres o solo para hombres. Asimismo, han denunciado dobles jornadas a las cuales han sido sometidas las mujeres, desde que estas se han incorporado al espacio laboral: ellas, además de aportar y hasta sostener económicamente el hogar, siguen asumiendo la administración y el cuidado del hogar, incluida la atención y el cuidado de niñas, niños y personas dependientes.

De acuerdo con Torns (2001), el tiempo dedicado, tanto al trabajo productivo/asalariado como al trabajo reproductivo/doméstico familiar, está sometido a entendimientos distintos, ya que mientras el primero (el trabajo remunerado) sigue una lógica desde varios espacios temporales, de forma lineal y fácilmente objetivable mediante el horario, el segundo (el trabajo doméstico familiar) se mueve por una lógica sin horarios preestablecidos, lo que obliga a percibir su dedicación de modo subjetivo. Lo anterior significa que el trabajo reproductivo se aprecia de manera infravalorada.

S. Parella (2002) comenta en su investigación que el término *trabajo* se identifica por vez primera en la época del desarrollo industrial solo con actividades remuneradas y, por tanto, segrega aquellas que no estén mediadas por el mercado. Esta postura se orientó a la eliminación de los oficios de la reproducción del ámbito productivo y significó desde entonces la perpetuación de una profunda desvalorización social, cultural y económica de aquellas funciones domésticas, ya que no fueron consideradas como *trabajo*, y supuso, por obvias razones, la marginación social de las mujeres, tanto en la familia como fuera del hogar (Borderías, Carrasco y Alemany, 1994).

Las pretendidas cuatro olas del feminismo

Según T. Sales (2017) en el seno de la teoría feminista se hallan profundas tensiones que, simultáneamente, son dinámicas y conflictivas entre sí. De hecho en cada momento histórico coexisten diversas posturas feministas que generan una cierta disparidad teórica; en efecto, no hay ni ha habido una sola y única

teoría feminista, puesto que en cada momento histórico-político-social tienen lugar diversas luchas feministas que, por supuesto, describen de forma específica sus necesidades y se acercan a sus realidades particulares, siendo estas dispares entre sí. Se evidencia, por un lado, una separación entre la teoría feminista y la acción feminista —lo que hace a la primera incapaz de generar un proyecto crítico-transformador de la sociedad—, y por el otro, una acción feminista menos proactiva y muchas veces algo desorientada.

Este autor afirma que clasificar la historia del feminismo como producto de olas diferentes es principalmente un recurso de orden didáctico, el cual también ha sido muy criticado, ya que asume una serie de presupuestos no explícitos y cuestionables, y propone falsas divisiones, las cuales muchas feministas no estarían dispuestas a admitir. En todo caso, y con un objetivo didáctico, en el feminismo se identifican cuatro momentos u “olas” que dibujan los grandes movimientos feministas en el mundo.

Feminismo de la primera ola

Esta se configuró entre los siglos XVIII y XIX, y correspondió a la etapa de la lucha por los derechos civiles de las mujeres, con extraordinarios planteamientos de parte de mujeres ilustradas, como por ejemplo, Olympe de Gouges²⁴ y Mary Wollstonecraft²⁵. El análisis reflexivo previo de la desigual situación femenina desencadenó el descubrimiento de las relaciones de ejercicio de poder entre hombres y mujeres. En esta etapa se pidió, más que la abolición de privilegios masculinos, la igualdad de derechos (derechos igualitarios dentro del matrimonio, igual acceso al trabajo, a la capacitación profesional, a la educación y al voto) obtenidos por los hombres. En la obra de Wollstonecraft, el feminismo se expresa como una declaración pormenorizada en contra la exclusión de las mujeres del campo completo de bienes y derechos, convirtiéndose en el primer clásico del feminismo en sentido estricto (Valcárcel, 2001).

Feminismo de la segunda ola

Este periodo se conforma a partir de la segunda mitad del siglo XIX y se extiende hasta el primer tercio del siglo XX. Su gran consigna se resume en que, si las mujeres no conseguían la igualdad de los derechos políticos, obtenidos y disfrutados por los hombres, no podía haber paz ni democracia en los países. Así se inició la lucha por la obtención del sufragio, no solo femenino, sino universal^{26,27}. Durante esta etapa, se escribieron y publicaron abundantes documentos sobre esta reivindicación²⁸ y se avanzó hacia un tejido de alianzas interclasistas e interracialistas (la lucha de las sufragistas se vio acompañada por el movimiento abolicionista que condenaba la esclavitud, no solo en los Estados Unidos sino a nivel mundial).

En 1928, después de la publicación por parte de Mary Wollstonecraft del texto precursor *Vindicaciones de los derechos de la mujer*, se logra el sufragio femenino en Inglaterra, país que alberga la gran lucha de las mujeres por el sufragio femenino, destacándose la figura de Emmeline Pankhurst²⁹.

El sufragismo se extiende a la región latinoamericana muchos años después (*Tabla 4.1*). La mayor influencia se suscitó por fuertes vinculaciones con la Alianza Internacional Sufragista, la Liga Pro Paz y Libertad, y la Comisión de Mujeres de la Unión Panamericana. De acuerdo con Luna (1985), en Colombia hubo interesantes movimientos de mujeres, como la huelga de las obreras de Fabricato (Antioquia) en 1920, liderada por Betsabé Espinoza³⁰, que logró un aumento del 40 % en los salarios. La historia reporta que hubo un manifiesto firmado por 14.000 mujeres indígenas relativo a los derechos de la mujer indígena.

La lucha femenina en Colombia se centró en lograr conciencia de su discriminación y marginación de los derechos ciudadanos (el voto, el trabajo asalariado y la educación superior, por ejemplo). En 1954, bajo el mandato de Gustavo Rojas Pinilla, se concedió el voto femenino. Vale la pena recordar a Elba María Quintana Vinasco³¹, quien afirma que los hombres liberales se colocaron en fuerte contradicción con el partido liberal, negando este derecho a las mujeres. La autora, a lo largo de su estudio, mantiene la tesis de que los conservadores fueron los más decididos defensores de conceder el voto a las mujeres. Otra de las grandes activistas fue Ofelia Uribe³², quien se dedicó, a través de la radio, a hacer conciencia a las mujeres por el acceso al estudio y la importancia de adquirir los derechos ciudadanos.

Cabe recordar que en 1930 se realizó en Bogotá el IV Congreso Internacional Femenino y en él aparecieron las primeras declaraciones del feminismo colombiano. Se logró adelantar un debate sobre capitulaciones matrimoniales defendiendo el manejo patrimonial por parte de las mujeres.

De acuerdo con Bonilla Vélez (2007), no solo en Colombia se vivió este movimiento social sino que en Latinoamérica, en muchos países de la región a finales del Siglo XIX y durante las dos primeras décadas del Siglo XX en diferentes años, se evidencian diversas luchas que propenden por la construcción de la ciudadanía femenina.

De acuerdo con Francesca Gargallo (2007) el feminismo latinoamericano ha venido forjando la deconstrucción de racismos estructurales y de heterocentrismos, como resultado de una visión de cuerpos que se consideran solamente sexuados y la aceptación de categorías de análisis provenientes de los feminismos occidentales; así mismo, señala que la apuesta que sostiene al feminismo latinoamericano es fruto, como todas las ideas políticas antihegemónicas, de un proceso de identificación de reclamos y de prácticas políticas que han variado durante su historia. La autora afirma que la participación de comuneras, criollas e indígenas en la lucha contra el colonialismo fue de una gran amplitud, sin llegar a ser visible ni reconocida. Sostiene que el triunfo de los liberales en la mayoría del continente no redundó en el reconocimiento de la igualdad de las mujeres. El racismo heredado de la Colonia no permitió que las mujeres se reconocieran como tales, sino las relegó a categorías ligadas, tanto a la clase de procedencia, como a la pertenencia étnica: blancas, mestizas, indias y negras no compartían cosmovisiones ni espacios sociales, sólo el maltrato masculino que, en el caso de las últimas, sumaba la violencia machista y la

violencia racista.

Como se puede apreciar en el *Anexo 4.1*, a finales del siglo XIX las mujeres de los sectores privilegiados urbanos se reunieron para publicar periódicos en los que exponían sus ideas de igualdad y exigibilidad del derecho a la igualdad, además de compartir noticias sobre modas y buenos modales. Paralelamente, los grupos de maestras exigieron el derecho a la educación y a la expresión, al control de su economía y al voto. Las mujeres obreras, hilanderas, tabacaleras y otras trabajadoras asalariadas fabriles iniciaron sus exigencias con respecto a la igualdad en los salarios para trabajos iguales. Todo lo anterior demuestra que la lucha se fue tejiendo desde varios frentes de la vida productiva, artística, periodística y cultural.

Si se da una mirada rápida sobre el proceso de lucha feminista latinoamericano se podría caer rápidamente en considerarla una lucha tardía o conservadora, con respecto a sus pares europeas o norteamericanas. No se puede olvidar que este movimiento estaba esperando a que se resolvieran los debates entre conservadores y liberales, así como luchas de clases, entre diversas culturas étnicas y de emancipación ante fuertes aires colonialistas.

A nivel mundial, se llevaron a cabo luchas a favor de la educación superior igualitaria, del acceso igualitario a las profesiones, las mismas oportunidades para acceder a cargos de todo tipo, similares condiciones laborales y, finalmente, sobre el acceso real y pleno a los derechos y deberes sociales. El movimiento feminista en esta fase consigue denunciar situaciones importantes como el matrimonio “obligado” y logra impactar fuertemente en la necesidad de desarrollar el control de la natalidad; así, apuesta por una postura librepensadora. Todo lo anterior tiene como consecuencias sociales que las mujeres se inician en casi todos los deportes, prueban otras vestimentas e incursionan en áreas de estudio y de acciones vedadas previamente a ellas y destinadas exclusivamente a los hombres, lo que redundó en nuevas formas de tejido social.

Feminismo de la tercera ola

Esta fase se extiende desde la segunda mitad del siglo XX hasta comienzos del XXI. Aquí se consolida académicamente el feminismo a través de los estudios de mujer, pues las feministas, de manera cada vez más precisa, identifican el entramado del sistema social patriarcal que naturaliza desigualdades y discriminaciones, además de relacionar sexo con género. Así mismo, se establecen consensos respecto de términos propios del feminismo y de los EG. Dicho lo anterior, los conglomerados de estudios feministas y de género coinciden en el gran problema: la estructura patriarcal y androcéntrica de las sociedades, que forma el piso para los estudios de género en el que se evidencian las desigualdades e inequidades entre hombres y mujeres, las cuales son evitables.

El *lobby* feminista alcanzó su máximo nivel cuando fue capaz de influir en legislaciones como las condiciones del divorcio, la despenalización del aborto en varios países y la implementación de políticas de igualdad, lo que determinó una nueva organización social. Por extensión, se introdujeron temas de educación igualitaria en las escuelas, la llamada ‘coeducación’, con el fin de controlar la

perpetuación del sistema social patriarcal, desigual e inequitativo.

Durante el feminismo de la tercera ola se desarrollaron diversas posturas con respecto al feminismo clásico, las cuales llegan a oponerse entre sí, pero redefinen el panorama actual.

Feminismo de la cuarta ola

De acuerdo con Abad (2016), el feminismo descrito por Kira Cochrane³³ en su artículo *The fourth wave of feminism: meet the rebel women* publicado por *The Guardian* en 2013, anuncia la aparición de nuevas formas de organización feminista a partir del ciberespacio, lo que se ha venido llamando *ciberfeminismo*. Se podría decir que es una ideología no tan monolítica, pues reúne varias pluralidades que luchan por los derechos *queer*, además de centrarse en pequeñas reivindicaciones que congregan muchas activistas, estudiantes y personas del común que se identifican con problemas universales como el desempleo, la precariedad laboral y la lucha contra las discriminaciones a personas con discapacidades. No se puede desconocer que las nuevas tecnologías dan pie, no solo a conocer ideas distintas —lo que permite escuchar y leer voces diferentes—, sino también para conocer de primera mano otras visiones del feminismo (Cochrane, 2013).

*El feminismo decolonial*³⁴

Según Y. Espinosa (2016), en los últimos años algunas feministas con trayectos y posicionamientos críticos y contrahegemónicos generaron un *viraje epistemológico* como alternativa al feminismo clásico. Dicha autora afirma que se dan tantas versiones y posturas dentro del mismo feminismo, que se debe hablar de *feminismos* para acoger ampliamente cada una de sus luchas y pensamientos. Siguiendo a esta autora, el feminismo decolonial se alimenta del *black feminism* (feminismo de color), asentando sus bases como respuesta al feminismo europeo, ya que este parecía centrarse solo en las desigualdades de las mujeres occidentales. Por tanto, con el feminismo decolonial se busca evidenciar las formas como el racismo, la política económica de larga duración y los efectos culturales de un colonialismo impuesto, afectan a mujeres no blancas y no occidentales en el mundo poscolonial.

Según Espinosa (2016) el concepto de feminismo decolonial fue presentado por primera vez por María Lugones, feminista de origen argentino y residente en los Estados Unidos, quien vuelve a América Latina atraída por la política comunal del zapatismo³⁵ y por las múltiples insurrecciones indígenas que ocurrieron en Centroamérica durante la década de los noventa. Lugones apostó por una mirada crítica del feminismo europeo, que ha demostrado una exclusión histórica y teórico-práctica de las mujeres no blancas. En definitiva, el feminismo decolonial reflexiona y acoge propuestas de mujeres pensadoras, intelectuales, activistas y luchadoras, feministas o no, muchas de ellas con ascendencia africana, indígena, mestiza popular, campesina o migrantes, así como a no pocas mujeres académicas blancas fuertemente comprometidas y en contra de las sumisiones femeninas que

ocurren, no solo en Latinoamérica, sino en el mundo.

¿Y DEL HOMBRE QUÉ? LAS NUEVAS MASCULINIDADES

En cuanto a la construcción de masculinidad y el lugar social que juegan ciertos varones, M. Viveros (2007) señala que se ha buscado comprender en forma simultánea y equilibrada las opresiones vividas, tanto por las mujeres negras, como por los hombres de sus propias comunidades. Algunas de las principales teóricas del *black feminism*, como Patricia Hill Collins³⁶ y Angela Davis³⁷, entre otras activistas e investigadoras, han examinado en forma crítica las dificultades experimentadas por los hombres negros para alcanzar imposiciones hegemónicas de la masculinidad, por sus características sexistas. En este espacio nacen los estudios de las llamadas *nuevas masculinidades*, que buscan expresar su solidaridad con los hombres afroamericanos progresistas que paralelamente luchan por sus derechos, afirmando que lidian contra el racismo, pero que a la vez luchan contra ellos por sexismos impuestos.

Las luchas de estos hombres se centran en combatir el mito del *hombre negro violador* y denuncian que existen peligrosos estereotipos que los clasifican como *hombres negros naturalmente violentos contra las mujeres*. Un ejemplo de ello son los recogedores de basura en los años setenta, quienes convocados por Martin Luther King, marcharon portando letreros con la frase “Yo soy un hombre”, aludiendo el reclamo de su derecho a la dignidad humana.

Todo lo anterior, supuso la evidencia de hombres que no comulgaban con los parámetros de una masculinidad hegemónica e impuesta por aquellos que llevan y ejercen el poder; tal como lo describe Viveros (2007), el poder se entiende como la capacidad de imponer el interés personal sobre asuntos ajenos y comunes. En definitiva, el poder lo llevan varones que pertenecen a sociedades dominantes que ejercen dominio sobre otras y otros y para sí mismos, con gran capacidad para reprimir emociones y acciones catalogadas como “femeninas” —ternura, cuidado, dolor, reconciliación y misericordia—, heteronormativos y de relacionamientos heterosexuales únicos. Todas aquellas personas que no comulguen con estos parámetros son discriminadas e invisibilizadas, incluso se les niega el acceso a oportunidades y el goce efectivo de los derechos fundamentales. Son las llamadas sociedades excluyentes, en donde tanto hombres como mujeres participan y alimentan las normas.

De acuerdo con Núñez (2016), los EG que tienen como objeto de estudio los varones y las masculinidades analizan diversas identidades de género y orientaciones sexuales. Una de las concepciones más importantes de este planteamiento se centra en que los EG de los varones y las masculinidades incluyen las dinámicas socioculturales y de poder (androcéntricas y/o heterosexistas) y su reproducción/ resistencia/transformación en los humanos biológicamente *machos* o socialmente “hombres” (en sus cuerpos, identidades,

subjetividades, prácticas, relaciones, productos) y en toda la organización social. Dicho en otras palabras, apelando a los procesos de socialización, se impone a los mismos hombres que “se hagan hombres” y que cumplan con la masculinidad hegemónica de las sociedades patriarcales dominantes.

LA RELACIÓN ENTRE GÉNERO, FEMINISMOS Y SALUD PÚBLICA

La relación entre género, feminismos y salud pública se concreta en la evidencia y explicación de las desigualdades e inequidades que sufren hombres y mujeres —incluidas otras identidades y orientaciones sexuales—, por asimetrías que se generan en términos de los ejercicios de poder de un grupo dominante, lo que se traduce en discriminaciones y asimetrías conducentes a la violación de derechos humanos fundamentales, básicos y exigibles para lograr un *bien estar y un buen vivir*.

Desde el terreno de la salud pública, y asumiendo un punto de vista operativo, la *equidad* en salud comprendería eliminar todas aquellas diferencias evitables en la salud y sus determinantes sociales, entre grupos humanos y con diferentes grados de privilegio social (Whitehead, 1990).

De acuerdo con Breilh (1993), la construcción androcéntrica de las sociedades pone a las mujeres en evidentes desventajas frente al control de su poder, tanto en el ámbito doméstico, como en el de la sociedad. No es gratuito que históricamente las mujeres hayan tenido que unirse para identificar y construir su propio poder, en unas épocas en que ideologías, tanto de derechas como de izquierdas, han hecho oídos sordos a las luchas y demandas femeninas. Afirma este autor que la concentración de un poder femenino para exigir sus derechos es plenamente válida y se tendrá que mantener hasta cuando el conjunto de las sociedades se construya sobre relaciones solidarias ante las necesidades e igualitarias ante los derechos.

La relación entre los EG y la salud pública nace, no solo porque se evidencian efectos sobre la salud de hombres, mujeres y personas con diversas orientaciones sexuales y diferentes identidades de género —ocasionadas por las discriminaciones e invisibilizaciones sistemáticas de las cuales son víctimas—, sino porque los accesos a los servicios de salud son restringidos y hasta coartados.

De la misma manera, las condiciones laborales, las dobles y triples jornadas laborales y la calidad de los trabajos a los cuales se ven abocadas las personas, afectan sin duda la salud de quienes viven bajo contextos machistas y patriarcales. De acuerdo con Rohlf et al. (2000), la salud es descrita como un proceso complejo y construida por factores biológicos, además de los determinantes sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud, y justamente el género —visto como un constructo social por su interrelación con todos ellos— tiene un papel importante en la salud de las poblaciones.

Palabras más, palabras menos, la forma de enfermar y morir de las mujeres es

diferente a la de los varones, además de quienes no se reconocen en estas clasificaciones, dado su tejido histórico, social, económico, político y cultural. Esto quiere decir que el acceso a los derechos y a las oportunidades no es igualitario y que la asignación y distribución de los recursos no es equitativa. Siguiendo a Franco (2011), la salud pública, a través de un amplio campo de conocimientos y acciones desarrolladas por la humanidad, pretende ante todo conseguir el mayor bienestar y el bien vivir de las personas y de los diferentes colectivos. De ahí que la perspectiva de género en la salud pública (análisis que permite identificar y reflexionar sobre los determinantes que afectan o protegen la salud de las mujeres y los hombres, así como de todos los demás colectivos minoritarios, de manera particular o de forma relacional) se convierta en un objeto de estudio fundamental para evitar y prevenir, a través de deconstrucciones estructurales y/o culturales, aquellas acciones que ocasionan desigualdades e inequidades en salud.

De acuerdo con Gómez (2011), la esencia del problema no es que existan desigualdades, sino que estas pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo. Teniendo esas premisas claras, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea los siguientes aspectos que se deben tener en cuenta en el ámbito de la salud pública:

- El estado de salud de una población específica y sus determinantes socioeconómicos.
- La asignación de recursos y el acceso efectivo a la atención de acuerdo con la necesidad.
- El financiamiento de la atención en salud, según la capacidad de pago.
- La distribución del poder y la carga de responsabilidades en el cuidado de la salud de esa población estudiada.
- Identificación de los vacíos de las condiciones que deben existir para la realización de los derechos y que deberán ser llenados para poder avanzar en el proceso de realización de esos derechos.

Gómez (2011) afirma que se hace necesario, yendo más allá de las diferencias anotadas, articular los siguientes elementos:

- Roles de género derivados de la división sexual del trabajo.
- Acceso y control respecto a los recursos, en asocio con los roles de género.
- Necesidades específicas de género.
- Enfoque de la(s) política(s) vigente(s) para el abordaje de las diferencias de género.

En definitiva, la base de la relación entre la perspectiva o análisis de género y el desarrollo de la salud pública, se convierte en el anhelo por conseguir sociedades más equitativas, con distribuciones de recursos por sexo/necesidades más justas y la seguridad de orientar y distribuir los beneficios, asegurando una mayor participación de las mujeres y hombres con orientaciones sexuales diversas e identidades de género distintas, especialmente aquellas pertenecientes a sectores menos privilegiados y con menos recursos y que por obvias razones afectan el bienestar común.

REFERENCIAS

- Abad, C. (2016). Disidentes y visionarias de los nuevos feminismos. *Arbor*, 192(778): a308. <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2016.778n2011>
- Beauvoir, S. de (1999). *El segundo sexo* (Vol. II). España: Cátedra - Universidad de Valencia.
- Blacha, L. E. (2005). ¿Élite o clase política? Algunas precisiones terminológicas. *Revista Theomai*, 12, 220-229. Recuperado de <http://revista-theomai.unq.edu.ar/NUMERO12/artblacha12.htm>
- Bonilla, G. E. (2007). La lucha de las mujeres en América Latina: Feminismo, ciudadanía y derechos. *Revista Palobra - Palabra que Obra*, 8(8), 42-59. <https://doi.org/10.32997/2346-2884-vol.8-num.8-2007-225>
- Borderías, C., Carrasco, C., & Alemany, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- Breilh, J. (1993). *Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones*. Ibarra (Ecuador): Centro de Estudios y Asesorías en Salud -CEAS- y Universidad Técnica del Norte. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3552/1/Breilh,%20J-CON-187-Genero%20entrefuegos.pdf>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona: Paidós.
- Calvo, G. y Picazo, M. (2016). La diversidad de género en la escuela pública y la exclusión que produce el binarismo. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 30(1), 81-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27446519008>
- Cochrane, K. (2013, december 10). The fourth wave of feminism: meet the rebel women. *The Guardian*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/world/2013/dec/10/fourth-wave-feminism-rebel-women>
- Dagenais, H., & Tancred, P. (1998). Estudios de la mujer, estudios feministas y estudios de género. En M. Vereá y G. Hierro (Coords.), *Las mujeres en América del Norte al fin del milenio* (pp. 501-518). México: CISAM-UNAM.
- Danielsson, M. (2005). *Intersexuality and Its Medical and Social Implications*. Stockholm: Malmö Högskola.
- Espinosa, Y. (2016). De por qué es necesario un feminismo descolonial: diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad occidental y el fin de la política de identidad. *Solar*, 12(1), 171. doi:10.20939. Recuperado de <http://revistasolar.org/wp-content/uploads/2017/07/9-De-por-qu%C3%A9-es-necesario-un-feminismo-descolonial…Yuderkys-Espinosa-Mi%C3%B1oso.pdf>
- Fonseca, C., & Quintero, M. L. (2009). La teoría *queer*: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica (México)*, 24(69), 43-60. Recuperado el 15 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000100003&lng=es&tln=es
- Franco, S. (2011). Los verbos esenciales de la salud pública. En E. Granda (ed.), *La salud y la vida*, v. 3 (pp. 211-233). Quito, Ecuador: Ministerio de Salud del Ecuador-OPS/OMS. Recuperado de https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida_vol3.pdf
- Gargallo, F. (2007). Feminismo latinoamericano. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 17-34. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1316-37012007000100003&script=sci_abstract
- Gómez, E. (2011). *Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas*. New York: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <https://es.scribd.com/document/394704393/Curso-Virtual-Genero-y-Salud-Analisis-de-genero-bases-conceptuales-y-metodologicas>
- González-Jiménez, R. M. (2009). Estudios de género en educación: una rápida mirada. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 14(42), 681-699. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662009000300002&lng=es&tln=es
- González-Vázquez, A. (2009). Michel Foucault, Judith Butler, y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y deconstructivas de la intersexualidad. *Isegoría*, 40, 235-244. Recuperado de <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/657/659>
- Gregori, N. (2013). Utopías dicotómicas sobre los cuerpos sexuados. *Arbor Ciencia Pensamiento Cultura*, 189(763), a071. <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.763n5008>
- Kandel, E. (2006). *División sexual del trabajo ayer y hoy: una aproximación al tema*. Buenos Aires:

- Dunken. Recuperado de <http://www.rebellion.org/docs/202959.pdf>
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Lamas, M. (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México D.F.: UNAM - Programa Universitario de Estudios de Género.
- Luna, L. G. (1985). Los movimientos de mujeres: feminismo y feminidad en Colombia (1930-1943). *Boletín Americanista*, 35, 169-190. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/BoletinAmericaniSta/article/view/12739/15691>
- Marks, L. (octubre-diciembre de 1997). Historia de la píldora anticonceptiva. *Ciencias*(48), 32-39. Recuperado de <https://www.revistaciencias.unam.mx/es/197-revistas/revista-ciencias-48/1879-historia-de-la-p%C3%ADldora-anticonceptiva.html>
- Mead, M. (1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Núñez, G. (2016). Los estudios de género de los hombres y las masculinidades: ¿qué son y qué estudian? *Culturales*, 4(1), 9-31. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912016000100009
- Parella, S. (2002). La internacionalización de la reproducción. La inserción laboral de la mujer inmigrante en los servicios de proximidad (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/5110>
- Pellicer, L. (2016, sin fecha). El sufragio femenino en América Latina. *Antrophistoria*. Recuperado de <https://www.antrophistoria.com/2016/02/el-sufragio-femenino-en-america-latina.html>
- Rich, A. (1996). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *Duoda: Revista d'estudis feministes*, 10, 15-45. Recuperado de <http://bit.ly/2ujf4lA>
- Ríos, P. de los (1998). Los movimientos sociales de los años sesenta en Estados Unidos: un legado contradictorio. *Sociológica*, 13(38), 13-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026670002.pdf>
- Rohlf, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escibá, V.,... Valls-Llobet, R. C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911100714488>
- Roldán, M. (2000). ¿Globalización o mundialización?: teoría y práctica de procesos productivos y asimetrías de género. *Una interpretación desde las realidades de la organización del trabajo en el apogeo y crisis de una industria nacional autopartista (1960-1990)*. Buenos Aires: Eudeba, Flacso y Universidad Nacional de la Patagonia.
- Sales, T. (2017). Crítica y teoría feminista: por una nueva agenda feminista. *Astrolabio. Revista Internacional de Filosofía* (20), 179-191. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6674056>
- Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México, D.F.: Programa Universitario de Estudios de Género - UNAM. Recuperado de <http://bit.ly/2OhXIMz>
- Scott, J. W. (1993). Historia de las mujeres. En P. Burke (ed.), *Formas de hacer historia* (pp. 59-88). Madrid: Alianza.
- Sendón de León, V. (2000). ¿Qué es el feminismo de la diferencia? (Una visión muy personal). *Mujeres en Red. El periódico feminista*. Recuperado de <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1985>
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*. London: Karnac Books.
- Torns, T. (2001). El tiempo de trabajo de las mujeres: entre la invisibilidad y la necesidad. En C. Carrasco (ed.), *Tiempos, trabajos y género* (pp. 133-150). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Valcárcel, A. (2001). *La memoria colectiva y los retos del feminismo*. Lima, Perú: Cepal.
- Viveros, M. (2007). Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes. *La Manzana de la Discordia*, 4, 25-36. Recuperado de <http://bit.ly/2UvVNrJ>
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization

ANEXO 4.1

Aprobación del voto femenino en algunos países de América Latina, contexto y principales mujeres pioneras del feminismo.

País	Aprobación de la Ley que otorga el voto femenino	Contexto histórico que favorece el sufragio femenino	Mujeres pioneras del feminismo en Latinoamérica
Ecuador	1929	La trayectoria feminista de Ecuador se caracteriza por múltiples e intensas luchas a favor de los derechos femeninos, desde los grupos indígenas, las artes y el periodismo. En la Constitución de 1843 se declararon los derechos de los ciudadanos sin especificar la prohibición a las mujeres. La médica Matilde Hidalgo se inscribió en los registros electorales para diputados y senadores en 1924, suscitando una fuerte extrañeza en la dirigencia ecuatoriana. Este hecho levantó Consulta de Estado y ésta se resolvió a favor para la doctora Matilde, lo que supuso el punto de partida en la conquista de derechos igualitarios para mujeres y hombres en Ecuador. El reconocimiento constitucional vendría en 1929 con la aprobación del voto femenino. Se resalta que todos los partidos, de izquierda y de derecha, estuvieron de acuerdo con otorgar el derecho al sufragio femenino.	Matilde Hidalgo de Procel Ana de Peralta Dolores Cacuango Dolores Veintimilla Zoila Clotilde Ugarte de Landívar Isabel de Santiago Manuela León
Uruguay	1932	El suceso político que preparó el terreno para la aprobación de la Ley que otorgó el voto femenino fue la convocatoria, tanto a hombres como a mujeres, a participar en el Plebiscito de Cerro Chato.	Las hermanas Clotilde y Paulina Luisi, abogada y médica cirujana, respectivamente
Brasil	1932	En 1932 se estableció el Código Electoral Provisorio en el que solo las mujeres casadas (autorizadas por el marido), viudas y/o solteras con rentas propias, podían votar. Dos años después, con la Constitución, el voto de la mujer fue ratificado y, además, eliminó las anteriores limitaciones sin ser obligatorio como el del hombre.	Celina Guimarães Viana Dionísia Gonçalves Pinto Francisca Dinis Josefina Álvares de Azevedo

País	Aprobación de la Ley que otorga el voto femenino	Contexto histórico que favorece el sufragio femenino	Mujeres pioneras del feminismo en Latinoamérica
Cuba	1934	Al inicio de la República (1902 a 1959) un conjunto de mujeres fundó asociaciones y órganos de prensa para	María Luisa Dolz

	defender los intereses de la mujer. Se encuentra apoyo al sufragismo femenino gracias a revistas especializadas como la <i>Revista de la Asociación Femenina de Camagüey</i> y <i>Aspiraciones</i>, revista cívica y patriota. El sufragio femenino en Cuba surgió gracias al asociacionismo como el Comité de Sufragio Femenino, el Club Femenino de Cuba, la Alianza Nacional Feminista, el Lyceum - organización cultural- y la Unión Laborista de Mujeres, asociación radical que puso la cuestión obrera por encima del derecho femenino al sufragio. En 1923, cuando se creó la Asociación de Veteranos y Patriotas, entre sus firmantes estaban diez de las dirigentes del Club Femenino de Cuba. Las sufragistas cubanas celebraron congresos, hicieron peticiones a los políticos, establecieron coaliciones con diversos grupos, se manifestaron en las calles, se dirigieron al público a través de los periódicos y la radio, construyeron clínicas de obstetricia, organizaron escuelas nocturnas para mujeres, programas de salud y establecieron contactos con grupos feministas de otros países. Ya en 1923, con la celebración del Primer Congreso Nacional de Mujeres, y en 1925 con el evento del Segundo Congreso Nacional, contando con 71 asociaciones femeninas, se propuso de manera unánime la exigencia al goce del sufragio femenino. La Alianza Nacional Feminista apeló al gobierno de turno, para que sancionara la Ley que daría el derecho al voto a la mujer cubana.	Edelmira Guerra de Dauval Ana Betancourt de Mora Mari Blanca Sabas Alomá Ofelia Rodríguez Acosta Ofelia Domínguez Navarro María Collado

País	Aprobación de la Ley que otorga el voto femenino	Contexto histórico que favorece el sufragio femenino	Mujeres pioneras del feminismo en Latinoamérica
Argentina	1947	Entre 1900 y 1910 se evidenciaron intensos sucesos emancipadores feministas que generaron varios asociacionismos y grandes militancias por parte de las argentinas. Se desarrolló un feminismo fuerte y libertario con grandes influencias en la política y la sociedad. En 1927 se sancionó la Constitución en la que se reconocen iguales derechos tanto para hombres como para mujeres, pero con el golpe de Estado por parte de los militares en 1930, se eliminan y deshacen todos los logros civiles y políticos en favor de las mujeres argentinas. Solo hasta el gobierno peronista se recobran los derechos perdidos.	Elvira Dellepiane de Rawson Cecilia Grierson Alicia Moreau de Justo Eva Duarte de Perón
Chile	1952	A finales del siglo xix las mujeres chilenas iniciaron diversas luchas para ganar igualdad en los derechos. En 1877 se les otorga el ingreso a la universidad, lo que despertó sus deseos de conseguir derechos políticos. A inicios del siglo xx, los movimientos de izquierda fueron quizás los más detractores a la igualdad política, civil y social de la mujer chilena.	Martina Barros Borgoño Elena Caffarena Flor Heredia

		En 1935 se consiguió el voto femenino para las elecciones a nivel municipal. En 1949 se otorgó el voto femenino para las elecciones presidenciales; solo hasta 1952 se logró ejercer por primera vez el ejercicio sufragista femenino.	

País	Aprobación de la Ley que otorga el voto femenino	Contexto histórico que favorece el sufragio femenino	Mujeres pioneras del feminismo en Latinoamérica
Bolivia	1952	En Bolivia surgió toda una avalancha activista, periodística, artística y social que apoyaba la igualdad de los de derechos de las mujeres. El diario <i>Feminiflor</i> (1921), el Centro Artístico e Intelectual de Señoritas de Oruro, la revista <i>Iris</i> (1929), la revista <i>Ideal Femenino</i> (1929) y la revista <i>La Aspiración</i> (1930), entre otras, fueron claves a la hora de adquirir los mismos derechos para uno y otro sexo. En 1945 solo las mujeres alfabetizadas obtuvieron su derecho al voto en los comicios municipales. En 1947 y 1949 las mujeres ya ejercieron su derecho a elegir y a ser elegidas. Sólo hasta 1952 el sufragio se hace universal, sin ninguna restricción.	Laura Graciela de la Rosa Torres Betsabé Salmón María Teresa Urquidí Alcira Senzano
México	1953	La lucha de las mujeres mexicanas por el derecho al sufragio se vino gestando desde la creación misma de la nación, pero fue invisibilizada por la historia política. Se suscitaban hechos como la reclamación de la ciudadanía por parte de las mujeres de Zacatecas de 1824 como consecuencia de su participación activa en la lucha por la independencia; en 1887, las luchas a favor del sufragio femenino desde el periodismo feminista con la revista <i>Las violetas del Anahuac</i>; el activismo de parte del grupo de “Las admiradoras de Juárez” a principios del siglo xx; las voces de parte de las mujeres que participaron en el desarrollo y triunfo de la revolución mexicana; en 1920, la consecución del voto por parte de las yucatecas y cinco años más tarde por parte de las potosinas y las chiapanecas. Todos estos sucesos conforman, sin duda, un contexto histórico que presiona a la clase gobernante la sanción del derecho al voto femenino en 1953.	Sor Juana Inés de la Cruz La Malinche (intérprete de Hernán Cortés) Rosario de la Peña Carlota de Habsburgo Josefa Ortiz de Domínguez Laureana Wright Hermila Galindo Concha Michel

País	Aprobación de la Ley que otorga el voto femenino	Contexto histórico que favorece el sufragio femenino	Mujeres pioneras del feminismo en Latinoamérica

Perú	1955	Hubo un primer intento, no exitoso, por otorgar el voto a las mujeres peruanas en 1867. En 1955 la Ley establecía el derecho a la ciudadanía a las mujeres, pero sin haberse aprobado el derecho al sufragio universal. Las primeras elecciones peruanas en las que las mujeres pudieron votar, fue en 1956. Es de recalcar que no hubo movimientos sufragistas como tales en Perú. En 1931 se celebró el Primer Congreso Nacional Aprista (de tendencia socialista), en el que se reconoció la legitimidad del derecho al voto a las mujeres, pero acabó desestimado por temor a que la votación femenina fuese de tendencia fundamentalmente conservadora.	María Jesús Alvarado Zoila Aurora Cárceles Adela Montesinos Elvira García y García Magda Portal
Paraguay	1961	La incorporación a la legislación sobre el derecho al voto de la mujer se hizo gracias a las gestiones de la Comisión Interamericana de Mujeres con la Ley No. 704. La lucha fue intensa, pues se heredó una fuerte tradición de lucha feminista-sufragista durante los anteriores sesenta años. Diversos medios, como periódicos feministas, grupos de mujeres obreras: Cantoneras y Perfumistas Unidas, Cigarreras Unidas, Costureras Unidas, el Centro Feminista Paraguayo y la Liga Paraguaya Pro Derechos de la Mujer, fueron entidades y colectividades que impulsaron el logro del sufragio femenino.	Concepción Leyes de Chaves Serafina Dávalos Mercedes Sandoval de Hempel Isabel Arrúa Vallejos
<i>Fuente:</i> elaboración propia con base en Pellicer (2016).			

Capítulo 5

Los sistemas de salud en el mundo



Los sistemas de salud en el mundo

*Manuel Vega Vargas*³⁸

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos dos siglos se han construido sistemas de salud orientados a enfrentar la enfermedad y a garantizar el bienestar de las poblaciones en los Estados-nación modernos. Estos sistemas han adquirido un peso determinante en la constitución de las sociedades contemporáneas, a tal punto que hoy resultan un soporte indiscutible en el mantenimiento de la cohesión social.

Además de los atributos técnicos y científicos que los sostienen, los sistemas de salud están dotados, en mayor o menor medida, de eficacia y legitimidad, no solo al reforzar el arsenal de respuestas sociales con las cuales los grupos humanos conjuran los riesgos de la existencia y de la vida en sociedad, el “estar juntos” sociológico, sino por contribuir al asentamiento de representaciones y prácticas en torno al orden, la ciudadanía, los derechos y el contrato social, que son vitales, pues actúan como fuerzas centrípetas dentro de los Estados.

Estas características hacen que en la actualidad la comprensión de los sistemas de salud exija ir más allá del campo de la salud pública en donde floreció su estudio, o bien desbordar el ámbito económico al que recientemente han sido reducidos y simplificados, para situarlos, no solo como asuntos técnicos, sino como hechos sociales, productos históricos, procesos políticos, entramados de relaciones y fenómenos culturales. Ello requiere una mirada interdisciplinar que permita acceder a su complejidad.

Más allá de las preguntas tradicionales por la organización, los recursos, el funcionamiento, la financiación y la prestación de servicios, es necesario interrogar a los sistemas de salud en otros sentidos. Por ejemplo, es prioritario comprender su función en sociedades complejas; su papel en los procesos de orden a cargo del Estado y en las dinámicas de la globalización; su relación con el conocimiento, la ciencia y la tecnología, y finalmente, su relación con el poder (económico-político). Este último aspecto es de la mayor importancia, ya que los sistemas de salud son producto del poder organizado en las sociedades y a la vez constituyen un lugar donde se ejerce el poder.

Además de estos elementos, hoy tenemos un nuevo reto en el estudio de estos

sistemas. En las últimas cuatro décadas, la dinámica de la economía mundial, el predominio de enfoques neoclásicos aplicados a la salud y la expansión de las ideas neoliberales han debilitado el papel que tuvo el Estado en la organización de estos sistemas en la mayoría de los países del mundo durante el siglo XX. Ese cambio de rol del Estado desde los años ochenta se ha justificado invocando la corrupción propia de las instituciones, el gasto excesivo de los sistemas públicos, la ineficiencia en la redistribución de los recursos y la insostenibilidad de los sistemas en los Estados de bienestar, así como en los Estados interventores. Sobre la base de estos argumentos, se dio paso al predominio del mercado y a las ideas de libre cambio que campean hoy en el sector como una doxa incuestionable.

Este fenómeno, que ha tocado discretamente a la puerta de los sistemas de salud en Inglaterra, España y otros países europeos, se ha desplegado con mayor fuerza en los países del mal llamado Tercer Mundo. Particularmente en América Latina, este fenómeno tuvo lugar por la vía del ajuste estructural, los procesos de reforma al Estado y la modernización neoliberal.

La profundidad de este proceso en nuestras latitudes, en contraste con los países europeos, se relaciona con una estructura de poder vinculada a la economía y a la política global, y tiene como consecuencia la reconfiguración del papel del Estado en la salud, el debilitamiento del derecho, la producción de inequidades y la distorsión de los objetivos de los sistemas de salud con la introducción de lógicas de lucro, fenómenos de corrupción y, como consecuencia, pobre sostenibilidad financiera.

La tendencia de dejar en manos del mercado los sistemas de salud supone trastocar sus objetivos, desnaturalizar su papel de cohesión en la sociedad, desconocer su historicidad y desatender el papel medular que ellos han tratado de cumplir para materializar el derecho a la salud por medio de su potencial de proteger y desmercantilizar la vida y el bienestar de las personas.

Si se toma como ejemplo el caso colombiano, el modelo de mercado regulado ha generado una crisis sostenida del sector, y en el debate actual se ponen sobre la mesa los efectos nocivos de la mercantilización parcial de la salud, así como la inquietante pregunta por la sostenibilidad financiera del sistema; en un contexto constitucional y normativo se obliga al Estado a garantizar el derecho a la salud.

Atendiendo a los debates mundial y nacional de estos años, en este capítulo se propone un análisis de los sistemas de salud desde una perspectiva integral. Para ello, un punto de partida necesario es el debate conceptual sobre su naturaleza. Deparar una mirada crítica a las definiciones tradicionales y la necesidad de ubicar la discusión conceptual más allá del ámbito técnico o la habitual teoría de sistemas, es una tarea primordial.

El segundo apartado presenta una mirada histórica al desarrollo de los sistemas de salud en el contexto de los modernos sistemas de protección social y en el seno de la formación de los Estados-nación y los Estados de bienestar. Las rutas históricas seguidas por algunos países europeos y asiáticos en el siglo XX permiten comprender el surgimiento de al menos cinco modelos de sistemas de salud: bismarckiano, Beveridge, liberal, socialista y los modelos de los países denominados “en desarrollo”.

En el tercero se presenta el modelo básico de estructura que han adoptado los sistemas de salud en el mundo, así como las tendencias actuales y sus desafíos. En el cuarto se analiza de forma breve la situación actual de los sistemas de salud a nivel mundial y el destino de los modelos tradicionales.

El quinto apartado estudia de manera comparativa las modalidades de sistemas de salud desarrolladas en Estados Unidos, Inglaterra, Alemania y Cuba, para comprender las transformaciones de los modelos básicos de sistemas de salud modernos con los que se abrió el siglo XX. En este punto se insiste en que las diferencias entre los países deben ser analizadas desde una mirada que admita múltiples causalidades y, sobre todo, determinaciones sociales, políticas, económicas y culturales que expliquen sus particularidades. Finalmente, en el sexto apartado se analizan, de manera comparada, los sistemas de salud en América Latina.

SOBRE LOS CONCEPTOS Y SU ALCANCE

Habitualmente, los sistemas de salud se definen como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de las personas y las poblaciones. De acuerdo con esta definición, acuñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para alcanzar este propósito se requiere personal, financiación, información, suministros, transporte y comunicaciones, así como orientación y dirección.

La OMS ha señalado que los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales: (i) mejorar la salud de la población a la que sirven, (ii) responder a las expectativas de las personas, y (iii) brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. Adicionalmente, esta organización señala que un sistema de salud debe proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (World Health Organization [WHO], 2000).

Esta conceptualización es útil en principio, pues define el objetivo del sistema, los elementos que lo componen, sus recursos y, en cierta medida, algunos de los principios que lo deben orientar. Sin embargo, implica precisar dos nociones básicas, la de salud y la de sistema. La primera, la salud, puede ser comprendida en los mismos términos que propone la OMS (2013), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La segunda, el sistema, proviene del mundo de la biología y la fisiología. Aplicado a realidades sociales, constituye una metáfora de la estructura y la función del mundo natural asignada a una estructura social y, al mismo tiempo, una consecuencia de la manera en que la organización biológica de los seres humanos se refleja en el ordenamiento social. El encaje entre lo biológico y lo social encuentra, según estas definiciones, un ejemplo tangible, en los sistemas de salud, como lo expresan Johnson, Stoskopf y Shi (2018): “un sistema natural (biológico), tal como el humano, es también un participante y creador de un sistema social más grande. Los sistemas creados por los seres

humanos tienen muchos de los mismos atributos de los sistemas biológicos” (p. 3). De acuerdo con esto, cada sistema se caracteriza por una estructura definida por partes y procesos, y constituye una generalización de la realidad. Tienden a funcionar en la misma dirección, con *inputs* y *outputs*, y sus partes tienen relaciones funcionales y estructurales (Johnson *et al.*, 2018).

A su turno, Sevilla y Enríquez (2012) definen los sistemas sanitarios poniendo el énfasis, tanto en los principios propios de cada sociedad para ordenarse, como en el carácter colectivo que descansa en el fondo de la constitución de los sistemas de salud. En este sentido, estos autores los entienden como:

(...) las diferentes formas de organización que puede adoptar el sector sanitario en un medio concreto, de acuerdo con los valores y motivaciones de la sociedad en que se desarrollan y reflejan; en consecuencia, son el resultado del esfuerzo colectivo para mejorar y promover la salud, y financiar y garantizar las prestaciones que lo posibilitan. (p. 59)

En este marco, el estudio de los sistemas de salud supondría analizar varios elementos: (i) la manera como una sociedad acuerda la organización de la salud de sus ciudadanos, es decir, entendiéndola como un derecho, un bien privado o como una forma mixta; (ii) la extensión de la protección en salud; y (iii) los flujos financieros y la organización del sistema (Sevilla y Enríquez, 2012).

Estos autores aciertan al comprender los sistemas sanitarios como sistemas sociales, lo que significa que “deben ser analizados como los instrumentos de los que se dota una sociedad para cumplir un fin, proteger la salud y prestar atención sanitaria” (Sevilla y Enríquez, 2012, p. 60); pero ello trae una consecuencia: su análisis debe incorporar una exploración a “los valores ciudadanos, el modelo de Estado, la situación socioeconómica y los intereses de los grupos dominantes en la sociedad en que se desarrollan” (p. 60). Es decir, en la medida en que entendemos el ineludible enraizamiento social de los sistemas de salud, estamos obligados a analizarlos abriendo el foco de análisis sobre grandes estructuras y procesos que desbordan el ámbito puramente sectorial.

Ahora bien, pese a la utilidad descriptiva de estas concepciones, ellas corren el riesgo de encajar de manera forzada realidades sociales complejas en esquemas de estructura y función, perdiendo de vista la especificidad de lo moderno en los sistemas de salud, o reduciendo la dinámica de poder que los determina a un asunto de valores y motivaciones. Por ello, resulta interesante complementar estas conceptualizaciones con la propuesta elaborada por Hernández (2011), en su trabajo de estudio comparado de los sistemas de salud de Brasil, Colombia y México. Allí, los sistemas de salud son definidos como “el resultado de políticas públicas de los Estados modernos”. En esta perspectiva, aunque siempre han existido formas, prácticas e instituciones de cuidado y atención en salud, la organización de sistemas con formas de articulación específica entre diferentes instituciones para dar respuesta a los problemas de salud de la población es un asunto propio de la modernidad e implica que los sistemas de salud participan de las tensiones y aporías de esta (Rosanvallon, 2003). En efecto, este carácter tiene que ver con que el vínculo entre ciudadanía y condiciones económicas de la existencia es un rasgo propio de la modernidad y se distingue de la ciudadanía de la antigüedad, pues en la última solo ciertas condiciones de vida podían garantizar al individuo la autonomía, condición *sine qua non* de sus derechos de ciudadano.

La ciudadanía moderna, por el contrario, se constituye en el marco de los Estados y, como sugiere Schnapper (2004), el Estado de intervención, como forma moderna de organización de las sociedades ligada al capitalismo, “reconoce y asegura los derechos del asalariado, los derechos a la supervivencia material y a la vivienda, pero también a los cuidados médicos y a la educación (p. 26)”.

Los sistemas de salud, como concepto y concreción, se desarrollaron a partir de dos grandes procesos: la expansión del conocimiento y la tecnología biomédica a partir del siglo XIX, en el marco de lo que Foucault (1977, citado en Mann, 1991) ha denominado la ‘medicalización de las sociedades’, y la expansión de los Estados nacionales, propia del desarrollo del capitalismo (Hernández, 2011). Esto hace que los sistemas de salud sean producto de las mismas relaciones de poder que forjaron los Estados modernos y, a su vez, se constituyen en espacio de un saber/poder que actúa sobre los sujetos, apelando al conocimiento médico y en salud, pero también a las relaciones dispares, asimétricas e inmediatas paciente-médico y ciudadano-Estado.

Ahora bien, en esta perspectiva, entre los sistemas de salud y los Estados surge una estructura intermedia: los sistemas nacionales de protección social, organizaciones que combinan instituciones y mecanismos de atención colectiva de múltiples necesidades y contingencias de los colectivos humanos. Como sucede con las respuestas sociales en salud, desde la antigüedad, las sociedades desarrollaron mecanismos para protegerse de los riesgos de la existencia y de la vida en sociedad, de modo que su eficacia garantizara bien la sobrevivencia de los individuos, bien la pervivencia de pueblos y comunidades enteras. Sin embargo, los sistemas modernos de protección social tienen en su origen una relación ineludible con el desarrollo del capitalismo industrial.

Como un esfuerzo de las sociedades por defenderse de los efectos deletéreos del mercado autorregulado instalado en la formación capitalista industrial (Polanyi, 2007), durante el siglo XIX surgieron en Europa diversas modalidades de seguridad social, modos de atención médica e instituciones de protección que se fueron consolidando sobre los cimientos de las formas tradicionales de la caridad, la beneficencia y la misma filantropía. Esa institucionalidad de la protección social que fue emergiendo de manera aislada y fragmentada, resultó ser el fundamento del posterior Estado social. Su expansión se dio de la mano de la industrialización de las economías capitalistas y en el contexto del desarrollo de sociedades salariales de pleno empleo (Castel, 1997). Aun así, perviven instituciones de protección no atadas al estatuto salarial, como sucede en las sociedades latinoamericanas, que por lo mismo han carecido del proceso de expansión de la *ciudadanía laboral*³⁹, fundamento de la ruta europea para la universalización de la cobertura en salud.

Es preciso decir que el vínculo entre el capitalismo y los sistemas de protección social no corresponde a una causalidad mecánica, es decir, no significa que dichos sistemas sean el resultado de las exigencias de la economía. La conformación de sistemas de protección social surge del conjunto de las relaciones de poder entre distintos actores y clases sociales específicamente. A este proceso, Swaan (1992) lo ha denominado ‘figuración a cuatro bandas’, esto

es, el conflicto entre grandes propietarios, trabajadores, pequeños propietarios y el régimen político específico, con resultados particulares en la organización institucional de cada país (Hernández, 2011). Esta figuración a cuatro bandas, basada en la sociología de Norbert Elías, es una manera de representar la configuración de poder (relaciones, actores y clases) que determinan el curso que toma la discusión legislativa, política y del espacio público, en la que se definen las principales orientaciones y características que tomarán los sistemas de salud en el marco de la dinámica sociopolítica o la contienda política.

Esta manera de comprender la sociogénesis de los sistemas sanitarios toma distancia de la propuesta hecha a finales de los años ochenta por Navarro (1989), quien situaba la fuerza de la clase obrera como el elemento explicativo primordial de las diferencias en los sistemas de salud y seguridad social entre los países centrales, así como de los análisis de Starr (1991), quien, al estudiar el caso de los Estados Unidos, daba el protagonismo a los médicos.

En realidad, tanto los cuatro actores (empresarios medios, grandes empresarios, obreros y régimen) destacados por Swaan (1992), como los obreros fuertemente organizados, los médicos y otra miríada de actores y fuerzas, participan de la definición de los sistemas de salud de acuerdo con su posición de poder, sus recursos, sus trayectorias propias, sus intereses y sus estrategias. Se trata de una compleja correlación de fuerzas sociales, económicas, políticas e ideológicas, sobre la base de un entramado de relaciones de interdependencia.

Ahora bien, tanto los sistemas de salud como los de protección social se desarrollaron en la primera mitad del siglo XX, época en la que se consolidaron en Europa los estados de bienestar. Estos fueron contruidos en los países centrales y han sido objeto de estudios comparados desde finales de la década de los setenta, justo cuando entraban en una declarada crisis (Hernández, 2011). Este análisis comparado alimentó los debates que sobre la teoría del Estado y la filosofía política venían desarrollándose en las ciencias sociales y políticas en el mundo occidental. Como consecuencia de ello, el concepto mismo de Estado de bienestar fue modificado a partir de las comparaciones empíricas (Ferrera, 1994).

Para algunos autores, estos estados implicaron un nuevo ordenamiento de las sociedades, derivado, entre otras cosas, del imperativo de realización de la igualdad que está en el corazón de la idea democrática moderna y que propició cambios en la relación Estado/mercado, defendida por el pensamiento liberal del siglo XIX. De hecho, Schnapper (2004) denominó ‘democracia providencial’ al Estado de bienestar, en un intento por describir su polémica vocación igualitarista (Vega, 2010).

Para Gough (1978), más allá del igualitarismo, el Estado de bienestar pareciera devenir en una forma nueva de la función coactiva propia de ese estado que se fue formando a lo largo de la Edad Moderna, solo que ahora estaba encargado de hacer efectiva esa dominación en el marco del capitalismo. Así, Gough lo definió como “la utilización del poder del Estado para modificar la reproducción de la fuerza de trabajo y controlar la población no activa de las sociedades capitalistas” (p. 104).

En una vía interpretativa diferente, Jessop (1999) ancla las características del

Estado a la manera en que se disponen las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción, y afirma que el Estado de bienestar estaría signado por el desarrollo de la relación fordista, por la regulación del mercado a cargo del Estado y por la defensa de los derechos humanos como uno de los referentes fundamentales del pacto social que lo originó (Vega, 2010).

Para autores como Isuani, Vuolo y Fanfani (1991), es preciso superar la idea de que el Estado de bienestar solo adquiere relevancia en la etapa keynesiana. Estos autores proponen revisar la relación entre los dos conceptos y ponen el acento en sus diferencias históricas. Así, mientras el Estado keynesiano suponía una ruptura con la etapa liberal en los años treinta, el Estado de bienestar ya había desarrollado sus instituciones antes de la Gran Depresión. La razón de esa diferencia temporal radica en que cada uno contaba con causas y objetivos diferenciados (Vega, 2010).

Así, el Estado de bienestar habría surgido por factores políticos y sociales, y estaba destinado a actuar en el terreno de la distribución mediante la producción de instituciones y normas rígidas que se basaban en la creación de derechos garantizados jurídicamente e incorporados en la conciencia de la población. Entre tanto, el Estado keynesiano había sido implantado por causas económicas y actuaba en el campo de la intervención y la producción a través de herramientas flexibles que podían ser usadas anticíclicamente (Isuani *et al.*, 1991).

Si aceptamos esta distinción, podríamos afirmar que el Estado de bienestar hunde sus raíces en las sociedades europeas antes de la aparición de las ideas keynesianas, en tres versiones: (i) un Estado conservador tipo Alemania, (ii) un Estado socialdemócrata propio de los países nórdicos y con buenos resultados en materia de bienestar, y (iii) una modalidad liberal propia de países como Estados Unidos. En cada una de estas modalidades, o tipologías propuestas por Esping-Andersen (2007), surgen sistemas de salud con cualidades distintas. Es claro para este autor que los mejores resultados en materia de bienestar y equidad emergen en los Estados de bienestar socialdemócratas con sistemas de salud nacionales públicos y universales, pues ellos logran desmercantilizar el derecho a la salud de mejor manera.

Lo cierto es que a partir del siglo XIX el bienestar de las sociedades, no solo ha estado determinado por la capacidad de los Estados para enfrentar las guerras o sustentar sus economías⁴⁰, sino también por su capacidad de mantener sanas y protegidas a sus poblaciones; es decir, la salud se fue convirtiendo en otra tarea “a cargo del Estado”, si aceptamos el argumento central de Swaan (1992).

Si se emplea una conceptualización que atienda la perspectiva histórica, las respuestas en salud emergen como acciones de la sociedad para enfrentar los retos de la enfermedad. Dichas respuestas encuentran, tanto en la medicalización de la sociedad, como en la conformación de los Estados modernos en los siglos XIX y XX, formas de organización e institucionalización complejas; de este modo, surgen los sistemas de protección social y los sistemas de salud. De hecho, su desarrollo y consolidación modelan al Estado y a las sociedades en un ejercicio de ida y vuelta, del cual solo se puede dar cuenta entendiendo los sistemas de salud y de protección social de varias formas: (i) como productos históricos que emergen de

la sociedad y, a la vez, la modulan; (ii) como subproductos del Estado que mientras se van organizando transforman (producen) al Estado; y (iii) como estructuras complejas cuya naturaleza no solo es técnica o institucional, sino también relacional y de poder, cuyo dinamismo y cambio están dados tanto por la interdependencia como por el conflicto, en un sentido sociológico.

Desde esta óptica, la importancia de los sistemas de salud escapa a las fronteras exclusivamente sectoriales y se ubica justamente en la trama misma de la vida social y del Estado. Su naturaleza es proveer cohesión y afirmar el vínculo social mediante la acción de preservar la vida, la salud y el bienestar de las personas.

Al observar cómo civilizaciones anteriores sucumbieron a causa de las epidemias, de la pobre asistencia médica o de la franca desprotección social, resulta clara la progresión que han vivido muchos los países, gracias al establecimiento de los sistemas y políticas de salud. Pero dicha progresión no ha sido un proceso homogéneo o simplemente técnico e institucional, sino que se trata de un fenómeno determinado por la política y por lo político. Esto significa que el campo de los sistemas de salud debe ser leído a partir de estos dos conceptos.

La distinción de los dos términos que propone Ch. Mouffe (2007) es de utilidad. Para esta autora, mientras ‘la política’ hace referencia al conjunto de prácticas correspondientes a la actividad política tradicional, ‘lo político’ se refiere al modo en que se instituye la sociedad. Esta diferencia anuncia lo político más que como un espacio de libertad y deliberación pública, como un espacio de poder, conflicto y antagonismo. Al respecto, esta autora manifiesta:

Concibo ‘lo político’ como la dimensión de antagonismo que considero constitutiva de las sociedades humanas, mientras que entiendo a ‘la política’ como el conjunto de prácticas e instituciones a través de las cuales se crea un determinado orden, organizando la coexistencia humana en el contexto de la conflictividad derivada de lo político. (p. 16)

Así, los sistemas y políticas de salud y protección social remiten a la política, como prácticas e instituciones que permiten el ordenamiento de la sociedad, pero cobran forma en el espacio de ‘lo político’, es decir, en la dimensión antagónica de lo humano. En un sentido cercano, Rosanvallon (2003) presenta lo político a la vez como un campo y un trabajo. En el primer caso, “designa un lugar donde se entrelazan los múltiples hilos de la vida de los hombres y las mujeres” (p. 16). Se trata de aquello que brinda un marco, tanto a sus discursos, como a sus acciones. Este autor señala que “remite al hecho de la existencia de una ‘sociedad’ que aparece ante los ojos de sus miembros formando una totalidad provista de sentido” (p. 16). Como trabajo, lo político en Rosanvallon (2003) se acerca al concepto de *autoinstitución de la sociedad* propuesto por Mouffe (2007):

Lo político califica el proceso por el cual un agrupamiento humano, que no es en sí mismo más que una simple “población”, toma progresivamente los rasgos de una verdadera comunidad. Una comunidad de una especie constituida por el proceso siempre conflictivo de elaboración de las reglas explícitas o implícitas de lo participable y lo compartible y que dan forma a la vida de la *polis*. (Rosanvallon, 2003, p. 16)

Analizar los sistemas de salud desde esta perspectiva implica comprender cómo debajo de las estructuras complejas descansan procesos densos relativos a la manera en que se organiza y se disputa el poder en cada sociedad, al carácter

sociopolítico de la emergencia de sus instituciones, a la formación misma del Estado y, en fin, al proceso de *autoinstitución de las sociedades*. Un sistema de salud es, desde esta concepción, uno de los lugares donde se realiza ese proceso de autoinstitución de la sociedad moderna, con sus tensiones y aporías, por ello su naturaleza es la política y lo político al mismo tiempo.

Si bien existe una agenda internacional que intenta imponer a fuerza de poder político y económico modalidades generales de sistemas de salud de acuerdo con los arreglos supranacionales, en la práctica, los procesos sociopolíticos de cada país modulan esta agenda impidiendo que se incorpore plenamente. Ello deriva en modalidades diferenciales de sistemas de salud.

Ese *pluriverso* de opciones concebidas y la diversidad de políticas adoptadas por cada país en el mundo tiene que ver justamente con el carácter complejo, heterogéneo, dinámico y profundamente social del que emergen estas estructuras sanitarias. Es por ello que de las tres conformaciones pioneras —los modelos bismarckiano, de Beveridge y de mercado— cada país ha tomado una parte para así constituir modalidades propias con resultados distintos, de modo que más que modelos puros o tipos específicos, lo que encontramos hoy es un arreglo y una modalidad diferente en cada ámbito nacional, con aportes diferenciales de seguros, mecanismos públicos y fórmulas privadas.

La particularidad de cada sistema —determinada además por sus realidades epidemiológicas, territoriales, poblacionales, económicas, culturales, históricas y sociopolíticas—, hace innecesaria la pregunta sobre cuál es el mejor sistema aplicable para todos los países del mundo; por el contrario, invita a la comprensión comparativa de las particularidades nacionales, bajo la idea de que el camino tomado ha producido resultados, pero no es necesariamente el único posible o el mejor para las realidades nacionales. En efecto, el desarrollo de la mayoría de los sistemas en el mundo dibuja progresiones en prestaciones, acceso y resultados en salud, que son apenas lógicas y esperables. Sin embargo, ello no significa que el tipo de modelo implementado en un país particular sea necesariamente el mejor y tampoco que no sea posible obtener mejores resultados con otro modelo.

Esto es más cierto cuando se reconoce que existen unos imperativos susceptibles de ser alcanzados en materia sanitaria por cada sociedad, como la universalidad, la garantía del derecho a la salud, la calidad o la equidad, etc. Estos cobran la forma de un deber ser y abren un horizonte de posibilidad al que todos los ciudadanos del mundo tienen derecho.

EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

La investigación sobre los orígenes y el desarrollo de los sistemas de protección social y los sistemas de salud implica, como sugiere Swaan (1992), una pregunta fundamental por la sociogénesis de dichas entidades colectivas, entendidas como productos del trabajo hecho por la sociedad sobre sí

misma para proveer salud y protegerse. En ese proceso surgieron los sistemas de salud, en medio de relaciones de poder y procesos económicos, políticos y socioculturales que les dan una forma específica. Ese proceso histórico puede ser presentado de manera esquemática en varias etapas, aunque de ninguna manera la realidad histórica se haya dado en este orden, ni lo acontecido sea reductible a estos periodos.

De la caridad y la beneficencia a la seguridad social

Si bien Martínez *et al.* (1998) identifican cinco etapas en el desarrollo de los sistemas de salud que inician en 1900, es preciso indicar que los fundamentos hospitalarios, asistenciales, médicos, institucionales y las mismas lógicas de mutualismo, previsión, seguros sindicales y aseguramiento, hunden sus raíces más atrás, en la Edad Moderna, y toman consistencia específicamente en el siglo XIX. En esta perspectiva, un primer momento de desarrollo del sistema de salud proviene de la consolidación de formas de caridad y beneficencia.

Hospitales, cofradías, hospicios, lazaretos, orfanatos y un sinnúmero de formas de asistencia fueron desarrolladas por la Iglesia, por las monarquías y más adelante por los Estados absolutistas, entre los siglos XVI y XVIII. Para aquellas sociedades, donde predominaba la doctrina católica, la acción de todas estas instituciones estaba orientada por la caridad, un tipo de vínculo social, una institución si se quiere, que facilitó una transacción moral en la que se mitigaba la pobreza, se enfrentaba la cuestión social, se paliaba la enfermedad y otros riesgos de la vida y, al mismo tiempo, se proveía alivio a las incertidumbres espirituales y existenciales de las personas más pudientes.

En el caso de la salud, estas respuestas se acompañaron por un largo conjunto de prácticas médicas derivadas del pensamiento hipocrático- galénico, animadas por teorías miasmáticas, o por formas animistas que producían resultados discutibles al enfrentar la enfermedad, pero que, sin embargo, entrañaban elementos vitales para el pensamiento biomédico que se conformaría en el siglo XX a partir de los aportes de los paradigmas anatomoclínico, fisiopatológico, etiopatológico y epidemiológico.

Si bien las respuestas a los problemas sociales y en salud que brindaron estas instituciones no fueron eficaces en todos los casos, fue más afortunada su labor social de mantener cohesionada a las comunidades a través del poderoso vínculo de la caridad. Además, muchas de estas instituciones sobrevivirían hasta el siglo XIX y, en el proceso de conformación del Estado-nación moderno, servirían como un soporte en la tarea de construir sistemas públicos de salud y protección social a cargo del Estado. Sobre sus recursos y sus instalaciones el Estado fundaría las propias.

De la seguridad social y la revolución al modelo estadounidense de mercado (1883-1945)

Un segundo momento, acaecido entre el final del siglo XIX y la segunda

posguerra, supone una época de afirmación de los Estados nacionales y de los imperialismos, como señala Hobsbawm (1994); surgen ideas de progreso en el marco de la crisis de la economía liberal, emerge la propuesta socialista hacia la modernidad, además de la catástrofe de las dos guerras mundiales, los retos del capitalismo industrial en su segunda fase y la constitución de un nuevo ordenamiento mundial.

El modelo de Bismarck

A finales del siglo XIX, específicamente en 1883, surge el modelo de seguro obligatorio de enfermedad en Alemania promovido por el canciller Bismarck, que hoy conocemos como ‘modelo bismarckiano’. El proceso para la definición de este modelo implicó confrontaciones de poder y supuso un ejercicio de autoridad por parte de Bismarck, pero también una coalición. Estos dos elementos fueron centrales para enfrentar la resistencia del movimiento obrero y del mismo parlamento. Entre tanto, los únicos que apoyaron la iniciativa de Bismarck, como relata Swaan (1992), fueron los líderes de la Asociación Central de la Industria. La figuración a cuatro bandas de estos actores puso del mismo lado a obreros y parlamento, que se oponían inicialmente al seguro, y del otro a Bismarck, el régimen y los grandes industriales, quienes defendían el seguro ante la clara debilidad de la pequeña burguesía y los medianos empresarios.

La creación del seguro estuvo fuertemente vinculada a tres necesidades que iban más allá de las preocupaciones específicas de la salud en Alemania: (i) el seguro permitiría consolidar la joven nación y, por esa vía, fortalecer el aparato estatal alemán; (ii) esta iniciativa mejoraría las relaciones con la clase trabajadora industrial; y (iii) con el seguro Bismarck esperaba frenar la creciente importancia del movimiento obrero por medio de un complemento social a las medidas represivas promulgadas entre 1878 y 1890 en contra del movimiento socialista. Aunque el efecto no fue del todo el deseado, pues el movimiento obrero en vez de debilitarse se fortaleció, sí tuvo lugar un acercamiento importante entre los trabajadores y el Estado que atenuó las posibilidades de un proceso revolucionario, tipo Rusia, en Alemania. Una vez aprobado el seguro, esa configuración inicial volvió a cambiar, ya que los trabajadores y el partido socialdemócrata encontraron en él un lugar para fortalecer su margen de poder.

Bismarck sostuvo en su momento que “es necesario un poco de socialismo para evitar tener socialistas”. Esta fórmula suponía que el Estado debía reconocer su misión de promover positivamente el bienestar de todos los miembros de la sociedad, y particularmente de los más débiles y necesitados, utilizando los medios con los que dispone la colectividad para evitar el ascenso de los defensores del socialismo. Estas ideas aparecieron en su célebre discurso en el Reichstag del 17 de noviembre de 1881.

Como consecuencia, entre 1883 y 1889 se adoptaron leyes sobre los seguros contra enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez. La más importante es justamente la Ley sobre el Seguro de Enfermedad (*Krankenversicherungsgesetz*) del 15 de junio de 1883, que por primera vez codificó en una sola ley los principios básicos del seguro de enfermedades. Allí se

estableció claramente la obligación de afiliación al seguro de enfermedad para quienes poseían un trabajo remunerado, dando cuenta de la centralidad de la relación salarial en el mundo industrial y en la sociedad moderna de finales del siglo XIX. La contribución establecida era compartida, dos tercios para los obreros y un tercio para los empresarios, mientras que los beneficios estaban estrechamente relacionados con la cuantía de la cotización y con el tipo de entidad aseguradora, pero comprendía prestaciones médicas y farmacéuticas durante trece semanas, y prestaciones económicas por un valor de la mitad del salario del asegurado.

El carácter bilateral de esta forma de protección en salud, sumado a la obligatoriedad y la proporcionalidad entre el monto de las cotizaciones y las prestaciones recibidas, constituyen elementos fascinantes de una ingeniería normativa y social que no solo da cuenta de una sociedad constituida por nuevas relaciones sociales y dinámicas productivas, sino de un arreglo social complejo en el que se distribuyen cargas y la viabilidad organizativa y financiera se garantiza con los mecanismos de la previsión y la solidaridad.

El modelo de la Rusia socialista

En los años siguientes surgió el sistema de salud bajo el proyecto socialista de Rusia. Tan solo cuatro años después de la Revolución de Octubre, en 1921 el comisario de Salud del Pueblo, A. Semashko, organizó la asistencia sanitaria bajo los principios de unidad en la organización del servicio de salud, participación de la población en la totalidad de las actividades relacionadas con la protección de la salud y énfasis en la medicina preventiva.

Las características de la organización del poder en el nuevo régimen determinaron que sin mayores debates la República Socialista Federativa Soviética de Rusia estableciera la salud como un servicio público. El carácter de un Estado controlado por un único partido y el ejercicio de la dictadura del proletariado, no dejaron tanto espacio a las objeciones y oposiciones que en el caso alemán hicieron los obreros y el mismo parlamento. La pequeña y débil burguesía media alemana, que aparecía como opositora a la seguridad social, estaba ausente en el caso ruso. Las grandes élites remanentes del zarismo habían desaparecido o se encontraban en el exilio.

El reto de construir un sistema público a cargo de un Estado apoyado en un desarrollo industrial incipiente y con grandes sectores de población en las zonas rurales fue enorme. El servicio público establecido debía garantizar el derecho a la salud a toda la población sin ninguna discriminación ni mediación por capacidad de pago o condición salarial. El sistema estaba integrado por los campos preventivo y promotor de la salud, curativo y de reinserción social. La financiación de este modelo fue fundamentalmente pública, sobre la base de impuestos generales y su estructura echó mano de una organización estratificada por ámbitos geográficos y demográficos con niveles locales, comarcales, regionales y estatales, cada uno con sus atribuciones y estructuras propias, así como con un despliegue burocrático importante.

El modelo ruso tenía un fuerte componente de participación de la población

por medio de formas de representación sindical y de los miembros del partido (PCUS) en todos los niveles del sistema. Su funcionamiento era jerarquizado y centralizado, orientado por la planificación social y política. En esa planificación quedaban incluidos todos los aspectos de la acción sanitaria, desde los materiales y los recursos humanos, hasta los científicos y la infraestructura sanitaria (Martínez *et al.*, 1998). Sus críticas iniciales tenían que ver con el desarrollo de una gran burocracia necesaria para el funcionamiento estructurado, jerárquico y ordenado del sistema en un vasto y diverso territorio.

Estados Unidos y el modelo liberal

El tercer modelo que fue cobrando forma a inicios del siglo XX fue el de Estados Unidos, país que en el siglo XIX contaba con una práctica de la medicina de carácter doméstico más que profesional, con procedimientos aún muy primitivos. Ello fue así en el marco de un país que todavía conquistaba el oeste, que estaba sujeto a una guerra de secesión y a una guerra con México, y que intentaba expandir la agroexportación y la industria de manera decidida.

Debido a que la educación médica no se basaba en conocimientos científicos validados, la práctica era más un oficio que una profesión y solo se contaba con un puñado de hospitales en ciudades grandes como Nueva York, Boston y Filadelfia. A diferencia de Alemania o de las primeras formas de seguro surgidas en Gran Bretaña, en Estados Unidos no había seguro de salud privado o público (Johnson *et al.*, 2018).

En el cambio del siglo XIX al XX, la situación cambió y el auge de la profesión médica en el contexto del desarrollo de la segunda industrialización, la urbanización y los avances científicos y en la educación médica, fue dando lugar a una organización gremial muy fuerte que se resistió a lo largo del siglo XX a que se constituyera en el país alguna modalidad de programa nacional de salud. En efecto, el papel de la Asociación Médica Americana (AMA) fue vital en ello y permitió que la práctica privada de la medicina se afianzara, produciendo una profesión cohesionada con médicos dedicados a la especialización que ganaron poder y prestigio, dos elementos imprescindibles en las disputas por la definición del sistema de salud. A la ascendencia de los médicos habría que sumar el papel de la industria farmacéutica, el sector creciente de la tecnología médica, los sectores empresariales y una débil correlación política en el Congreso con una reducida oposición al carácter liberal de la profesión, tanto en las mayorías demócratas, como en las republicanas. El resultado fue la constitución de un modelo sanitario basado en el libre mercado que se sustentó en un intento (fracasado) de implementación del seguro obligatorio de enfermedad, gracias al esfuerzo de Roosevelt y con ámbitos de intervención estatal reducidos.

El seguro de salud en Estados Unidos comenzó bajo la forma de cobertura de discapacidad que garantizaba ingresos durante la incapacidad temporal causada por lesiones corporales o enfermedades. En la primera década de 1900, los tratamientos médicos y la atención hospitalaria ganaron protagonismo en la sociedad, pero también se hicieron cada vez más costosos, lo que limitaba el

acceso de las personas a la atención médica (Johnson *et al.*, 2018). Posteriormente, entre 1916 y 1918, dieciséis legislaturas, incluidas Nueva York y California, intentaron promulgar leyes que obligaban a los empleadores a proporcionar seguros de salud, pero todas las iniciativas fracasaron debido más a la fuerza del sector médico, como sugiere Starr (1991), que a la debilidad de los trabajadores, como propuso en su momento Navarro (1989).

El seguro de salud basado en el empleo se expandió rápidamente y el seguro de salud privado se convirtió en el principal vehículo para la prestación de servicios en los Estados Unidos. Así, el otro proceso de poder que explica el modelo de mercado estadounidense y la imposibilidad de construir un servicio nacional de salud, como hicieron otras potencias mundiales, está relacionado con el sector de los seguros privados y las industrias médica y farmacéutica. Su poder político e incidencia en el Congreso estadounidense se sostienen sobre la base del poder económico; muestra de ello es que se ha estimado, por ejemplo, que el seguro de salud privado creció de 1 billón de dólares en 1950 a ser una industria de 8,7 billones de dólares en 1965 (Johnson *et al.*, 2018).

De este modo, antes de 1965, el seguro de salud privado era la única fuente para la atención médica y estaba disponible principalmente para los trabajadores de clase media y sus familias, por lo que los ancianos, los desempleados y los pobres tenían que depender de sus propios recursos, de programas públicos limitados o de obras de caridad de hospitales y médicos individuales. Ello ocasionó que en ese año el Congreso aprobara las enmiendas a la Ley de Seguridad Social, creando los programas Medicare y Medicaid, con los que el Gobierno asumía la responsabilidad directa de asegurar dos grupos de población vulnerables: los ancianos y los pobres.

Aunque en apariencia parecidos, Medicare y Medicaid condensan tradiciones sociales y de comprensión de la cuestión social y el Estado muy diferentes. El primero recibió el apoyo de un amplio sector social, pues al estar adscrito a la Seguridad Social, no tenía distinción de clase. El segundo tuvo el estigma del bienestar público. Así el modelo estadounidense terminó siendo mayoritariamente de mercado con un papel residual del Estado, es decir, con unos programas específicos y minoritarios a cargo del Estado para poblaciones vulnerables (Johnson *et al.*, 2018) y con otras formas de regímenes especiales para militares o veteranos. Esta conformación del sistema de salud en Estados Unidos lo hace realmente una mezcla compleja en donde la tradición bismarkiana, de Beveridge y la liberal se combinan en proporciones curiosas.

De los servicios nacionales y el Estado de Bienestar al giro neoliberal (1945- 1990)

El tercer momento en el desarrollo de los sistemas de salud modernos está marcado en sus inicios por la segunda posguerra y lo que denominamos la ‘guerra fría’ entre una ruta moderna de capitalismo de bienestar —de la cual surgieron los diferentes sistemas de salud mencionados—, y una ruta socialista con predominio de sistemas públicos a cargo del Estado. Allí se impusieron a escala global los

imperativos de producir paz, estabilidad y orden mundial, de la mano con la necesidad apremiante de relanzar la economía capitalista. Este último elemento se acompañó con promesas de pleno empleo que no se lograron completamente, pero que animaron el fortalecimiento de los Estados de bienestar.

Sin embargo, entre los años setenta y noventa del siglo XX se produjo un cambio de dirección en todos estos aspectos. En efecto, este periodo supuso la transición entre el Estado de bienestar, con su ‘potencial desmercantilizador de derechos’ —al decir de Esping-Andersen (2013)—, y su versión ‘pálida’, los estados interventores en América Latina, hasta las transformaciones neoliberales en clave de mercado, privatización y remercantilización de la salud que serán analizadas en otro apartado.

El modelo Beveridge

Pero volvamos a la historia. Al inicio de este periodo emergió el otro modelo paradigmático en la organización de los servicios de salud en el mundo. Conocido como Servicio Nacional de Salud (National Health Service [NHS, por sus siglas en inglés]), el modelo británico fue producto de un acto parlamentario que durante varios años de estudio desembocó, en 1946, en el informe presentado por William Beveridge, de donde proviene su nombre. Los antecedentes de este modelo son importantes.

Desde finales del siglo XIX Inglaterra había desarrollado diversas normas en materia de seguridad social. Así, para 1897 existía una Ley de Indemnización de Trabajadores que cubría un número limitado de beneficiarios y que en 1906 se amplió a toda la masa de trabajadores. Por contraste con otros países de Europa, a inicios del siglo XX, Gran Bretaña contaba con la clase trabajadora más antigua, más numerosa y con mayor nivel y fuerza organizativa. Estas condiciones y la influencia del gobierno activista del primer ministro David Lloyd George —interesado en cooptar a los sectores obreros, hacerse a su voto y proponer nuevas formas de gobierno—, permitieron el avance de las leyes de seguros y pensiones de 1908 y 1911, que comenzaron a estructurar el sistema de protección social inglés.

La ruta inglesa no solo es tardía en comparación con la alemana, debido a la fortaleza de las instituciones británicas de caridad y beneficencia —y a establecimientos como las ‘casas para pobres’ afianzadas desde el siglo XIX—, sino que supone una configuración a cuatro bandas diferente, en la que se gestaron alianzas a favor de los seguros de desempleo y las pensiones entre el gobierno y los sectores obreros organizados, con poca participación de los grandes empresarios. En el caso del seguro médico, en cambio, el activo papel de Lloyd George solo encontró eco en las sociedades de amistad, en las compañías de seguros y en los sectores médicos organizados, que a la postre tomaron control sobre este seguro ante la pasividad y la pobre participación de los empresarios y los trabajadores organizados. De estos dos, el papel más pasivo parecen haberlo jugado los empresarios.

Pero el hito importante tuvo lugar a inicios de los años cuarenta. En efecto, el 10 de junio de 1941 el gobierno inglés creó la Comisión Interdepartamental para

la Seguridad Social y Servicios Afines a cargo del economista y político laborista William Beveridge. Su primera tarea fue realizar un estudio comprensivo de todos los aspectos del seguro social y servicios afines, incluidas las indemnizaciones de los trabajadores, con el fin de proponer soluciones en un contexto en el que los efectos de la Segunda Guerra Mundial y las secuelas de la crisis del 29 exigían un despliegue de acciones estatales frente a la pobreza y la salud.

El 27 de enero de 1942, el ministro Arthur Greenwood anunció en la Cámara de los Comunes que “entre los poderes del Comité estaría el de considerar el desarrollo de los sistemas de Seguro Nacional, con inclusión de beneficios en caso de muerte y otros riesgos no contemplados actualmente por dichos sistemas” (Beveridge, 1943, p. 11). La situación que encontraron Beveridge y sus compañeros fue preocupante. Algunos de los hallazgos del Informe Beveridge, descritos en el punto 4 de la parte I correspondiente a la Introducción y compendio, incluyen:

1. La actual limitación del seguro obligatorio a las personas que trabajan mediante contrato y a las que perciben una remuneración que no pasa de cierto límite, si se dedican a un trabajo manual, constituye una de esas graves deficiencias.
2. Muchas personas que trabajan por su cuenta son más pobres y tienen más necesidad del seguro de Estado, que los empleados.
3. El límite de remuneración para los empleados no manuales es arbitrario y no toma en cuenta las obligaciones de familia.
4. No existe diferencia alguna entre las necesidades económicas de los enfermos y de los desempleados. No obstante, reciben beneficios de grado diferente, que importan diversas condiciones contribuyentes y ofrecen distinciones, sin sentido, entre personas de edades diferentes.
5. Había una falta de coordinación administrativa entre los servicios existentes. (Beveridge, 1943, p. 9)

El plan de Beveridge (Social Insurance and Allied Service, 1942) fue innovador en su momento, no solo porque su financiamiento se realizaría por medio de impuestos —situación que implicaba la solidaridad en el plano nacional—, sino por la integración de un servicio nacional de salud para el conjunto de la población, la garantía de un ingreso para determinados sectores de la sociedad en función de ciertas eventualidades y un servicio de empleo en caso de desempleo.

A diferencia del modelo de seguros sociales creado en Alemania, Beveridge contempló, para ciertas prestaciones, un campo de aplicación personal de naturaleza universal, es decir, para toda la población. Así, en 1948, gracias a la victoria del Partido Laborista y echando mano del Informe, propuesto por el ministro Bevan, en el Reino Unido se instauró el National Health Service (NHS) financiado por los impuestos generales, de cobertura universal, que abarcaba todos los aspectos de la medicina —el curativo, el preventivo, el promotor de la salud y el de reinserción social— con acceso y uso prácticamente gratuito.

El modelo Beveridge acuña un principio de solidaridad, contemplando prestaciones otorgadas sin necesidad de una cotización, así como el principio de universalidad. Allí, las lógicas del seguro social y la asistencia coexisten de

manera coordinada con una sola entidad administrativa a cargo del Estado, haciendo más fluida la administración y el manejo de los costos. Estos elementos han hecho que el NHS sea uno de los signos distintivos, tanto del Estado del bienestar inglés, como del Partido Laborista. A partir de ello se ha generado una apropiación cultural del sistema que lo asocia de inmediato con la identidad nacional y que difícilmente es posible encontrar en otros países de Europa o del mundo.

Este modelo, paradigmático y similar al ruso en su universalidad y fuente de financiamiento, supone la integración de los componentes básicos del anterior sistema sanitario: el del nivel primario, de los médicos de cabecera (*general practitioners* [GP]), el de la medicina hospitalaria (sobre todo de los especialistas, *consultants*), y el de la medicina preventiva asignada a los servicios municipales (incluida la enfermería de salud pública) (Martínez *et al.*, 1998).

Con el paso de los años, este modelo fue transformándose y reordenando las cargas de financiamiento. Como documentaron Martínez *et al.* (1998) en su momento, para los años noventa, el 81 % de la financiación se hacía por los impuestos generales, el 15 % por las cuotas tradicionales a la seguridad social y el 4 % por los usuarios y otras fuentes. El sector privado, ya sea directamente por pago, por acto o por medio de los seguros privados, que alcanzaba el 5 %, ha crecido ligeramente en los últimos años. Adicionalmente, se separaron las funciones de los compradores (administradores locales del NHS, NRS trust, así como los GP Funds) de las de los suministradores de servicios, sobre todo los hospitales. Las consecuencias de estas transformaciones, en clave conservadora y francamente neoliberal, se perciben en la situación de salud pública de la población y en algunas inequidades y problemas de acceso.

Los modelos de los países en desarrollo

Entre los años treinta y setenta, la mayoría de los países en desarrollo consolidaron sistemas de salud mixtos que pusieron el énfasis, bien en la propuesta bismarkiana o bien en el modelo Beveridge; no obstante, en todos los casos mantuvieron lógicas de mercado y, en la mayoría, prácticas de medicina tradicional o popular como soportes adicionales para la población no cubierta.

En América Latina, países como Costa Rica desarrollaron un seguro social de carácter nacional, y Cuba, con la revolución, puso en marcha un sistema de salud socialista a cargo del Estado; en estos dos casos se expresaron de manera pura dos versiones de los modelos europeos y asiáticos originarios. Sin embargo, los demás países construyeron sistemas fragmentados, caracterizados por una segmentación de acuerdo con la capacidad de pago que conjugaba asistencia pública para los más pobres, seguridad social para trabajadores y seguros o asistencia privada para los más pudientes.

Así, aunque en muchos países las leyes dieron forma nominalmente a Sistemas Nacionales de Salud, Servicios Nacionales de Salud o bien Sistemas de Seguridad Social, en el fondo todos ellos fueron el resultado de una combinación de los modelos originales gestados en Europa entre finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, pero desarrollados con muchas limitaciones y con

amplias deficiencias en materia de coberturas, acceso y calidad.

La explicación sobre el origen de este conjunto de sistemas, comunes en la fragmentación, pero muy diversos en su organización, financiación y modelo de atención, entre otros aspectos, radica en la presencia en estos países de economías poco industrializadas, agroexportadoras, extractivas, en las cuales ni la extensión de la relación salarial dio lugar a una ciudadanía laboral que presionara por sistemas con amplias garantías, ni se logró una ciudadanía social con pretensiones universales vía sistemas de impuestos progresivos.

En efecto, los grados diferenciales de industrialización, agroexportación, extractivismo y la existencia de modelos mixtos y contradictorios de organización de la economía nacional, como ocurrió en Colombia (industrialización por sustitución de importaciones y simultáneamente agroexportación cafetera), significaron capacidades diferenciales de financiación, procesos particulares de salarización y el desarrollo de actores obreros y campesinos con niveles de organización e incidencia distintos.

La presencia de regímenes dictatoriales en muchos países, y de democracias restringidas y precarias en otros, dio forma también a un régimen de representación limitado desde el punto de vista político, que restringió la participación e incidencia de diversos actores en la definición de la orientación que debían tomar los sistemas de salud. En este contexto, los países alcanzaron configuraciones sociopolíticas diversas en donde las tensiones entre los sectores tradicionales y los modernizantes impidieron la implementación de la agenda internacional del momento que abogaba por modelos a cargo del Estado en la lógica del intervencionismo y las ideas de la Cepal y la OPS.

Salvo algunas excepciones, como Cuba y Costa Rica, los resultados de estos sistemas fragmentados mejoraron con los años, pero no fueron adecuados para las necesidades en salud en la mayoría de los países. En este sentido, el potencial cohesionador de los sistemas de salud fue pobre y ello ha desembocado en las conflictividades, tensiones e incluso en las violencias vividas en muchos países de la región. Aquí la frase de Bismark, relativa a que la inclusión de un poco de socialismo podría evitar una revolución socialista, no parece haberse llevado a la práctica.

Los modelos básicos - Conclusiones

Los cuatro modelos de salud que cobraron forma entre finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX en Europa y Estados Unidos, así como los sistemas consolidados entre los años treinta y setenta en América Latina y en muchos países en desarrollo, constituyeron la base sobre la cual se fue conformando un sin fin de modalidades nacionales que apelan, ya sea a los principios de Beveridge, de Bismarck, del mercado o a las ideas socialistas, o bien a combinaciones y arreglos que suponen diferentes dosis de cada uno de ellos, pero siempre con algún tipo de predominio.

Las diferencias básicas entre el modelo bismarkiano y de Beveridge se presentan en la [Tabla 5.1](#).

En la [Tabla 5.2](#) se presenta una síntesis comparada de los cuatro modelos

históricos de organización del sistema de salud construidos en la primera parte del siglo XX, la cual permite entender mejor sus diferencias.

Tabla 5.1. Diferencias entre los dos modelos básicos de sistemas de salud: Bismarck y Beveridge.

Características	Bismarck	Beveridge
Base del derecho	Contribución	Ciudadanía/Residencia
Base de financiamiento	Salario	Todos los ingresos públicos
Asegurador	Ocupacional	Estado
Paquete de beneficios	Explicito	Implicito
Administración	Independiente	Gobierno
Proveedores	Privado contratado	Asalariado y contratado públicamente
<i>Fuente:</i> elaboración propia.		

Tabla 5.2. Modelación de los sistemas de salud que aparecen en la primera mitad del siglo XX.

Modalidad	Seguridad social	Sistema o servicio nacional de salud	Socialista	Mercado
País prototipo	Alemania	Inglaterra	Rusia	Estados Unidos
Modelo original	Bismarckiano	Beveridge		
Derecho a la atención sanitaria	Sí	Sí	Sí	No
Sujeto central del derecho	Trabajadores	Ciudadanía	Ciudadanía	Ninguno
Protección	Del salario	Libera al hombre de la necesidad.	Libera al hombre de la necesidad.	Riesgo de pérdida de ingresos.
Financiación	Contribuciones de empresarios y trabajadores proporcionales a los salarios y aportes del presupuesto del Estado.	Impuestos o cotizaciones. Los recursos se canalizan por el presupuesto general del Estado o presupuestos subnacionales.	Impuestos generales	Pago de primas o pago directo del usuario al prestador.

Cobertura	Tendencia universal, ligada al trabajo y la relación salarial.	Universal	Universal	Capacidad de pago o empresas que aseguran.
Regulación	Estado	Estado	Estado	Mercado
Modalidad	Seguridad social	Sistema o servicio nacional de salud	Socialista	Mercado
Aseguramiento	Público/sin lucro (múltiple)	Público	Público	Privado
Prestaciones	Tendencia a ser comunes	Comunes	Comunes	En relación con la prima
Relación servicios sanitarios y trabajo	Vinculados al trabajo	No se precisa relación	No se precisa relación	Negocio en convenio
Posibilidad de elección del usuario	Sí	Restringida	Muy limitada	Sí
Asignación de recursos	Contratos	Administrativa	Administrativa	Competencia
Provisión	Mixtos: públicos de la misma organización aseguradora y privados retribuidos por acto o por contrato colectivo.	Mixtos: sistema de red integrada de servicios de salud y contratación de prestadores.	Pública	Privada
Parte mayoritaria de la provisión	Pública/privada sin ánimo de lucro	Pública	Pública	Privada con o sin ánimo de lucro
Personal sanitario	Gran variedad de entidades	Empleado público, excepto en atención primaria.	Empleado público	Privado fundamentalmente
Planificación y coordinación	Poca planificación y coordinación.	Fuerte planificación poblacional y territorial.	Fuerte planificación poblacional y territorial.	
Modelo de atención	Asistencial, con pobre o inexistente atención primaria.	Basado en medicina de atención primaria.	Basado en atención primaria, prevención y promoción.	Asistencial
Listas de espera	Pocas o inexistentes	Importantes	Importantes	No hay
Gasto sanitario	Mayor	Menor	Menor	Paradójicamente, elevado.

Fuente: elaboración propia.

LOS SISTEMAS DE SALUD: ATRIBUTOS, CARACTERÍSTICAS Y MODALIDADES

Después de comprender cómo se constituyeron históricamente los modelos básicos que dieron forma a los sistemas de salud del siglo XX, es importante conocer cuáles son los atributos generales de estos sistemas que hoy nos permiten entender su estructura y funcionamiento.

Dentro de los análisis de los sistemas de salud, y particularmente en las aproximaciones comparativas, cada autor ha puesto énfasis en diferentes rasgos y elementos constitutivos que parecen ser importantes a la hora de acercarse al análisis y la evaluación; no obstante, en todos los casos resultan comunes los cinco aspectos descritos por Marset, Sáez y Sánchez (1998) y aparecidos en el texto clásico *Salud pública* (Martínez *et al.*, 1998), a saber: los recursos, la organización, el funcionamiento, la financiación y la prestación del servicio.

El primer aspecto son los *recursos*, que implican la “(...) diferente proporción y volumen de los componentes humanos (el personal), la infraestructura (hospitales, centros de salud, policlínicas, etc.) y el material (medicamentos, aparatos, instrumental, etc.), así como el grado y nivel de conocimientos” (Martínez *et al.*, 1998, p. 819).

El segundo es la *organización*, concebida habitualmente como el arreglo entre formas dependientes del gobierno, con su clásica división de tres niveles (local, regional, nacional) en el ámbito público; las modalidades dependientes de organizaciones benéficas y voluntariados; las formas propias del mundo empresarial y los desarrollos en la lógica de libre mercado.

El tercero es el *funcionamiento*, que remite directamente a la “(...) planificación, administración, reglamentación y legislación, atribución de responsabilidades según profesiones, forma de participación de profesionales y de la colectividad, así como el papel que desempeñan en dicho funcionamiento las medidas preventivas, promotoras y curativas” (Martínez *et al.*, 1998, p. 819).

El cuarto es la *financiación*, que se refiere a las fuentes económicas que sostienen el sistema. Puede darse en varias modalidades: (i) fuentes públicas, a partir de impuestos generales; (ii) fuentes de seguridad social, basadas en cotizaciones obligatorias a empresarios y trabajadores; (iii) remesas enviadas por familiares o personas cercanas que viven en el exterior; (iv) compra de seguros voluntarios de enfermedad; (v) beneficios recibidos de algunas organizaciones caritativas; y (vi) pago directo por los usuarios en modelos basados en el mercado o gasto de bolsillo.

Por último, la *prestación de servicios*, organizada generalmente bajo un esquema de niveles definidos por el grado de complejidad y la escala territorial que incluye: un nivel primario destinado a funciones de prevención, promoción y curación de baja complejidad, un nivel secundario de mediana complejidad y un

nivel terciario de alta complejidad. Otras modalidades de organización pueden estar orientadas a la atención a colectivos específicos determinados por enfermedad, riesgo, edad, condición socioeconómica, etc.

Desde otra óptica, sería posible incorporar, como atributos complementarios de los sistemas de salud, la organización de la oferta y la demanda, la naturaleza de los bienes (público, privado o la mezcla de ambos) y los contextos político, económico, epidemiológico, demográfico y social en el que se han desarrollado (Gómez-Camelo, 2005). Esta perspectiva es importante, pues contribuye a comprender los sistemas de salud como estructuras con funciones y componentes y, además, tiende un lazo analítico entre ellos y la sociedad en la que actúan.

Los dos modelos ideales de sistemas de salud –público y privado– se pueden describir a través de las tres características propuestas por Sevilla y Enríquez (2012): (i) la concepción de atención sanitaria, es decir, si la atención es concebida como derecho (público) o como bien individual (privado); (ii) la obligatoriedad de contribuciones vía impuestos o por aportes de los trabajadores para sostener el sistema (público), o afiliaciones voluntarias (privado); y (iii) la relación entre contribución económica y riesgo —inexistente o, incluso, colectivizada y regulada en los sistemas públicos—, versus la tendencia de los sistemas privados a establecer un cálculo del costo de los servicios que potencialmente serán requeridos por el asegurado.

En la perspectiva de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los sistemas podrían ser comprendidos a partir del análisis de las interacciones y los flujos económicos entre sus principales agentes. Los esquemas propuestos pueden ser de utilidad para comprender no solo estos arreglos financieros, sino también la lógica económica bajo la cual este organismo entiende los sistemas de salud. A partir de este modelo general, la OCDE identifica siete subsistemas que agrupan buena parte de los sistemas en el mundo ([Tabla 5.3](#)).

Lo cierto es que los cinco atributos descritos por Marset *et al.* (1998) son básicos en todo sistema de salud y los elementos adicionales propuestos por la OCDE o por otros autores derivan de miradas intencionadas, que permiten apreciarlos bien como realidades económicas o como realidades organizacionales, o atender a las lógicas de gerencia y administración que ellos implican. No obstante, es vital recordar la complejidad de los sistemas de salud y el hecho de que su naturaleza supera estas visiones empresariales, económicas o gerenciales.

Tabla 5.3. Subsistemas de los sistemas de salud del mundo

Subsistema	Modalidad
Pago directo	Los pacientes acuden directamente, sin cobertura de seguro, a los proveedores y pagan por los servicios que reciben en un sistema de pago por acto.
Seguro voluntario con reembolso	Conocido como ‘seguro de enfermedad’, supone el pago voluntario de ciudadanos o empresas de una prima de seguro para cubrir los costos de enfermedad. Los aseguradores reembolsan el pago de los servicios utilizados por los pacientes.

Seguro público con reembolso	A diferencia del anterior, este es un seguro obligatorio, con aseguradores públicos que limitan los problemas del reembolso voluntario, la selección de riesgos y la falta de equidad.
Seguro voluntario con contratos	Los ciudadanos o empresas pagan de forma voluntaria una prima relacionada con el riesgo a las compañías de seguros y estas últimas contratan con proveedores, de modo que el paciente puede elegir el proveedor.
Seguro obligatorio con contratos	Similar al anterior, pero aquí los ciudadanos aportan a los fondos de seguro, mediante impuestos, cotizaciones o una combinación de los dos. Los fondos de seguro son públicos.
Seguro voluntario integrado	Los ciudadanos o empresas en relación con los trabajadores, se afilian a una compañía de seguros, que cuenta con una integración vertical con sus proveedores.
Seguro integrado obligatorio	Es el más frecuente en los subsistemas públicos con cobertura universal. En ellos hay un único asegurador público que actúa de manera centralizada o descentralizada. Todos los ciudadanos hacen aportes mediante contribuciones o impuestos generales, y cuenta con integración vertical de los proveedores.

Fuente: adaptado de Sevilla y Enríquez (2012).

LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Si bien la mayor parte de los países del mundo cuenta hoy con alguna de las modalidades de sistemas de salud, producto de los desarrollos que se han documentado previamente, los datos sobre el papel que estos están cumpliendo en términos de provisión de servicios y cambios en las condiciones de salud no son muy alentadores. Aspectos como la insuficiente cobertura, los excesivos gastos y el pago de bolsillo, las deficiencias de recursos humanos, los problemas de acceso a medicamentos y a programas de vacunación, entre otros, siguen sin resolverse.

Como lo sugiere la OMS en su informe estadístico de 2018, el índice de cobertura del servicio UHC —calculado a partir de indicadores de la cobertura de servicios esenciales en las áreas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH), control de enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles, y capacidad de servicio y acceso— muestra que los niveles de cobertura del servicio variaron considerablemente entre los países en 2015, de 22 a 86 (de un puntaje máximo del índice de 100). Esto sugiere que al menos la mitad de la población mundial no tiene una cobertura completa de los servicios de salud esenciales, y entre aquellos que pudieron acceder a los servicios necesarios, muchos sufrieron dificultades financieras (WHO, 2018). En buena medida, dos fenómenos explican este comportamiento: por un lado, la ausencia o pobre desarrollo de sistemas de salud en los países de bajos ingresos a escala mundial;

por otro, el predominio de modelos de mercado en algunas naciones, con los consecuentes problemas de inequidad, acceso y costos que ellos suponen.

Un número considerable de países no solo tienen problemas de cobertura y dificultades financieras para el acceso de las personas, sino también cargas excesivas sobre las familias para afrontar las contingencias y los riesgos en salud. Para 2010, se calculó que 808 millones de personas, el 11,7 % de la población mundial, gastó al menos el 10 % del presupuesto de su hogar (gasto o ingreso familiar total) pagando de su propio bolsillo los servicios de salud. Para 179 millones de estas personas, dichos pagos excedieron un cuarto del presupuesto familiar. De acuerdo con ello, se estima que 97 millones de personas, el 1,4 % de la población mundial, se vieron empobrecidas por el gasto de asistencia sanitaria en ese año (en la línea de pobreza de 2011 de PPP (*Power Parity Purchasing*) equivalente a 1,90 dólares por día) (WHO, 2018).

En materia de recursos humanos, las cifras tampoco son alentadoras. Según los últimos datos disponibles para el periodo 2007-2016, 76 países informaron tener menos de un médico por cada 1.000 habitantes, y 87 países revelaron tener menos de tres enfermeras y personal de partería por cada 1.000 habitantes (WHO, 2018). En muchos países, las enfermeras y las parteras constituyen más de la mitad de la fuerza laboral nacional de salud.

A la falta de personal se suman las dificultades de acceso a medicamentos esenciales y de calidad garantizada, disponibles en todo momento en cantidades adecuadas y en las formas de dosificación apropiadas⁴¹. Según las encuestas de salud realizadas en 29 países durante el periodo 2007-2017, el 64 % de los establecimientos del sector público encuestados en países de bajos ingresos y el 58 % de estos establecimientos en países de medianos y bajos ingresos almacenaron medicamentos para el tratamiento del dolor y cuidados paliativos. Menos del 10 % de estos establecimientos en países de bajos ingresos almacenaron analgésicos opioides como morfina, buprenorfina, codeína, metadona y tramadol, medicamentos esenciales para tratar el dolor asociado con muchas condiciones progresivas avanzadas (WHO, 2018).

En materia de salud pública y acciones con altas externalidades, el informe de la OMS muestra deficiencias en las campañas de vacunación, precarias o insuficientes en los países de más bajos ingresos, lo que supone inequidades inaceptables. Las últimas estimaciones indican que, en 2016, uno de cada diez niños en el mundo no recibió ni siquiera la primera dosis de la vacuna diftérico-Pertussis (DTP1). En el mismo año, la cobertura mundial de tres dosis de vacuna DTP (DTP3) entre los niños fue del 86 % (WHO, 2018).

Estos datos de la OMS expresan tendencias similares a las que se encuentran en diversos trabajos de investigación dedicados a evaluar la situación de los sistemas de salud de manera comparada. Una primera clasificación relativamente reciente (*Tabla 5.4*), construida por The Commonwealth Fund, compara el comportamiento de los 11 países⁴² mejor clasificados de acuerdo con sus sistemas de salud (Schneider, Sarnak, Squires, Shah y Doty, 2017).

Tabla 5.4. Clasificación del rendimiento del sistema de salud.

	Reino Unido	Australia	Países Bajos	Nueva Zelanda	Noruega	Suiza	Suecia	Alemania	Canadá
Clasificación general	1	2	3	4	4	6	6	8	9
Proceso de atención	1	2	4	3	10	7	11	8	6
Acceso	3	4	1	7	5	8	6	2	10
Eficiencia administrativa	3	1	9	2	4	8	5	6	6
Equidad	1	7	2	8	5	4	3	6	9
Resultados de la atención en salud	10	1	6	7	3	4	2	8	9

Convenciones: 1 (mejor rendimiento) a 11 (mejor a peor rendimiento).

Fuente: Schneider *et al.*, 2017.

El clásico modelo del NHS inglés, el modelo de Australia y los modelos de los países nórdicos se impusieron en esta clasificación que evalúa los procesos de cuidado, el acceso, la eficiencia administrativa, la equidad y los resultados en salud. No es una casualidad que justamente en estos países hayan construido sistemas nacionales públicos a cargo del Estado y, para el caso de los países nórdicos, en el seno de Estados de bienestar socialdemócratas. Por otra parte, hay una paradoja relativa al carácter dispar de los sistemas de Reino Unido y Australia (primero y último en la *Tabla 14*) que tienen orientaciones y tradiciones distintas.

Así mismo, es significativa la distancia de países como Alemania y Francia con modelos de seguro, y definitivamente llama la atención el último lugar del modelo estadounidense de mercado. Este preocupante puesto de Estados Unidos en la clasificación concuerda con otros hallazgos que parecieran indicar las debilidades del modelo de mercado. Este país ocupa el último lugar en acceso, equidad y resultados de atención médica, y el penúltimo en eficiencia administrativa, según lo informado por los pacientes y los proveedores.

La aparente paradoja es que Estados Unidos gasta mucho más en atención médica que otros países de altos ingresos, con niveles que aumentaron continuamente durante las últimas tres décadas; sin embargo, su población tiene peor salud que otros países (Schneider *et al.*, 2017). Esta afirmación se sostiene al examinar datos como la esperanza de vida que, después de mejorar durante varias décadas, empeoró en los últimos años para algunas poblaciones (Schütte, Marín y Flahault, 2018). El excesivo gasto en presencia de malos resultados en salud solo puede explicarse como producto de las propias condiciones del mercado y el fin de lucro y acumulación que se han propuesto como objetivos del sistema.

Es claro entonces que el sistema de atención en salud de los Estados Unidos no brinda los servicios indicados de manera confiable a todos los que podrían

beneficiarse. Llama la atención, particularmente, el acceso deficiente a la atención primaria, lo que impide la prevención y la gestión de enfermedades crónicas, lo cual ocasiona diagnósticos tardíos, adherencia incompleta a los tratamientos, uso excesivo de drogas y tecnologías médicas, y problemas de coordinación.

Resultados similares aparecen en estudios anteriores y permiten pensar que existe una relación entre el papel diferencial del Estado y el mercado, en el potencial desmercantilizador de los sistemas de salud y en el compromiso del Estado y la sociedad en la garantía del derecho. Por ejemplo, en 2010, un estudio de la OMS produjo una clasificación del sistema de atención de la salud en el mundo en el que Francia, Italia, San Marino, Andorra y Malta ocupaban los cinco primeros lugares; por su parte, el Reino Unido aparecía en el puesto 18, Colombia en el 22, Alemania en el 25, Canadá en el 30, Australia en el 32 y Estado Unidos, una vez más, en el lugar 37 (World Health Organization [WHO], 2010).

El estudio *Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo, 2017* (Giraldo, 2017), realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), coincide en varios de estos hallazgos. Se trata de una evaluación a los sistemas de salud de 99 países en la que se utilizó el *índice compuesto de resultados en salud* (ICRS). Este índice tuvo en cuenta variables de resultados en salud, de infraestructura, de financiación, de gobernanza y de estructura de cada uno de los sistemas de salud evaluados; además, correlacionó los resultados del índice de desarrollo humano y el índice de percepción de corrupción de los 99 países evaluados.

El estudio concluye que los países con mejor desempeño son Japón, Suecia, Noruega, Holanda, Italia, Luxemburgo y Francia, pues se caracterizan por gastar en salud en promedio entre el 10,07 % y el 9,85 % de su PIB; su gasto de bolsillo es bajo, oscila entre el 12,13 % y el 17,13 %; y tienen un bajo nivel de riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica, que está entre el 2,29 % y el 7,29 % (Giraldo, 2017). Respecto a la infraestructura, tienen entre 3,46 y 3,44 médicos por cada 1.000 habitantes; además, son países con alto índice de desarrollo humano y bajos niveles de corrupción.

A su turno, los países con peor desempeño son República del Chad, Angola, Mali, Afganistán y Camerún. En dicha clasificación, Colombia ocupa el puesto 48 con un ICRS de 80,6 sobre 100 que lo ubica 6,2 puntos por encima del promedio general, que fue de 74,4. Comparado con los países de la región de las Américas, es superada por Panamá que obtuvo un ICRS de 81, Argentina con 81,3, Uruguay con 85, Costa Rica con 87,3, Estados Unidos con 90, Cuba con 91,4 y Canadá con 96,4 puntos (Giraldo, 2017).

En el caso de los países cuyos sistemas de salud tienen peor desempeño, el gasto en salud oscila entre el 5,48 % y el 5,72 % de su PIB, mientras su gasto de bolsillo es alto y representa entre el 38,9 % y el 47,86 % del gasto total en salud; el riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica es alto y son países con bajo nivel de desarrollo y altos índices de corrupción (Giraldo, 2017).

Estas clasificaciones, pese a sus diferentes diseños y concepciones, revelan tendencias generales sobre el comportamiento de los sistemas de salud. Aunque los países que van a la cabeza no cuentan ya con modelos puros, tipo Beveridge o

Bismarck, es claro que aquellos que mantienen parcialmente la tradición de estos dos se ubican en los mejores lugares de estas clasificaciones, por contraste con modelos de mercado, o claramente con las modalidades fragmentadas de los países denominados subdesarrollados o en vías de desarrollo. Esto nos lleva a una pregunta importante: ¿Hacia dónde vamos?

¿HACIA DÓNDE VA EL MUNDO?: ¿MODELO BISMARCKIANO O BEVERIDGE?

Recordemos que en su versión original, el modelo Bismarck de Seguro Social de Salud alemán contaba con un financiamiento obligatorio por parte de empleadores y empleados, administrado por ‘fondos de enfermedad’ preexistentes de carácter no gubernamental; además, establecía un derecho asociado con el estado laboral, lo que Castel (1997) ha llamado el paso de la *tutela* —la relación tutelar entre señor feudal y siervo propia del antiguo régimen—, al *contrato* —relación contractual derivada de las relaciones salariales del mundo industrial—. Este paso constituye el proceso de metamorfosis de la cuestión social y la construcción de respuestas modernas de protección social.

El sentido de ese modelo fue en buena medida mantener a los trabajadores sanos para mejorar la productividad, prevenir disturbios laborales y evitar procesos revolucionarios. Pese a estar dotado de un fuerte potencial protector, en estrecho vínculo con la relación salarial, este seguro no estaba dirigido a la ‘cobertura universal’ y, por lo mismo, su eficacia para estabilizar el orden social, más allá de los procesos ligados al trabajo, fue útil pero no suficiente.

Por su parte, el modelo Beveridge del Servicio Nacional de Salud inglés (1948) fue diseñado para financiarse inicialmente por medio de ingresos del gobierno general, con lo que se esperaba lograr una cobertura para toda la población. La universalización estaba en su mismo origen. Aunque su base de financiación es similar a la del sistema de la URSS, los proveedores del NHS inglés son mucho más independientes y ciertas lógicas de mercado se han ido incorporando recientemente en el sistema.

Lo sugestivo del modelo Beveridge es que dibuja el tránsito de lo que Castel (1997) llama el “paso del contrato al estatuto”, es decir, una transformación profunda en la comprensión de la cuestión social y en la manera como los Estados modernos deben enfrentarla, donde se supera la idea de una ciudadanía laboral, dependiente del vínculo salarial, y se pasa a la noción de ciudadanía de derechos, independientes de la condición laboral.

En esta transformación, muchos países de altos ingresos desarrollaron modelos similares al de Inglaterra. Esto significó avanzar en un cambio de la idea del acceso a la salud como un derecho laboral, para pasar a la idea de la salud como un derecho humano, o la cobertura de salud como un derecho constitucional

o legal, de lo que se deriva inevitablemente el imperativo de alcanzar la universalidad en salud como condición fundamental de la cohesión social.

Esta transformación radical de los fundamentos de los sistemas de salud sigue estando anclada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y en las constituciones de buena parte de los países del mundo, como horizonte de sentido que provee las coordenadas para guiar todos los esfuerzos que hacen las sociedades en su camino por procurar un mayor bienestar para sus ciudadanos. Sin embargo, en el tercio final del siglo XX, el desarrollo de los sistemas de salud se vio sujeto a transformaciones en clave de mercado. El arreglo entre el Estado y el mercado, la sostenibilidad financiera versus la garantía del derecho, el esquivo alcance de la universalidad y la manera de enfrentar las inequidades en salud, son algunos de los elementos que presionaron la progresiva transformación de los sistemas de salud en los últimos cuarenta o cincuenta años.

De este modo, el proceso actual de los sistemas de salud en el mundo avanza en dirección de la dilución de las diferencias originarias de los sistemas pioneros, en la introducción de dosis de mercado diferenciales en cada país y en la convergencia de algunos elementos de la organización, el financiamiento y la administración. Sobre este último aspecto es interesante analizar cómo las contribuciones obligatorias de los empleadores y empleados (es decir, los impuestos a la nómina) se vienen considerando en algunos países como una parte del ‘espacio fiscal’, mientras los fondos del seguro de salud se tratan como entidades públicas. Estos y otros procesos señalan similitudes entre diferentes modelos. Hoy la separación entre comprador y proveedor está presente, tanto en el Reino Unido, como en Alemania, cada uno utilizando métodos innovadores para cambiar el entorno de incentivos.

Hay países que han ido convergiendo hacia un asegurador único, como Estonia, Francia, Hungría y Corea, mientras que en Alemania se ha abierto el espacio para múltiples aseguradoras en competencia, incluidas algunas comerciales con fines de lucro. Este último fenómeno está presente también en la República Checa, los Países Bajos y la República Eslovaca. En el caso de Japón, se encuentran múltiples aseguradoras no competidoras. Ante estas transformaciones recientes, la clásica separación entre modelos bismarckiano y Beveridge debe ser revalorada, pues las diferencias han comenzado a disminuir.

Según el nuevo Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, OMS, Eurostat), la única diferencia entre los modelos tiene que ver con la naturaleza del derecho. Dado que no todos están empleados en grandes empresas y las contribuciones para algunos pueden no ser posibles, el camino hacia la cobertura universal en países con seguro requirió de subsidios de los ingresos generales, como sucede actualmente en Colombia, México (el seguro popular) y Chile. Esta medida se implementó sobre la base de garantizar el derecho a toda la población, pero también sobre la conciencia creciente de que, con las modalidades tributarias actuales, al final todos contribuyen, pues prácticamente todos pagan el IVA o impuestos al consumo, por lo que su contribución al sistema es real.

El modelo bismarckiano puro no es viable en el escenario de una sociedad con

una proporción pequeña de población laboralmente activa. Los cambios demográficos, el envejecimiento poblacional, los problemas estructurales de falta de empleo, los nuevos jóvenes dependientes y las presiones de los actores económicos internacionales sobre economías abiertas, generan presiones sobre los sistemas de salud y, de manera especial, sobre el modelo de seguridad social que deja más preguntas que certezas.

Ante estos retos tan críticos, la tendencia en muchos países es la convergencia en las fuentes de financiamiento. De esta manera, se desliga la cobertura del mercado laboral, se innova en los mecanismos para la compra de servicios y también en las formas en que los derechos y las obligaciones de la población se realizan, independientemente del origen de los recursos.

La suerte del modelo bismarckiano parece echada. El cambio de un derecho de trabajo a una cobertura universal marcó el final de la era ‘pura’ de este modelo, y hoy se plantea el reto de lograr la cobertura de no contribuyentes a través de transferencias generales de ingresos en un contexto donde se hace imprescindible actuar en dos tiempos: uno coyuntural, en el que se logre desvincular la cobertura del empleo y ampliar la base de todos los ingresos para dar respuestas inmediatas a las necesidades en salud y seguridad social; y otro estructural, en el que se vuelva a poner sobre la mesa el lugar del trabajo, la necesidad de redefinirlo y colocarlo en el centro de los objetivos sociales, pues históricamente la protección social y la ciudadanía social moderna surgieron vinculadas a él.

LOS CUATRO MODELOS ORIGINARIOS EN LA ACTUALIDAD

El sistema de salud en Alemania hoy

Pese a las transformaciones que supuso el siglo XX para Alemania en la posguerra, su sistema de salud sigue siendo un modelo de aseguramiento en salud obligatorio para todos los ciudadanos y residentes permanentes del país, y es gestionado por organizaciones sin ánimo de lucro, organizaciones no gubernamentales o aseguradores privados. Su financiación se hace con los aportes de los empleados del país, los cuales en 2011 representaron el 8,2 % de los ingresos percibidos, mientras los empleadores aportaron el 7,3 %, pagando conjuntamente un aproximado de 593 euros por mes. Con este monto se brindan recursos al fondo de enfermedad y, a su vez, se cubre a cónyuges e hijos (Giraldo, 2014).

El modelo de atención busca prestar servicios tales como atención preventiva, cuidado hospitalario, servicios médicos, servicios de rehabilitación, optometría, cuidado dental, entre otros cuidados básicos, los cuales son cubiertos a través del fondo para la enfermedad. Desde 2004 se han comenzado a implementar cobros de copagos para algunos servicios dentales y de rehabilitación para personas con edad superior a los 18 años (The Commonwealth Fund, 2012).

La situación actual en el sistema de salud alemán está marcada por varios

intentos de reforma recientes que buscan promover una mayor competencia en el mercado de la salud y, en teoría, conseguir una mayor eficiencia. El resultado ha sido una disminución constante en el número de hospitales generales, sobre todo los públicos. Es importante señalar que el número de hospitales privados con fines de lucro ha aumentado en los últimos años y representa alrededor de una sexta parte de todas las camas de hospital (Johnson *et al.*, 2018). Este giro mercantilizador del sistema de salud alemán plantea debates importantes no solo en la organización de los servicios de salud, sino en las nociones de ciudadanía, de derechos y en la forma de ese tradicional Estado de bienestar conservador construido en el siglo XX.

Aunque el número total de camas hospitalarias de atención médica aguda se ha reducido sustancialmente desde 1991, sigue siendo casi 60 % más alto que el promedio de la Unión Europea (UE), lo que significa una amplia capacidad instalada para garantizar la asistencia por niveles al grueso de la población, con una pretensión universalizadora importante. La duración promedio de la estadía hospitalaria también disminuyó de forma constante entre 1991 y 2011, de 12,8 a 7,7 días.

Todos los hospitales están atendidos principalmente por médicos asalariados y se dividen en cuatro categorías que informan, a su turno, sobre la ruta asistencial: hospitales de servicios básicos (generalmente hasta 200 camas y de dos a tres disciplinas médicas), hospitales de servicios regulares (hasta 300 camas y de cuatro a cinco disciplinas), hospitales de servicios centrales (generalmente hasta 500 camas y hasta ocho disciplinas), y hospitales de cuidado máximo (instituciones grandes, generalmente más de 1000 camas, en su mayoría hospitales universitarios con un amplio espectro de especialidades y servicios médicos, investigación, capacitación y tratamiento hospitalario responsable) (Johnson *et al.*, 2018).

Un aspecto único del sistema de salud alemán es el fuerte desarrollo de su sector de rehabilitación. Después de que los pacientes completan su estadía en un hospital de atención médica aguda, continúan su tratamiento en una clínica de rehabilitación separada para garantizar, con la ayuda de procedimientos e instalaciones especiales, el mejor resultado posible (Johnson *et al.*, 2018). Este rasgo está asociado en parte a la estructura demográfica del país que demanda más cuidados para los adultos mayores.

El sistema de salud alemán se caracteriza por contar con un alto número de personal de salud. En 2011, casi 5 millones de personas estaban empleadas en el sector sanitario, lo que representó en ese año el 11,2 % de todo el empleo (Johnson *et al.*, 2018). El número de médicos ha aumentado constantemente desde los años noventa, y sin embargo, el número de médicos generales ha disminuido. En 2013, de más de 450.000 médicos, 326.945 estaban activos, y de ellos, 174.829 practicaban en hospitales, mientras que 144.058 ejercían en atención quirúrgica. Otros 29.808 médicos trabajaron en el sector público de la salud, la administración, el gobierno y otros sectores. En general, la densidad de médicos se ha mantenido por encima de la media de la UE, pero por debajo del promedio de Austria y Suiza.

En Alemania, así como en muchos otros países europeos, persisten las preocupaciones sobre la escasez de enfermeras, así como sobre los desafíos de cuidar efectivamente a una sociedad que tiende progresivamente al envejecimiento. Por lo tanto, Alemania ha emprendido esfuerzos para incrementar la capacitación de nuevo personal de enfermería y para retener a quienes se encuentran en ejercicio de la profesión, lo que ha derivado en un aumento en el número de enfermeros graduados en los últimos años, de la mano de estímulos formativos y formación vocacional.

El Sistema Nacional de Salud cubano, un relevo del modelo ruso

Ante la desaparición de la URSS, entre 1989 y 1991, el sistema de salud cubano se ha mantenido como el modelo continuador de la propuesta socialista de organización del sistema de salud. Pese a las presiones del bloqueo estadounidense y las dificultades de una economía poco industrializada, agropecuaria y pequeña, el modelo cubano sostiene su apuesta inicial de garantizar universalidad y una ciudadanía social plena.

En Cuba, el acceso y la cobertura universales de salud descansan sobre tres principios clave: la salud como derecho humano, la equidad y la solidaridad (Morales *et al.*, 2018). En este modelo, la organización sectorial está centralizada en el Estado, desde el ejercicio clínico hasta la financiación del sistema; por consiguiente, es de carácter universal, gratuito, accesible y socialista, en su concepción de los procesos de salud y enfermedad. En él se pone al alcance de todos los ciudadanos el acceso a la salud, tanto para quienes habitan las zonas rurales como para los que viven en la ciudad, y no se hace distingo o exclusión por la filiación política o religiosa.

En su estructura, el modelo es integral y regionalizado, con participación comunitaria e intersectorial y con una concepción internacionalista. Ha sido denominado Sistema Nacional de Salud, en cabeza del Ministerio de Salud Pública, y con organismos intermedios, como la Dirección Provincial de Salud, que tiene a cargo hospitales provinciales, y la Dirección Municipal de Salud, con sus propios centros asistenciales. Debajo de estas estructuras se encuentra el Área de Salud del Policlínico, luego el Grupo Básico de Trabajo y, al final del sistema, el Consultorio Médico de Familia.

Sin duda alguna, la atención primaria en salud es uno de los logros más importantes en la estrategia de “Salud para Todos” en Cuba, de manera que con el “Programa del médico y la enfermera de la familia” se aplican elementos de la atención integral al paciente, la familia, la comunidad y el ambiente.

El recurso humano es la base de este modelo. En el país existen 11.400 consultorios de médicos y enfermeras de familia, los cuales atienden cada uno un promedio de 1.070 habitantes y 300 familias; se encargan de tareas de dispensación, análisis de la situación de salud, entre otras.

El Sistema Nacional de Salud cubano cuenta con 481.960 trabajadores (70,5 % mujeres). Del total, 77.686 son médicos (60,2 % mujeres), 14.253 son

estomatólogos (80 % mujeres), y 66.130 son licenciados en enfermería (75 % mujeres). En septiembre de 2014 se incorporaron 5.500 nuevos graduados de Medicina, por lo que se llegó a 51.686 médicos, lo que representa 4,6 médicos por cada 1.000 habitantes. Cuba cuenta con 14 universidades, tres facultades de Ciencias Médicas y la Escuela Latinoamericana de Medicina.

Esta lógica estatal y socialista del sistema cubano se refleja en indicadores de salud muy importantes. Primero, la tasa de mortalidad infantil se mantiene por debajo de 5 por cada mil nacidos vivos en los últimos cinco años; en 2013 fue de 4,2 por cada mil nacidos vivos. 22 municipios no tuvieron fallecidos. Al cierre de 2013, la esperanza de vida al nacer fue de 77,9 años y la población mayor de 60 años alcanzó el 18,45 %. Para 2030, se pronostica que esta cifra alcance el 30 %.

El alto grado de desmercantilización de la salud del sistema cubano le ha permitido mantener, pese a las dificultades, “los principios de gratuidad, igualdad y solidaridad que amparan por constitución a la salud pública en Cuba” (Sintes, 2011, p. 556). Para los cubanos, los excelentes resultados en salud alcanzados se conciben como un logro de la revolución. Como afirmó recientemente la directora de la OPS, Carissa F. Etienne (2018):

Los éxitos de Cuba son el producto de una priorización de salud al más alto nivel y de un compromiso admirable de sus autoridades, los profesionales de la salud cubanos y la población que también se responsabiliza por su propia salud y la de sus comunidades. (Etienne, 2018, p. 1)

Aspectos como la prevención y control de enfermedades no transmisibles en Cuba, la atención maternoinfantil, la calidad de las estadísticas de mortalidad maternal, la experiencia cubana en inmunización, y la respuesta y desafíos frente a las enfermedades transmisibles, son destacables en un país que no solo privilegia la formación de recursos humanos, sino que ha definido una prioridad fiscal que asegura un gasto público en salud por encima del 10 % del PIB.

Si bien muchos de los indicadores de salud cubanos están entre los mejores de la región de las Américas, en 2011 se decidió reorganizar los servicios de salud, a tono con el proceso de actualización del modelo económico y social desarrollado en todos los sectores del país (Morales *et al.*, 2018).

Con base en un proyecto de investigación- acción que abarcó el diagnóstico de la situación, la implementación de los cambios y la evaluación de los resultados, se implementó una racionalización de los recursos humanos con una reducción de más de 150.000 plazas no vinculadas directamente a la atención del paciente. Asimismo, se combatió una de las debilidades del modelo socialista: la burocracia. Esta reforma ha permitido disminuir las estructuras de dirección en 57 municipios, “se compactaron 46 policlínicos, se optimizó el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia con la proyección comunitaria de 20 especialidades, se reorganizó la docencia y se reordenaron los programas de cooperación médica internacional” (Morales *et al.*, 2018, p. 25). Como sugieren estos autores:

(...) estos cambios han contribuido a mejorar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y su desempeño: aumento en el número de consultas en el nivel primario (19,3%) y estomatológicas (56,6%), reducción del número de consultas en cuerpo de guardia (16,1%), aumento del número de pacientes intervenidos quirúrgicamente (12,1%), incremento del número de proyectos de investigación (300%) y crecimiento en el número de estudiantes de Medicina (55,7%), entre otros. (p. 25)

El sistema de salud de Estados Unidos, ¿un no sistema?

Después de muchos años de intentos por consolidar un sistema de salud en Estados Unidos, en la actualidad predominan algunos de los principios presentes originariamente en la constitución de las primeras expresiones de aseguramiento y prestación de servicios. En términos de la organización del sistema, hoy el aseguramiento en salud es fragmentado. El país posee prestadores, tanto privados como públicos, con grandes brechas de atención en las diferentes regiones y con inequidades que ya hemos mencionado, sobre todo al compararlas con países similares en el mundo. Como sugiere Giraldo (2014), el seguro privado está regulado a nivel estatal; sin embargo, “se deja un amplio margen de discrecionalidad en el diseño y la fijación de tarifas de los paquetes de beneficios” (p. 10).

La fragmentación propia del modelo estadounidense ha derivado en la existencia de diferentes mecanismos de financiación. Entre los programas provistos en el sector público se hallan Medicare y Medicaid. El primero está financiado a través de la combinación de impuestos sobre la nómina, primas e ingresos federales generales (Giraldo, 2014). El segundo es un programa de aseguramiento en salud financiado con impuestos recaudados conjuntamente entre los gobiernos federal y estatal. Este programa es administrado por los estados atendiendo a los parámetros de los gobiernos federales (Giraldo, 2014). Los recursos de financiación corresponden a fondos del Gobierno federal calculados en función de su ingreso per cápita.

El modelo de atención cuenta con dos sectores: (i) el régimen público, que promueve programas de aseguramiento a empleados federales, militares, indígenas y niños; este, a su vez, posee los dos programas principales ya citados, Medicare y Medicaid, por medio de los cuales se cubre cerca del 24 % de la población. (ii) El régimen privado al cual se retribuye de manera diferente; algunos, mediante el pago por desempeño, otros, por medio de aportes; las personas pueden ingresar al sistema con un asegurador privado por medio de aportes individuales o realizados con su empleador o puede hacer compra de los planes administrados (The Commonwealth Fund, 2012).

En los Estados Unidos, la asistencia médica es considerada una industria y en términos reales resulta ser una de las más grandes actualmente. Desde el punto de vista tecnológico, esta nación tiene una infraestructura muy desarrollada para la entrega de servicios médicos y cuenta con instalaciones de salud de avanzada, escuelas de Medicina prestigiosas, currículos universitarios para preparar a administradores de salud y profesionales de la salud pública, organizaciones de investigación, una gran industria farmacéutica, fabricantes de dispositivos médicos y proveedores de servicios de cuidado y rehabilitación a largo plazo (Johnson *et al.*, 2018).

A pesar de este gran desarrollo y del protagonismo de la industria, este país no tiene un sistema de prestación de servicios de salud bien integrado y coordinado; por el contrario, posee un conjunto de múltiples subsistemas desarrollados a través de las fuerzas del mercado o como resultado de iniciativas políticas para atender las necesidades de ciertos segmentos de la población. Esta fragmentación impide

pensar en un solo sistema de salud y, a cambio, exige integrar la racionalidad de mercado con el sentido de la responsabilidad estatal para apoyar la salud de grupos desprotegidos de manera residual. El Estado asume un rol importante para que aquellos que no pueden resolver su salud en un mercado del aseguramiento, debido a la carencia de ingresos o condiciones de discapacidad, edad o etnicidad, accedan a programas por la vía pública.

Así, mientras el sector privado posee la mayor parte de la infraestructura, el Gobierno cuenta con alguna infraestructura de salud pública, por ejemplo, financia la investigación en servicios de salud y educación médica. Es, además, el encargado de operar los sistemas de salud militar y de veteranos, así como de la prestación de cuidados para ciertas poblaciones vulnerables. En particular, el Servicio de Salud Indígena (IHS, por sus siglas en inglés) para indios americanos y nativos de Alaska es financiado por el sector público (Johnson *et al.*, 2018).

Al revisar el caso estadounidense, se revelan cuatro subsistemas que nos recuerdan el sentido de los cuatro modelos originarios en diferentes magnitudes y articulaciones. Estos son: de cuidado administrado, un subsistema para militares y veteranos, uno para poblaciones vulnerables y uno para pueblos indígenas. Por otro lado, también se encuentran los sistemas de entrega integrados (IDS, por sus siglas en inglés) y la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) vigente en la actualidad en el estado de Massachusetts. Analicemos brevemente las principales características de estos subsistemas.

Subsistema de cuidado administrado

La atención administrada es un sistema de prestación de servicios de salud que busca lograr eficiencias integrando las funciones básicas de la prestación de servicios de salud, mediante mecanismos para controlar (gestionar) la utilización de servicios médicos y determinar el precio al que se compran los ‘servicios’, es decir, este subsistema define cuánto se les paga a los proveedores. Es el sistema de atención de salud dominante en los Estados Unidos y está disponible para la mayoría de los estadounidenses (Johnson *et al.*, 2018).

La financiación proviene de los empleadores y el gobierno; sin embargo, no se trata de una asociación público-privada, ya que los empleadores compran un seguro para sus propios empleados, pero lo hacen voluntariamente, de modo que muchos pequeños empleadores no proporcionan seguro de salud a sus empleados. Asimismo, el empleado podría comprar un seguro por su propia cuenta.

Por otro lado, debido a que el seguro de salud basado en el empleador requiere costos compartidos, muchos trabajadores optan por no participar, incluso cuando el empleador paga la mayor parte de los costos de la prima (Johnson *et al.*, 2018). El carácter voluntario de este seguro no produce el efecto de ahorro forzoso que introduce el esquema de seguro obligatorio en el clásico modelo alemán, así que en muchos casos no se constituye un capital de transferencia y las personas simplemente quedan desprotegidas ante contingencias futuras debido a que su decisión, determinada por las precariedades y circunstancias del presente, les impidió ser previsivas.

Los beneficiarios de esta modalidad acceden a servicios de atención médica a

través de una organización de atención administrada (MCO, por sus siglas en inglés), o de mecanismos alternativos. La MCO es, en últimas, una compañía de seguros que proporciona servicios de atención médica a los inscritos al plan de salud y para ello utiliza proveedores seleccionados con posibilidad de elección para el beneficiario en los servicios de rutina (Johnson *et al.*, 2018). Hay dos tipos principales de MCO: las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) y las organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). Los afiliados a las HMO deben recibir servicios de los proveedores seleccionados por la misma HMO. Los PPO, por otro lado, permiten el acceso fuera de la red, o sea que los inscritos pueden optar por recibir servicios de proveedores que participan en la red seleccionada del PPO o de proveedores que no forman parte de su red, con lo cual gozan de mayores posibilidades para la atención.

En este modelo es habitual que el inscrito incurra en gastos de bolsillo cuando se utilizan proveedores fuera de la red. Sin embargo, debido a la opción de elegir proveedores, los planes PPO han sido más populares que los HMO. En los HMO, los proveedores o médicos generales de atención primaria administran los servicios de rutina y determinan la idoneidad de las derivaciones a servicios especializados o de mayor nivel. En estos planes, a los médicos generales a menudo se les llama ‘porteros’, es decir, aquellos que determinan el ingreso y la ruta que seguirán los pacientes dentro del sistema. Algunas HMO pueden prestar servicios parcialmente a través de los propios médicos contratados por el plan, pero la mayoría de los servicios se brindan a través de contratos con proveedores, como médicos, hospitales y clínicas de diagnóstico. Estas formas de contratación expresan claramente el fuerte papel que han jugado los médicos estadounidenses para defender su profesión liberal, ponerse sus propios salarios, mantener una gran autonomía y evitar que el Estado monopolice la organización de este jugoso mercado de la salud.

Una consecuencia negativa de este subsistema es que al depender de la dinámica de mercado y, por tanto, de la capacidad de pago de las personas, uno de cada cuatro estadounidenses de 18 a 64 años ha reportado tener problemas para pagar sus facturas médicas. El 44 % de estas personas dice que el impacto de esas facturas en sus familias ha sido mayor, mientras el 47 % refiere que ha sido menor. Solo el 7 % afirma que no ha sufrido un impacto real. Estos datos, producto del estudio *The Burden of Medical Debt: Results from the Kaiser Family Foundation/New York Times Medical Bills Survey*, evidencian que, si bien el seguro puede proteger a las personas de tener problemas con las facturas médicas inicialmente, una vez que ocurren los siniestros en salud, las consecuencias son similares, independientemente de si se está asegurado o no. Entre los que tienen problemas con las facturas médicas, casi la misma proporción de los asegurados (44 %) y no asegurados (45 %) dicen que estos pagos han tenido un gran impacto en sus familias (Hamel *et al.*, 2016).

Subsistema para militares y veteranos

El sistema de atención médica militar está disponible de forma gratuita para el

personal militar en servicio activo. Es un sistema bien organizado y altamente integrado, operado por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos. Los servicios integrales cubren la prevención y los tratamientos proporcionados por el personal de salud asalariado. La atención ambulatoria de rutina a menudo está disponible en un dispensario, una enfermería, una estación de primeros auxilios o una estación médica ubicada cerca del lugar de trabajo del personal militar (Johnson *et al.*, 2018). A su vez, los servicios hospitalarios de rutina se brindan en dispensarios ubicados en bases militares, en bahías para enfermos a bordo de barcos y en pequeños hospitales de base. Por otro lado, los servicios hospitalarios complicados se brindan en hospitales militares regionales. Los dependientes de los miembros del servicio, los jubilados y sus dependientes, y los sobrevivientes de los miembros fallecidos pueden recibir atención médica a través de un programa de seguro llamado TriCare. Este programa permite a los beneficiarios recibir atención en instalaciones de atención médica, tanto militares como privadas (Johnson *et al.*, 2018).

Subsistema para poblaciones vulnerables

En plena guerra fría, Estados Unidos comenzó la construcción de su subsistema público de salud. En 1965, el Congreso de Estados Unidos aprobó dos modificaciones importantes a la Ley de Seguridad Social, por medio de las cuales se crearon los programas Medicare y Medicaid. De este modo, el Gobierno asumió la responsabilidad directa de pagar parte de la atención médica en nombre de dos grupos de población vulnerables: los ancianos y los pobres.

Originalmente creado para los ancianos, el programa Medicare ahora cubre a 55 millones de estadounidenses, entre los que se incluyen personas de bajos ingresos, discapacitados de menos de 65 años y personas con enfermedad renal en etapa terminal. El programa Medicaid, por su parte, financia servicios de atención médica para habitantes de calle quienes, según los activos e ingresos, se encuentran por debajo de los niveles mínimos establecidos por cada estado. Este programa atiende a casi 70 millones de estadounidenses pobres (Johnson *et al.*, 2018).

En 1997, se sumó a estos dos esfuerzos públicos el seguro de salud para niños (SCHIP, por sus siglas en inglés), con el fin de proporcionar seguro de salud a niños que viven en familias de bajos ingresos y que no calificaron para Medicaid. De los 77 millones de niños en los Estados Unidos, alrededor del 45 % están inscritos en Medicaid o SCHIP.

En estos tres programas públicos, el gobierno financia el seguro, pero los servicios de salud se reciben principalmente a través de proveedores privados en una lógica de subsidios a la demanda. Las personas inscritas en Medicaid y SCHIP incurrir en pequeños gastos de bolsillo; no obstante, los inscritos en Medicare pagan aproximadamente la mitad de sus costos de atención médica debido sobre todo a deducibles altos, copagos y ciertos servicios no cubiertos (como los dentales, de la visión, audífonos) y a brechas en la cobertura de medicamentos recetados. A finales de 2014, la red nacional de 1.278 centros de salud reportó atención primaria y preventiva esencial en más de 9.000 sitios,

atendiendo a 22,9 millones de usuarios, que es más del 30 % de los 63 millones de personas desatendidas.

Si el funcionamiento del sector de los seguros tiene sus problemas, el sector público también. En el informe denominado *The 2018 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds* se afirma que Medicare será insolvente en 2026, tres años antes de lo pronosticado anteriormente. A su vez, el Seguro Social será insolvente en 2034 (Old-Age, Survivors, and Disability Insurance [OASDI], 2018).

Las cifras no son despreciables. Más de 62 millones de jubilados, trabajadores discapacitados, cónyuges y niños beneficiarios reciben prestaciones del Seguro Social. El pago mensual promedio es de 1.294 dólares para los beneficiarios. El Medicare cubre unos 60 millones de personas, la mayoría de al menos 65 años.

A finales de 2017, el programa OASDI proporcionaba pagos de beneficios a 62 millones de personas, aproximadamente: 45 millones de trabajadores jubilados y dependientes de trabajadores jubilados, 6 millones de sobrevivientes de trabajadores fallecidos y 10 millones de trabajadores discapacitados y dependientes de trabajadores discapacitados. Durante ese año, se estima que 174 millones de personas tenían ingresos cubiertos por el Seguro Social y pagaban impuestos de nómina sobre esos ingresos. Los gastos totales en 2017 fueron de \$ 952 mil millones. El ingreso total fue de \$ 997 mil millones (OASDI, 2018, p. 5).

Así, este subsistema depende de la financiación con impuestos de nómina que se cobran a los trabajadores y empleadores, de modo que, tanto el Seguro Social como el Medicare, representan aproximadamente 40 % del gasto del gobierno, excluyendo los intereses de la deuda federal. Esta carga al parecer está siendo muy lesiva para la salud fiscal. Según las proyecciones intermedias de los fideicomisarios, se estima que el costo total de la seguridad social superará sus ingresos totales en 2018 por primera vez desde 1982, y seguirá siendo mayor durante todo el periodo de proyección. De hecho, afirman los expertos, el costo del Seguro Social ha excedido sus ingresos sin intereses desde 2010. Para 2018 se prevé que el costo del programa exceda los ingresos totales en 2.000 millones de dólares y los ingresos sin intereses en 85.000 millones de dólares. Como resultado, las reservas de activos disminuirán durante 2018 y en los años siguientes (OASDI, 2018).

Subsistema para pueblos indígenas

El sistema de salud para poblaciones indígenas (IHS) es una agencia del gobierno federal y constituye el principal proveedor de atención médica y defensa de la salud de los pueblos indígenas en Estados Unidos. Estos y los nativos de Alaska son los únicos grupos étnicos para los cuales el Gobierno federal se ha responsabilizado directamente de la atención médica. Como ciudadanos de los Estados Unidos, estos grupos son elegibles para participar en todos los programas de salud públicos, privados y estatales disponibles para la población en general.

La IHS brinda servicios de salud a aproximadamente 2,2 millones de personas que pertenecen a más de 566 tribus reconocidas a nivel federal en 35 estados.

Respetando la idea de autodeterminación, las tribus tienen tres opciones para recibir atención médica: (i) directamente del IHS, (ii) mediante la contratación con el IHS para tener el control administrativo, la operación y el financiamiento de los programas de salud, y (iii) a través de la contratación con el IHS y asumiendo un mayor control y autonomía para la provisión de servicios de atención médica de las tribus. El IHS opera 46 hospitales y más de 600 centros de salud, clínicas y estaciones de salud (Johnson *et al.*, 2018).

Sistemas de entrega integrados

Otra de las particularidades en la organización de servicios en Estados Unidos es lo que se conoce como el sistema de entrega integrado (IDS). Este se puede definir como una red de organizaciones que proporcionan servicios de salud continuos y coordinados a una población determinada. Dichas organizaciones están dispuestas a ser consideradas responsables, desde el punto de vista clínico y fiscal, por los gastos y el estado de salud al mismo tiempo. Durante más de una década, la integración organizacional para formar el IDS ha caracterizado a la industria de la salud de los Estados Unidos.

Esta modalidad de organización sanitaria surgió ante las presiones de costos y como alternativa, tanto al creciente poder de las MCO, como a la necesidad de proporcionar servicios de manera más eficiente a las poblaciones dispersas en grandes áreas. El modelo tenía como objetivo lograr una mayor integración de servicios de asistencia sanitaria para garantizar la continuidad de la atención; para ello integró varias formas de propiedad y otros vínculos estratégicos entre los principales participantes, como hospitales, médicos y aseguradores (Johnson *et al.*, 2018).

En el fondo de esta modalidad subyace una idea presente en sistemas de salud de otros países en el mundo: el uso de la atención primaria como el centro organizador de servicios de salud continuos y coordinados. Así, a través de la atención primaria, otros servicios de salud se integrarían de manera transparente, lo que ganó popularidad con la expansión de la atención administrada; sin embargo, su desarrollo se estancó antes de que pudiera alcanzar su máximo potencial. La transición a gran escala de la prestación de servicios de salud al sistema de atención administrada en 1990, recibió críticas generalizadas que se convirtieron en una reacción violenta por parte de los consumidores, los médicos y los legisladores.

Producto de ello, el modelo de las HMO, que se basó en la atención primaria y el control de acceso, se hizo menos popular de lo que inicialmente habían previsto sus defensores. Por el contrario, el modelo de PPO se ha vuelto dominante en la entrega de servicios de salud de Estados Unidos; sin embargo, los debates políticos actuales insisten en la necesidad de un modelo de prestación de atención médica basado en la atención primaria (Johnson *et al.*, 2018). Si bien el modelo de PPO se concentra en establecer una buena relación entre el paciente y el proveedor, y en mejorar la salud de cada individuo, ello es insuficiente para impactar a toda la población y garantizar acceso universal a la atención básica de la salud, lo cual representa parte del debate actual en este país.

Ley de Cuidado de Salud Asequible

En los últimos años, uno de los temas de mayor debate en la opinión pública estadounidense fue el famoso Obamacare, conocido también como ACA (por sus siglas en inglés) o PPACA. La historia de esta iniciativa se remonta a 2007, cuando el estado de Massachusetts implementó un programa con la aspiración de lograr una cobertura médica casi universal. La idea era simple y rememoraba parcialmente el sentido de obligatoriedad de la seguridad social alemana. Apelando a penalidades legales, esta iniciativa buscaba que todos los residentes obtuvieran un seguro de salud, de manera que todos los empleadores debían ofrecer un plan de seguro básico que los trabajadores pudieran comprar con dólares antes de impuestos (Johnson *et al.*, 2018). En el caso de las personas de más bajos ingresos, el gobierno pondría a disposición subsidios para comprar seguros, mientras que los habitantes de calle tendrían sus primas pagadas por el Estado. La regulación de esta modalidad estaría a cargo de un centro de intercambio de valores que intermediaría la compra de seguros y establecería reglas y procedimientos.

Después de seis años de implementación, la iniciativa de reforma demostró un gran potencial para ampliar la cobertura y mejorar el acceso a la atención al adoptar un modelo de responsabilidad compartida (Johnson *et al.*, 2018). Después de haber alcanzado la tasa más baja de personas sin seguro en el país, la experiencia de Massachusetts se convirtió en un modelo para la reforma federal de salud.

Así surgió la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) aprobada por el Congreso y luego promulgada por el presidente Obama el 23 de marzo de 2010. La ACA se promulgó para aumentar la asequibilidad del seguro de salud, reducir la tasa de no asegurados al ampliar la cobertura de seguro público y privado, y disminuir los costos de la atención médica.

Esta ley introdujo mecanismos como mandatos, subsidios e intercambios de seguros y sus resultados no son despreciables. Alrededor de 16,4 millones de personas sin seguro han obtenido cobertura de seguro de salud. A enero de 2015, aproximadamente 11,2 millones de estadounidenses estaban cubiertos por Medicaid y SCHIP, en comparación con el inicio de octubre de 2013 (Johnson *et al.*, 2018). Sin embargo, el gobierno de Donald Trump resulta una amenaza a este impulso de organización del sector que adelantó su antecesor.

Esta pluralidad de fórmulas dentro del sistema de Estados Unidos no omite el hecho de que hasta hoy predomine el mercado y el papel del sector médico como un gran obstáculo para la producción de un servicio o sistema de salud integrado y nacional, a la altura de los países europeos. Las inequidades, la desprotección y el vínculo de la salud con la capacidad de pago han configurado un escenario dramático para millones de estadounidenses. Pese a ello, resulta interesante el modo en que este país pone a andar finalmente diversas expresiones de los modelos Beveridge y Bismarck en ámbitos específicos, alternando estas protecciones con regímenes especiales para grupos étnicos y militares. En suma, su sistema de salud resume bien el carácter de esta nación, Estados Unidos no es un país, más bien está hecho de todo el mundo.

El sistema de salud británico

En la actualidad, la esencia del sistema de salud británico se mantiene: atención gratuita basada en la necesidad y no en la capacidad de pago. Posee tres ejes centrales: el predominio del Estado en la organización de los servicios, el universalismo y un recelo a la presencia del mercado. En particular, estos tres ejes se sustentan en siete principios: (i) renovar el Servicio Nacional de Salud, garantizando calidad, oportunidad y accesibilidad; (ii) involucrar el nivel local en la prestación de los servicios; (iii) coordinar organizacionalmente; (iv) asumir tanto los niveles nacionales como los locales; (v) desempeñar una gestión por resultados; (vi) promover la calidad como base fundamental para la toma de decisiones; y (vii) establecer la intención de restablecer la característica de servicio público del Servicio Nacional de Salud (Giraldo, 2014). Hoy, la organización del sistema de salud británico está a cargo de la Junta Directiva del Servicio Nacional de Salud, y su financiación descansa primordialmente en impuestos generales y, en una mínima proporción, en recursos que provienen del cobro de copagos. El modelo de atención mantiene elementos del NHS original, pero también introduce algunas novedades.

Tres formas de atención o cuidado se despliegan en el sistema inglés y permiten abarcar a toda la población: el cuidado primario, el cuidado secundario y otras modalidades. El cuidado primario supone el primer punto de contacto con el NHS. Allí, el *general practitioner* (GP) actúa como la puerta de entrada para el nivel secundario. El desarrollo de este nivel no es menor, pues solamente en 2013 hubo 40.236 médicos de familia en 7.962 consultas, con un promedio de 7.000 pacientes por práctica y 1.500 pacientes por médico de cabecera (Johnson *et al.*, 2018).

Aunque el carácter estatal del sistema es insoslayable, cerca de dos tercios de los médicos de cabecera son contratistas privados y una proporción similar ejercen bajo el contrato de servicios médicos generales negociados a nivel nacional. Ese contrato cubre el pago de servicios mediante una combinación de esquemas de capitación, tarifa por servicio y pago por desempeño. Los médicos de cabecera se pagan por capitación de servicios médicos esenciales, tales como enfermedades y lesiones agudas, el tratamiento general de pacientes con enfermedades terminales y el tratamiento de enfermedades crónicas.

Los médicos generales deben ofrecer servicios que se consideran adicionales y que incluyen exámenes de detección de cáncer de cuello uterino, servicios de anticoncepción, vacunaciones e inmunizaciones, vigilancia de salud infantil y atención de maternidad. Si el GP opta por no proporcionarlos, se retiene una parte del pago global para que el Clinical Commissioning Group (CCG) pueda solicitar estos servicios a otro proveedor (Johnson *et al.*, 2018).

Servicios como la detección de abuso de alcohol, ciertos procedimientos quirúrgicos menores y la detección temprana de la demencia, se pagan con honorarios por servicio. Los pagos relacionados con el rendimiento se realizan según el Marco de Calidad y Resultados (QOF, por sus siglas en inglés). El nuevo contrato de Servicios Médicos Generales (GMS, por sus siglas en inglés) también permite a los médicos de familia enumerar pacientes de fuera de su área

geográfica que no requieren visitas domiciliarias o protección de emergencia, siempre que el paciente tenga conocimiento de estas excepciones (Johnson *et al.*, 2018).

Una segunda forma de contrato de atención primaria es el de Servicios Médicos Personales (PMS, por sus siglas en inglés). A diferencia del GMS, el PMS es un acuerdo local entre el NHS y el GP (Johnson *et al.*, 2018). En este contexto, el GP no tiene que ser un GP tradicional, podría ser un servicio dirigido por una enfermera con un médico de cabecera asalariado u otros profesionales de atención primaria.

Como complemento de los servicios médicos proporcionados por los médicos generales, los servicios basados en la comunidad son provistos por otros profesionales de la salud. De este modo, parteras de la comunidad brindan servicios a mujeres embarazadas en cirugías de médicos de cabecera o clínicas de familia. Por su parte, los visitantes de salud son enfermeras especialmente capacitadas que brindan atención a recién nacidos, bebés y niños. Ellos también se hacen cargo de la evaluación del desarrollo y vacunación para niños en edad preescolar.

En el nivel del cuidado secundario son fundamentales los médicos especialistas y los cirujanos, quienes se encuentran empleados por los hospitales del NHS. Los médicos y los cirujanos pueden participar en la práctica privada, siempre que no interfiera con sus deberes en el hospital. Los CCG hacen los pagos por consultas y procedimientos a los hospitales a tasas determinadas a nivel nacional. En la actualidad, los pacientes pueden seleccionar el hospital e incluso el especialista que proporciona el servicio.

Es preciso recordar que los hospitales en el NHS han estado bajo propiedad pública desde el establecimiento de este sistema y ahora están organizados como un *NHS-trust* o como un fideicomiso de fundación regulado por Monitor, la agencia gubernamental que normativiza a los proveedores públicos y privados. En 2017 había 147 fideicomisos de fundación y 102 fideicomisos de NHS (Johnson *et al.*, 2018).

Por último, aparecen otras formas o niveles de cuidado en torno a servicios como las ambulancias, la salud mental, los servicios comunitarios y el cuidado para los adultos mayores. En todos estos casos, los servicios son parte del NHS pero son dispensados por otras organizaciones. El primer ejemplo es el de los fideicomisos de ambulancia, los cuales brindan transporte de emergencia o de otro tipo. Los servicios de salud mental para pacientes internados y ambulatorios son brindados por los fideicomisos de salud mental; mientras que los servicios comunitarios de salud, las visitas domiciliarias de enfermería, los servicios de visitas a la salud, la enfermería escolar y los centros sin cita previa del NHS, son proporcionados por los fideicomisos de salud comunitarios.

A estos se suman los servicios de hogares de ancianos, proporcionados por el sector público y regulados por el gobierno. El apoyo estatal para el cuidado en un hogar de ancianos se proporciona en una escala móvil. Los pacientes que están por debajo de un cierto límite de activos son elegibles para la atención respaldada por el gobierno.

Este conjunto de elementos revela un NHS con continuidades fundamentales en sus principios universales y de necesidad más que de capacidad de pago, así como en su temor prevención a abrir espacio al mercado, pero sin dejar de dinamizar al sector privado en la prestación. Las transformaciones suponen sobre todo una complejización de los mecanismos de contratación, la constitución de estructuras de prestación diversas y la integración en los diferentes niveles de cuidado de diversos actores y profesionales. Los retos, sin duda, siguen estando en el campo de la sostenibilidad financiera, en los tiempos de espera y en la libre elección, donde se han dado pasos notables.

LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE HOY

En América Latina y el Caribe los sistemas de salud tienen formas particulares de afrontar los retos en salud, y en ellos, muchos de los imperativos que se desarrollaron en el mundo europeo no han sido posibles hasta hoy, lo que ha dado lugar a fórmulas intermedias, modelos *sui generis* y caminos propios en algunos casos.

Durante el siglo XX maduraron expresiones de mutualismo, seguridad social, sistemas y servicios nacionales de salud, formas privadas de prestación de servicios y prácticas populares y ancestrales de la medicina tradicional en los grupos étnicos. Muy pocos países lograron articular estos esfuerzos, por lo que durante buena parte de ese siglo, el discurso intervencionista —antes y después el desarrollismo cepalino que abogaba por un rol fuerte del Estado en la organización de los servicios de salud, así como por formas de integración— no logró ser puesto en obra.

En términos de financiación, en estos países predominaron los modelos financiados con una mezcla de impuestos directos e indirectos pagados por ciudadanos, aportes por nómina de trabajadores y empresas en esquemas parciales de seguro social y gasto privado.

Para el final del siglo se impuso un conjunto de reformas a los sistemas de salud en el marco del ajuste estructural neoliberal que cambió la agenda estatal, orientando las reformas hacia modelos de mercado y privatización de los desarrollos públicos. Esto dio mayor protagonismo al Banco Mundial y desplazó a un segundo plano a organismos como la OMS y la OPS, al menos en lo referente a su influjo en la organización de los sistemas de salud. Si bien estas reformas neoliberales fueron impulsadas con mucha fuerza, la dinámica sociopolítica de los países produjo resultados diferenciales, es decir, distintos grados de aplicación del modelo de mercado, en unos casos, y en otros, una franca oposición a esta tendencia.

Lo cierto es que al final el proceso de reformas no derivó en la integración o consolidación de los sistemas de salud a nivel regional. En la mayoría de los casos persistieron la fragmentación y las pobres coberturas (con excepción de

Colombia). Asimismo, los fenómenos de elevado gasto fiscal, inequidad, inadecuada distribución de los recursos por parte del Estado y corrupción, que se le endilgaban a los sistemas de salud públicos, terminaron profundizándose y hasta exacerbándose en los modelos que privatizaron e introdujeron lógicas de mercado.

Lo anterior permite ver un perfil de los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe. El primer elemento común de estos modelos es la fragmentación originaria, que Hernández (2002) denomina ‘fractura’ para describir el grado en que cada sector social fue haciendo su propio camino para protegerse en salud. El segundo es la imposibilidad para que la institucionalidad estatal lograra, cuando no la integración, al menos la coordinación.

Ya llegados al final del siglo XX, la participación del sector privado empezó a hacerse más fuerte y la lógica del aseguramiento cobró importancia. Entre tanto, se fue produciendo una clara definición del rol de los servicios y de los seguros privados. Estos pasaron de complementar el papel del Estado a volverse predominantes en la organización de los servicios de salud.

Actualmente, el financiamiento de los sistemas de salud en la región revela diferencias notables en el esfuerzo que hacen los países. La media del PIB por habitante es de \$12.000 dólares anuales, con países como Chile que dedican al sector salud \$18.000 dólares y Nicaragua, \$4.500 (Villalobos y Saigí, 2016). El gasto en salud medio es de 821 dólares y el porcentaje del PIB dedicado a salud es de 7,07 %; ello contrasta con los \$1.611 dólares de Costa Rica (10,13 % de su PIB) con los \$305 dólares de Bolivia (5,77 %), mientras Venezuela solo dedica el 4,65 %. Estos datos resultan llamativos en comparación con los países europeos que dedican \$4.000 dólares (Villalobos y Saigí, 2016).

El gasto público, como parte del gasto en salud, muestra porcentajes disímiles en la región que van desde el 35,63 % de Guatemala hasta el 75,78 % de Colombia, con una media para todos los países de 56,62 %. En el caso colombiano, el alto gasto público, como porcentaje del gasto total en salud, aunque parece paradójico a primera vista por tratarse de un modelo de mercado, obedece a la tendencia mundial, descrita previamente, de la creciente necesidad de subsidiar a la población no cubierta con recursos públicos.

Si bien en el caso europeo se trata de una respuesta estatal necesaria ante los cambios dramáticos de la demografía, el empleo y la economía, para el caso latinoamericano este sobreesfuerzo público parece tener más que ver con un largo plazo de débil formalización del empleo, inequidades y desigualdades acumuladas, así como con lógicas de transferencia de recursos públicos a los actores privados del sistema de mercado regulado y a fenómenos clientelares en la asignación de subsidios, además de corrupción.

Para la región, la cantidad invertida en el gasto de bolsillo de los ciudadanos es en promedio de 32,74 %. Mientras que Colombia tiene un gasto de bolsillo de 14,76 %, en Venezuela alcanza el 63,69 %. En apariencia, ello señala que el sistema colombiano permite un mayor acceso sin comprometer la economía de las familias, en contraste con Venezuela. No obstante, ello oculta el hecho de que el modelo colombiano alimenta a un amplio sector privado que intermedia los

recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Villalobos y Saigí, 2016).

En el caso latinoamericano, específicamente Brasil y Uruguay cuentan con sistemas integrados tradicionales, en los que el Estado ofrece atención a toda la población en todos los niveles, aunque recientemente se han ido introduciendo aseguradores y prestadores privados para realizar estas funciones públicamente.

Por su parte, en la mayoría de los países funcionan los sistemas segmentados. Allí no hay aseguramiento ni cobertura universal financiada por impuestos de estos Estados, de modo que la cobertura solo se alcanza en un esquema diferenciado para los trabajadores formales del sector privado, los funcionarios y las fuerzas armadas. En este modelo, el servicio es prestado por entidades de seguridad social (aporte de trabajadores y empresas), el Estado (informales y desempleados), con un rol importante del Ministerio de Salud, y aseguramiento y atención privada con pago directo o seguros privados para los más pudientes (Villalobos y Saigí, 2016).

Como sucede con los sistemas integrados, esta tipología también varía en función de la participación en el aseguramiento y la prestación de los servicios del sector privado. Según Villalobos y Saigí (2016), esto ocurre en varios países, entre ellos, Chile, Colombia y Perú. Si bien la mayoría de estos países en realidad tienen sistemas de salud híbridos (es decir, una combinación de los dos modelos esenciales antes descritos), países como Costa Rica tienen, desde inicios del siglo XX, un sistema integrado de seguridad social que cubre prácticamente a toda su población, con muy poca intervención de los seguros privados.

En el caso de Colombia, los seguros privados con ánimo de lucro participan en la cobertura de aseguramiento público y seguridad social de una parte importante de la población. Sin embargo, existe un debate importante, más allá de las coberturas alcanzadas, sobre la calidad, la oportunidad y el acceso real a los servicios de la población, en medio de un serio problema de corrupción, inviabilidad financiera y no garantía del derecho a la salud.

En suma, la diversidad de opciones de sistemas de salud en América Latina y el Caribe pasa por un mosaico de modelos fragmentados como el colombiano, el mexicano, el argentino o el chileno, e integrados como el SUS en Brasil, el Sistema Nacional de Salud en Cuba o el Seguro Social en Costa Rica. Cada modelo ha sido construido atendiendo no solo a las realidades territoriales, demográficas, socioeconómicas y culturales de los países, sino también como respuesta a procesos sociopolíticos específicos y con una agenda internacional que presiona en dirección de la introducción de lógicas de mercado.

Es importante para la región analizar con detenimiento y de manera comparada el curso de los sistemas de salud en Europa y Estados Unidos, evidenciar sus resultados y efectos en la equidad, y construir alternativas para alcanzar la universalidad en condiciones de solidaridad, calidad, oportunidad y pertinencia. La ruta de sistemas o servicios nacionales de salud a cargo del Estado parece seguir produciendo mejores resultados que la ruta de mercado, como lo muestran las clasificaciones internacionales, de modo que sería necesario propiciar el debate sobre las reformas a los sistemas de salud en contracorriente a

la agenda de los organismos de crédito internacional.

REFERENCIAS

- Alonso, L. (2007). *La crisis de la ciudadanía laboral*. Barcelona: Anthropos.
- Beveridge, H. (1943). *Plan Beveridge* (Vicente Peris, trad.). México: CIESS. Recuperado de <http://biblioteca.cieess.org/adiss/downloads/31/ADISS2014-030.pdf>
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Barcelona: Paidós.
- Esping-Andersen, G. (2007). Equal Opportunities and the Welfare State. *Contexts*, 6(3), 23–27. <https://doi.org/10.1525/ctx.2007.6.3.23>
- _____. (2013). *The three worlds of welfare capitalism*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Etienne, C. F. (2018). Cuba hacia la Salud Universal. *Rev Panam Salud Pública*, 42, e64. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.64>
- Ferrera, M. (1994). La comparación y el Estado del bienestar: ¿Un caso de éxito? En J. Russo y M. Ruiz, *La comparación en las Ciencias Sociales* (pp. 151-177). Madrid: Alianza.
- Giraldo, J. C. (Dir.). (2014). Rasgos distintivos de los sistemas de salud. Recuperado de <http://achc.org.co/documentos/Linea-investigacion/Rasgos-distintivos-de-los-sistemas-de-salud.pdf>
- _____. (2017). Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo. Actualización 2017. Basado en índice compuesto de resultados en salud, ICRS. *Hospitalaria*, 19(114), 4-59. Recuperado de <https://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/08/Rasgos-distintivos-de-los-sistemas-de-salud-ACHC-2017.pdf>
- Gómez-Camelo, D. (2005). Análisis comparado de los sistemas de salud de la región andina y el Caribe. *Salud Pública*, 7(3), 305-316. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v7n3/v7n3a06.pdf>
- Gough, I. (1978). Theories of the welfare state: A critique. *International Journal of Health Services*, 8(1), 27-40. Recuperado de http://eprints.lse.ac.uk/60805/1/Gough_Theories-of-the-welfare-state_1978.pdf
- Hamel, L., Norton, M., Pollitz, K., Levitt, L., Claxton, G., & Brodie, M. (2016). The Burden of Medical Debt: Results from the Kaiser Family Foundation/New York Times Medical Bills Survey. Recuperado de <http://bit.ly/2UXfCIX>
- Hernández, M. (2002). *La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- _____. (Coord.). (2011). *Reforma sanitaria en América Latina en perspectiva comparada: Brasil, México y Colombia, 1980-2007*. Documento inédito.
- Hobsbawm, E. (1994). *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Crítica.
- Isuani, E. A., Vuolo, R. M. L. y Fanfani, E. T. (1991). *El estado benefactor: Un paradigma en crisis*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Jessop, B. (1999). The changing governance of welfare: Recent trends towards its primary functions, scale and modes of coordination. *Social Policy and Administration*, 33(4), 348–359. Recuperado de <http://bit.ly/3biZTJK>
- Johnson, J., Stoskopf, C., & Shi, L. (2018). *Comparative health systems. A global perspective*. Burlington, MA (USA): Jones & Bartlett Learning.
- Mann, M. (1991). *Las fuentes el poder social. Una historia del poder desde los comienzos hasta 1760 d.C.* (vol. 1). Madrid: Alianza.
- Marset, P., Sáez, J. M. y Sánchez, A. (1998). Análisis comparados de sistemas sanitarios. En F. Martínez, J. M. Antó, P. L. Castellanos, M. Gili, P. Marset y V. Navarro, *Salud pública* (pp. 819-846). Madrid: McGraw-Hill.
- Martínez, F., Antó, J. M., Castellanos, P. L., Gili, M., Marset, P. y Navarro, V. (1998). *Salud pública*. Madrid: McGraw-Hill.
- Morales, R., Mas, P., Castell-Florit, P., Arocha, C., Valdivia, N. C., Druyet, D. y Menéndez, J. A. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Pública*, 42, e25. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25>
- Mouffe, Ch. (2007). *En torno a lo político*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Navarro, V. (1989). Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the US has neither. *Social Science & Medicine*, 28(9), 887-898. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2652327>

- Old-Age, Survivors, and Disability Insurance [OASDI]. (2018). The 2018 annual report of the board of trustees of the federal old-age and survivors insurance and federal disability insurance trust funds. Washington: Autor. Retrieved from <https://www.ssa.gov/oact/tr/2018/tr2018.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud?. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Polanyi, K. (2007). *La gran transformación: crítica del liberalismo económico*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Rosanvallon, P. (2003). *Por una historia conceptual de lo político. Lección inaugural en el Collège de France*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Schnapper, D. (2004). *La democracia providencial: ensayo sobre la igualdad contemporánea*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Schneider E., Sarnak D., Squires D., Shah A., & Doty, M. (2017). *Mirror, mirror 2017: International comparación reflects flaws and opportunities for better U.S. Health Care*. The Commonwealth Fund. Recuperado de: <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>
- Schütte, S., Marín-Acevedo, P. N., & Flahault, A. (2018). Health systems around the world - a comparison of existing health system rankings. *Journal of Global Health*, 8(1), 1-9. Recuperado de <http://jogh.org/documents/issue201801/jogh-08-010407.pdf>
- Sevilla, F. & Enríquez, R. (2012). Sistemas sanitarios y modelos organizativos. En J.R. Repullo y A. Iñesta (eds.), *Sistemas y servicios sanitarios* (pp. 59-120). Madrid: Díaz de Santos.
- Sintes, M. (2011). Evolución del Sistema de Salud cubano. *Rev. Med. Electrón.*, 33(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400019
- Starr, P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Swaan, A. de (1992). *A cargo del Estado*. Barcelona, España: Pomarés-Corredor.
- Vega, M. (2010). *Las transformaciones de la protección social en Colombia. 1946-1993* (Tesis de Maestría en Historia). Universidad Nacional de Colombia. Recuperada de <http://bdigital.unal.edu.co/4507/>
- Villalobos, J. y Saigí, F. (2016). *Sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe*. España: UOC.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance*. Geneva: Autor. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2000/es/>
- _____. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage (World Health Report)*. Geneva: Autor. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>
- _____. (2018). *World Health Statistics 2018. Monitoring health for the SDGs*. Geneva: Author. Recuperado de https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/

Capítulo 6

Epidemiología social y salud pública



Epidemiología social y salud pública

Juan Carlos Rivillas-García⁴³

INTRODUCCIÓN

La Epidemiología ha tenido múltiples definiciones a lo largo de su desarrollo como disciplina. Tal vez una de las más prácticas y completas señala que la epidemiología es la “ciencia que estudia la salud colectiva, los factores que la condicionan y su distribución en la población, en el espacio y en el tiempo; utilizando estos conocimientos para aplicarlos a la prevención y al control de los problemas de salud” (Borrell, 2018, párrafo 1). Por consiguiente, el objetivo último de la epidemiología es mejorar la salud de la población mediante la generación de información relevante que oriente políticas equitativas basadas en la evidencia.

Por su parte, Berkman y Kawachi (2014) definieron la epidemiología social como “la rama de la epidemiología que se ocupa de la forma en que las estructuras sociales, las instituciones y las relaciones influyen en la salud de las personas, las comunidades y los grupos sociales” (p. 2, traducción del autor).

Durante la primera década de este siglo la epidemiología social logró el amplio reconocimiento que hoy tiene, debido al aumento de personas interesadas en entender y explicar tales influencias en los resultados de salud mediante diferentes enfoques y modelos de análisis. Por un lado, esta disciplina ha influenciado desde el principio a la salud pública, como también a otras ciencias sociales como la economía, la demografía, la geografía, la psicología, la sociología, la topología y, recientemente, el medio ambiente. Por otro lado, la epidemiología social aplicada a los servicios de salud ha alcanzado su madurez, ya que hoy proporciona diversas perspectivas de la investigación epidemiológica que incluyen desde la misma configuración de los servicios de atención en salud, hasta otros temas prioritarios, como el acceso efectivo, la calidad, la seguridad de los servicios de salud y la adherencia a tratamientos, que a su vez coinciden con los objetivos intermedios de la cobertura universal en salud (CUS), en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3, meta 3.8) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Es importante aclarar que ambas perspectivas son fundamentales. La primera,

porque involucra la necesidad de centrar mucho más la investigación en la epidemiología social, explicando la salud y el bienestar a partir del barrio, la comunidad, el municipio, los asentamientos que se forman como resultado de la migración, los desplazamientos y los desastres naturales, el territorio, en el país y entre países, así como entre diferentes grupos sociales (por ejemplo, niñas y niños, adolescentes y jóvenes, mujeres en áreas rurales y dispersas, indígenas, migrantes, afrocolombianas, o mujeres de áreas urbanas, personas con discapacidad, trans o no binarias, etc). La segunda, porque nos ofrece la oportunidad de estudiar la gestión del riesgo, los servicios centrados en las necesidades, las identidades y las circunstancias de las personas, con el propósito de decidir la forma como se adaptan los servicios de salud poniendo las personas en el centro de la atención en salud. Todavía tenemos mucha necesidad y debemos esforzarnos en entender esto, cambiando nuestro enfoque de los conceptos de etiología (analizando las causas de las causas) y repensando la forma de diseñar las intervenciones en salud (esto es, cómo actuamos sobre esas causas estructurales).

El propósito de este capítulo es aplicar el potencial de la epidemiología aplicada al estudio de los determinantes sociales de la salud. Es decir, partiendo de los datos, las herramientas metodológicas y la evidencia generada es posible mejorar la vida de las personas y salvarlas de condiciones crónicas, sufrimiento, exclusión social o muerte por causas evitables y prematuras.

El capítulo se estructura de la siguiente forma: en primer lugar, describe y conecta la historia de la epidemiología social con la salud de la población; en segundo lugar, aborda los principales tipos de estudios epidemiológicos a través de ejemplos. Por último, presenta recomendaciones para implementarlos y continuar innovando metodológicamente en este campo.

UN POCO DE HISTORIA

Si bien gran parte de la literatura sitúa el origen de los primeros estudios epidemiológicos con el médico inglés John Snow (1813-1858), 2.500 años atrás, el griego Hipócrates de Cos (460-370 a.C.) obtuvo los conocimientos necesarios que le permitieron explicar la salud y la enfermedad a partir de la relación del ser humano con su entorno, lo que lo llevó a preguntarse sobre el por qué y el cómo de algunos problemas de salud. Esta última teoría sigue vigente y de alguna manera pudo haber influenciado a John Snow y ahora a nosotros. Por lo tanto, Hipócrates de Cos debe ser reconocido como padre de la epidemiología antigua y John Snow de la epidemiología moderna ([Figura 6.1](#)).



Figura 6.1. Hipócrates de Cos y John Snow, padres de la epidemiología.

Sin duda alguna, el conocimiento de los antiguos griegos ha sido fundamental a lo largo de la historia. Hipócrates de Cos, quien enseñaba el arte de la medicina —como se conocía antiguamente—, escribió el tratado *Sobre los aires, aguas y lugares*, en el cual señaló que la dieta, el clima y la calidad de la tierra, los vientos y el agua son factores que intervienen en el desarrollo de las enfermedades de la población. En otras palabras, estableció el primer conocimiento del cuerpo humano y de su relación con el entorno o el lugar donde se vive, con el surgimiento de las enfermedades.

Muchos siglos e investigaciones han guiado los principios e ideas que definen la epidemiología; ello ha logrado que se trascienda de observaciones y visiones perceptivas a descripciones más analíticas, a partir de un uso amplio de herramientas metodológicas cuantitativas y cualitativas, así como la posibilidad de modelar matemáticamente el comportamiento de brotes, entender la distribución espacial y temporal de las epidemias de enfermedades infecciosas y estimar el tamaño y severidad de los problemas de salud. Este es el caso de Galileo Galilei (1564-1642), un astrónomo, filósofo, ingeniero, matemático y físico italiano que, por primera vez, combinó sistemáticamente observaciones y medidas de fenómenos naturales con experimentos matemáticos diseñados para explorar leyes de la naturaleza (ley de la aceleración de la caída de los cuerpos). Asimismo, John Graunt (1620-1674), contemporáneo de Galileo pero un poco más joven, recolectó y analizó datos cuantitativos del clima. Graunt usó métodos matemáticos para analizar la mortalidad en la población, desagregando por sexo y tipos de enfermedad (agudas y crónicas).

Un siglo más tarde, Pierre-Charles Alexandre (1787-1872) defendió el principio fundamental que el efecto de cualquier tratamiento o medicamento,

potencialmente beneficioso, puede ser evaluado solo por la comparación de sujetos muy similares y separando en grupos diferentes a quienes reciben tratamiento de aquellos que no. Por su parte, Joseph Goldberger (1874-1929) hizo importantes contribuciones a la epidemiología. Tal vez la más significativa fue la identificación de agentes infecciosos y no infecciosos como posible origen de las enfermedades; también concluyó que la enfermedad conocida como pelagra —considerada inicialmente una infección— no era causada por agentes infecciosos, como muchos pensaban, sino por una dieta que incluía una ingesta o absorción inadecuada de vitamina B3 (niacina), uno de los compuestos del complejo de la vitamina B. Finalmente, en 2020 Neil Ferguson un biólogo y matemático británico especializado en epidemiología —en tal momento, Director de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas en la Escuela de Salud Pública del Imperial College London en Reino Unido—, utiliza modelos matemáticos para estimar la escala e impacto de epidemias como zika y malaria y, recientemente, predecir de forma temprana el comportamiento del Coronavirus COVID-2019 en China. Lo anterior ha puesto en la agenda de la salud global el papel de la epidemiología modelando la respuesta al brote, informando gobiernos, intervenciones y medidas de control rápidamente.

Los anteriores son solo algunos ejemplos, pero en la literatura se pueden encontrar muchos otros, hombres y mujeres, que han aportado al progreso de la epidemiología. Este campo ha evolucionado gracias a dos desarrollos. En primer lugar, la expansión y el reconocimiento de la importancia de la recolección de los datos sobre el tamaño y la estructura de las poblaciones por sexo, identidad de género y edad, y sobre eventos vitales como los nacimientos y las defunciones; y en segundo lugar, los avances en modelos matemáticos para determinar el comportamiento de enfermedades crónicas y la escala de epidemias a través del tiempo, además de su impacto dentro de grupos poblaciones con mayor riesgo o vulnerables de forma temprana.



Figura 6.2. Búsqueda cartográfica de John Snow respecto del brote de cólera en Londres de 1854. Los triángulos indican los lugares de suministro de agua. En tonos de gris, según intensidad, se muestran los casos de cólera.

Fuente: London's 1854 Cholera Outbreak: Data Mapping Halts an Epidemic (Deak, 2018).

En el siglo XIX, el aumento de la concentración de trabajadores del sector fabril, derivada de la Revolución Industrial, en grandes ciudades tuvo como consecuencia un resurgimiento de las enfermedades infecciosas, lo que generó un gran problema de salud pública. En esta época comenzó la planificación urbana (construcción de calles, acueductos y alcantarillados) y se inició la recolección sistemática de datos de tipo social y económico. En este contexto apareció John Snow. Este médico británico, muchos años antes de que Pasteur y Koch sentaran las bases de la microbiología médica y descubrieran la bacteria causante del cólera, demostró que la propagación de una epidemia de dicha enfermedad en Londres estaba asociada con el agua que se consumía y situó una de las causas importantes en una bomba de suministro de agua de Broad Street (Shiode, Shiode, Rod- Thatcher, Rana y Vinten-Johansen, 2015). Snow realizó un estudio observacional en el que situaba los casos de cólera en un plano de la ciudad, e identificó su relación con el sistema de abastecimiento de agua, que al cerrarse condujo a una disminución de los casos de esta enfermedad ([Figura 6.2](#)).

La relevancia de este caso radica en que Snow fue más allá de los conocimientos fisiopatológicos de la época, contrarios a sus estudios; y más importante aún, observó la realidad, el contexto, recopiló datos de forma curiosa, obtuvo conclusiones a partir de la evidencia y fue documentado y publicado. En otras palabras, Snow buscó explicar las causas de las causas.

Al final de la Segunda Guerra Mundial, los países económicamente más avanzados comenzaron, aparentemente, a orientar sus investigaciones hacia los

orígenes no conocidos de las enfermedades no transmisibles, como el cáncer y la diabetes, en lugar de las enfermedades transmisibles causadas por agentes patógenos, dado que ya se sabía que podían ser controladas con medidas de higiene, autocuidado, inmunización y tratamiento con antibióticos. Estas nuevas circunstancias dieron un fuerte impulso a la epidemiología, para buscar las causas desconocidas de las enfermedades a través de nuevos métodos de investigación, los cuales pronto fueron usados más allá de sus propósitos iniciales en todas las áreas de la medicina y la salud pública.

Saracci (2010), médico epidemiólogo italiano y exdirector del Programa de Educación Europeo de Epidemiología, describe muy bien en su libro *Epidemiology: A Very Short Introduction*, cómo se desarrolló la epidemiología durante la segunda mitad del siglo pasado.

Principales áreas de la epidemiología

La epidemiología, según Saracci (2010), tiene cinco áreas de acción. Sin embargo, es posible incluir en esta lista a la epidemiología social:

1. *Epidemiología descriptiva*. Describe los problemas de salud, evento o situación de interés en poblaciones específicas y sus tendencias en el tiempo.
2. *Epidemiología etiológica*. Busca factores o determinantes que de alguna forma influyen las condiciones de salud, por ejemplo, contaminantes tóxicos, dietas inapropiadas y/o saludables, microorganismos patógenos, estilos de vida, hábitos y comportamientos, y conductas de riesgo para la salud; además, la pobreza, la falta de oportunidades, educación, trabajo y acceso efectivo a servicios de salud.
3. *Epidemiología para evaluación*. Evalúa los efectos de intervenciones preventivas en salud y estima cuantitativamente los beneficios de éstas o los riesgos de que ocurran enfermedades específicas o eventos que influyen la salud de las personas o grupos de personas por el simple hecho de no recibirlas o beneficiarse.
4. *Epidemiología de los servicios de salud*. Describe y analiza la prestación de los servicios de salud respecto de su acceso, usos, necesidades, calidad, cobertura, seguridad y equidad.
5. *Epidemiología clínica*. Describe el curso natural de las enfermedades en una población de interés y evalúa los efectos de los procedimientos diagnósticos, tratamientos y adherencia.
6. *Epidemiología social*. Estudia y comprende los orígenes (causas de las causas) y las consecuencias de las desigualdades sociales en la salud.

Kawachi y Subramanian (2018) afirman que el centro y razón de ser de la epidemiología social debe continuar siendo la indagación permanente sobre las causas por las cuales las personas enferman, mueren de forma prematura y padecen discapacidades, y por qué otras se encuentran en condición de vulnerabilidad debido a las intersecciones de los determinantes sociales. Asimismo, para comprender cómo se distribuyen esas diferencias en salud a lo largo de la escala social y cómo podemos actuar sobre los determinantes sociales

que influyen en las condiciones de salud, incluso antes de nacer. Por ello, la epidemiología social ha sido aplicada, y de forma amplia, en diversas investigaciones sobre los estilos de vida, la mortalidad, la discapacidad, la sobrevida, las poblaciones vulnerables y los servicios de salud, a través del uso de herramientas metodológicas de la economía, el medio ambiente, las ciencias sociales, la topología, la ingeniería y muchas otras ciencias y disciplinas.

Por esta razón, las aplicaciones de la epidemiología social son bastante amplias, pero las principales se enfocan en:

- Describir las condiciones del estado de salud de las poblaciones (análisis de la situación de salud).
- Describir la historia natural de las enfermedades.
- Estudiar los determinantes sociales (factores biológicos, ambientales, políticos y sociales) que influyen sobre la salud, así como entender los efectos de las estructuras sociales, las instituciones y las relaciones sobre la salud de las personas.
- Identificar los mecanismos de transmisión de las enfermedades.
- Identificar y describir las necesidades básicas insatisfechas en salud.
- Evaluar la eficacia, la efectividad y la seguridad de las tecnologías en salud (vacunas, medicamentos, dispositivos médicos y equipos biomédicos).
- Estudiar y controlar de brotes epidémicos.
- Investigar los servicios de atención en salud.
- Analizar el desempeño del sistema de salud.
- Medir el impacto de programas sociales.
- Medir desigualdades y faltas de equidad en salud.
- Respuestas a brotes durante emergencias sanitarias.

Por otro lado, la investigación epidemiológica puede ser particularmente útil porque:

- Identifica prioridades
- Proporciona evidencia sobre la influencia, rol o contribución de los determinantes sociales sobre los resultados de salud.
- A partir de la evidencia generada permite identificar y jerarquizar prioridades en salud pública.
- Permite ampliar la perspectiva de los datos recopilados mediante el análisis multidimensional; es decir, indaga sobre diferentes perspectivas de un problema o situación.
- Permite medir el impacto de las intervenciones, tanto en la salud de la población, como en la prestación de servicios de salud.
- Promueve el diseño de programas y respuestas más equitativas que contribuyan con la reducción de inequidades en salud.

TIPOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS: DISEÑOS, LIMITACIONES Y VENTAJAS

na característica de la epidemiología es que explora la salud, la enfermedad, la discapacidad y la mortalidad, en conexión con otros determinantes. Por ejemplo, el estudio del virus del zika en mujeres abarca un amplio espectro de determinantes, como son: el cambio de los patrones de los vectores debido al cambio climático, el control y manejo de aguas para eliminar el mosquito vector, las pruebas diagnósticas, la salud sexual y reproductiva, los roles de género, la pérdida del empleo y la discapacidad. Esta perspectiva tan diversa hace de la epidemiología una ciencia social y, al mismo tiempo, biomédica. Los estudios epidemiológicos incluyen ambos enfoques: aplicación rutinaria de métodos (por ejemplo, a través de la vigilancia en salud pública o el monitoreo de egresos hospitalarios) e investigaciones diseñadas para generar, transferir y apropiar conocimiento relevante de manera rápida (por ejemplo, como ha sucedido con el coronavirus COVID-2019 en Wuhan, China).

Los estudios epidemiológicos se clasifican en dos categorías: los *observacionales* (también conocidos como no experimentales) y los *experimentales* (o estudios de intervención). Sin embargo, algunos investigadores identifican una tercera categoría: los estudios cuasiexperimentales, que usualmente se incluyen en los experimentales. No obstante, es importante entender que puede haber superposiciones y transiciones entre los tipos de estudios, por lo que se deben reconocer las limitaciones y ventajas de cada categoría.

Tabla 6.1. Ejemplos de estudios epidemiológicos según categorías.

Observacionales	Experimentales	Cuasi experimentales
• Una encuesta de hábitos de consumo de bebidas azucaradas entre los estudiantes. • Investigadoras que buscan mujeres indígenas para estudiar sus necesidades básicas insatisfechas en salud sexual y reproductiva (no buscan cambiar su comportamiento). • Toma de muestras de sangre para medir los niveles de alcohol durante las lecturas de los lunes por la mañana (se interviene para extraer la muestra de sangre, pero no para tratar de cambiar el nivel de alcohol).	• Hacer que estudiantes de salud pública tomen cerveza para ver si los salubristas discuten mejor cuando están embriagados. • Entregar información de calidad sobre salud sexual y reproductiva y distribuir de manera subsidiada métodos anticonceptivos a un grupo de adolescentes entre 10 y 14 años, para prevenir la maternidad y la paternidad temprana. • Suministrar medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C, durante tres meses, a pacientes diagnosticados en una IPS, y medir su carga viral a los seis meses de terminado el tratamiento (con la entrega de medicamentos se está tratando de reducir la carga viral y curar la enfermedad).	• Monitorear el acceso a la mamografía de las mujeres afrodescendientes del régimen subsidiado y analizar si existe disminución o aumento de sesiones de este procedimiento diagnóstico durante los cambios de gobierno (no se decide cuándo o cómo se produciría el cambio). • Registrar el número de pacientes que reciben medicamentos para el cáncer de mama regulados por el gobierno y definir si las regulaciones de precios afectan el diagnóstico e inicio oportuno del tratamiento (es un estudio observacional, pero también hay una intervención).

Fuente: elaboración propia.

Como su nombre lo dice, en los estudios observacionales se observa y recopila información de manera sistemática, pero no se intenta cambiar a los sujetos que se estudian; en otras palabras, en un estudio observacional no hay intervención alguna (Rothman, Greenland y Lash, 2008). En los estudios experimentales, por el contrario, se interviene para cambiar algo (por ejemplo, suministrando un medicamento a pacientes) y luego se observa lo que sucede. Finalmente, en los estudios cuasiexperimentales hay intervención, pero a menudo no está completamente planificada por la persona que realiza la investigación, por lo que son conocidos comúnmente como ‘experimentos naturales’. Por lo general en los estudios experimentales es posible asignar exposiciones a fin de mejorar la validez del estudio, mientras que en los estudios observacionales no es posible controlar las circunstancias de la exposición y actuar sobre las posibles causas. Es importante aclarar que este capítulo solo se centra en los tipos de estudios observacionales. La [Tabla 6.1](#) presenta algunos ejemplos de las tres categorías de estudios epidemiológicos.

Independientemente de las categorías, es importante saber que:

- El objetivo de toda investigación es obtener evidencia válida con respecto a la hipótesis en estudio.
- Distintos diseños de estudio proporcionan información de diferente calidad. Por supuesto, siempre se trata de usar el mejor diseño posible, pero a veces esto no es práctico ni éticamente aceptable (ejemplo: no se puede hacer un experimento en el que se exponga a algunas personas a una sustancia nociva para ver qué efecto tiene).
- Se deben comprender las ventajas y las limitaciones de cada tipo de diseño de estudio; por esta razón es necesario: (i) describir el problema de salud, (ii) identificar las causas de las causas (investigación etiológica que va más allá de una causa), y (iii) evaluar posibles controles y soluciones a través de intervenciones de impacto, acceso a tratamiento, prevención y cambios en comportamientos y percepciones ([Figura 6.3](#)).

	Tipos de estudio	Sinónimos	Unidad de estudio
Analizan, miden y hacen preguntas, pero no intervienen	Estudios observacionales Estudios descriptivos Estudios analíticos Ecológicos Transversales Casos y controles Cohorte	De correlación De prevalencia Seguimiento <i>Estudios de intervención</i>	Poblaciones individuos individuos individuos Seguimiento de desenlaces a nivel agrupado Seguimiento de desenlaces a nivel individual
	Estudios experimentales Ensayos aleatorizados controlados Ensayos de campo Ensayos comunitarios	Ensayos clínicos Ensayos de intervención en comunidades	Pacientes Personas sanas Comunidades

Figura 6.3. Tipos de estudios epidemiológicos más utilizados.

Fuente: elaboración propia.

Estudios observacionales

En un estudio observacional simplemente se observa la exposición y el estado del problema de salud que se investiga. En otras palabras, se examina qué pasa en un grupo de personas, se recolecta información relacionada con el evento, se responden preguntas, se estima de manera descriptiva, pero no se interviene activamente en la vida o contextos de los sujetos en estudio (Saracci, 2010). En ningún momento se trata de cambiar actitudes o comportamientos y se debe permitir que la naturaleza o la situación continúen su curso (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2012). Así, los estudios de John Snow sobre el brote de cólera en Londres fueron observacionales.

Existen muchos tipos de estudios observacionales; para fines de este capítulo se abordarán los estudios descriptivos y los analíticos.

Estudios descriptivos

Como se mencionó anteriormente, la epidemiología descriptiva puede, a partir de las observaciones, desarrollar hipótesis sobre las causas, determinantes o factores que influyen las condiciones de salud o aumentan el riesgo de enfermedad. En otras palabras, este tipo de estudio se puede usar para generar hipótesis pero raramente para probarlas. Para ello se debe recurrir a la epidemiología analítica que permite explicar vínculos entre las causas y los efectos (CDC, 2012).

Diseño, limitaciones y ventajas

- Permiten la descripción sencilla de una situación o problema de salud de una comunidad, territorio, región, país, grupo de países o grupo social.
- Se basan en datos habitualmente disponibles y en aquellos obtenidos en encuestas poblacionales, registros (nacimientos, mortalidad, uso de servicios,

etc.) y censos administrativos (población general y poblaciones vulnerables).

- Suelen basarse en las estadísticas de mortalidad, morbilidad, uso de servicios de salud y discapacidad, y pueden examinar los patrones de desigualdad según edad, sexo, grupo étnico, nivel de vulnerabilidad, ingreso de hogares, pobreza, estado migratorio, entre otros factores, durante periodos concretos o en diferentes áreas.
- No intentan analizar los vínculos entre causa y efecto, o buscar explicación del por qué y el cómo de un problema de salud.

La [Figura 6.4](#) presenta, a manera de ejemplo, los porcentajes de un problema de salud pública específico, en este caso el embarazo de adolescentes, durante 2015 en Colombia. Los datos de embarazos y determinantes sociales fueron tomados de una encuesta de base poblacional disponible para ese año. Es un estudio descriptivo que no intenta analizar vínculos entre el por qué y el cómo del embarazo adolescente, sino más bien mostrar su distribución socioeconómica según cinco determinantes sociales: conflicto armado, pertenencia étnica, migración, pobreza y área de residencia.

La [Figura 6.5](#) presenta la tendencia de un resultado de salud específico (mortalidad materna) a través de un indicador en salud (razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos) en un periodo y lugar concretos (periodo 2005-2015 en Colombia). Las estadísticas de mortalidad por causas maternas y los nacimientos se encontraban ya disponibles en un registro administrativo (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]), lo que permitió estimar la razón de mortalidad materna a partir del número de muertes maternas expresadas por el número de nacimientos vivos en el mismo periodo. Es un estudio descriptivo que no intenta indagar sobre las causas de la mortalidad materna, sino describir sus fluctuaciones en el tiempo en función de la razón de mortalidad.

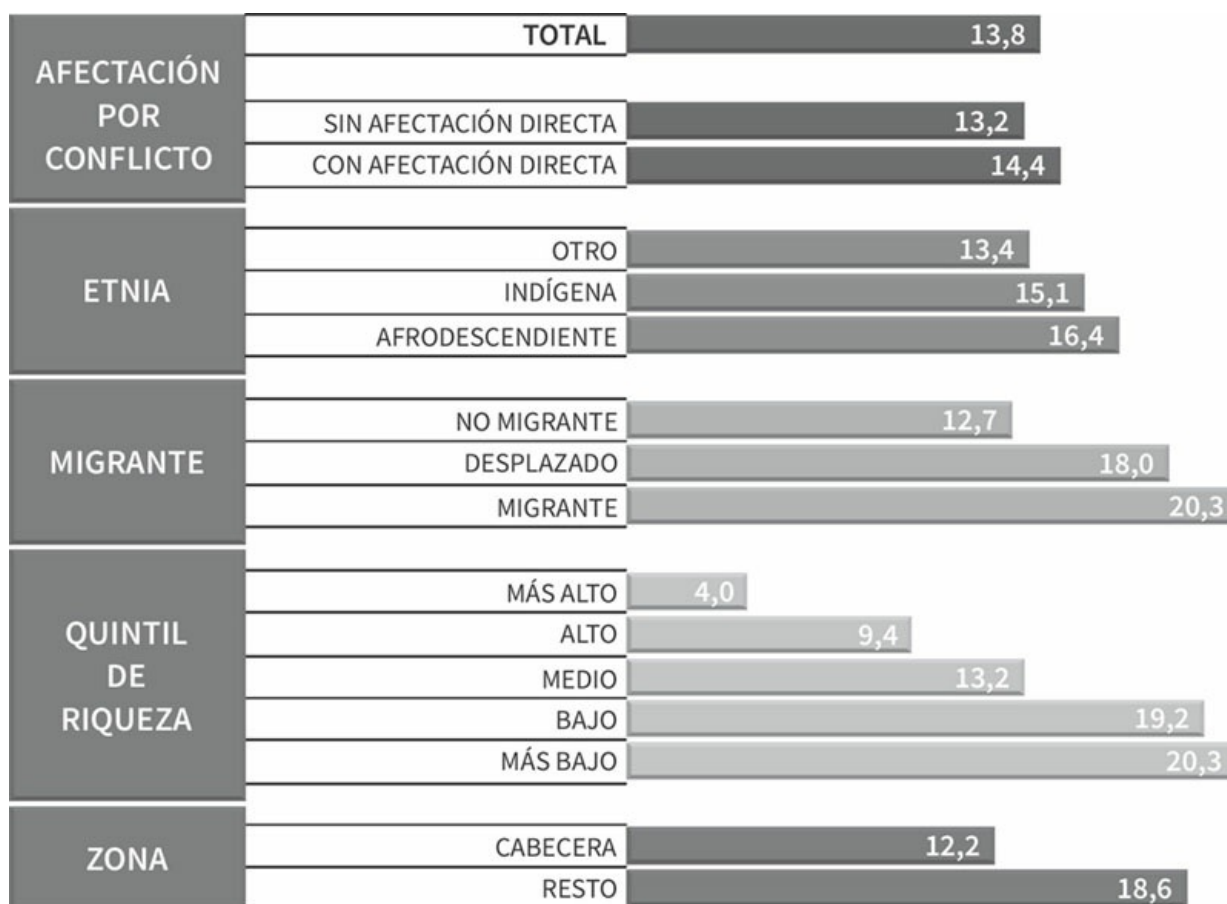


Figura 6.4. Embarazo en la adolescencia según determinantes sociales estructurales.

Fuente: *Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia. Explicando las causas de las causas* (Fundación Plan y Profamilia, 2018).

Estudios analíticos

La epidemiología analítica se ocupa de la búsqueda de causas y efectos (explicar por qué ocurre una enfermedad, evento en salud o desigualdad en salud y cuáles son los mecanismos que se deben seguir para prevenir, controlar o intervenir tal situación). Los estudios analíticos se usan para cuantificar la asociación entre causas y resultados, y así probar hipótesis sobre relaciones causales (entre condiciones de salud y otras variables) (Rothman *et al.*, 2008). La epidemiología en sí misma no puede probar completamente que una causa particular haya producido un resultado específico. Sin embargo, con frecuencia ha proporcionado evidencia suficiente para tomar medidas de control y prevención apropiadas, y así mejorar la preparación y la respuesta, especialmente durante brotes y emergencias (CDC, 2012; Saracci, 2010).

Cambios en la mortalidad materna en Colombia y meta ODM 2015

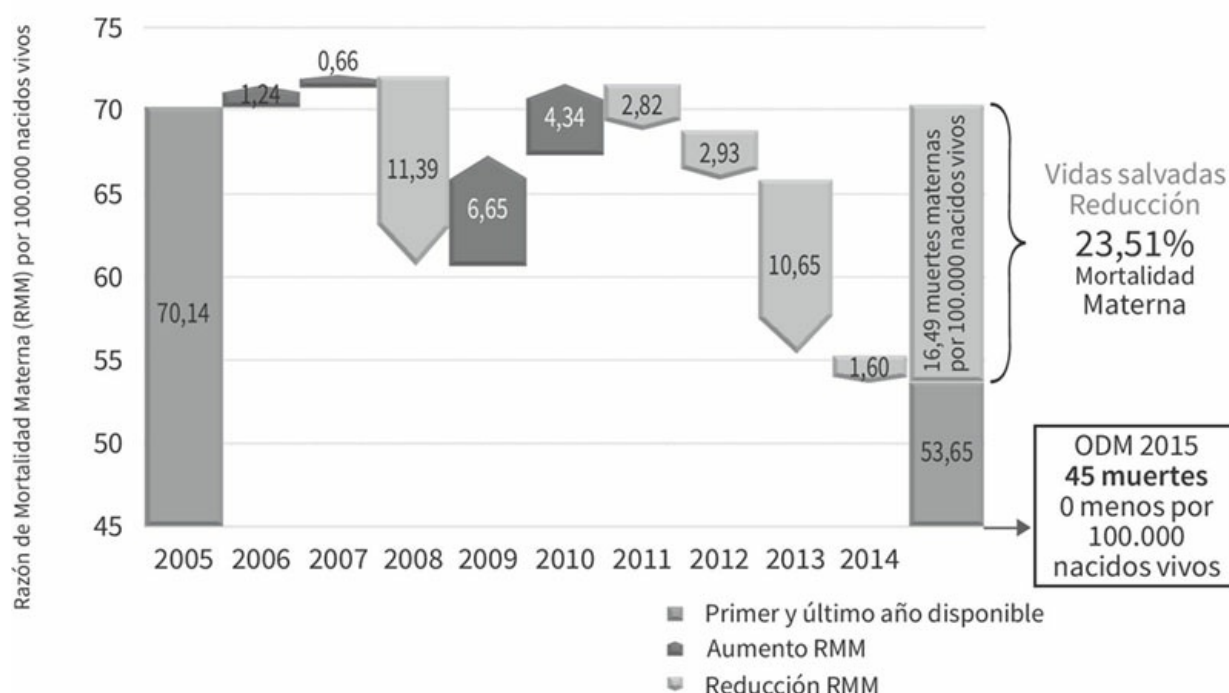


Figura 6.5. Cambios en la mortalidad materna en Colombia y metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.

Fuente: *Measuring and understanding health financing-related inequalities in maternal mortality in Colombia*. F1000 Research, 7:1508 (Rivillas e Ingabire, 2018).

También existen muchas clasificaciones de los estudios analíticos; a continuación, se describen algunos: (i) ecológicos (a partir de comparaciones geográficas y series de tiempo), (ii) transversales; (iii) de cohortes; y (iv) de casos y controles.

Estudios ecológicos

En los estudios ecológicos, la unidad de observación es la población —la comunidad o grupos de personas— y se relacionan dos variables a fin de buscar asociaciones entre la aparición de un problema de salud, evento en salud y sus posibles causas (British Medical Journal Groups [BMJ], 2018), por ello se conocen también como ‘estudios de correlación’. Las medidas de interés (mortalidad, morbilidad, discapacidad, uso de servicios, etc.) se estiman en cada una de las poblaciones y se comparan. Con frecuencia, la información sobre el problema o evento de salud está ampliamente disponible y con acceso al público en estadísticas publicadas (registros administrativos, encuestas poblacionales, censos, bodegas de datos y análisis de situación de salud).

Diseño, limitaciones y ventajas. Los estudios epidemiológicos sirven como punto de partida del proceso de indagación epidemiológica. Es uno de los tipos de diseño de estudio más sencillos y frecuentemente se emplean en la descripción de la situación de salud o en la investigación de nuevas causas de problemas de salud (por ejemplo, brotes). Por lo limitado de sus mediciones, son más susceptibles de sesgos que los estudios basados en observaciones individuales. Las unidades de

análisis no son los individuos, sino las poblaciones o grupos de personas (barrio, municipio, departamento, país, Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS-, Empresa Prestadores de Servicios de Salud -EPS-, etc.).

Aunque son sencillos de llevar a cabo, los estudios ecológicos suelen ser de difícil interpretación, ya que rara vez es posible examinar directamente las diversas explicaciones posibles de los hallazgos. Así mismo, no pueden establecer el vínculo individual entre las causas y los efectos.

Los datos pueden utilizarse para comparar poblaciones de características muy distintas (por ejemplo, mortalidad materna entre mujeres empleadas y desempleadas; tabaquismo entre trabajadores del sector financiero y académico; acceso a mamografía entre mujeres migrantes, indígenas y afrodescendientes, etc.). Estas desagregaciones ocupacionales y socioeconómicas suelen estar disponibles en las fuentes de información.

Los dos tipos más comunes de estudios ecológicos son las comparaciones geográficas y las series de tiempo:

Comparaciones geográficas. Un enfoque común es buscar correlaciones geográficas entre resultados de salud y determinantes sociales. Por ejemplo, la mortalidad materna en países de América Latina y el Caribe se ha correlacionado con el acceso a servicios básicos como el acueducto y el alcantarillado. Esta observación generó la hipótesis de que la mortalidad materna puede ser explicada desde las características habitacionales donde viven las mujeres, en particular el acceso a servicios básicos como el agua potable. La [Figura 6.6](#) muestra la mortalidad materna con datos de 29 países (poblaciones), explicada a partir del acceso a agua potable (determinante de salud) entre 1990 y 2010.

De los análisis geográficos han surgido muchas observaciones útiles, pero se debe tener cuidado en su interpretación y evitar los posibles efectos de confusión de la edad y el sexo mediante una normalización adecuada. Sin embargo, los sesgos ocasionados pueden ser problemáticos, si la determinación de la enfermedad o exposición, o ambas, difiere de un lugar a otro.

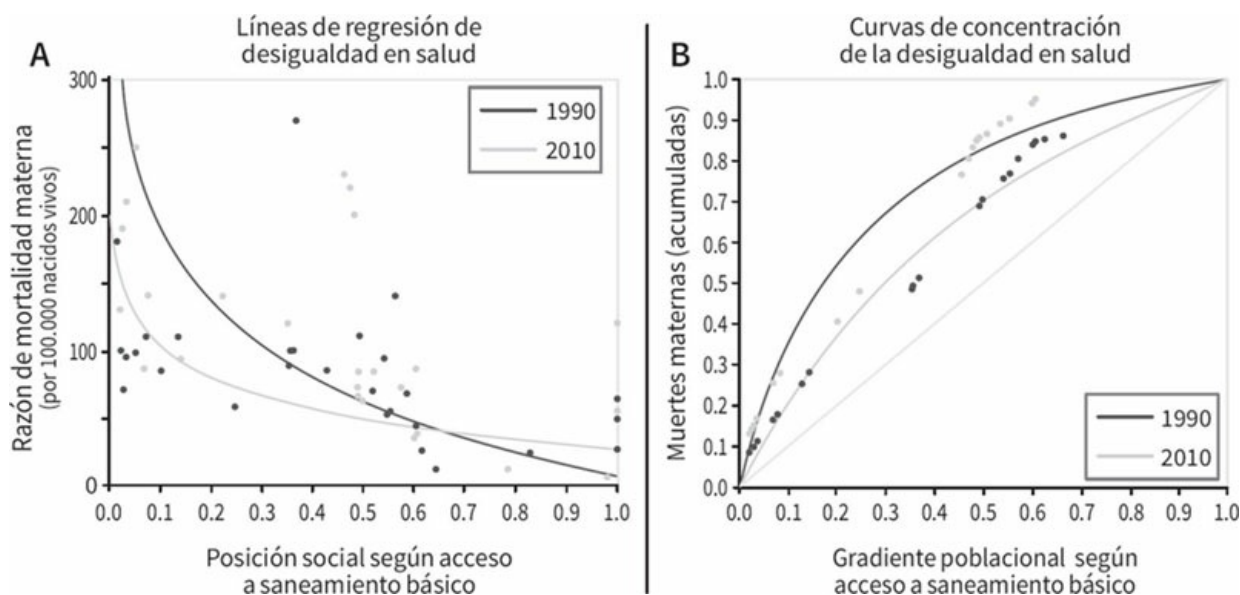


Figura 6.6. Desigualdades absolutas y relativas en la mortalidad materna por

acceso a servicios básicos en 29 países de América Latina y el Caribe (n = 29), 1990 y 2010.

Fuente: Health inequalities by gradients of access to water and sanitation between countries in the Americas, 1990 and 2010. *Rev Panam Salud Pública*, 38(5), 347-354 (Mújica, Haeberer, Teague, Santos-Burgoa y Galvão, 2015).

Durante una investigación en Canadá, se analizaron datos de financiamiento de la salud y su relación con resultados en salud, lo que permitió cuestionarse si más recursos para la salud implican mejores resultados (Rivillas e Ingabire, 2018). La [Figura 6.7](#) presenta algunos resultados de esta comparación geográfica a partir de datos disponibles en la bodega de datos del Sistema Integral de Información ([Figura 6.7](#)) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Un grupo de departamentos que recibían un menor financiamiento en salud presentaban una elevada mortalidad materna (cuadrante superior izquierdo), lo que podría sugerir que menos recursos destinados para la salud se asociaba con un mayor número de muertes maternas. No obstante, un análisis ecológico más detallado indicó que la mortalidad materna era también alta en departamentos que recibían mayor financiamiento de la salud (cuadrante superior derecho), y otro grupo de departamentos reportaba un menor número de muertes y recibían menos recursos para la salud (cuadrante inferior izquierdo). Por lo tanto, es necesario examinar directamente las diversas explicaciones posibles de los hallazgos y no basarse solo en el comportamiento de las razones de mortalidad y el nivel de financiamiento de la salud. Un estudio basado en muchos más determinantes y contextos culturales probablemente sea suficiente.

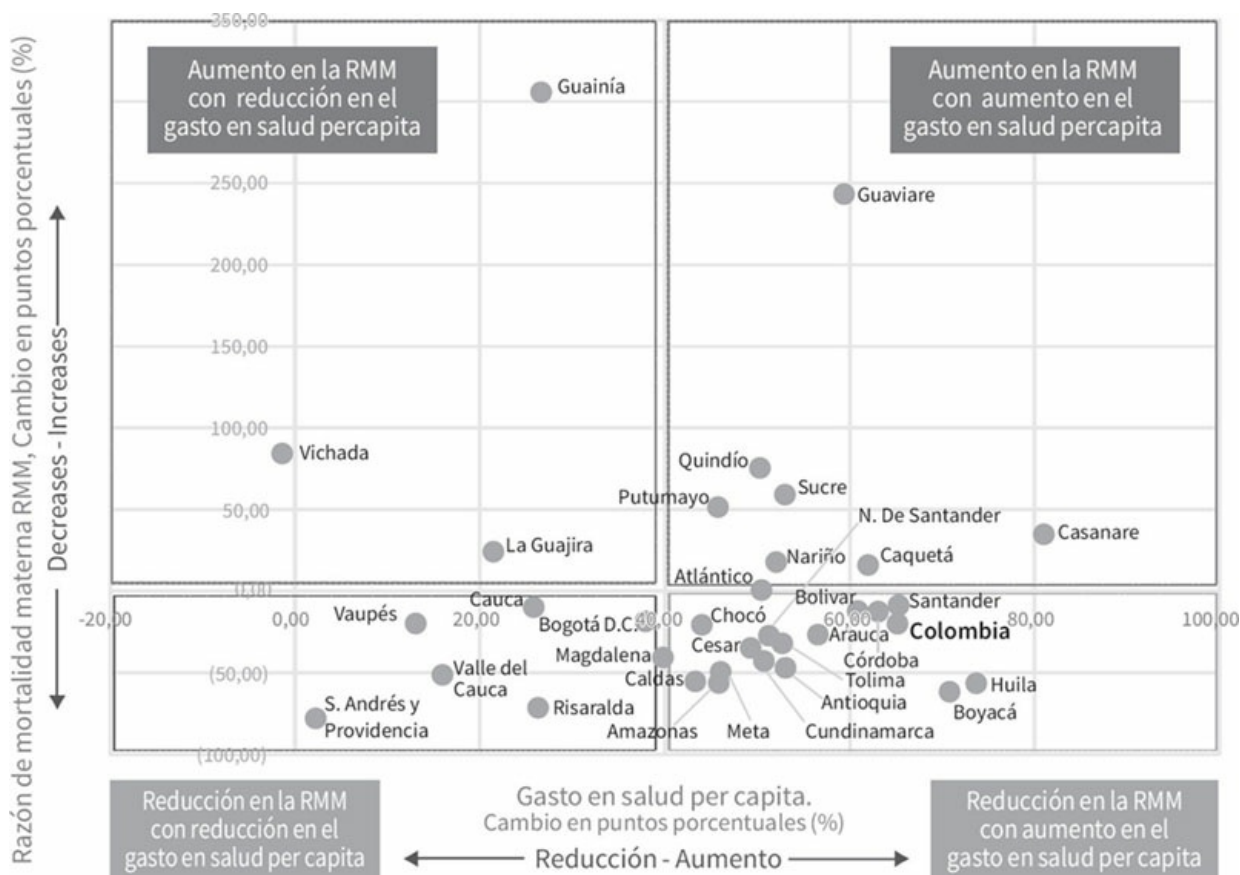


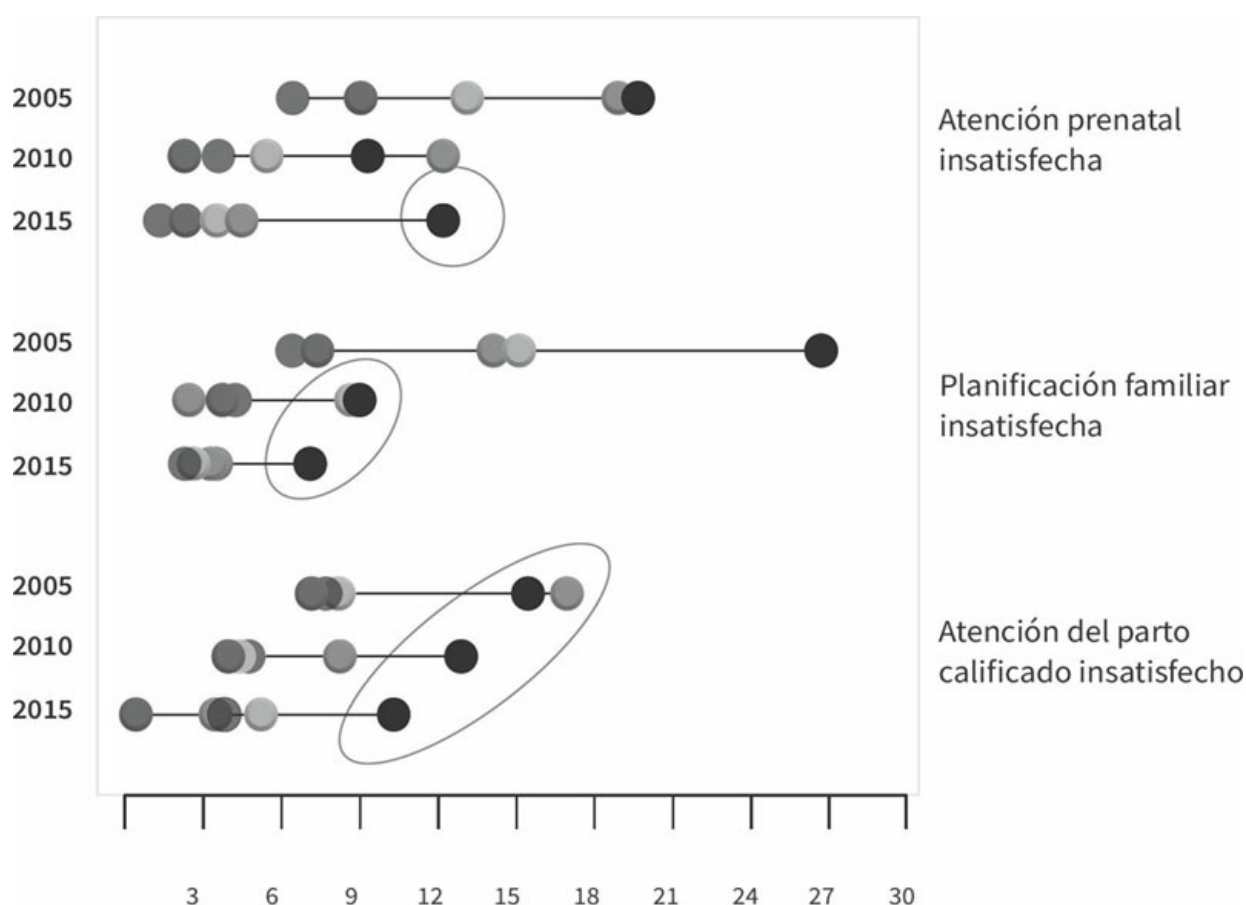
Figura 6.7. Relación en la mortalidad materna y gasto en salud per cápita entre

departamentos en Colombia, 2012 y 2014.

Fuente: *Measuring and understanding health financing-related inequalities in maternal mortality in Colombia. F1000 Research*, 7:1508 (Rivillas e Ingabire, 2018).

Tendencias de tiempo. Muchos problemas de salud muestran notables fluctuaciones a lo largo del tiempo, como se describió en la *Figura 13* sobre los cambios de mortalidad materna en el tiempo. Las tasas de infección respiratoria aguda pueden variar de forma considerable en unos pocos días, pero las epidemias de enfermedades crónicas, como el cáncer de pulmón, la enfermedad coronaria y la cirrosis, evolucionan a lo largo de décadas. Si las tendencias temporales en la incidencia de la enfermedad se correlacionan con los cambios en el contexto, los estilos de vida, los hábitos y los comportamientos de una comunidad o grupo de personas entonces pueden dar pistas importantes sobre su etiología (BMJ, 2018).

La [Figura 6.8](#) presenta un estudio ecológico que asocia el conflicto armado con altas necesidades básicas insatisfechas en salud reproductiva materna de mujeres afectadas por dicho conflicto en Colombia durante un periodo de diez años.



Tasa de mujeres afectadas por el conflicto armado por cada 1000 mujeres
Figura 6.8. Patrones de la desigualdad en servicios de salud reproductiva y maternal entre mujeres afectadas por el conflicto armado en Colombia, 2005, 2010 y 2015 por quintiles. Convenciones: puntos más oscuros representan quintiles con mejor posición social (quintiles 5 y 4, respectivamente). Puntos grises más claros representan los quintiles con la peor posición social (quintiles 1 y 2, respectivamente). Los puntos con grises intermedios representan una posición

social media (quintil 3).

Fuente: How do we reach the girls and women who are the hardest to reach? Inequitable opportunities in reproductive and maternal health care services in armed conflict and forced displacement settings in Colombia. *PLoS ONE*, 13(1) (Rivillas, Devia, Song y Martel, 2018).

Al igual que los estudios geográficos, el análisis de las tendencias temporales puede estar sesgado por el rol e influencia de los determinantes sociales del problema o evento de salud. Además, mientras que en las comparaciones geográficas las diferencias son usualmente accesibles a la investigación, la validación de los cambios temporales es más difícil, ya que depende de las observaciones realizadas, las cuales a menudo pueden estar escasamente registradas a lo largo de periodo largos.

Estudios transversales

Esta clase de estudio observacional sirve para responder preguntas del tipo: “¿Cuál es la prevalencia de hepatitis C en esta comunidad?” En el estudio transversal se registra una muestra de personas de una población y sus exposiciones, mientras que los resultados de salud se miden simultáneamente. Este tipo de estudio tiende a evaluar la presencia (prevalencia) del resultado de salud en un momento específico del tiempo, sin tener en cuenta la duración (Rothman *et al.*, 2008). Para explicarlo mejor, en el anterior ejemplo, algunas de las personas con hepatitis C pueden haber vivido con su condición durante muchos años, mientras que otras personas han sido diagnosticadas recientemente.

Diseño, limitaciones y ventajas.

- Medición en un punto determinado en el tiempo.
- Los estudios transversales no necesitan tener objetivos etiológicos (explorar la relación causas-efecto). Por esta razón, es una herramienta perfecta para fines de epidemiología descriptiva.
- Los estudios transversales se usan rutinariamente para documentar la prevalencia de una enfermedad en una comunidad, por lo que reciben también el nombre de ‘estudios de prevalencia’. Como ejemplos se puede mencionar la prevalencia de una adicción como el tabaquismo, o la de estados de salud (por ejemplo, cobertura de vacunación contra el sarampión), o de resultados de salud, particularmente condiciones crónicas (por ejemplo, hipertensión, enfermedad renal crónica, cáncer, hepatitis c, etc).
- Desde un punto de vista analítico, el estudio transversal generalmente no puede asociar factores de riesgo para la aparición de la enfermedad (incidencia) o para la supervivencia con la enfermedad.
- Las mediciones de la exposición y de su efecto corresponden al mismo momento. La cuestión clave es preguntarse si la exposición precede o sigue al efecto. Si se sabe que los datos de exposición representan una exposición anterior a la aparición de cualquier efecto, el análisis de los datos puede ser similar al de los estudios de cohorte.
- Son relativamente económicos y resultan útiles para investigar exposiciones que constituyen características fijas de los individuos, como el nivel socioeconómico, la pertenencia étnica, el grupo sanguíneo, etc.

- En los brotes repentinos de una enfermedad, los estudios transversales constituyen, con frecuencia, el primer paso correcto para la investigación de la causa.

Entre los estudios de prevalencia más conocidos a nivel mundial se encuentran las encuestas de demografía y salud (DHS, por sus siglas en inglés), que miden cada cinco años la prevalencia de características demográficas —como la fecundidad y la natalidad— y de resultados de salud sexual y reproductiva —como el acceso a métodos de planificación familiar. Colombia lleva a cabo una muestra representativa de forma juiciosa y quinquenal desde 1986. La [Figura 6.9](#) presenta las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos según el tipo de método (izquierda) y la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos según área de residencia, urbana o rural (derecha).

Estudios de cohorte

Este tipo de estudios analíticos se conocen como ‘longitudinales’ porque se extienden a lo largo del tiempo, lo que permite estudiar cambios y establecer la secuencia de tiempo en que ocurren. Por lo tanto, se pueden usar para analizar causas (Rothman *et al.*, 2008; Saracci, 2010). En un estudio de cohorte se registra si cada participante del estudio está expuesto o no, y luego hace un seguimiento de los participantes para ver si desarrollan el problema de salud, evento o enfermedad de interés. Después de un tiempo se compara la unidad de medida estándar, por ejemplo, la tasa de enfermedad en el grupo expuesto, frente a la tasa de enfermedad en el grupo no expuesto (CDC, 2012). El grupo no expuesto sirve de comparación, lo cual proporciona una estimación de la cantidad inicial o esperada de aparición de la enfermedad en la comunidad. Si la tasa de enfermedad es sustancialmente diferente en el grupo expuesto en comparación con el grupo no expuesto, se dice que la exposición está asociada con la enfermedad, evento o intervención.

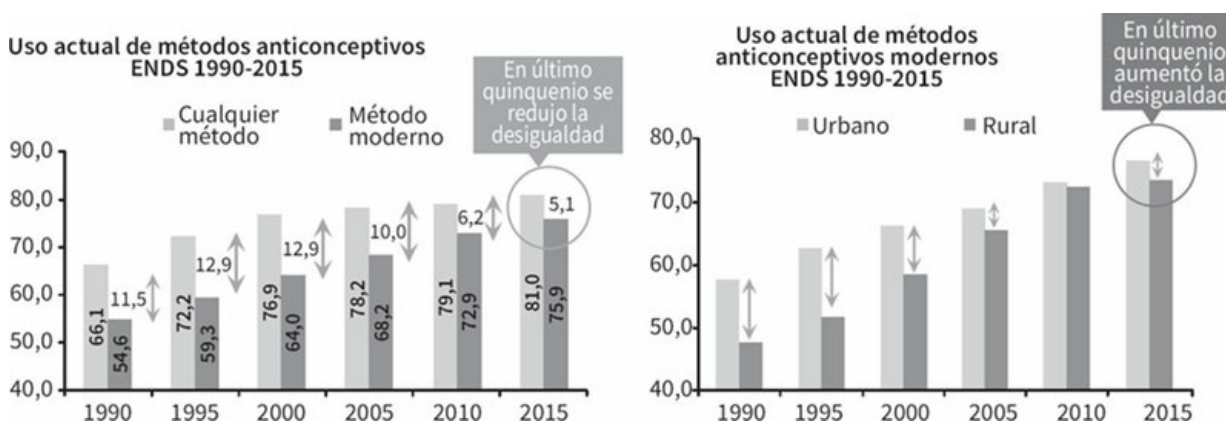


Figura 6.9. Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

También se denominan ‘estudios de seguimiento’ o ‘cohorte prospectiva’, porque los participantes se inscriben a medida que comienza el estudio y luego se

siguen a lo largo del tiempo, para identificar la aparición de los resultados de interés. El diseño de este tipo de estudios se presenta en la [Figura 6.10](#).

Un tipo alternativo es un estudio de cohorte retrospectivo, en el cual, tanto la exposición como los resultados, ya se han producido. Al igual que en un estudio de cohorte prospectiva, es necesario calcular y comparar las medidas de interés entre los grupos expuestos y no expuestos.

Diseño, limitaciones y ventajas.

- Los estudios de cohorte permiten establecer directamente la incidencia.
- Inician con un grupo de personas (una cohorte) no expuestas que se clasifican en subgrupos según la exposición a una causa potencial de enfermedad, evento de interés u otro resultado final.
- Permiten estudiar resultados y efectos múltiples causados por un factor o determinante, porque se sigue la evolución de la totalidad de la cohorte para ver cómo la aparición posterior de nuevos casos de enfermedad (o el resultado estudiado) difiere entre los grupos con y sin exposición.
- En escala de causalidad, es el diseño observacional más cercano al estudio experimental (relación temporal causa-efecto verificable); por lo tanto, se puede usar para estudiar las causas.

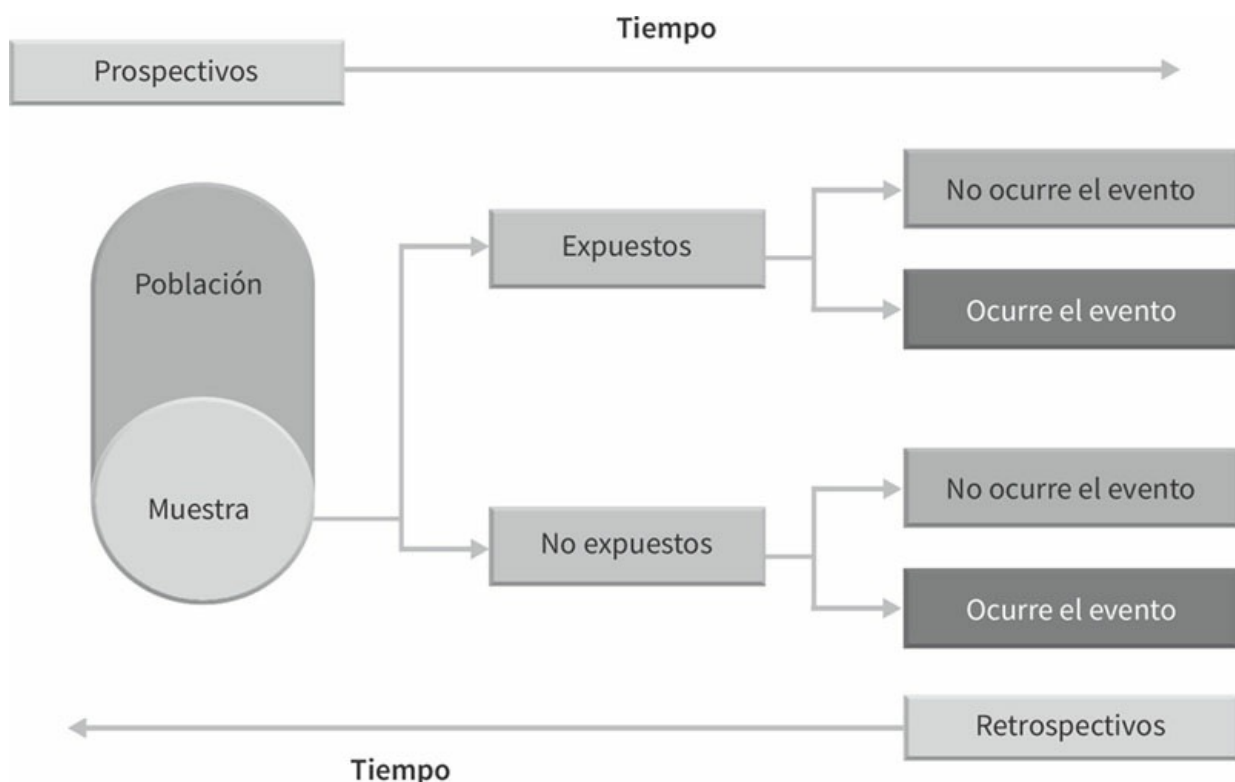


Figura 6.10. Diseño de los estudios de cohorte. Adaptado de L. Roever (2015).

- Requieren rigor metodológico, ya que necesitan mucho tiempo, particularmente cuando se realizan de manera prospectiva, lo cual explica su alto costo.
- Baja probabilidad de sesgo de selección.
- El seguimiento puede ser difícil y las pérdidas durante ese periodo pueden influir sobre los resultados del estudio. La duración del seguimiento varía

considerablemente.

- Muchos estudios de cohortes comienzan con una única cohorte que es heterogénea con respecto al historial de exposición. Las comparaciones de la experiencia con la enfermedad o intervención se realizan dentro de la cohorte, en los subgrupos definidos por una o más exposiciones.

Existen muchos estudios de cohortes alrededor del mundo, que incluso comenzaron a seguir a grupos de niñas y niños antes de nacer, y que ya han alcanzado la adultez. En Colombia, se tienen ejemplos de este tipo de estudios. El estudio de zika en embarazadas y niños (ZEN) inscribió a mujeres en su primer trimestre de embarazo y a sus parejas, y los monitoreó para detectar la infección por el virus del zika durante el embarazo. Después del parto, al bebé se le realizó un seguimiento hasta los seis meses de edad. Un subgrupo de bebés dentro de la cohorte, junto con un padre o tutor legal, fueron seguidos en el tiempo hasta los cuatro años de edad (Instituto Nacional de Salud [INS], 2018).

Las cohortes de pacientes de enfermedades de alto costo (Cuenta de Alto Costo, 2018) son también para destacar: desde 2007, 3.399.884 personas con enfermedad renal crónica, 972.213 personas con diabetes mellitus y 1.422.584 con hipertensión arterial son seguidas a nivel individual; desde 2010, 73.465 personas con VIH/sida; y desde 2014, 198.798 personas con algún tipo de cáncer. Otro ejemplo es el clásico estudio Whitehall (Marmot *et al.*, 1991) en el que se investigaron los determinantes sociales de la salud, específicamente la prevalencia de la enfermedad cardiovascular y las tasas de mortalidad, entre 20.000 funcionarios públicos británicos desde 1967.

Por otro lado, el estudio longitudinal de Turín (Studio Longitudinale Torinese [SLT]) es una cohorte establecida desde 1978 que sigue los determinantes de salud de cerca de un millón de personas que viven en la ciudad de Turín (Italia), con el fin de establecer cuáles son las desigualdades de mayor contribución en la mortalidad de sus habitantes (Costa, Morena, Zengarini y Demaria, 2017). La [Figura 6.11](#) describe cómo ingresan los individuos a la cohorte de Turín: quienes nacen y se mudan a la ciudad, automáticamente son censados; aquellos que migran y fallecen, salen de la cohorte.

En este tipo de estudio se selecciona la muestra de personas (personas que viven en una ciudad, por ejemplo) y se recopila información considerando la hipótesis acerca de que las desigualdades sociales pueden ser explicadas desde la posición social y cómo esto contribuye a los resultados de salud. La cohorte permite saber si vivir en un barrio del sur de la ciudad acorta la esperanza de vida; se recopila información sobre cuántas personas viven en esa zona, a través del registro civil, la migración y los correos (fuentes de información); y luego se recopila información sobre quiénes mueren y las edades (registro de mortalidad). En términos técnicos, se registran las muertes entre quienes han vivido allí durante un tiempo y se compara con las muertes ocurridas en otras zonas de la ciudad, con el fin de ver relaciones del contexto referentes al barrio y su influencia sobre la esperanza de vida.

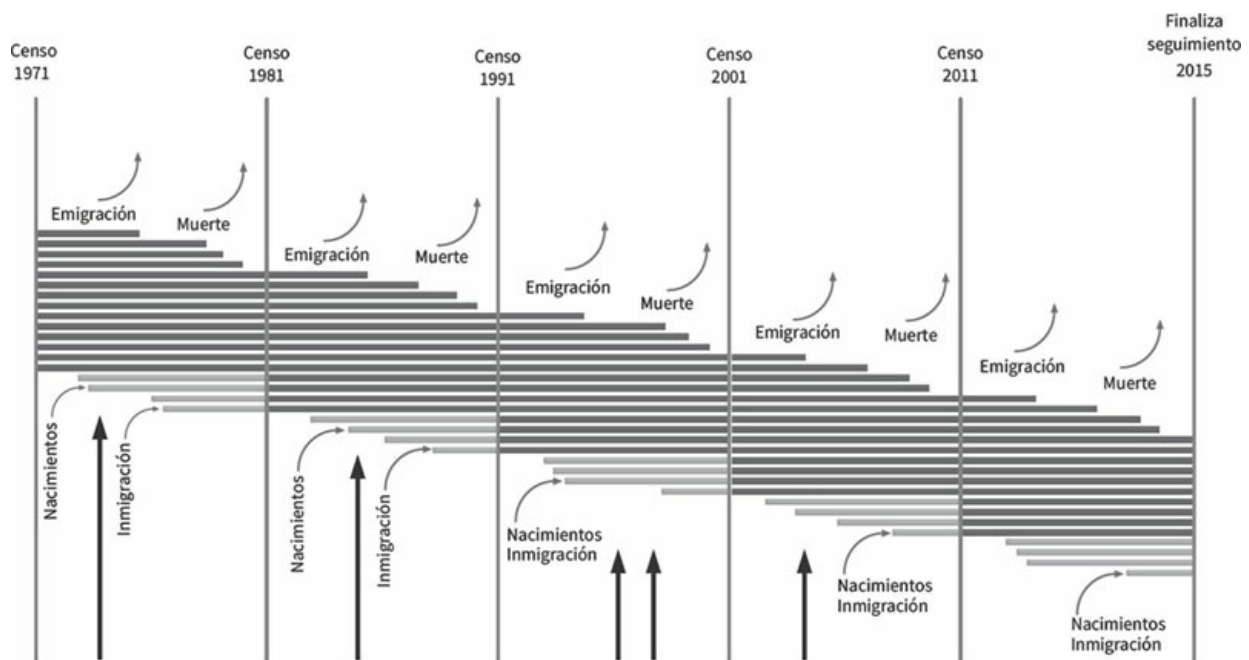


Figura 6.11. Estudio longitudinal de Turín (Italia).

Fuente: *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere I bisogni e risultati delle politiche* (Costa et al., 2017).

Estudios de casos y controles

En este tipo de estudios se comienza por inscribir a un grupo de personas con enfermedad (aquí interesa el caso que se refiere a la aparición de la enfermedad, no a una persona) (Rothman *et al.*, 2008; Saracci, 2010). El grupo de comparación son las personas sin enfermedad o el evento (controles). Luego se comparan las exposiciones previas entre los dos grupos. El grupo de control proporciona una estimación de la cantidad inicial o esperada de exposición en esa población. Si la cantidad de exposición entre el grupo de casos es sustancialmente más alta que la cantidad que se esperaría, según el grupo de control, entonces se dice que la enfermedad está asociada con esa exposición (CDC, 2012). La [Figura 6.12](#) ilustra el diseño de un estudio de casos y controles.

La clave en un estudio de casos y controles es identificar un grupo de control apropiado, que sea comparable al grupo de casos en la mayoría de los aspectos, con el fin de proporcionar una estimación razonable de la exposición inicial o esperada.

Diseño, limitaciones y ventajas.

- Son relativamente sencillos y económicos; cada vez se usan más para investigar las causas de enfermedad, en especial las enfermedades raras.
- En este tipo de investigación se estudia un grupo de personas con la enfermedad u otro resultado final y un grupo de ‘controles’ que sirve de comparación o referencia, quienes no tienen la enfermedad o el resultado final que se quiere estudiar.
- Permite comparar la frecuencia con la que una posible causa se dio entre los casos y los controles.
- Los datos que se utilizan corresponden a varios puntos temporales. Por esta razón, los estudios de casos y controles son longitudinales, no transversales.

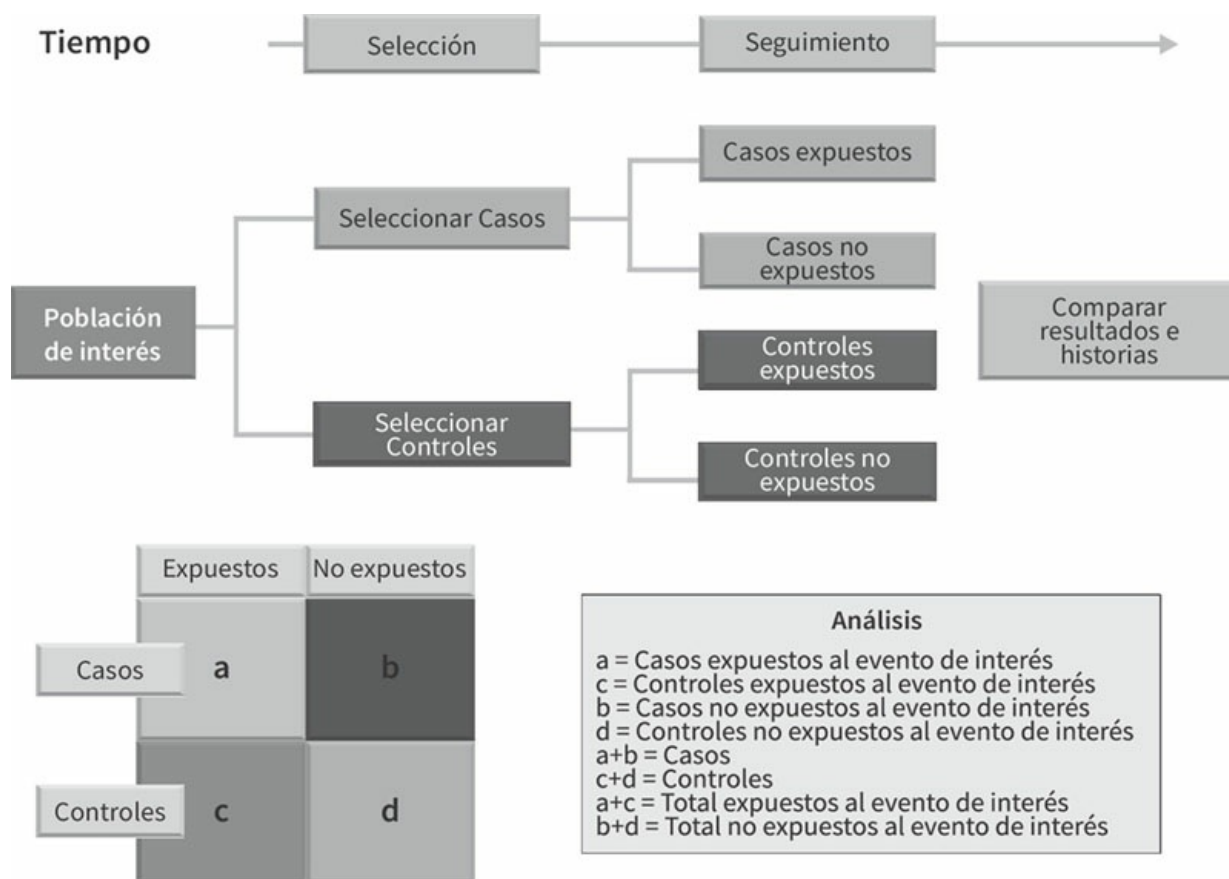


Figura 6.12. Diseño de un estudio de casos y controles. Adaptado de: Saracci, R. (2010). *Epidemiology: A Very Short Introduction*. Y Fajardo-Gutiérrez A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev Alerg Mex.*, 64(1), 109-120.

- Se han llamado también ‘estudios retrospectivos’, ya que se busca ‘hacia atrás’.
- Puede ser, tanto retrospectivos —cuando todos los datos se toman del pasado, a partir de una posible enfermedad, para buscar posibles causas—, como prospectivos —cuando la recolección de los datos continúa a medida que el tiempo va pasando—.

Los estudios de casos y controles comienzan con la selección de los casos, los cuales deben ser representativos de una población determinada. Lo más difícil es seleccionar los controles de tal manera que, en cuanto a la prevalencia de exposición, constituyan una muestra representativa de la población que generó los casos. Además, en la elección de los controles y los casos no debe influir que hayan estado o no expuestos al factor en estudio. El estado de exposición o no exposición debe determinarse de igual forma para los sujetos de ambos grupos. No es necesario que los casos y los controles sean una muestra del conjunto de la población; de hecho, pueden limitarse a un subgrupo predeterminado, como, por ejemplo, adultos mayores, hombres o mujeres mayores de 55 años, etc.

Ejemplo de un estudio de casos y controles. En el municipio de Pasto (Nariño, Colombia) se llevó a cabo un estudio observacional analítico de casos y controles para identificar hábitos de vida asociados al desarrollo de cáncer colorrectal

(Figura 6.13). El tamaño de la muestra se calculó a partir de la proporción de controles expuestos a diferentes hábitos de vida (actividad física, consumo de alcohol y tabaco) que fueron reportados en estudios previos realizados en poblaciones similares. Para asegurar la probabilidad de ocurrencia de todos los eventos de estudio, se tuvo en cuenta: (i) el tamaño de muestra más alto, que corresponde a 55 casos y 55 controles, calculado a partir de la razón de ventajas para desarrollar cáncer de quienes no realizan actividad física en una población; (ii) una proporción de controles expuestos de 30 %; (iii) un nivel de confianza del 95 %; y (iv) una potencia del 80 %. La definición y selección aleatoria de los 55 casos se basó en un registro poblacional de cáncer disponible en el municipio de Pasto. Los 55 controles se seleccionaron entre personas familiares, o no, que convivían con los casos en similares condiciones de exposición a factores de riesgo determinados por los hábitos de vida, garantizando de esta manera la semejanza con los casos, excepto en el desarrollo del cáncer colorrectal, y considerando que tienen una probabilidad de convertirse en casos con el transcurso del tiempo.

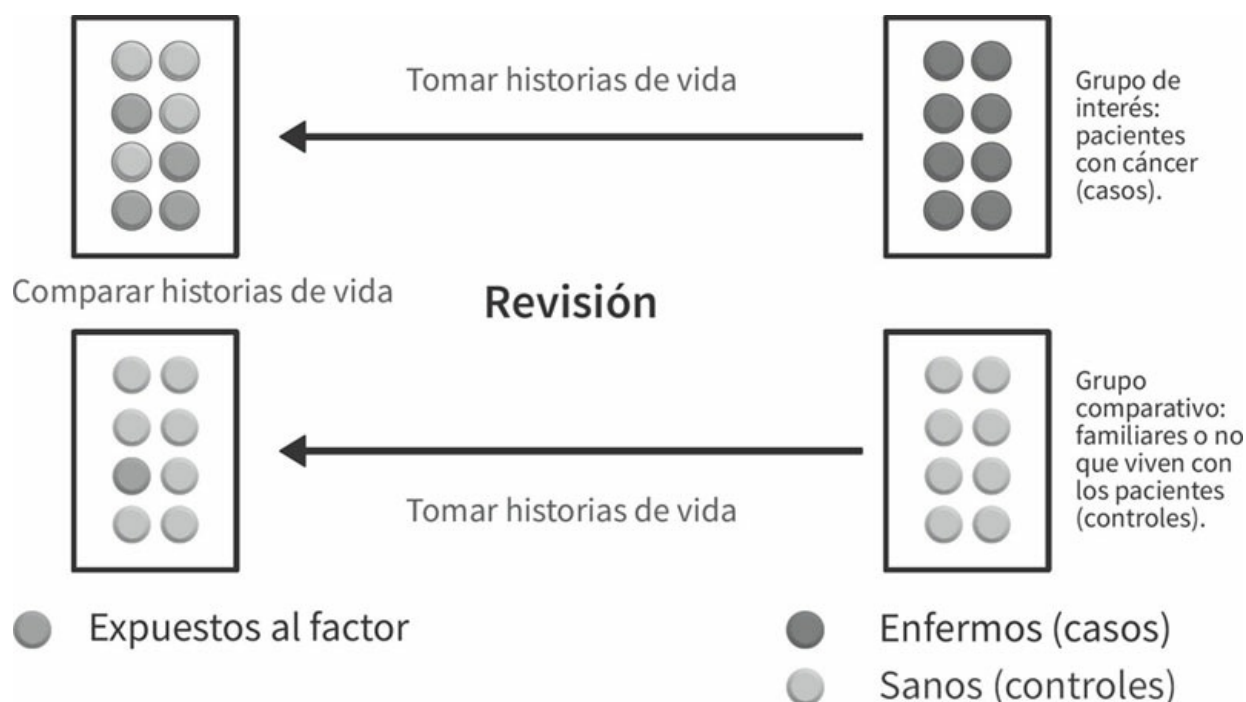


Figura 6.13. Diseño de un estudio de casos y controles: enfermos vs. sanos y expuestos vs. no expuestos. Adaptado de Jurado, Bravo, Cerón, Guerrero y Yépez (2015). Hábitos de vida y cáncer colorrectal: un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos. *Rev. Univ. Salud*, 17(1), 7-17.

CONCLUSIONES

Con el fin de asegurar el diseño, la implementación y la apropiación del conocimiento que resulte de cualquier estudio epidemiológico, es esencial abordar de forma efectiva las siguientes cuestiones:

- Apropiar y poner en práctica la definición de epidemiología social.
- Definir el objetivo y los alcances de la investigación de forma apropiada puede ayudar a identificar el tipo de estudio.
- Discutir la recolección y la factibilidad de los datos puede asegurar el éxito del estudio.
- Identificar la población objeto de estudio (características sociodemográficas).
- Reconocer las ventajas y las desventajas de cada tipo de estudio, lo cual contribuye a implementar un diseño de estudio adecuado.
- Tener claros los fondos y el financiamiento posible vs. el requerido.
- Preparar un protocolo de investigación y considerar someterlo a un comité de ética en la investigación.

Por otro lado, la evidencia ha trascendido más allá de la descripción hacia una comprensión más causal y enfocada sobre los mecanismos que generan y reproducen los problemas y desigualdades en salud, en particular, cómo los determinantes sociales influyen, explican y pronostican los resultados de salud. Además, los diseños de estudios epidemiológicos han pasado de estudios transversales y ecológicos a diseños longitudinales y cada vez más cuasiexperimentales. La evidencia epidemiológica sobre los determinantes sociales de la salud está muy avanzada, pero se ha prestado menos atención a la evaluación del impacto de las políticas públicas que abordan esos determinantes sociales.

Esta necesidad de cuestionar y entender la relación causa-efecto y, a su vez, comprender cómo las estructuras sociales, instituciones y relaciones influyen la salud de las personas, comunidades y grupos de personas, así como entender cómo operan las políticas sociales y programas de atención en salud, ha comenzado a adoptarse en la epidemiología social a través de la utilización de una variedad de diseños de investigación. Esto ofrece muchas oportunidades y desafíos metodológicos orientados a producir evidencia sobre los resultados de las políticas, mediante enfoques novedosos que combinen el uso de herramientas metodológicas (por ejemplo, economía del comportamiento + ciencias sociales + medio ambiente). Asimismo, se requieren más estudios que realicen comparaciones entre divisiones político-administrativas dentro de un país o entre países (por ejemplo, Colombia comparado con otros países de América Latina y el Caribe o con aquellos de un nivel de ingresos similar podría ser interesante).

REFERENCIAS

- Berkman, L., & Kawachi, I. (2014). A historical framework for social epidemiology: Social determinants of population health. En L. Berkman, I. Kawachi, & M. Glymour. *Social Epidemiology* (2nd. ed.) (p.2). Boston, MA: Oxford University Press.
- Borrell, C. (2018, agosto 24). La prevención y control de enfermedades. *El Periódico*. Recuperado de <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20180824/el-avance-de-la-epidemiologia-articulo-carne-borrell-7000443>
- British Medical Journal Groups [BMJ]. (2018). *The Ecological studies*. London: BMJ. Recuperado de <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/epidemiology-uninitiated/6->

- Center for Disease Control and Prevention [CDC]. (2012). *Lesson 1: Introduction to Epidemiology*. Atlanta, GA: CDC. Recuperado de <https://www.cdc.gov/publichealth101/epidemiology.html>
- Costa, G., Morena, M., Zengarini, N., & Demaria, R. (2017). *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e risultati delle politiche*. Milano: Infezenze. Recuperado de http://www.epiprev.it/materiali/2017/Torino_40_anni/40anni_singole.pdf
- Cuenta de Alto Costo [CAC]. (2018). *Patologías*. Colombia: CAC – Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. Recuperado de <https://cuentadealtocosto.org/site>
- Deak, T. (2018). London's 1854 Cholera Outbreak: Data Mapping Halts an Epidemic. *Tableau Public*. Recuperado de <https://public.tableau.com/es-es/gallery/mapping-1854-cholera-outbreak>
- Fajardo-Gutiérrez, A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev Alerg Mex.*, 64(1), 109-120. Recuperado de <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/252/448>
- Fundación Plan y Asociación Probienestar de la Familia Colombiana [Profamilia]. (2018). *Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia. Explicando las causas de las causas*. Bogotá D. C.: Autor. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>
- Instituto Nacional de Salud [INS]. (2018). *Descripción general de actividades zika en embarazadas y niños en Colombia: información general del estudio ZEN para el seguimiento del niño hasta los cuatro años de edad*. Bogotá DC: Autor.
- Jurado, D., Bravo, L. M., Cerón, C., Guerrero, N. y Yépez, M. C. (2015). Hábitos de vida y cáncer colorrectal: un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos. *Rev. Univ. Salud*, 17(1), 7-17. Recuperado de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2393>
- Kawachi, I., & Subramanian, S.V. (2018). Social epidemiology for the 21st century. *Social Science & Medicine*, 196, 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.034>
- Marmot, M., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I.... Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study. *Lancet*, 337(8754), 1387-1393. DOI: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
- Ministerio de Salud y Protección Social y Asociación Probienestar de la Familia Colombiana [Profamilia]. (2015). *Encuesta nacional de demografía y salud*. Bogotá DC: Autor. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
- Mújica, O. J., Haebeler, M., Teague, J., Santos-Burgoa, C., & Galvão, L. A. C. (2015). Health inequalities by gradients of access to water and sanitation between countries in the Americas, 1990 and 2010. *Rev. Panam. Salud Pública*, 38(5), 347-54. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18392?locale-attribute=es>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Información Regional de la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas*. Washington: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/sdgs-briefing-on-spa.pdf>
- Rivillas, J. C., Devia, R., Song, G., & Martel, A. (2018). How do we reach the girls and women who are the hardest to reach? Inequitable opportunities in reproductive and maternal health care services in armed conflict and forced displacement settings in Colombia. *PLoS ONE*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188654>
- Rivillas, J. C., & Ingabire, M. G. (2018). *Health financing-related inequalities in maternal mortality in Colombia*. Ottawa (Canadá): International Development Research Centre (IDRC). Maternal and Child Health Program. [version 1; not peer reviewed]. *F1000Research*, 7:1508 (slides). <https://doi.org/10.7490/f1000research.1116118.1>
- Roever, L. (2015). Critical Appraisal of Cohort Studies. *Evidence Based Medicine and Practice*, 1(1). DOI: 10.4172/2471-9919.1000e108. Recuperado de <https://www.omicsonline.org/open-access/critical-appraisal-of-cohort-studies-EBMP-1000e108.php?aid=67184>
- Rothman, K., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Saracci, R. (2010). *Epidemiology: A Very Short Introduction*. London: Oxford University Press.
- Shiode, N., Shiode, S., Rod-Thatcher, E., Rana, S., & Vinten-Johansen, P. (2015). The mortality rates and the space-time patterns of John Snow's cholera epidemic map. *International Journal of Health Geographics*, 14, 21. <http://doi.org/10.1186/s12942-015-0011-y>

Capítulo 7

Educación en el campo de la salud pública: una perspectiva transdisciplinar



Educación en el campo de la salud pública: una perspectiva transdisciplinar

*Fernando Peñaranda Correa*⁴⁴

INTRODUCCIÓN

La educación ha sido reivindicada como un componente relevante para la salud pública desde sus comienzos como disciplina a principios del siglo pasado (Visel tear, 1982). Su importancia se ha ido consolidando en la salud pública a medida que los discursos de la prevención, el riesgo, la atención primaria de la salud, la promoción de la salud, la salud colectiva y la medicina social latinoamericana le han asignado un papel esencial. La relevancia de la educación, promovida desde el discurso de la salud pública, se ha traducido en una serie de hechos concretos. Por un lado, vale la pena destacar la emergencia y el desarrollo teórico de un subcampo de la salud pública que recibe diferentes denominaciones: educación sanitaria, educación en salud, alfabetización en salud y educación para la salud. Este desarrollo abarcó, tanto la creación de programas de pregrado y posgrado en esta área, especialmente en Europa y Norteamérica (García, Sáez y Escarbajal, 2000), como la construcción de referentes teóricos para abordar la educación en el ámbito de la salud (generalmente, bajo una perspectiva de las ciencias del comportamiento). De otro lado, se han generado múltiples propuestas pedagógicas, como la de comunicación para impactar la conducta (conocida como Combi, por *Communication for Behavioral Impact*) y la de información, educación y comunicación (IEC), que han sido promovidas por agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

Sin embargo, a pesar de estos avances y de importantes y evidentes logros, el papel de la educación en el ámbito de la salud pública ha sido cuestionado desde diversos ángulos. Se le cuestiona su orientación biomédica y la preeminencia de una modalidad pedagógica de carácter tradicional, centrada en la transmisión de información (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Serrano, 1990; Stotz,

2007; Tones, 2002). Más aún, algunos autores plantean que la *educación en el campo de la salud pública* (ECSP) ha perdido visibilidad y trascendencia ante otros discursos como los de la promoción de la salud (Cardaci, 2009).

Estudios realizados en el ámbito colombiano muestran una marcada desatención de la ECSP en la formación del talento humano y la investigación, que se extiende a los servicios de salud, donde las prácticas pedagógicas generalmente se llevan a cabo sin una suficiente fundamentación pedagógica, sin el tiempo necesario y sin los recursos requeridos (Díaz *et al.*, 2010; Peñaranda, Bastidas, Escobar, Torres y Arango, 2010; Peñaranda, Giraldo y Barrera, 2015). Como se verá más adelante, esta condición de invisibilidad de la educación se evidencia en los planes de salud pública colombiana entre 1995 y 2015.

También se encuentra una visión paradójica en cuanto a los resultados de la educación en salud. Hay una tensión entre una visión mesiánica, la cual concibe la educación como la piedra angular de todas las acciones de la promoción de la salud, y otra pesimista que relaciona la ECSP con escasos cambios en los comportamientos de las personas y, en definitiva, limitados efectos sobre la situación de la salud de las poblaciones (Nutbeam, 2000; Peñaranda, Giraldo, Barrera y Castro, 2014).

¿Cómo se explican estas contradicciones y paradojas? ¿Por qué se necesita una explicación? Esta explicación implica ampliar la comprensión respecto a la educación como fenómeno social, y la práctica pedagógica como expresión de unos supuestos teóricos (pedagógicos), así sean implícitos. La falta de una comprensión amplia sobre la educación en general, y sobre la ECSP en particular, limita la posibilidad de llevar a cabo una acción educativa consciente y responsable. El educador está expuesto a una serie de fuerzas sociales y culturales producto de intereses y motivaciones que requiere comprender para actuar responsablemente. Asimismo, precisa analizar las implicaciones políticas y éticas de su acción educativa, como sujeto moral, en el ámbito de las prácticas pedagógicas, la investigación y la formación. Una mejor comprensión de la educación, la pedagogía y la ECSP le ayudarán a planear, programar, ejecutar y evaluar acciones educativas más pertinentes y coherentes desde el punto de vista social, pedagógico, político y ético. A esta ampliación de la comprensión requerida para transformar la realidad, algunos pedagogos, como Freire (1975), la denominan *conciencia crítica*.

En este orden de ideas, este capítulo presenta una visión crítica de la ECSP, para lo cual se asume la educación como una práctica social que, al igual que el discurso biomédico, interviene en la producción y reproducción de un orden social determinado y, en consecuencia, de una situación de salud dada. Este orden imperante abarca, entre otras cosas, la persistencia de una educación denominada como tradicional (Bourdieu y Passeron, 1998) o conservadora (Bernstein, 1993), pues se presenta como la más indicada para producir (imponer) y mantener dicho orden; de ahí la dificultad para cambiarla.

En el campo de la salud pública, el orden social imperante, el discurso biomédico y la persistencia de una modalidad de educación tradicional generan una serie de consecuencias, que a su vez se integran, de manera sinérgica, en el

mantenimiento de una situación dada de la ECSP. Estos argumentos se desarrollan, especialmente, en los tres primeros apartados de este capítulo: (i) *Situación de la educación en el campo de la salud pública*; (ii) *La educación como práctica social: sociología de la educación*; y (iii) *Pedagogía y educación*.

Ahora bien, desde la posición asumida se sostiene que la ECSP no se puede comprender desconectada de la teoría y la práctica de la salud pública. Desde una perspectiva transdisciplinar, es productivo articular el análisis pedagógico de la ECSP con el análisis teórico y práctico de la salud pública. Este relacionamiento o ‘intersección’ se da en el marco de un escenario plural, pues la salud pública y la educación (como pedagogía) son campos disciplinares y profesionales (o sociales) configurados por jerarquías, tensiones y luchas entre agentes e instituciones que producen discursos en competencia (Bourdieu, 2003, 2008). En el cuarto apartado, (iv) *Educación y salud pública: intersección de campos*, se sustenta el concepto de ECSP y la necesidad de trascender una visión instrumental sobre esta, para concebirla como derecho. En el quinto apartado, (v) se analizan las *Corrientes de la ECSP* desde una perspectiva pedagógica y en el marco de su relacionamiento con las corrientes de la salud pública. El capítulo finaliza con (vi) *ECSP y la práctica*, apartado en el que se presentan algunas implicaciones de las tesis desarrolladas para la práctica de la ECSP en el diseño de las propuestas pedagógicas, la investigación y la formación.

SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA

Los significados de la ECSP son diversos debido a las condiciones históricas, sociales, económicas y políticas por las que ha atravesado la salud pública — como saber y práctica social en relación con otros saberes y prácticas sociales—. Así, la comprensión de la ECSP pasa por el análisis histórico de la salud pública y del papel que la educación ha jugado allí. En este sentido, se presenta la ECSP como un complejo histórico, social, cultural y político, pero también epistemológico y teórico, en el marco de fuerzas sociales y relaciones de poder que lo condicionan.

El origen de la salud pública moderna puede rastrearse desde el siglo XVIII en Europa Occidental, con la imposición de normas y leyes para afrontar las epidemias en las grandes ciudades. Surge el discurso de la higiene con el cual se imponen los valores culturales dominantes, por medio de una modalidad educativa que hoy denominamos como ‘tradicional’.

Un significado diferente de la ECSP apareció en el siglo XIX con la medicina social europea, que surgió como respuesta a las graves condiciones de vida y de salud de la clase trabajadora en el periodo de la Revolución industrial. En Alemania, Francia e Inglaterra, el descontento de las clases trabajadoras con la situación política y social se tradujo en movimientos sociales que recogieron la salud como una de sus reivindicaciones. La medicina social, como movimiento

académico y político, impulsó una concepción de salud que ligaba la precaria situación de salud de las clases trabajadoras con unas condiciones sociales, económicas y políticas injustas (Almeida y Paim, 1999). Así fue como Rudolf Virchow (1821-1902), para afrontar la delicada situación de salud en la Alta Silesia, propuso en 1848 un programa que incluía empleo completo, más altos salarios, establecimiento de cooperativas agrícolas y educación universal (Taylor y Rieger, 1985). Bajo esta perspectiva de salud pública, la educación se entendía como hoy se conciben los derechos humanos.

El *sanitarismo*, como acción estatal sobre la salud, se va consolidando a partir de la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, especialmente en Estados Unidos e Inglaterra (Almeida y Paim, 1999). La salud pública se empieza a configurar como una disciplina académica subsidiaria de la medicina. Amparado en el desarrollo científico y el prestigio social de la medicina, y en los avances de la microbiología, el discurso biomédico de la salud pública se fue afianzando. El surgimiento de la epidemiología clásica fundada en una concepción positivista de la ciencia, le confiere a la salud pública un método ‘propio’ que ha fortalecido la influencia biomédica (Gómez, 2002). Aparece la educación como un asunto relevante de la salud pública (Visel tear, 1982), la cual es concebida bajo una perspectiva tradicional dirigida hacia la difusión de información.

A partir de la década de los cincuenta del siglo pasado, se consolida la *perspectiva preventivista* con el desarrollo de la epidemiología clásica y el auge de concepto de riesgo para explicar las enfermedades no infecciosas que ahora ganan una mayor relevancia (Almeida y Paim, 1999; Marset y Sáez, 1998). Con el *modelo gradualista de prevención* propuesto por Laevell y Clark, se justificaron intervenciones previas a la aparición de la enfermedad, como también aquellas orientadas a limitar el daño una vez ha aparecido. Se consolida así la *perspectiva morbicéntrica y preventivista*, sustentada en la concepción de factores de riesgo. De esta manera, la educación se dirigió a suprimir o controlar los factores de riesgo, en especial, mediante el cambio de los comportamientos de los sujetos. Las ciencias del comportamiento y la tecnología educativa tuvieron una importante influencia sobre la ECSP en la configuración de una modalidad de educación coactiva para asegurar resultados medibles.

El dominio de una educación ‘transmisionista’ y persuasivo-motivacional, centrada en la responsabilidad del sujeto para cambiar sus comportamientos o estilos de vida, se ha mantenido a pesar de los esfuerzos provenientes de movimientos y vertientes alternativas de la salud pública que buscan promover un concepto más amplio de la salud asociado a las condiciones de vida y a un mundo más justo, democrático y solidario.

Ahora bien, esta corriente clásica de la salud pública asociada a una modalidad tradicional de la educación ha corrido pareja con perspectivas críticas que hunden sus raíces en el movimiento de la medicina social europea. Múltiples vertientes críticas de la salud pública provenientes de los países del norte, como también de Latinoamérica, han promovido perspectivas alternativas de educación orientadas hacia la emancipación del sujeto y de los grupos subalternos, por medio de la transformación de la sociedad, en la búsqueda de un orden social más justo,

que asegure las oportunidades requeridas para el logro de mejores condiciones de vida y, por lo tanto, de salud. En este orden de ideas, se concibe una aproximación histórica hacia la ECSP que reconoce la existencia de dos grandes tendencias (corrientes) en tensión, con múltiples vertientes y matices, por lo que se configura como compleja y polisémica.

La educación en las políticas de salud pública

Con la implementación de la Ley 100, por la cual se reestructuró el sistema de salud en Colombia a partir de 1993, las acciones de salud pública se vieron afectadas, como ha sido reconocido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El ministerio estima que haber centrado la gestión y los incentivos del talento humano en la productividad y en el control del gasto, y no “en desarrollar políticas institucionales de largo plazo dirigidas a mejorar los resultados en la salud de las personas, la calidad de los servicios y el desarrollo personal y profesional del talento humano en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 21) ha sido una falla. En efecto, la Ley 100 se enfocó en los agentes y en resolver la crisis económica del sistema.

La ECSP en las políticas de salud pública colombianas fue un asunto marginal hasta 2015. En los diferentes planes de salud pública, la educación se mantuvo bajo una visión instrumental y sin un análisis teórico (pedagógico) y ni político amplio (Ministerio de la Protección Social, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), la educación se plantea como una acción de la línea de la promoción de la salud. Además, se adoptó una modalidad educativa impulsada por agencias multilaterales, como la FAO y la OPS, denominada Estrategia de Educación, Información y Comunicación (EIC); sin embargo, en estos planes no hay diagnósticos sobre la situación de la ECSP.

Esta situación empezó a cambiar con la promulgación de la Ley 1751 de 2015, o Ley Estatutaria de la Salud, que posicionó la salud como derecho fundamental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Para dar respuesta al mandato constitucional, a comienzos de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) promulgó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que tuvo entre sus antecedentes la Resolución 0518 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) sobre gestión de la salud pública y directrices para el plan de intervenciones colectivas. En esta resolución, la educación deja de tener un papel marginal, como lo había tenido anteriormente, pues el ministerio adopta una posición propia hacia la ECSP.

Por esa época, el ministerio promovió la creación de un equipo humano que ha venido trabajando en la construcción de una propuesta pedagógica para orientar la educación en el marco de las rutas integrales de atención en salud (RIAS). Así, la ECSP adquiere una mayor relevancia, por lo que se convierte en objeto de reflexión teórica (pedagógica) y política. El ministerio realizó un diagnóstico sobre la situación de la ECSP en el sistema de salud colombiano, y encontró el predominio de una modalidad educativa ‘transmisionista’, medicalizada y

orientada hacia la modificación de los comportamientos, sin tener en cuenta los saberes y las prácticas de los educandos. Por esta razón fue catalogada como una ‘educación unidireccional’ que pretende el control de los sujetos (Gutiérrez, 2017). También se halló una importante debilidad en la formación del talento humano en el área de la ECSP.

A mediados de 2017, se produjo un documento denominado *Educación (y comunicación) para la salud -ECpS- en el marco de las rutas integrales de atención en salud (RIAS)* (Gutiérrez, 2017). En este documento se presentan unas orientaciones pedagógicas y metodológicas definidas que le dan a la educación un estatus diferente en el campo de la salud pública: un objeto teórico y práctico que merece ser conceptualizado desde la salud pública, lo que infiere la necesidad de fortalecer una perspectiva transdisciplinar. Esto remite a la idea de que en salud pública también se debe reflexionar desde un referente pedagógico determinado.

La educación en el campo de la salud pública en los servicios de salud, en la formación y en la investigación

En el ámbito del sistema de salud colombiano se encuentran experiencias de educación en las cuales se puede observar la existencia de una reflexión pedagógica y un decidido compromiso orientado al fortalecimiento de las prácticas pedagógicas (Peñaranda *et al.*, 2010). Sin embargo, persiste el dominio de una modalidad educativa tradicional sustentada en el discurso biomédico y, por lo tanto, desde una *perspectiva morbicéntrica*.

La orientación mercantil del sistema dirigido hacia la rentabilidad ha generado un espacio poco propicio para el desarrollo de las prácticas pedagógicas. Por esta razón, lo común es llevar a cabo acciones educativas desarticuladas sin una adecuada fundamentación pedagógica. La evaluación, por lo general, se sustenta en indicadores de gestión, en escasas oportunidades, en indicadores de impacto y, casi nunca, en indicadores del proceso pedagógico (Díaz *et al.*, 2010; Ocampo *et al.*, 2016; Peñaranda *et al.*, 2015, 2014).

Diversos estudios ratifican la debilidad encontrada por el Ministerio de Salud en la formación del talento humano en salud, respecto a la ECSP en Colombia (Díaz *et al.*, 2010; Ocampo *et al.*, 2016; Peñaranda *et al.*, 2015, 2014), lo cual también se presenta en el ámbito internacional (Alzate, 2006; Figueiredo, Rodrigues-Neto y Leite, 2010; Pereira, 2003; Serrano, 1990). En varios estudios realizados en la ciudad de Medellín, en algunas instituciones de educación superior con programas en el área de la salud, se evidenció una contradicción entre la relevancia expresada respecto a la educación por las instituciones y la encontrada en los planes curriculares, una debilidad en la formación de los profesores respecto a la ECSP, y una importante limitación en los contenidos específicos sobre esta temática. Además, se mantiene el predominio de una perspectiva biomédica en los pocos contenidos incluidos en los planes curriculares sobre ECSP. Asimismo, se constató que la ECSP, a medida que van ganando influencia los discursos de la promoción de la salud y la atención primaria de la salud, va perdiendo espacio y se va invisibilizando.

También se ha encontrado un pobre desarrollo investigativo respecto a la ECSP, lo cual se evidencia en los pocos grupos de investigación existentes y en la escasa publicación científica en este campo. Las investigaciones, por lo general, se dirigen a determinar el ‘impacto’ de las medidas educativas en cuanto a los aprendizajes y al cambio de comportamientos. Asimismo, no son frecuentes los estudios que abordan el análisis pedagógico de las propuestas educativas bajo estudio (Díaz *et al.*, 2010; López, Molina y Peñaranda, 2018).

LA EDUCACIÓN COMO PRÁCTICA SOCIAL: SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

¿ Por qué persiste el dominio de una educación tradicional originada en la universidad medieval a pesar de los avances en la teoría pedagógica? ¿Por qué se mantiene la vigencia del discurso biomédico en la ECSP, ahora que se pregonan otros discursos como los de la equidad y la determinación social de la salud? Estas preguntas remiten a la necesidad de pensar la ECSP más allá del escenario pedagógico propiamente dicho. Poder actuar sobre las prácticas pedagógicas en la ECSP precisa comprender la educación como práctica social mediada por relaciones de poder y surcada por intereses y fuerzas que la condicionan. La educación interviene en la producción y la reproducción de la cultura, así como del orden social imperante. Por esta razón constituye un terreno de luchas para ejercer control sobre ella y lograr así la imposición de los intereses y concepciones de los grupos humanos dominantes.

La educación se puede concebir como un proceso de socialización mediante el cual se reproducen los conocimientos, las prácticas y los valores de las generaciones anteriores en las nuevas generaciones, en la construcción de un sujeto social (Runge y Muñoz, 2012). Sin embargo, también en el marco de los procesos educativos se producen nuevos significados que generan así, no solo reproducción, sino también producción cultural (Bernstein, 1993). La *socialización primaria* hace referencia al proceso de *enculturación* (imposición) que experimentan los niños en sus primeros años de vida en sus familias. El niño aprende un mundo dado como verdad inobjetable que se estructura como patrón, a partir del cual se acercará a la comprensión de la realidad (Berger y Luckmann, 1968). En la familia y en su grupo o clase social, el ser humano —mediado por un proceso educativo informal que ejercen otras personas significativas—, construye una formación disposicional y atencional (*habitus*) a partir de la cual se relaciona con los otros y con el mundo (Bourdieu, 1998; Bourdieu y Passeron, 1998).

Con esta primera socialización, el niño accede a un proceso de *socialización secundaria*, esto es, a las prácticas ejercidas por las instituciones educativas que imponen (tramitan)⁴⁵ un sustrato constituido por una serie de conocimientos, prácticas y valores que configuran la institución y sus significados, o sea, la cultura institucional (Berger y Luckmann, 1968). Así, en la escuela, el niño aprende a ser un estudiante en relación con el maestro y sus compañeros, en el

marco de un orden institucional configurado por normas y modos de comportamiento y de relacionamiento. De manera similar, la institución de salud se encuentra configurada por agentes, entidades, normas y procedimientos, pero también por sus discursos y sus acervos simbólicos, con lo que se impone al sujeto el significado respecto a ser enfermo, paciente, usuario, ciudadano, administrador y profesional de la salud (auxiliar de enfermería, técnico de radiología, bacterióloga, enfermera, nutricionista, médico, etc.). Significados que abarcan jerarquías y maneras de comportarse y relacionarse.

Pero en la socialización secundaria llevada a cabo en la institución salud, no solo se impone (tramita) el mundo institucional, sino que también se inculcan los *habitus* (los significados y las visiones sobre la realidad) y los intereses de quienes ostentan el poder. Respecto a lo encontrado para la educación en la escuela, la ECSP dominante, fundada en una modalidad tradicional de la educación, ejerce tanto una violencia simbólica (Bourdieu y Passeron, 1998) como un control simbólico (Bernstein, 1993, 2000). La violencia simbólica se presenta porque en la educación —en la institución salud— se impone la visión cultural (significados, *habitus*) de las clases o grupos sociales que la dominan, se discrimina la cultura de los grupos subalternos y se produce su exclusión educativa, en la medida que exige lo que no da.

El agente de salud, por su doble condición de educador y profesional de una disciplina de la salud (como rama de la ciencia), está investido socialmente con el poder para impartir los conocimientos, las prácticas e incluso los valores morales (y afectivos) considerados ‘verdaderos y correctos’, y juzgar los de los educandos desde el punto de su veracidad y su rectitud (moralidad). Lo hace desde sus propios referentes culturales, lo que, según Bourdieu y Passeron (1998), constituye una arbitrariedad (por esto lo denominan ‘arbitrio cultural’), desde la cual termina deslegitimando la cultura de los grupos humanos subalternos. La deslegitimación cultural se acompaña de la exclusión educativa, en la medida en que el discurso pedagógico se encuentra ‘teñido’ del arbitrio cultural (*habitus*) del educador y de las clases o grupos dominantes. Así que los educandos con *habitus* (como formaciones atencionales y disposicionales) más cercanos a estos, tendrán mayores posibilidades de encontrarlos significativos (comprenderlos y relacionarlos con conocimientos, prácticas y valores previos) y, por tanto, de aprender. Esta limitación del aprendizaje de aquellos educandos provenientes de grupos subalternos (con *habitus* más distantes e incluso en tensión) es percibida por el educador como dificultad en el educando: lo plantea como arraigos culturales que no facilitan el aprendizaje o el cambio de comportamiento esperado en el educando. De esta manera, se acentúa la disparidad en la distribución del conocimiento (capital cultural), con lo cual se mantienen las jerarquías del orden social imperante (privilegios culturales), por lo que se constituye un escenario en el cual se produce y reproduce un orden social injusto.

Ahora bien, en el ámbito de la educación en la institución salud no solo se imponen arbitrios culturales, sino también el discurso institucional, en este caso, marcado por el discurso biomédico. Este hace referencia a la verdad⁴⁶ sobre la enfermedad y la salud que se imponen desde esta institución, así como al poder

que le confiere la sociedad para ejercer control sobre ellas en relación con un régimen de verdad particular⁴⁷, o, en palabras de Foucault (1977), para ‘medicalizar’ la sociedad. Ello se sustenta en la ciencia positiva, en una visión morbicéntrica y en relaciones verticales, debido a que el agente de salud posee un conocimiento (científico), considerado socialmente valioso y que el educando desconoce, por lo cual tiene la legitimidad para imponerlo. En este sentido, se concibe un educando pasivo que debe implementar las recomendaciones (asumidas como mandatos) del educador, quien sabe lo que a este le conviene.

Siguiendo a Berger y Luckmann (1968), la institución salud es un escenario (no el único) en el cual se legitima el discurso biomédico, sustentado en el prestigio de la ciencia. Por esto, otros conocimientos, como los provenientes del saber popular o de otros modelos médicos, se juzgan como ‘arraigos culturales’ falsos, pues éstos entran a desvirtuar el poder del educador y la hegemonía de la ciencia positiva para esclarecer la verdad. Esta posición de ‘defensa’ de la legitimidad discursiva limita la capacidad de reconocer (escuchar) otras visiones y posiciones hacia la realidad y la verdad. Además, en la institución salud, y bajo el foco del discurso biomédico, no solo se imponen contenidos de las disciplinas del área de la salud (o sea, contenidos científicos), sino también una racionalidad ‘científica’ que podría relacionarse con la lógica formal. Sin embargo, el educando tramita el discurso biomédico desde una racionalidad de la vida cotidiana que no se funda en la lógica formal. Las verdades se construyen por la experiencia, la tradición y otros referentes culturales. Aplicando los postulados de Bernstein (1993), se podría decir que los grupos humanos con *habitus* (él los llama códigos) más cercanos al educador (códigos elaborados), tenderían a operar con un tipo de racionalidad más cercana a la del educador⁴⁸; por lo tanto, habría mayores posibilidades de aprendizaje para estos educandos, lo que configura otro mecanismo de exclusión educativa: las prácticas pedagógicas exigen (una condición cultural y una racionalidad previa) lo que no dan (no se pretende desarrollar o promover esas capacidades como medio para fortalecer el aprendizaje).

Bernstein (1993), con sus trabajos sobre el discurso pedagógico, devela la manera como las fuerzas sociales (externas al escenario pedagógico) intervienen en la configuración de las prácticas pedagógicas. Según este autor, las clases o grupos dominantes ejercen el dominio sobre el sistema formal de educación. En las esferas de poder del Estado, donde se llevan a cabo los procesos de planeación y la construcción de políticas y programas, los contenidos científicos-disciplinares, en nuestro caso, provenientes principalmente de las ciencias del área de la salud (como resultado de la influencia del discurso biomédico), sufren un primer nivel de recontextualización (oficial), esto es, se ‘tiñen’ de un discurso identitario que es propio del arbitrio cultural de las clases o grupos sociales que dominan el sistema.

El discurso científico-técnico requiere ser ‘traducido’ para su enseñanza en el ámbito sociocultural en el cual se inscriben las acciones educativas. Esta traducción sociocultural (recontextualización), según el autor, implica que con el discurso biomédico pedagógico, no solo se transmiten contenidos sobre la ciencia

biomédica, sino también (se inculcan) “valores, normas, modos de relacionar, pensar y sentir, propios de las clases dominantes que especializan y distribuyen formas de consciencia, relaciones sociales y disposiciones” (Bernstein, 1993, p. 139).

Habría un segundo escenario de recontextualización, el pedagógico, en el cual la institución y los agentes que implementan las políticas y los programas, para nuestro caso la entidad de salud (EPS, IPS o Secretaría de Salud) y los educadores, realizan otro proceso de recontextualización. Así que el agente de salud educador implementa un discurso biomédico pedagógico —con el cual también inculca su arbitrio cultural— y de esta manera le aporta su ‘sello’ (*habitus*) personal.

Para Bernstein (1993), en el ámbito de las prácticas pedagógicas se ejerce un proceso de control (él lo llama ‘enmarcamiento’) que, según la modalidad educativa, puede ser fuerte o débil. La modalidad educativa tradicional (él la llama conservadora) tendría un enmarcamiento fuerte porque con esta se ejerce un acentuado control sobre el educando. Existirían otras modalidades (por ejemplo, las propuestas derivadas de la educación popular o del constructivismo) en las cuales habría un control débil, en la medida que el educando tome un papel activo en la construcción de su proceso educativo. Según Bourdieu y Passeron (1998), no solo se impone un arbitrio cultural, sino también la modalidad educativa tradicional, pues esta es la más eficaz para cumplir con la tarea impositiva. Esta se reproduce de manera automática (sin conciencia de ello), esto es, al ‘mínimo coste’, pues el educador termina realizando sus prácticas pedagógicas en la forma como ha recibido la educación en el ámbito formal (en la escuela y en la educación superior). Esta doble imposición, que tiende a reproducir un arbitrio cultural y una modalidad educativa, está enmascarada para el educador que concibe su discurso como científico, cuando en realidad también es de orden regulativo (inculca un arbitrio cultural).

Pero el ámbito de las prácticas pedagógicas no solo debe verse como espacio para la imposición de significados —pues el educando es activo y, en este sentido, resignifica los contenidos—, en tanto reconocemos el aprendizaje como construcción del conocimiento. Además, el educando se resiste a las imposiciones y lucha por ‘legitimar’ su conocimiento. Así, según Bernstein (2000), el escenario pedagógico se configura como una instancia de luchas, en el cual se producen conflictos comunicativos en la medida en que se relacionan sujetos (educadores y educandos) con diferentes *habitus*, géneros, etnias y edades, como también características y condiciones socioculturales particulares que determinan diversidad en cuanto a intereses, necesidades, preocupaciones, disposiciones, capacidades y oportunidades. Son relaciones mediadas por el poder y jerarquizadas, en las cuales intervienen sujetos con distintas formas de razonar.

Puede verse, entonces, la necesidad de comprender la manera como las fuerzas sociales operan sobre las prácticas educativas, y cómo están mediadas por relaciones de poder e intereses que las trascienden, para la construcción de una perspectiva crítica respecto a la ECSP. Esto se tendrá que considerar a la hora de proponer alternativas que asuman una perspectiva pedagógica crítica, en el marco

de una salud pública alternativa sustentada en la determinación social de la salud y en perspectivas igualitaristas de la justicia social.

PEDAGOGÍA Y EDUCACIÓN

En el apartado anterior se expuso la concepción de la educación como práctica social, como proceso de socialización mediante el cual tiene lugar la reproducción, la producción y la transformación de la cultura. Ahora bien, se asume la pedagogía como la reflexión sistemática respecto a la educación llevada a cabo desde un saber, conocimiento o teoría específica (Runge y Muñoz, 2012), cuyo objeto es la educación. Así que la pedagogía articula la práctica con la teoría; por esto la pedagogía solo puede entenderse desde la praxis: comprensión de la práctica desde la teoría y construcción de la teoría a partir de la práctica.

La didáctica, entendida como la praxis de la enseñanza, implica tanto su teoría como su práctica (Álvarez y González, 1998; Mariño, 2000) y forma parte de la pedagogía, por lo que no podría haber didáctica sin pedagogía ni pedagogía sin didáctica (Mariño, 2000). Esta forma de entender la didáctica trasciende visiones reduccionistas que la conciben como actividades o estrategias.

La pedagogía y la didáctica son conceptos polisémicos, por lo que se hace necesario expresar el punto de vista desde el cual se aborda (Runge, Garcés y Muñoz, 2015; Vasco, Martínez y Vasco, 2008). Lo mismo pasa con el concepto de formación, que algunos relacionan con la educación llevada a cabo en el ámbito profesional (Vasco *et al.*, 2008). Para efectos de este análisis, se adopta el significado proveniente de la tradición filosófica alemana, que comprende la formación como un proceso de construcción que realiza el propio sujeto de sí, y por ello surgió el término de *bildung* (Gadamer, 2006). Esto implica un sujeto inacabado, que deviene; un sujeto que se construye a sí mismo mediado por el ambiente y su relación con los otros. Desde esta perspectiva la formación no sigue objetivos externos; se trata de una acción del sujeto por ‘ser más’ (Freire, 1975), por desarrollar sus potencialidades como sujeto cognitivo, ético y político.

En la configuración de las prácticas pedagógicas intervienen discursos, sujetos, instituciones, escenarios, condiciones estructurantes y tiempos particulares (Martínez, 2012). Están mediadas por relaciones de poder, debido a la posición jerárquica entre educador y educando, legitimada por la institución educativa. Así, el educador y la institución educativa tienen una autoridad legitimada socialmente para definir los contenidos y juzgar los significados tramitados en el escenario pedagógico (Bernstein, 2000; Bourdieu y Passeron, 1998). En este sentido, las prácticas pedagógicas constituyen espacios para la construcción de sujetos como resultado de la reproducción, producción y transformación de la cultura (Bernstein, 2000).

En la configuración de las prácticas pedagógicas participan sujetos con diferentes *habitus*, intereses y necesidades, así como concepciones diversas sobre la realidad y la educación. Tal como se planteó en el apartado anterior, las prácticas pedagógicas están cruzadas por fuerzas externas e internas que

responden a concepciones diversas y en tensión respecto a la sociedad y a los sujetos.

Ahora bien, la pedagogía puede concebirse como un *campo*, en términos de Bourdieu (1984), esto es, como una serie de discursos, agentes e instituciones que luchan por el dominio simbólico. La relación entre los elementos constitutivos del campo es jerárquica, en la medida en que el grado de acumulación de capital simbólico, como producto de las luchas y conflictos, genera distintas posibilidades de ejercer el poder. Así pues, la pedagogía corresponde a un campo disciplinar y profesional (Runge *et al.*, 2015) del cual emergen perspectivas y visiones en tensión (discursos), que se expresan mediante corrientes pedagógicas, cada una de ellas configurada por una serie de vertientes.

La praxis pedagógica, es decir, su desarrollo teórico y práctico, ha sido el producto de condiciones históricas, sociales, culturales y políticas cambiantes, pero también de concepciones diferentes sobre los propósitos de la educación, sus métodos, los contenidos, las relaciones educador-educando y la evaluación. De esta manera, se han ido configurando corrientes pedagógicas que parten de posiciones diferentes con respecto a para qué y por qué educar. Estas corrientes también son el producto de distintas concepciones teóricas y políticas sobre los sujetos y la sociedad. Así que la pedagogía constituye un campo disciplinar y profesional plural y complejo (Runge *et al.*, 2015).

La emergencia y configuración de las corrientes pedagógicas se puede entender teniendo en cuenta, tanto sus principios pedagógicos, como sus referentes históricos y sociales, en consonancia con la propuesta de Mejía (2011) quien plantea tres corrientes pedagógicas: tradicional, renovadora- progresista y crítica.

La *corriente pedagógica tradicional* hunde sus raíces en la universidad medieval (Bourdieu y Passeron, 1998; Mejía, 2011), en la que la razón estaba sometida a un principio de autoridad (la fe). Tiene como propósito la transmisión del conocimiento establecido, la cultura y los valores sociales de los grupos humanos dominantes del orden social (Álvarez y González, 1998; Bourdieu y Passeron, 1998). Los contenidos se basan en los conocimientos y los valores culturales acumulados por las generaciones precedentes (enciclopédicos) que se transmiten como verdades incuestionables. Sus métodos están basados en la instrucción y dirigidos a la memorización de los contenidos, por lo cual se apela a técnicas como la repetición. Se configura bajo una relación jerarquizada entre educador y educando, en la cual el educador tiene el dominio completo sobre el proceso educativo. Corresponde a la educación descrita por Freire (1975) como bancaria, en la cual el educador deposita el conocimiento en un educando desprovisto de este. Es una relación vertical y directiva, con un educador activo y un educando pasivo, pues el primero ostenta un poder inobjetable debido a su supuesto saber y a su condición de agente institucional. Por esto, el educador tiene la autoridad para imponer el conocimiento, considerado legítimo (Bernstein, 2000; Bourdieu y Passeron, 1998), incluso mediante métodos coercitivos.

El conocimiento se entiende como reflejo de la realidad, como una huella mnémica del mensaje pedagógico (Not, 1983). Recogiendo los conceptos

convencionales de la comunicación respecto al emisor, el mensaje y el receptor, se supone que la transmisión (y, por lo tanto, la enseñanza) depende de la calidad del mensaje. La evaluación se dirige a verificar la memorización de los contenidos instruidos (Álvarez y González, 1998) y se convierte en un instrumento más de coerción.

Bajo esta concepción el educando se considera un sujeto pasivo que debe aceptar sin objeciones, tanto la autoridad del educador, como los conocimientos impartidos por este, pues se parte de una concepción de sociedad bien ordenada y con un funcionamiento correcto que requiere preservarse. En este sentido, es una educación conservadora (Bernstein, 1993) y, según Bourdieu y Passeron (1998), la más pertinente para imponer los arbitrios culturales de las clases dominantes; por esta razón se ha mantenido de manera hegemónica.

Esta modalidad pedagógica ha sido criticada porque el conocimiento es una construcción. En efecto, el educando no es un sujeto pasivo en el proceso educativo, pues él resignifica los contenidos y finalmente construye el conocimiento con base en sus referentes culturales y experienciales que le dan sentido. Dado que el *habitus* opera como una formación atencional y disposicional, el educando realiza una escucha dirigida desde la cual ‘filtra’ y transforma los contenidos de los mensajes y de las experiencias educativas. De otro lado, este tipo de educación se dirige al grupo en general, sin tener en cuenta las diferencias respecto de las capacidades, las necesidades o los intereses individuales (Not, 1983). Así, el escenario pedagógico no podría limitarse a una concepción centrada en la transmisión y la recepción, sino que requiere reconocerse como una instancia en la cual se construyen y legitiman significados desde referentes culturales (*habitus*) y experienciales (ontológicos) particulares (Bernstein, 1993; Bourdieu y Passeron, 1998).

Forman parte de la educación tradicional conservadora, las perspectivas pedagógicas sustentadas en las ciencias del comportamiento y, en particular, del conductismo psicológico. Estas perspectivas tienen como propósito moldear la conducta de los educandos y el desarrollo de comportamientos, habilidades y destrezas para funcionar en el medio, como respuesta a las demandas sociales de una sociedad que se considera bien ordenada. Se basa en métodos de estímulo y respuesta, como preguntas blanco que guían al educando para llegar a metas educativas predefinidas. La evaluación está orientada a verificar el cambio de comportamiento en el educando, pues el conocimiento se concibe en términos de comportamiento: conocer es poder actuar material y verbalmente. El aprendizaje tiene sentido si hay un comportamiento observable (Álvarez y González, 1998; Not, 1983).

Aunque en esta perspectiva el sujeto tiene un papel más activo, en el sentido de responder a estímulos, el educando no tiene ninguna participación en la dirección de su proceso educativo. Esta perspectiva educativa se configuró como la base de la tecnología educativa, aquella centrada en objetivos precisos y métodos sofisticados y comprobables científicamente (desde la ciencia positivista) que supuestamente garantizan la obtención de los objetivos (Álvarez y González, 1998; Carr y Kemmis, 1988). Bajo esta orientación pedagógica se construyen

programas altamente programados diseñados por técnicos, que el educador debe seguir lo más ajustado al plan establecido para garantizar el éxito educativo.

Esta modalidad educativa ha recibido fuertes críticas porque asfixia la creatividad y el desarrollo de una conciencia crítica, pues se pretende ‘entrenar’ al sujeto, por esto Not (1983) la denomina ‘coactiva’. El reforzamiento como recompensa se produce cuando los actos del sujeto están conformes a los objetivos asignados desde el exterior. Se produce entonces un ‘amaestramiento’ que obstaculiza el desarrollo de la autonomía del pensamiento. Dado que se basa en un proceso de estímulo y respuesta, los reforzamientos (preguntas en blanco como estímulo) fragmentan los contenidos y afectan la construcción de una mirada de conjunto por parte del educando: se realizan actos en cadena sin necesidad de un punto de vista de totalidad. Se pierde el poder del error y de la reflexión como instancias de aprendizaje (Not, 1983).

Nos referiremos ahora a la *corriente renovadora-progresista* de la pedagogía. Desde el surgimiento de la pedagogía como reflexión teórica sobre la educación, con Comenio en el siglo XVII (Zuluaga, 2007), se han planteado propuestas alternativas o renovadoras como resultado de las críticas a la modalidad tradicional de la educación. Producto de estas críticas y de los desarrollos teóricos, va emergiendo una corriente pedagógica que se nutre de aportes como los de Rousseau, quien concibió al niño (educando) como eje del proceso educativo, que debería responder a sus intereses y a su deseo de aprender. Esta idea se fue consolidando con otras propuestas, como las de Montessori, respecto a momentos en el desarrollo del niño más propicios para ciertos aprendizajes, y la teoría del desarrollo evolutivo del conocimiento de Piaget y su aporte a una concepción constructivista de este, como resultado de la interacción entre el sujeto y el ambiente (Not, 1983; Ocampo, 1999).

Vygotski (citado en Mariño, 2000) amplió el constructivismo al ámbito cultural: el aprendizaje se da con el otro y, en este sentido, el educador funge como dinamizador del desarrollo intelectual y moral, relación que denominó ‘zona de desarrollo próximo’. De Dewey (citado en Peñaranda, Bastidas, Escobar, Torres y Arango, 2010) se recoge la idea de aprender a pensar y la importancia de reconocer la reflexión como base del aprendizaje. De ahí su insistencia de enmarcar el aprendizaje dentro de un proceso investigativo que se base en la identificación de problemas, la generación de hipótesis de solución y la comprobación o no de estas en la práctica.

Estos son algunos de los antecedentes de las denominadas ‘pedagogías activas’, o de la ‘escuela nueva’, cuyos objetivos educativos se dirigen a promover el desarrollo intelectual del educando y sus capacidades tanto para pensar como para intervenir en la sociedad con otros, con los cuales construye la realidad (Mejía, 2011; Not, 1983; Ocampo, 1999).

Este tipo de pedagogía supone una realidad y una sociedad en continuo progreso y evolución, por lo que requiere un sujeto activo para promover su desarrollo y progreso, por esto su carácter renovador y progresista. Corresponde a una educación centrada en el educando que tiene en cuenta sus necesidades y características, tanto sociales y culturales, como de desarrollo evolutivo. Los

contenidos, sin dejar de ser relevantes para el desarrollo intelectual y cognitivo, se conciben fundamentalmente como medios para el desarrollo de las capacidades intelectuales y cognitivas, para aprender a pensar y resolver los problemas de la vida cotidiana. Se priorizan los métodos que estimulen la creatividad y el desarrollo de la razón, como la exploración, la investigación y el descubrimiento. La evaluación deja de ser un instrumento de coacción y se orienta a comprender el desarrollo de las capacidades y del desarrollo intelectual; en este sentido, la evaluación se convierte en una instancia de aprendizaje. Se da énfasis a los indicadores que permitan reconocer las diferencias individuales, por lo que no se esperan resultados iguales para todos los educandos.

Aquí el educando tiene un papel activo, no solo en su proceso de aprendizaje, sino también en la estructuración de la propuesta pedagógica, dado que la educación debe elaborarse en función de sus necesidades y sus características. Por esto es una educación individualizada que tiene en cuenta la unidad del ser y promueve la autonomía del sujeto. El educador actúa como un dinamizador del aprendizaje del educando y también como un aprendiz, con lo que se recupera su posición activa y creativa, perdida en la tecnología educativa tradicional (Not, 1983; Ocampo, 1999).

Por su parte, como hemos visto, la corriente renovadora-progresista se configura con propuestas críticas a la corriente tradicional, que los pedagogos de la *corriente pedagógica crítica* recogen; su carácter crítico deviene de tres características centrales. La primera es el reconocimiento de la educación como práctica social o dispositivo (desde una perspectiva posestructuralista) que interviene en el mantenimiento del orden social y cultural imperante, y por esto, su carácter político. La segunda, hace referencia a una educación comprometida con la transformación de un orden social y cultural asumido como injusto, en el cual unos grupos o clases dominantes oprimen a otras, generándose unas condiciones sociales y culturales que limitan las oportunidades de los sujetos pertenecientes a los grupos subalternos, para “ser más”, para desarrollar sus capacidades y potencialidades, esto es, para humanizarse (Freire, 1975). La tercera, derivada de las dos anteriores, corresponde a la centralidad de la justicia en esta corriente pedagógica, pero bajo una concepción igualitarista que garantice las oportunidades para que todos los sujetos y los grupos humanos puedan vivir una vida digna, la vida que valora cada uno.

Esta corriente se ha venido configurando con los aportes teóricos del movimiento de la educación popular latinoamericana, en particular con las propuestas de Freire, y la aplicación de referentes europeos críticos marxistas y neomarxistas, como los de la Escuela de Frankfurt, que han tenido un connotado desarrollo en el ámbito anglosajón (Giroux, 2007), en especial con los trabajos de Giroux, McLaren, Kincheloe y Kemmis. Todas estas perspectivas teóricas tienen en común la crítica a un orden que se considera injusto e impuesto por el capitalismo (especialmente en este momento histórico de su radicalización como resultado del discurso neoliberal) y a la enajenación que ello supone para un sujeto oprimido. Esta crítica se ha ampliado a otras formas de opresión y discriminación más allá de las clases, como las ejercidas entre razas, etnias y

géneros, e incluso en relación con la violación de derechos humanos, como es el caso del acceso restrictivo a los servicios de salud⁴⁹. De ahí que el propósito de esta perspectiva educativa se dirige a la emancipación del sujeto y de los grupos sociales subalternos, lo cual implica la transformación del orden social, político y cultural imperante.

La *educación popular* se puede asumir como una de las vertientes de la pedagogía crítica. El análisis de esta vertiente servirá para abordar la manera como desde la corriente crítica se conciben sus métodos, los contenidos, las relaciones educador- educando y la evaluación, así como el sujeto y la sociedad.

La educación popular surge en la década de los cincuenta del siglo pasado como parte de los movimientos sociales y políticos que reivindicaron la lucha por unas condiciones de vida más justas (Mejía, 2013). Estas características le proveen una especial pertinencia para la ECSP, pues esta se lleva a cabo por fuera de la escuela. Se configura como una educación dialógica, problematizadora y liberadora. Dialógica en la medida que reconoce en el educando un sujeto inconcluso, activo y constructor de la sociedad y de la cultura. Para esto se precisa tomar al otro (educando) como contraparte, como *alter*, con quien construir el conocimiento de la realidad basado en los conocimientos y los referentes culturales de ambos, educando y educador. Por esto se requiere una relación más horizontal entre ellos, aceptando que se transforman en la interacción con el otro y en su trabajo conjunto hacia el cambio de la realidad social y política que configura las condiciones de opresión y alienación. De esta forma, el educador también funge como educando.

Corresponde a un diálogo problematizado, pues se acepta que tanto educando como educador poseen un referente simbólico y ontológico-experiencial que, por un lado, les permite comprender el mundo de una manera, y por el otro, se convierte en un ‘filtro’ que limita una comprensión más amplia y estructural de la realidad y sus determinaciones. Así que los conocimientos, los juicios de valor y las posiciones políticas no se aceptan acríticamente sino que se problematizan para fomentar una reflexión que posibilite a los sujetos tomar distancia de su situación existencial particular, para acceder a una comprensión más amplia y colectiva de las estructuras y las relaciones que condicionan su vida y la de los miembros del grupo humano al que pertenecen.

Se pretende el fortalecimiento de una conciencia crítica como resultado de una comprensión más amplia y estructural sobre la realidad, con una perspectiva totalizante enriquecida que les da un nuevo sentido a las situaciones existenciales. De esta manera, el acceso a una nueva forma de comprenderse a sí mismo y de comprender la realidad, en el marco de una visión más amplia, constituye un elemento que propicia las acciones individual y colectiva que se requieren para la transformación del sujeto y de la sociedad. En este sentido, es una educación liberadora: libera al sujeto de la inacción, de una comprensión limitada de su realidad y, por lo tanto, le facilita el acceso a nuevos conocimientos y disposiciones para la lucha por su emancipación individual y colectiva.

En este orden de ideas, el método de la educación popular es hermenéutico, dialéctico, participativo e investigativo. Es hermenéutico porque busca ampliar la

comprensión de la realidad como devenir histórico en el marco de condiciones sociales, culturales y políticas cambiantes, producto de la acción humana, al mismo tiempo que es condicionada por esa realidad. Es dialéctico porque de esta manera supera las dicotomías sujeto/sociedad, naturaleza/cultura, situación existencial/historia y educador/educando. Es participativo, pues un proceso dialógico y problematizador, como el planteado, solo puede lograrse bajo un escenario participativo e investigativo. Dado que la investigación constituye un medio especial para la construcción del conocimiento requerido para la comprensión de la realidad, en esta visión constructorista de la realidad—que busca el fortalecimiento de la conciencia crítica y, al mismo tiempo, de las capacidades intelectuales y la sensibilidad moral y política, investigación y educación constituyen las dos caras de una misma moneda (Freire, 1975). La investigación participativa es necesaria para que los educandos construyan, con los educadores, la propuesta pedagógica. Así que la construcción de los contenidos es el producto de un proceso participativo de investigación que Freire (1975) denomina ‘investigación temática’⁵⁰.

La evaluación también es un proceso participativo en el cual los indicadores se construyen de manera colectiva. Se busca que la evaluación constituya un escenario más de reflexión y construcción de conocimiento a partir de las experiencias y la práctica. Se orienta a comprender el proceso de investigación y de educación vivido, así como los resultados en cuanto a las transformaciones de orden individual, familiar y social, como producto de la experiencia pedagógica llevada a cabo. En síntesis, se analizan los aprendizajes logrados y su relación con dichas transformaciones.

EDUCACIÓN Y SALUD PÚBLICA: INTERSECCIÓN DE CAMPOS

La educación es una práctica social, como lo es la salud pública, que atañe a disciplinas y a profesiones. En nuestro medio, cuando hablamos de la disciplina que se ocupa de la educación, usamos el término pedagogía, así como en otros ámbitos se habla de ciencias de la educación (Runge, 2002). Como ya se ha mencionado, la pedagogía es polisémica, puesto que es resultado de diferentes corrientes pedagógicas y formas de concebir la educación. Igual sucede con la salud pública como disciplina.

Estas diversas corrientes y posiciones de las disciplinas se encuentran en tensión como consecuencia de la lucha de agentes e instituciones por la supremacía dentro de una estructura de distribución de poder, respecto al objeto disciplinar. Se configura así una trama de relaciones entre agentes e instituciones con diferentes grados de reconocimiento y prestigio académico y científico (capital simbólico) y, por lo tanto, en el marco de una estructura jerárquica, desde la cual se tiene mayor o menor capacidad de influencia y de poder para imponer discursos o regímenes de verdad, que Bourdieu (1998, 2003, 2008) denomina

‘campo’. En este sentido, podemos hablar del campo de la pedagogía y el campo de la salud pública. En cada uno de ellos se van consolidando disputas de orden teórico, epistemológico y político que agentes e instituciones encarnan. Siguiendo a Echeverri (citado en Zea, 2016), los campos se relacionan entre sí y en este relacionamiento se transforman mutuamente. Este relacionamiento se presenta especialmente cuando comparten objetos comunes, como la educación que es compartida por la pedagogía y la salud pública. Cuando esto sucede, se produce una ‘intersección de campos’, en la medida en que las categorías teóricas y la experiencia práctica de uno de los campos, en este caso la pedagogía, influencia la teoría y la práctica del otro, o sea, la salud pública. Esta intersección puede ser más o menos amplia, según las posibilidades o capacidades de sus agentes para adoptar una perspectiva transdisciplinar.

En este orden de ideas, es pertinente denominar a esta intersección ‘educación en el campo de la salud pública’ (ECSP). Se propone como una alternativa a la expresión ‘educación para la salud’, más difundida en la literatura académica actual, por dos razones: es más precisa y expresa de mejor manera la intersección de dos campos, lo que promueve una perspectiva transdisciplinar.

La expresión ‘educación para la salud’ es poco precisa desde el punto de vista teórico, epistemológico y político, por lo tanto, menos pertinente para la teoría y la práctica de la salud pública. Para referirse a la educación que se lleva a cabo en el marco de la salud pública, como disciplina y práctica profesional, se han utilizado diferentes denominaciones, tales como educación sanitaria y educación en salud. Algunas propuestas provenientes de la promoción de la salud (García, Sáez y Escarbajal, 2000) han buscado acuñar la denominación educación ‘para’ la salud, tratando de encontrar un concepto desde el cual tomar distancia respecto a la educación tradicional centrada ‘en’ las enfermedades. Según estos autores, habría que trascender la visión morbicéntrica, que la educación tradicionalmente ha tenido en el sector salud, para que responda a una visión acorde con los postulados de la promoción de la salud. Pero esta visión ‘amplia’ de la educación ‘para’ la salud tiene dos problemas: primero, es inespecífica, pues si se entiende la salud más allá de la enfermedad y se la relaciona con una vida plena y satisfactoria, como resultado de contar con las oportunidades para vivir la vida que se valora, la educación, como práctica social, se encontraría en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Toda la educación sería para la salud. Segundo, la preposición ‘para’ da un carácter instrumental a la educación, lo cual refuerza la condición que tradicionalmente se le ha dado a la educación en el sector salud.

Esta condición ha sido advertida por algunos de los mismos teóricos de la promoción de la salud. Nutbeam (2000) plantea que no es conveniente hablar de educación para la salud porque ‘competiría’ con la visión ‘amplia’ que debe mantenerse para el concepto de ‘promoción de la salud’. Por esto, ha propuesto retomar la expresión ‘alfabetización en salud’⁵¹, la cual ha tenido un importante auge en los países del norte.

Además, habría un problema adicional, pues la promoción de la salud no es un cuerpo teórico homogéneo; existen vertientes que constituyen alternativas a las perspectivas clásicas de la salud pública y otras no. Incluso, algunas de las

propuestas consideradas ‘progresistas’ poseen en su seno contradicciones epistemológicas y políticas, pues tratan de ‘darle gusto a todos’ y terminan enmarcadas en posiciones eclécticas (Carvalho, 2004). Más aún, algunos de sus críticos plantean que la promoción de la salud es un movimiento conservador que no logra desprenderse de la salud pública clásica (Peterson y Lupton, 1996).

Se puede estar de acuerdo o no con las críticas mencionadas, pero lo importante es mostrar la inconveniencia de vincular la educación en el campo de la salud pública a una concepción o vertiente de la salud pública (que en realidad son múltiples). En este sentido, la expresión ‘educación en el campo de la salud pública’ (ECSP) es más precisa por cuanto la liga al campo de la salud pública como disciplina y como profesión (así la ejerza una promotora de salud o un agente comunitario)⁵² y le define los límites con la educación como práctica social de la vida cotidiana. Permite también entender la intersección que hace la salud pública con el campo de la pedagogía como campo disciplinar y profesional, por ejemplo, en el ámbito de la escuela. Aquí los límites son necesarios para comprender las intersecciones particulares. Por otro lado, no lo enmarca en una concepción particular de la salud pública, lo que hace posible situarlo en un campo plural y complejo, en el cual se toman opciones.

Asumir la ECSP como intersección entre los campos de la pedagogía y de la salud pública, implica poner en ‘relación’⁵³ las categorías teóricas de las dos disciplinas. Estas relaciones pueden ser de sinergia o de contradicción, esto es, las corrientes pedagógicas actúan de manera sinérgica o contradictoria con las corrientes de salud pública. Así, la corriente pedagógica tradicional es sinérgica con la corriente clásica de la salud pública. En forma análoga, la corriente pedagógica crítica es sinérgica con la corriente crítica de la salud pública. Entonces, los relacionamientos contrarios entre la pedagogía tradicional y la salud pública crítica, así como los de la pedagogía crítica con la salud pública clásica, generan contradicciones. Esto es así porque no se hace educación en el campo de la salud pública en un vacío disciplinario. Por lo tanto, los debates epistemológicos, teóricos y políticos de la pedagogía requieren situarse o relacionarse con estos debates en el campo de la salud pública. Son comunes las contradicciones entre perspectivas de salud pública, supuestamente críticas, con concepciones y prácticas tradicionales de educación (Peñaranda *et al.*, 2010, 2014). Muchas de estas contradicciones se presentan, precisamente, porque se pasa por alto el análisis de la intersección de los campos.

En este orden de ideas, la corriente clásica de la salud pública, basada en una perspectiva positivista de la ciencia —coherente con una visión determinista del riesgo, que asigna la responsabilidad de la salud al sujeto y substrahe la del Estado y, por lo tanto, es funcional a la lógica de mercado neoliberal—, contribuye a mantener el orden socioeconómico y político imperante. Esta es una de las razones por las que las prácticas pedagógicas promovidas desde esta corriente de la salud pública corresponden a las de la corriente pedagógica tradicional⁵⁴.

En consecuencia, una perspectiva de la salud pública sustentada en posiciones críticas respecto a la ciencia, la sociedad, el sujeto y la salud, precisa de prácticas pedagógicas correspondientes a la corriente crítica de la pedagogía. Las

perspectivas críticas de la salud pública y de las prácticas pedagógicas necesitan coincidir y establecer sinergias en sus propósitos por promover la transformación de un orden socioeconómico y político injusto que limita las oportunidades a los sujetos para vivir la vida que valoran y para llevar a cabo su proceso de formación. En otras palabras, las perspectivas epistemológicas, teóricas y políticas de la salud pública y de las prácticas pedagógicas requieren realimentarse y reforzarse mutuamente en la transformación de las condiciones estructurales y singulares (propias del sujeto) que determinan la salud, entendida como vida⁵⁵ y no como el ‘descuento’ de la enfermedad⁵⁶ (Granda, 2008). En este sentido, en las propuestas críticas de la salud pública y de la pedagogía hay coincidencias en cuanto a la expresión de posiciones contrahegemónicas respecto al modelo civilizatorio impuesto por el neoliberalismo que, desde estas perspectivas, se concibe como injusto; por ello, también se encuentran en las visiones sobre la justicia.

Por consiguiente, para las perspectivas críticas de la salud pública y de la pedagogía, la justicia adquiere un papel central, pero corresponde a posiciones diferentes a las que sustenta la salud pública clásica, funcional al neoliberalismo y a su fundamentación utilitarista de la justicia. Se promueven, entonces, concepciones igualitaristas⁵⁷ de la justicia que garanticen las condiciones necesarias para que todos los sujetos cuenten con las oportunidades para vivir la vida que valoran. Entre esas condiciones, se requiere la garantía de la salud y la educación como derechos.

Por tanto, es necesario superar la concepción estratégica e instrumental de la ECSP. Plantear la educación como una estrategia implica la instrumentalización del educando, lo cual sería inaceptable desde el punto de vista ético. La acción educativa impositiva y coercitiva iría en contra de un educando concebido como sujeto moral, cuyos actos solo podrían considerarse éticos en tanto garantice su libertad, así la reconozcamos condicionada (Freire, 2004). La educación en general, y la ECSP en particular, requieren asumirse como derecho, el cual debe garantizarse para que el ser humano se construya a sí mismo en la medida que disponga de las capacidades, entendidas como oportunidades que sintetizan la tensión dialéctica entre sociedad y sujeto (Sen, 2010), para vivir la vida que valora. Asumir la ECSP como derecho está a la base de una perspectiva de la ética que toma al sujeto como fin en sí mismo (Tugendhat, 1997).

La pedagogía crítica y, en particular, la educación popular en el ámbito latinoamericano, han tenido una participación determinante en la configuración y en las trayectorias de los movimientos sociales en sus luchas por la defensa de los derechos vulnerados. En este sentido, la educación popular, además de enriquecer y fortalecer teórica y políticamente la salud colectiva y la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil (Vasconcelos, 2007), se constituye como una experiencia valiosa para la ECSP, pues ella ha surgido de los movimientos sociales y de las actividades educativas por fuera del aula, esto es, por fuera de la educación formal, lo cual es común a lo que ocurre en el sistema de salud.

La educación popular, como propuesta pedagógica orientada hacia la emancipación de los sujetos y los grupos subalternos, se funda en la

problematización, la investigación y el diálogo de saberes; pretende el fortalecimiento de una conciencia crítica, indispensable para pasar de una posición pasiva hacia la acción transformadora requerida para luchar por mejores oportunidades de vivir una vida más saludable.

CORRIENTES DE LA EDUCACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA

En nuestro medio son comunes las acciones de ECSP con una pobre fundamentación teórica, como ha sido expuesto anteriormente. Esto no significa la inexistencia de referentes teóricos; de hecho, hay un rico desarrollo teórico, en especial, en la tradición anglosajona. Por esta razón, en este apartado se aborda el análisis pedagógico de los principales sustentos teóricos que se han utilizado para fundamentar conceptualmente las prácticas educativas en el campo de la salud pública.

Para rastrear estos referentes teóricos, es necesario analizar las producciones generadas en varias tradiciones, que consolidan diversas orientaciones, énfasis y significados. Así que, no solo encontramos el uso de distintos términos y conceptos por parte de los investigadores, sino que para cada uno de ellos pueden variar de significado. Naturalmente, estas divergencias son el resultado de diferentes posiciones respecto a la educación y la salud, lo que, a su vez, refleja las concepciones sobre el sujeto (educando y educador), la realidad, la sociedad y la ciencia. En este apartado se abordan solo tres tradiciones: anglosajona, alemana y latinoamericana.

La tradición anglosajona

La tradición anglosajona tiene dos grandes tendencias: una tradicional y otra crítica. La primera corresponde a la modalidad educativa dominante, puesto que ha surgido con la salud pública clásica, como ya fue expuesto. Es una educación dirigida a difundir el conocimiento biomédico y, en especial, el cambio de los comportamientos humanos considerados riesgosos o perjudiciales desde el conocimiento biomédico. Por lo tanto, los sustentos teóricos correspondientes a esta tendencia se han tomado de las ciencias de la conducta, en particular, de la psicología, la sociología y la antropología (Greene y Simons-Morton, 1988).

Se plantean tres ámbitos de intervención para el cambio de comportamiento: individual, interpersonal y comunitario. En el ámbito individual, Breinbauer y Maddaleno (2005) incluyen siete propuestas: modelo de las creencias en salud, la teoría de la acción razonada, la teoría del comportamiento planificado, el modelo transteórico del cambio, la teoría de la fijación de objetivos, la teoría de la autorregulación y la teoría sobre los rasgos de la personalidad. En el ámbito interpersonal se destacan dos propuestas: la teoría social cognitiva y la teoría de las redes sociales y de soporte social. En el ámbito comunitario se resaltan los

siguientes desarrollos teóricos: la teoría de la difusión de innovaciones, la comunicación para el cambio de comportamientos y la teoría del mercadeo social (Breinbauer y Maddaleno, 2005; Glanz, Rimer y Viswanath, 2008).

Los desarrollos teóricos que sustentan esta tendencia de la tradición anglosajona, generalmente se encuentran enmarcados por perspectivas positivistas de la ciencia que poseen una lógica causalista y determinista. Responden a una concepción de la realidad dicotómica, en la que se presenta una realidad externa al sujeto y supone una dualidad objeto/sujeto (cultura/sujeto, sociedad/sujeto, naturaleza/cultura, salud/enfermedad). Sintonizan con una visión funcionalista de la sociedad, desde la cual, las conductas consideradas ‘desviadas’ requieren corregirse para mantener una sociedad que, en principio, es ordenada y funcional.

A esta tradición corresponde una concepción de salud entendida como ‘descuento’ de la enfermedad (Granda, 2008), que se concibe como una anomalía producida, en gran medida, por un comportamiento inadecuado del sujeto. Así, en última instancia, el principal responsable de la salud es el sujeto, con lo cual se soslayan las condiciones históricas, sociales y culturales de la salud, las cuales se asumen dentro del discurso de riesgo de manera reduccionista como variables o factores considerados neutrales. Es una visión de salud producto del modelo biomédico funcional al neoliberalismo, que le atribuye la responsabilidad de la salud al sujeto y substrahe la del Estado (Menéndez, 1998).

En cuanto a la concepción de educación, la tradición anglosajona se sustenta en una modalidad tradicional con métodos instruccionales y coactivos bajo relaciones verticales y autoritarias, desde las cuales el educador ejerce un papel activo, y el educando, uno pasivo, pues se lo considera ignorante, porque se supone que no posee el conocimiento biomédico que es el ‘verdadero’.

Sus prácticas pedagógicas siguen un riguroso proceso de planeación y evaluación, teniendo en cuenta las orientaciones de la tecnología educativa, lo cual ha llevado a la elaboración de una serie de modelos de planeación y evaluación. El más conocido de ellos es el *precede-proceed* (preceder-proceder, en español), acrónimo de predisposición, refuerzo, causas facilitadoras (aquellas que se pueden modificar), diagnóstico educativo y evaluación (García, Owen y Flórez-Alarcón, 2005).

Estas teorías, y las prácticas pedagógicas que sustentan, han recibido críticas provenientes de la misma tradición anglosajona. Una de estas es que se ‘culpabiliza’ a la víctima al responsabilizar al sujeto de su salud y soslayar la determinación social de los comportamientos individuales y de la salud (Menéndez, 1998). Algunos autores anglosajones, como Piper y Brown (1998) y Tones (2002), piensan que el adoctrinamiento y la persuasión no son aceptables desde el punto de vista ético. La tradición latinoamericana plantea que los agentes de la institución salud, situados en esta tendencia de la ECSP, tienen dificultad para comprender la realidad del educando y, por tanto, las limitaciones para tomar en cuenta sus intereses y necesidades (Figueiredo *et al.*, 2010). Por su parte, Pereira (2003) critica la falta de problematización de la realidad (no contribuyen a develar la realidad social opresora), la tendencia a adoptar información científica-tecnológica y modelos de pensamiento de países desarrollados de manera

indiscriminada y sin crítica, así como la promoción del individualismo, que se da como resultado de la implementación de estas modalidades de ECSP.

En el marco de estas controversias, a partir de las propuestas de Michael O'Neil en la década de los ochenta del siglo pasado, autores como Tones, Salleras y Serrano, propusieron una mirada crítica de la ECSP. Basados en perspectivas críticas de la salud pública anglosajona, producto de los trabajos de salubristas como Navarro, Waitzkin, Waterman, Krauze, Brown, Illich, Margo y Cohen, recogieron sus cuestionamientos respecto a la ciencia positiva que sustenta la salud pública clásica y a la concepción biomédica de la salud, para plantear la necesidad de reconocer la determinación social, cultural y ecológica de esta y, en particular, de los comportamientos que la afectan.

Se asumió, entonces, una perspectiva social y colectiva de la salud, desde la cual se rechazó la visión individualista que responsabilizaba al sujeto. Se planteó que la educación dirigida al sujeto era un fracaso y, además, injusta. Era un fracaso por dos razones: en primera instancia, porque, dado que no era el sujeto el responsable de las condiciones de la salud, sino las condiciones estructurales (socioeconómicas, culturales, políticas y ecológicas), las intervenciones deberían ser fundamentalmente de carácter ambiental y político (Salleras, 1985), dirigidas a la transformación de un orden social injusto que mantendrían dichas condiciones. En segunda instancia, porque la salud, al igual que los recursos, está desigualmente distribuida; esto es, que las medidas (recomendaciones) tienen una aplicación diferencial según las condiciones socioeconómicas de los sujetos. Es decir, aquellos sujetos con mejores condiciones socioeconómicas tienen mayores oportunidades para aplicar las medidas prescritas por los agentes de salud con un carácter individual. De esta manera, se termina ampliando la inequidad en salud (Salleras, 1985). Como puede observarse, esta no es una posición neutral, por lo que la justicia social se erige como uno de los ejes centrales de esta tendencia de la ECSP.

Estos autores se vieron influenciados, en relación con la concepción de educación, por las propuestas de la pedagogía crítica, en particular por los trabajos de Paulo Freire. Dado que en la tradición latinoamericana la influencia de Freire ha sido más amplia, sus principios pedagógicos se describirán más adelante.

Serrano (1990) construye tres modelos para analizar la ECSP, que se basan en cuatro categorías: (i) los objetivos educativos, (ii) el análisis de la realidad o diagnóstico de la situación (necesidades y demandas que busca resolver, lo que requiere considerar la cultura), (iii) la orientación metodológica, que implica una dimensión antropológica (la libertad y la autonomía), y (iv) la concepción de salud. Son tres modelos bien definidos con diferencias nítidas en cada una de las cuatro categorías: (i) informativo, (ii) persuasivo-motivacional y (iii) político-económico-ecológico. Los primeros dos forman parte de lo que Salleras (1985) entiende como perspectivas tradicionales y el tercero corresponde a la perspectiva crítica.

Así mismo, Serrano (1990) propone un cuarto modelo, denominado 'participación y compromiso', con el cual pretende reunir las contribuciones valiosas de cada uno de los tres modelos descritos por ella. Recibiendo una

importante influencia de los aportes pedagógicos de la educación popular y del modelo político-económico-ecológico, formula un método globalizador que integra las dimensiones biológicas, conductuales y culturales.

La tradición alemana

La tradición alemana ha tenido una importante influencia en los desarrollos teóricos de la pedagogía, especialmente en Europa. Tiene una orientación epistemológica debido a la influencia de la filosofía, por lo cual, en esta tradición el concepto de ‘ciencias de la educación’ toma el lugar que en nuestro medio ha adquirido la pedagogía. A partir de los desarrollos epistemológicos provenientes de la Escuela de Frankfurt, en particular, las propuestas de Habermas, se proponen tres paradigmas: (i) la ciencia empírica de la educación, (ii) la pedagogía de las ciencias del espíritu (o pedagogía humanista), y (iii) la ciencia crítica de la educación (Wulf, 2002).

Sánchez, Ramos y Marset (2000), siguiendo los postulados de la tradición alemana de las ciencias de la educación, proponen a su vez tres paradigmas, en los cuales sitúan los desarrollos teóricos de la ECSP: el tecnológico, el hermenéutico y el crítico. Conciben un proceso evolutivo en el cual ellos observan tres corrientes, como respuesta a los cambios sociopolíticos, la evolución de la nosología y los cambios en los factores de riesgo.

El paradigma tecnológico da origen a una educación tecnocrática, positivista o hipotético-deductiva, que da lugar a dos generaciones. La primera, en términos cronológicos, corresponde a una educación ‘informativa y prescriptiva’, y la segunda, que aparece posteriormente, corresponde a la educación comportamental basada en el conductismo. Para ellos, distinto a lo que ocurre en la tradición alemana de las ciencias de la educación, el paradigma hermenéutico no origina, como tal, una nueva generación de ECSP. El tercer paradigma, que configura una mirada crítica de la ciencia en los términos de la Escuela de Frankfurt, da lugar a una tercera generación de ECSP participativa, crítica y emancipadora, que constituye el último peldaño del proceso evolutivo.

Como puede observarse, esta propuesta guarda cierta similitud con la de Serrano (1990), pero difiere en la primacía que Sánchez *et al.* (2000) dan al análisis epistemológico. Estos autores, al igual que Serrano (1990), suponen la existencia paralela de los tres paradigmas, lo que genera conflictos y tensiones. Para resolver esta condición, los autores plantean la complementariedad de los paradigmas, a la manera como se aplicarían diferentes paradigmas según la particularidad de los objetos de investigación; es decir, algunos problemas o necesidades educativas requieren un abordaje cuantitativo o tecnológico-positivista, y otros, un abordaje crítico.

La tradición latinoamericana

La tradición latinoamericana ha recibido una influencia poderosa de la salud pública clásica y, por lo tanto, de una educación de corte tradicional orientada hacia el cambio de los comportamientos.

Sin embargo, desde la década de los sesenta del siglo pasado, ha surgido un movimiento político, teórico y epistemológico alternativo de la salud pública con varias vertientes, entre ellas la *medicina social latinoamericana* y la *educación colectiva*. Propende por la transformación de una realidad sociopolítica inequitativa asociada a un orden hegemónico capitalista, determinante de las condiciones de salud de las poblaciones, el cual, además, no es sustentable desde el punto de vista ambiental (Almeida y Paim, 1999; Breilh, 2010; Sousa-Campos, 2009; Granda, 2008). Este movimiento y, en especial, la salud colectiva, así como la conformación del SUS en Brasil, han tenido una importante influencia de la educación popular, entendida también como movimiento social (Vasconcelos, 2010).

Aunque en la tradición latinoamericana de la ECSP se presentan múltiples formas de analizar y clasificar las tendencias, todas ellas guardan como punto de referencia la educación popular. Es común en esta tradición la distinción entre dos grandes ‘modelos’, uno tradicional y otro que recibe diferentes denominaciones, entre ellas las de crítico, dialógico o problematizador, todas referidas a las propuestas originadas en la educación popular como modelo alternativo (Dias-Vila y Carvalho-Vila, 2007; Díaz, 2012; Figueiredo *et al.*, 2010; Salci *et al.*, 2013). Es usual también que los investigadores sitúen este modelo dentro de los movimientos alternativos (críticos) de salud pública de origen latinoamericano, lo cual guarda relación con la forma como los educadores contestatarios de la tradición anglosajona sitúan las propuestas alternativas de la ECSP al interior de tendencias críticas de la salud pública anglosajona.

Otros autores, como Stotz (2007), plantean cinco enfoques que tienen en cuenta, no solo el análisis pedagógico, sino también la concepción de salud y su inserción en las políticas de salud pública de Brasil:

1. **Preventivo**, que corresponde a lo que otros denominan modelo tradicional, el cual sirve para ejercer control, y en este sentido, desconoce al paciente (educando) como sujeto.
2. **De escuela informada**, basado en la elección informada respecto a los riesgos de salud, la cual requiere una comprensión genuina de la situación de salud.
3. **De desarrollo personal**, dirigido a promover las potencialidades y las destrezas del individuo para controlar su propia vida.
4. **Radical**, que provee una mirada alterna como fruto de los cuestionamientos a los tres enfoques anteriores que responsabilizan al sujeto por su salud, por lo que la acción debe dirigirse a la transformación social y económica, y, en particular, al ámbito de las políticas. Para Stotz (2007), este enfoque termina desconociendo la dimensión singular de los problemas de la salud y no resuelve la dialéctica sujeto-sociedad respecto a la salud.
5. **De educación popular y salud**, que supera la dicotomía sujeto-sociedad desde una perspectiva dialéctica.

Por su parte, Pereira (2003), haciendo un análisis eminentemente pedagógico, considera la existencia de cuatro tendencias: tradicional, por condicionamiento, renovada y crítica. Para esta autora, la pedagogía crítica es una alternativa a la educación tradicional, a la educación por condicionamiento y a la pedagogía

renovada, que no es realmente liberadora, pues no está orientada a develar la realidad social opresora.

A pesar de las diferencias en conceptos, términos y propuestas para el análisis de la ECSP, los autores mencionados coinciden en la existencia simultánea de los modelos, enfoques o tendencias, y en la pretensión de promover perspectivas críticas basadas en la educación popular. Igualmente, reconocen el dominio de la educación tradicional a pesar de las intenciones por impulsar propuestas alternativas (Pereira, 2003), debido a la dificultad de pasar de la teoría a la práctica (Figueiredo *et al.*, 2010; Gazzinelli, Gazzinelli, Reis y Penna, 2005), lo que requiere, entre otras cosas, la transformación del educador (Salci *et al.*, 2013). Para algunos de ellos, esta coexistencia es perjudicial porque lleva a la ‘mezcla’ de las tendencias, con lo que se pierde la capacidad transformadora de la tendencia crítica (Pereira, 2003); para otros, en cambio, los modelos pueden ser complementarios (Figueiredo *et al.*, 2010).

Dos corrientes de la educación en el campo de la salud pública

Existe una importante diversidad en la forma como los investigadores entienden la ECSP y la analizan. Asimismo, se identifica la ocurrencia simultánea de generaciones, modelos, tendencias o enfoques que compiten entre sí, puesto que representan posiciones políticas, teóricas y epistemológicas diferentes hacia la educación (como pedagogía), la salud y la salud pública. En la práctica pedagógica, estos modelos, generaciones, enfoques y tendencias no se presentan bien discriminados, sino más bien como ‘híbridos’ (Peñaranda *et al.*, 2014; Peñaranda, López y Molina, 2017; Pereira, 2003). Más aún, lo común es que las prácticas pedagógicas se lleven a cabo con una pobre fundamentación teórica y, en gran medida, implícita (Alzate, 2006; Díaz *et al.*, 2010; Peñaranda *et al.*, 2015, 2017). Esto quiere decir que es frecuente encontrar experiencias educativas para las cuales se plantean posiciones críticas en relación con las concepciones de la salud, la salud pública y la educación, pero sus prácticas pedagógicas responden a una modalidad tradicional (Gallego, Peñaranda y Molina, 2015; Peñaranda *et al.*, 2010).

Estas ‘aparentes’ contradicciones pueden significar una situación más compleja que las referidas anteriormente en cuanto a las dificultades para pasar de la teoría a la práctica, para la transformación de los educadores, o para solucionar la débil formación pedagógica de los educadores. Puede ser que las intenciones de transformación terminen siendo ‘absorbidas’ por la modalidad pedagógica tradicional, de manera que se adoptan formas diferentes de nombrar los términos para continuar con las mismas prácticas pedagógicas (Peñaranda *et al.*, 2010). La vigencia del modelo biomédico y del discurso de riesgos funcionales a la salud pública clásica opera de manera poderosa para mantener la modalidad educativa que esta corriente de salud pública requiere, en concordancia con un orden socioeconómico y político imperante que la sostiene (Leahy, 2014; Peterson y Lupton, 1996).

Así que la idea de enfoques, modelos, tendencias o generaciones bien discriminados de ECSP que evolucionan hacia uno ‘más pertinente’, o que pueden complementarse o integrarse según las necesidades de educación, oscurece una realidad diversa, plural y conflictiva, en el marco de una lucha entre visiones en competencia sobre la educación, la salud, la salud pública y, en general, sobre la realidad, la ciencia, la sociedad y el sujeto. Por esto, el concepto de campo es útil para comprender la educación que se lleva a cabo en la salud pública.

En este sentido, no es posible analizar la teoría de la ECSP sin considerar su práctica, y a su vez, estas no pueden abordarse por fuera de la teoría y la práctica de la salud pública, como ya se ha mencionado. Por esta razón, para hablar de corrientes de la ECSP, se debe hacer en el mismo sentido que se habla de la salud pública. El concepto de ‘corriente’ remite a las condiciones históricas, sociales, políticas y culturales en las cuales emergen los diferentes discursos de la educación en el campo de la salud pública, lo cual significa abordar la educación y las prácticas pedagógicas en el marco de las fuerzas sociales que las determinan. En este sentido, la corriente agrupa una serie de vertientes de la ECSP que, aunque pueden albergar algunas diferencias teórico-metodológicas, comparten un conjunto de rasgos epistemológicos, pedagógicos y políticos que les dan una identidad. Estas vertientes de la ECSP se pueden agrupar en dos corrientes: tradicional-coactiva y crítica.

La corriente tradicional-coactiva acompaña el surgimiento de la salud pública clásica y corresponde a una modalidad tradicional de la educación que se perpetúa por medio de la educación formal (básica y superior), a la cual se encuentran expuestos los agentes de salud, en la medida que se reproduce al ‘mínimo coste’, según Bourdieu y Passeron (1998). Constituye una perspectiva pedagógica coherente con una orientación impositiva propia del modelo biomédico. En esta corriente se agrupan las diferentes aproximaciones teóricas provenientes de la tradición anglosajona tradicional, cuyos rasgos principales ya fueron expuestos.

La corriente crítica de la ECSP surge con las propuestas críticas de la salud pública, tanto en el ámbito anglosajón como en el latinoamericano, que recogen los desarrollos teóricos y políticos de la pedagogía crítica, la cual incluye la educación popular. Busca la superación del modelo biomédico para la comprensión de la salud, acogiendo las perspectivas de la determinación social que la conciben desde una perspectiva dialéctica sujeto-sociedad. Con ello, por un lado, se ‘desculpabiliza’ al sujeto, y por el otro, se lo reivindica como constructor de la realidad, la vida y, por ende, la salud.

Salud pública y educación tienen como eje la justicia social y la necesidad de transformar un orden socioeconómico injusto generador de las inequidades en la situación de salud. Igualmente, coinciden salud pública y educación en perspectivas críticas sobre la ciencia, desde las cuales se rescata el conocimiento popular en el marco de un proceso dialógico, problematizador y de investigación participativa, pues la investigación, como instrumento para la construcción de conocimiento y comprensión de la realidad, también debe estar en las manos del educando (Freire, 1975). En consecuencia, se incluyen en esta corriente las propuestas críticas radicales de la ECSP provenientes de la tradición anglosajona,

como también las de la educación popular en salud.

EDUCACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LA PRÁCTICA

En este apartado se presentan algunas reflexiones en tres ámbitos de la práctica en ECSP: (i) el diseño de propuestas pedagógicas, (ii) la investigación y (iii) la formación del talento humano. El propósito es recoger los desarrollos teóricos expuestos en los apartados anteriores para fortalecer la práctica en la ECSP.

La propuesta pedagógica

Cabe aclarar que se habla de una propuesta pedagógica y no educativa, precisamente para resaltar su fundamentación pedagógica. En este sentido, constituye una instancia que busca articular la teoría y la práctica a la luz, no solo de una reflexión pedagógica, sino también de la teoría de la ECSP. En este apartado se presenta la manera de hacer esta fundamentación teórica, la cual requiere explicitar los supuestos pedagógicos y teóricos, y la forma como se expresan en un método. De este modo, la propuesta pedagógica se debe convertir en un insumo que permita avanzar hacia la coherencia explícita entre los principios teóricos y la práctica. Lo que se propone no es un derrotero a manera de guía, más bien constituye un esfuerzo por consignar una experiencia de la reflexión teórica sobre la práctica.

En este orden de ideas, se identifican los siguientes diez componentes de una propuesta pedagógica en el campo de la salud pública: (i) necesidades educativas y su problematización, (ii) antecedentes desde una perspectiva de la educación en el campo de la salud pública, (iii) el escenario, los sujetos y sus condiciones, (iv) justificación, (v) fundamentación teórica, (vi) objetivos, (vii) concepciones respecto al educando, el educador y sus relaciones, (viii) contenidos, (ix) método, y (x) evaluación.

Las necesidades educativas y su problematización

La propuesta pedagógica debe responder a una necesidad educativa que se concreta en un tema o un objeto educativo. Este puede ser el producto de un acuerdo con los futuros educandos, pero también en respuesta a una intención institucional como un punto de entrada al campo. La necesidad educativa requiere ser sustentada teóricamente, lo que implica situarla dentro de los debates y discusiones conceptuales que permiten su comprensión desde una perspectiva amplia y estructural. Se plantea, así, como una construcción teórica, fruto de una problematización teórica, epistemológica y política coherente con las posiciones asumidas respecto a la ECSP y la salud pública.

Antecedentes desde una perspectiva de la educación en el campo de la

salud pública

La elaboración de un estado del arte sobre programas y experiencias educativas relacionadas con la necesidad educativa, tanto en el ámbito de la salud pública como en otros ámbitos disciplinares, es fundamental para ampliar la comprensión del fenómeno pedagógico implicado en el abordaje de la necesidad educativa y construir una perspectiva crítica.

Para el análisis de las experiencias educativas se deben considerar las siguientes categorías: (i) la corriente de salud pública en la que se sitúa; (ii) la corriente en ECSP con la que se podría asociar, identificando los propósitos, los principios pedagógicos y su relación con la justicia social; (iii) los escenarios (contexto) donde se realiza; (iv) los sujetos, su participación y sus relaciones; (v) los contenidos, la forma en que se seleccionan (construyen), su secuencia, su articulación y su relación con los objetivos y la orientación pedagógica; (vi) el método y su coherencia con los principios pedagógicos; (vii) los tiempos para la implementación; y (viii) la evaluación, teniendo en cuenta sus supuestos teóricos, sus fines, sus criterios de evaluación y los resultados (logros y limitaciones).

El escenario, los sujetos y sus condiciones

Es muy importante analizar las condiciones socioculturales de los educandos que participarán para lo cual se precisan, tanto una indagación de fuentes primarias, como visitas al campo para tener un contacto preliminar con los futuros participantes, así como con las organizaciones y las instituciones con responsabilidades respecto a la necesidad educativa. Se va configurando así la emergencia de un educando como sujeto situado histórica, social y culturalmente.

Justificación

Se debe elaborar una justificación que sustente cómo la propuesta constituye una opción legítima desde el punto de vista pedagógico, teórico, epistemológico, político y ético, para resolver la necesidad educativa en el marco de una determinada opción, respecto a la ECSP y la salud pública.

Fundamentación teórica

La fundamentación teórica, política y ética de la propuesta pedagógica implica la presentación de las posiciones asumidas referentes a la salud pública y a la educación, analizando la forma como estas se integran. Con respecto a la perspectiva de salud pública asumida, se sugiere explicitar y explicar la vertiente (por ejemplo, la vertiente particular de salud colectiva⁵⁸) y su respectiva corriente (en este caso, salud pública crítica), desde sus fundamentos teóricos, epistemológicos, éticos y políticos, para situarla en el marco de los debates del campo disciplinar.

En cuanto a la fundamentación pedagógica, es necesario abordar los debates en el campo de la pedagogía, identificando las corrientes y los principios pedagógicos. De esta manera, se puede sustentar la perspectiva de la ECSP propuesta, teniendo en cuenta, por un lado, sus referentes pedagógicos, y por el

otro, su relación con la corriente y la vertiente de salud pública asumidas. El análisis pedagógico debe trascender el escenario educativo para abordar las fuerzas sociales y las relaciones de poder que afectan las prácticas pedagógicas desde un punto de vista estructural, ético y político.

Objetivos

Los objetivos se deben elaborar de tal manera que se evidencie la coherencia, por un lado, entre las posiciones asumidas respecto de la salud pública y la ECSP, y por el otro, con el análisis y problematización de la necesidad educativa. Los objetivos integran la temática (necesidad educativa), la salud pública y la educación, en torno a unos fines concretos que incluyen aprendizajes, pero también transformación de los sujetos, de la comunidad y avances en relación con la teoría y la práctica de la salud pública.

Concepciones respecto al educando, el educador y sus relaciones

Se sugiere presentar las concepciones sobre los actores —educando y educador—, su papel en el proceso educativo, sus responsabilidades y la manera como se relacionan para la construcción conjunta del conocimiento. Esto implica analizar cómo circula el poder y la participación de los actores en el desarrollo de la propuesta pedagógica y la forma como ello guarda relación con el método propuesto.

Contenidos

Se requiere presentar el modo como se identifican y construyen los contenidos, y cómo se articulan didácticamente para el logro de los fines propuestos que incluyen, no solo los aprendizajes, sino también la transformación de los sujetos y su realidad social y cultural. Esto implica precisar la secuencia y los tiempos para su desarrollo.

Método

Se debe plantear el método como una construcción teórica en respuesta a los supuestos pedagógicos asumidos y a la fundamentación teórica respecto a la ECSP y a la salud pública, haciendo evidente la coherencia epistemológica, política y ética entre estas tres dimensiones. Así, la descripción del método trasciende la exposición de técnicas y materiales.

Evaluación

La evaluación debe fundamentarse teóricamente, lo cual implica situarla en el marco de los debates teóricos, políticos y éticos de esta, con sus respectivas corrientes y vertientes. Dichos debates habrá que situarlos en el marco de los debates pedagógicos y en salud pública, de tal manera que se justifique la coherencia con el tipo (vertiente) de evaluación asumida. La evaluación requiere dar cuenta no solo de los resultados (productos e impactos), sino también de los

procesos, lo cual implica definir los criterios de evaluación, indicando la manera como estos se han construido. Igualmente, es importante describir la forma como los actores participan en el proceso de evaluación y su utilización como espacio de aprendizaje.

La investigación

La investigación en la ECSP se ha dirigido fundamentalmente hacia la evaluación y, en especial, hacia la evaluación de impacto, en términos de aprendizaje y cambio de comportamiento; lo que Scriven (1967) denominó ‘evaluación sumativa’. Son menos frecuentes las evaluaciones orientadas a comprender los procesos, o sea, para analizar las prácticas pedagógicas, o como las llama Scriven (citado en Peñaranda *et al.*, 2010), evaluaciones formativas. En el ámbito latinoamericano se viene realizando, cada vez con mayor frecuencia, la sistematización de experiencias como alternativa investigativa en este campo (López *et al.*, 2018).

También ha venido ganando auge el uso de otros métodos provenientes de las ciencias sociales, tales como la etnografía, la investigación acción y la investigación narrativa, entre otras. La investigación en la ECSP debe acoger con mayor fuerza las experiencias en investigación de las ciencias sociales y, en particular, de la pedagogía, más allá de la influencia que tradicionalmente han ejercido las ciencias del comportamiento.

Para el análisis de experiencias educativas, sean sistematizaciones o evaluaciones, se propone tener en cuenta, entre otras, las siguientes categorías analíticas: (i) las críticas planteadas para sustentar la propuesta educativa, (ii) la concepción de educación, (iii) la concepción de salud, (iv) la concepción de educación en el campo de la salud pública, (v) la fundamentación teórica y pedagógica, (vi) los propósitos educativos, (vii) los contenidos (articulación, secuencia y tiempos), (viii) el escenario, (ix) el método (modalidad educativa), (x) los sujetos y sus relaciones (concepciones de educando y educador), (xi) la evaluación (tipo de evaluación e indicadores), (xii) los resultados, (xiii) los problemas y las propuestas de solución, y (xiv) las referencias bibliográficas.

En relación con la bibliografía referenciada, es común que estas se centren en los aspectos biomédicos, pero usualmente son pobres las referencias relativas al fenómeno pedagógico propiamente dicho. Desde un punto de vista transdisciplinar, es importante identificar el uso o no de referencias provenientes de las ciencias sociales y, en particular, de la pedagogía.

Una aproximación investigativa valiosa es la investigación acción, a partir de la cual el diseño, la ejecución y la evaluación de un proyecto pedagógico se convierte en un proyecto investigativo. Siguiendo a Freire (1975), la investigación y la educación se convierten en las dos caras de una misma moneda. Se trata de investigar, con los educandos, su realidad para que la puedan comprender de una forma más amplia, e identificar así, aquellas condiciones de orden socioeconómico y político (estructurales) que limitan sus oportunidades de ‘ser más’, de vivir la vida que valoran (Sen, 2010).

En consecuencia, el proceso investigativo es, en sí mismo, educativo, pues de esta forma permite acceder a una nueva comprensión de la realidad que presente rutas para avanzar hacia la superación de las ‘situaciones límite’ en la construcción de ‘inéditos viables’ (Freire, 1975). Es una investigación participativa en la cual los educandos se involucran en la definición de los contenidos (temas generadores) de la propuesta pedagógica. Pero no es una consulta sobre sus necesidades, es el producto de un proceso de problematización de su cotidianidad que les permite, a los educandos y a los educadores, la construcción conjunta de los contenidos, una vez han logrado una comprensión más crítica de la realidad.

La formación del talento humano

La formación del talento humano de las disciplinas del área de la salud en la ECSP ha sido pobre en nuestro medio, como se mencionó anteriormente. Esta situación requiere revertirse y para esto se precisa, no solo aumentar los contenidos y los tiempos destinados a la ECSP, sino un cambio de orientación. En la medida que la ECSP deje de verse como un instrumento, reducido a una serie de técnicas y estrategias, para concebirse como derecho y un elemento estructural de la teoría y la práctica de la salud pública, la manera como se plantea su enseñanza se transforma.

¿Cuáles deben ser los propósitos del componente curricular de la ECSP?

La formación del profesional del área de la salud debe dirigirse hacia la construcción de una visión crítica de la ECSP que le permita orientar su acción educativa desde una perspectiva teórico-práctica más comprensiva y estructural. Asimismo, debe desarrollar sus competencias para diseñar, implementar y ejecutar una propuesta pedagógica con una fundamentación teórico-pedagógica sólida que lo habilite para llevar a cabo una práctica reflexiva y coherente desde el punto de vista teórico, epistemológico, político y ético. En este orden de ideas, para un programa de formación en ECSP, que recoja los contenidos presentados en este capítulo, se deben tener en cuenta los siguientes objetivos:

- Socializar las experiencias y los conocimientos de los participantes respecto a la educación en el campo de la salud pública.
- Analizar la situación de la ECSP en los servicios de salud y en los programas de formación superior de los profesionales de la salud, así como de la investigación que se lleva a cabo en este campo, para construir un punto de partida que permita avizorar rutas de acción para su fortalecimiento.
- Debatir sobre el papel de la educación en las políticas de salud pública a partir de una mirada histórica y pedagógica.
- Situar la historia de la educación en el campo de la salud pública en contextos socioculturales, políticos y pedagógicos en movimiento.
- Analizar las corrientes de la salud pública desde sus fundamentos epistemológicos, teóricos y políticos, teniendo en cuenta las posiciones hacia la justicia, como requisito para situar el debate sobre la ECSP.

- Discutir sobre el papel de la educación en la producción y reproducción de la sociedad, para comprender la violencia y el control simbólico que se dan en el ejercicio de la ECSP.
- Analizar las fuerzas sociales que afectan las prácticas pedagógicas en la ECSP, lo que amerita un análisis estructural más allá del escenario educativo.
- Debatir acerca de los rasgos políticos, teóricos, epistemológicos y éticos del discurso biomédico y la manera de configurarse como una fuerza de control simbólico que condiciona (afecta) las prácticas de la ECSP.
- Identificar las repercusiones que tiene para la ECSP asumir la educación como derecho fundamental de los seres humanos, en respuesta a una concepción salud —como florecimiento humano y como vida—, que busca trascender la concepción biomédica de esta.
- Discutir sobre los conceptos básicos de la pedagogía y las corrientes pedagógicas como fundamento teórico para comprender la ECSP.
- Analizar la pedagogía como campo disciplinar y profesional para comprender la ECSP desde una perspectiva plural.
- Analizar las corrientes de la educación en el campo de la salud pública como expresión de concepciones y posiciones diferentes, y en debate, respecto a la salud, la educación, el sujeto, la sociedad y la salud pública.
- Discutir acerca de las corrientes de la ECSP como producto de tradiciones histórico-sociales y culturales para comprender su carácter plural y los debates que esta diversidad suscita.
- Debatir sobre el diseño, ejecución y evaluación de propuestas pedagógicas con una sólida fundamentación teórica y pedagógica, a fin de superar la práctica corriente de implementar acciones educativas instrumentales y reduccionistas.

En todo caso, es perentorio llevar a cabo una formación más crítica, la cual se requiere en el desarrollo de acciones de la ECSP, más cercanas a nuestras realidades y necesidades como sociedades propositivas y creativas. De esta forma, como lo plantea Pereira (2003), podremos superar una tendencia generalizada a adoptar propuestas de educación provenientes de los países del norte de manera indiscriminada y acrítica.

REFERENCIAS

- Almeida, N. y Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Álvarez, C. y González, E. M. (1998). *Lecciones de didáctica general*. Medellín, Colombia: Magisterio.
- Alzate, T. (2006). Desde la educación para la salud: hacia la pedagogía de la educación alimentaria y nutricional. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 16, 21-40. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/17866>
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bernstein, B. (1993). *La estructura del discurso pedagógico. Clases, códigos y control*. Madrid: Morata.
- _____. (2000). *Hacia una sociología del discurso pedagógico*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Bourdieu, P. (1984). *Sociología y cultura*. México, D.F.: Grijalbo.

- _____. (1998). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México DF: Siglo XXI.
- _____. (2003). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- _____. (2008). Entrevista a Pierre Bourdieu - La lógica de los campos: *habitus* y capital. En P. Bourdieu y L. Wacquant (Eds.), *Una invitación a la sociología reflexiva* (pp. 147-173). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (1998). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México DF: Fontamara.
- Breilh, J. (2010). Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política (10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud). En R. P. Nogueira (Ed.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 87-126). Rio de Janeiro, Brasil: CEBES.
- Breinbauer, C. y Maddaleno, M. (2005). *Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/708>
- Campana, M. (2013). Para una lectura crítica del desarrollo humano. *Andes*, 24(2), sin páginas. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-80902013000200001&lng=es&tlng=es
- Cardaci, D. (2009). Invisibilización de la educación para la salud. ¿Estamos equivocándonos? En *Cuarta Conferencia Iberoamericana de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud*. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Carvalho, 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. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>
- Dias y Viswanath, K. (2008), *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Díaz, P. (2012). Theoretical conceptions on the theory on health education. Systematic review. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 378-389. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105224976003.pdf>
- Díaz, P., Peñaranda, F., Cristancho, S., Caicedo, N., Garcés, M., Alzate, T., ... & Gómez, S. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3), 221-230. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018993002.pdf>
- Figueiredo, M., Rodrigues-Neto, J. y Leite, M. (2010). Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 117-121. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. México DF: Siglo XXI.
- _____. (2004). *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. México DF: Siglo XXI.
- Gadamer, H. (2006). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.
- Gallego, G., Peñaranda, F. y Molina, D. P. (2015). Comprensión del proceso educativo en un programa de atención a la primera infancia, Medellín, Colombia (2014-2015). *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 16(33), 102-115. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgpsl6-33.cpes>
- García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García, J., Owen, E. y Flórez-Alarcón, L. (2005). Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa en educación en salud. *Psicología y Salud*, 15(1), 135-151. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/831>
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C. dos y Penna, C. M. de M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 200-206. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100022>
- Giroux, H. (2007). A dialogue between Joe L. Kincheloe and Henry Giroux. Figures in critical pedagogy [video]. Global Television Network Chair in Communication Studies. FreireProject, Canada. En Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath, K. (2008), *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Gómez, R. D. (2002). La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 101-116. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>
- Granda, E. (2008). El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 26(Edición especial), 65-90. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/101/119>
- Greene, W. y Simons-Morton, B. (1988). *Educación para la salud*. México DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Gutiérrez, D. (2017). *Educación (y comunicación) para la salud -ECpS- en el marco de las rutas integrales de atención en salud -RIAS-*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Educacion-comunicacion-rias.pdf>
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Heller, A. (1994). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- Leahy, D. (2014). Assembling a health[y] subject: risky and shameful pedagogies in health education. *Critical Public Health*, 24(2), 171-181. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.871504>
- Lizárraga, F. (2008). Por un diálogo entre el marxismo y el igualitarismo liberal. *Ruth. Cuadernos de Pensamiento Crítico*, 1, 68-87. Recuperado de <https://rebelion.org/por-un-dialogo-entre-el-marxismo-y-el-igualitarismo-liberal/>
- López, J. M., Molina, D. y Peñaranda, F. (2018). Visibilidad y tendencias teóricas de la educación para la salud en cuatro países de América Latina. 2003-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.vtte>
- Mariño, G. (2000). Una propuesta didáctica para operacionalizar el diálogo cultural. *Revista Aportes*, 53, 20-55.
- Marset, P. y Sáez, J. M. (1998). La evolución histórica de la salud pública. En F. Martínez, J. M. Anato, P. L. Castellanos, M. Gili, P. Marset y V. Navarro (Eds.), *Salud Pública* (pp. 1-24). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Martínez, A. (2012). Práctica pedagógica: historia y presente de un concepto. En D. Barragán, A. Gamboa y J. Urbina (Eds.), *Práctica pedagógica. Perspectivas teóricas* (pp. 55-69). Bogotá, Colombia: Ecoe.
- Mejía, M. R. (2011). *Educaciones y pedagogías críticas desde el sur*. Lima, Perú: Consejo de Educación de Adultos de América Latina. _____. (2013). La educación popular con y desde las NTIC. En L. Cendales, M. R. Mejía y J. Muñoz (Eds.), *Entretejidos de la educación popular en Colombia* (pp. 185-222). Bogotá, Colombia: Desde Abajo.
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67. Recuperado de <https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/638/0>
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Autor. Recuperado de <http://bit.ly/38NX6Xw>
- _____. (2015). *Resolución 0518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas*. Bogotá: Autor. recuperado de <http://bit.ly/2wAbnJ1>
- _____. (2016). Política de atención integral en salud. “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”. Bogotá: Autor. Recuperado de <http://bit.ly/328o1L7>
- Not, L. (1983). *Las pedagogías del conocimiento*. Medellín, Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. Recuperado de <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
- Ocampo, D., Peñaranda, F., Alzate, T., Gómez, M., Carrillo, M. y Valencia, Á. (2016). Sentidos construidos frente a la educación para la salud en estudiantes, docentes y egresados de programas de educación superior del área de la salud. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 18(1), 49-60. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/27100/20791193>

- Ocampo, E. (1999). Corrientes pedagógicas. En O. Roldán, S. V. Alvarado, C. Hincapié, E. Ocampo, J. E. Ramírez, M. R. Mejía y H. F. Ospina (Eds.), *Educación, el desafío de hoy: construyendo posibilidades y alternativas* (p. 407). Bogotá, Colombia: Magisterio.
- Peñaranda, F., Bastidas, M., Escobar, G., Torres, J. N. & Arango, A. (2010). *Educación para la salud. Una mirada alternativa al modelo biomédico. Experiencia basada en la evaluación del programa de crecimiento y desarrollo*. Medellín: La Carreta.
- _____. (2011). *Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico. La praxis como fundamento de una educación dialógica*. Medellín, Colombia: La Carreta.
- Peñaranda, F., Giraldo, L. y Barrera, L. H. (2015). La enseñanza de la educación para la salud: ¿una confrontación a la teoría y la práctica de la salud pública como disciplina? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 353-360. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a04>
- Peñaranda, F., Giraldo, L., Barrera, L. H. y Castro, E. (2014). Significados de la educación para la salud en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 364-372. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12031816003.pdf>
- Peñaranda, F., López, J. y Molina, D. P. (2017). La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(1), 123-133. Recuperado de <https://bit.ly/39eDQ6u>
- Pereira, A. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1527-1534. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500031>.
- Peterson, A., & Lupton, D. (1996). The new public health: a new morality? In A. Peterson & D. Lupton (Eds.), *The New Public Health. Health and self in the age of risk* (pp. 1-26). Londres: Sage.
- Piper, S., & Brown, P. A. (1998). The theory and practice of health education applied to nursing: a bi-polar approach. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 383-389. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00536.x>
- Runge, A. (2002). Presentación de la edición española. En C. Wulf (Ed.), *Introducción a la ciencia de la educación. Entre teoría y práctica* (pp. 5-13). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Runge, A., Garcés, J. F. y Muñoz, D. (2015). La pedagogía como campo profesional y disciplinar. En J. Echeverri (Ed.), *Paradigmas y conceptos en educación y pedagogía* (pp. 201-222). Bogotá: Siglo del Hombre.
- Runge, A. y Muñoz, D. (2012). Pedagogía y praxis (práctica) educativa o educación. De nuevo: una diferencia necesaria. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 8(2), 75-96. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1341/134129257005.pdf>
- Salci, M., Maceno, P., Rozza, S., Silva, D., Boehs, A. y Heidemann, I. (2013). Health education and its theoretical perspectives: A few reflections. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1), 224-230. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100027>
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez, A., Ramos, E. y Marset, P. (2000). Paradigmas y modelos en educación para la salud. En Sánchez (Ed.), *Enfermería comunitaria, tomo I. Concepto de salud y factores que la condicionan* (pp. 455-479). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. In R. W. Tyler, R. M. Gagné, & M. Scriven (Eds.), *Perspectives of curriculum evaluation* (pp. 39-83). Chicago: Randy McNally.
- Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. Bogotá, Colombia: Santillana.
- Serrano, M. I. (1990). *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sousa-Campos, G. W. de (2009). *Método paideia: análisis y cogestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar.
- Stotz, E. N. (2007). Enfoques sobre educação popular e saúde. En Ministério da Saude (Ed.), *Caderno de Educação Popular e Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde* (pp. 46-57). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Recuperado de <http://bit.ly/37LODT3>
- Taylor, R., & Rieger, A. (1985). Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 15(4), 547-559. <https://doi.org/10.2190/XX9V-ACD4-KUXD-C0E5>
- Tones, K. (2002). Reveille for radicals! The paramount purpose of health education?. *Health Education Research*, 17(1), 1-5. <https://doi.org/10.1093/her/17.1.1>
- Tugendhat, E. (1997). *Lecciones de ética*. Barcelona: Gedisa.
- Vasco, C., Martínez, A. y Vasco, E. (2008). Educación, pedagogía y didáctica: una perspectiva

- epistemológica. En G. Hoyos (Ed.), *Filosofía de la educación* (pp. 99-128). Barcelona, España: Trotta.
- Vasconcelos, E. M. (2007). Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. En Ministério da Saude (Ed.), *Caderno de Educação Popular e Saúde* (pp. 18-29). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Recuperado de <http://bit.ly/37LODT3>
- _____. (2010). Introdução: O significado da educação popular na realidade e na utopia da atenção primária à saúde brasileira. En M. A. Mano & E. Prado (Eds.), *Vivências de educação popular na atenção primária à saúde: a realidade e a utopia* (pp. 13-18). São Carlos, Brasil: Editora da Universidade Federal de São Carlos.
- Viselsteart, A. (1982). C.-E.A. Winslow and the Early Years of Public Health at Yale, 1915-1925. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 55(2), 137-151. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596005/>
- Wulf, C. (2002). *Introducción a la ciencia de la educación. Entre teoría y práctica*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Zea, L. E. (2016). *Una mirada histórico pedagógica a la intersección de los campos de la educación popular y la salud en Colombia. Décadas de 1960, 1970, 1980* (Tesis doctoral). Universidad de Antioquia, Facultad de Educación.
- Zuluaga, O. L. (2007). Otra vez Comenio. *Revista Educación y Pedagogía*, 19(47), 99-118. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/view/6677>

Capítulo 8

De la vigilancia en salud pública a la seguridad humana



De la vigilancia en salud pública a la seguridad humana

*Isabel Cristina Ruiz Buitrago*⁵⁹

INTRODUCCIÓN

Para entender qué es la vigilancia en salud pública y todo lo que de ella se deriva, es necesario comprender el sentido de su realización, especialmente el qué, el para qué y el para quién. La razón de ser de la vigilancia en salud pública es la seguridad de las personas y su protección contra los daños en salud (la enfermedad, la mortalidad y las secuelas que se pueden derivar). Por ello es pertinente conocer los aportes que el concepto de *seguridad humana* otorga a la salud pública e, inversamente, los que este le brinda a la seguridad humana. Este último concepto opera como una gran sombrilla que le da sentido a todos los procesos que conforman la vigilancia, ya que poseen un fin supremo: la vida de las personas.

Este capítulo se enmarca en el sistema de salud, sus funciones y competencias, y destaca la importancia de la autoridad sanitaria y el papel de la vigilancia en salud pública en los resultados en salud. Se desarrollarán los aspectos conceptuales y metodológicos de la vigilancia en salud pública, el marco normativo que orienta las acciones en Colombia y los compromisos que a nivel internacional se han adquirido al respecto del Código Sanitario Internacional. Se espera que este capítulo movilice en los lectores su compromiso ético con la salud pública y el deseo firme de garantizar que sus acciones redunden en el mejoramiento de la salud de la población.

SISTEMA DE SALUD

Un sistema de salud se define, según Jaramillo y Ruales (2008), como “las organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo fundamental es promover, recuperar y mantener la salud de las personas” (p. 3). De la organización del sistema de salud y de su nivel de desarrollo, dependerán también el alcance de las

políticas, los proyectos y los programas.

La responsabilidad de la dirección del sistema de salud, es decir, la *rectoría*, está en cabeza de la autoridad sanitaria, que a nivel nacional –y en todos los países– corresponde al Ministerio de Salud, y a nivel subnacional –para Colombia–, a las gobernaciones (en el caso de los departamentos) y a las alcaldías (en los municipios) quienes llevan a cabo esta función a través de las secretarías de salud.

¿Qué es la autoridad sanitaria?

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud - USAID (2007) la autoridad sanitaria:

(...) es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades y competencias sustantivas que le son propias e indelegables para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. (p. 7)

¿Qué es la rectoría?

La rectoría se define como la capacidad del Estado de tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, al igual que para conducir el sistema de salud en su totalidad.

*¿Funciones de un sistema de salud?*⁶⁰

Todos los sistemas de salud, en general, tienen las siguientes seis funciones: conducción, regulación, modulación del financiamiento, armonización de la prestación de servicios, garantía del aseguramiento y desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) (*Figura 8.1*), las cuales definen su quehacer en relación con la salud de la población.

Funciones de la autoridad sanitaria

En la *Tabla 8.1* se recogen las funciones del sistema de salud a cargo de la rectoría, su definición y contenido, y se destacan su responsabilidad respecto de la conducción del sistema de salud y sobre las funciones esenciales de salud pública, porque en su contenido se pone de manifiesto la relevancia de la vigilancia en salud pública y el sentido que tiene su desarrollo.

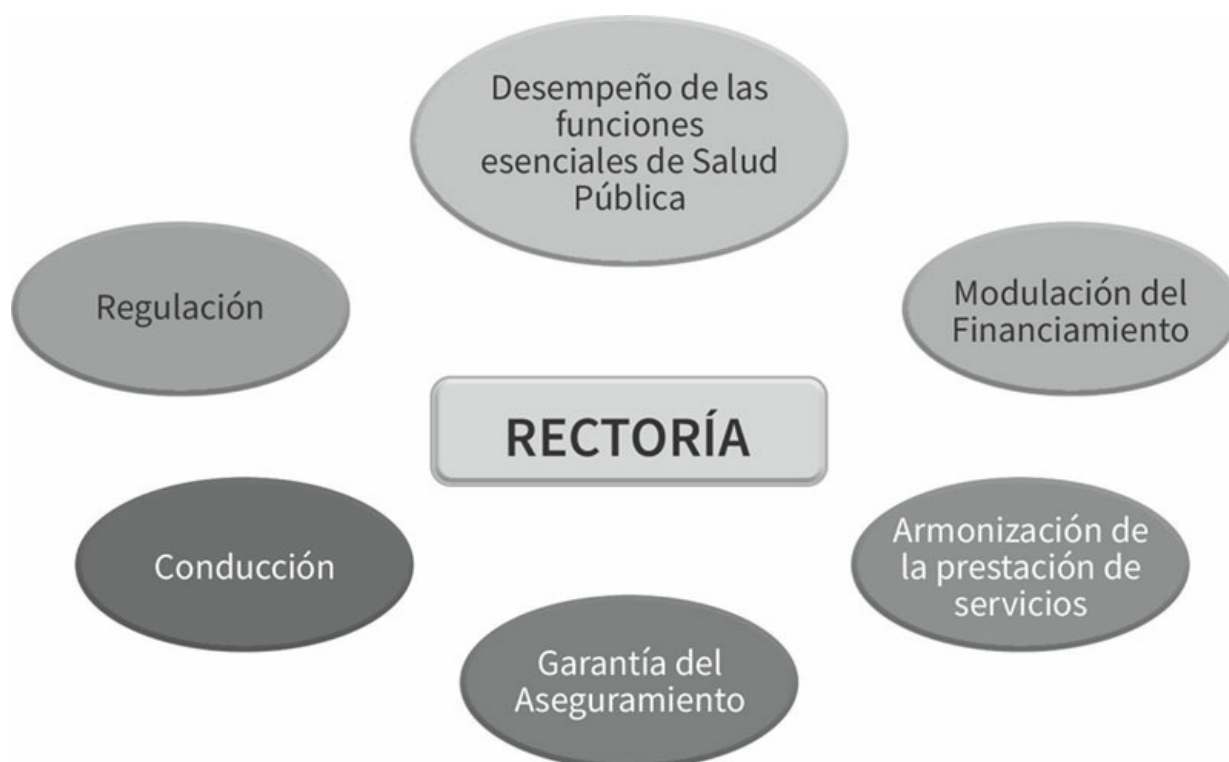


Figura 8.1. Funciones de la rectoría sanitaria.

Fuente: Rivas-Loría, Suárez, Aráoz y Levcovitz, 2006.

Tabla 8.1. Funciones, definiciones y contenidos del ejercicio de la autoridad sanitaria.

Función	Definición	Contenido
		• Análisis de la situación de salud. • Desarrollo de métodos de priorización de los problemas de salud. • Formulación, implantación y evaluación de políticas públicas. • Construcción de consensos territoriales sobre el desarrollo estratégico del sector.
Conducción	Capacidad de los entes rectores para formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante la definición de objetivos viables y metas factibles, elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los esfuerzos sectoriales y de otros en torno a la salud.	• Análisis, regulación técnica, fiscalización de la prestación de servicios y regulación del ejercicio profesional. • Establecimiento de objetivos sanitarios nacionales y subnacionales relacionados con procesos y resultados como base de articulación de los diferentes actores y sectores para mejorar la práctica de la salud pública. • Dirección, concertación y movilización de recursos, actores y sectores. • Evaluación del funcionamiento

		sectorial. • Abogacía y participación social.
Regulación	Marco normativo que establece las reglas de funcionamiento del sistema de salud y promueve la salud de la población.	• Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud. • Armonización de la legislación de salud de los países participantes en los procesos de integración regional. • Análisis, regulación sanitaria y fiscalización de mercados relacionados con la salud. • Análisis, regulación técnica y fiscalización de la prestación de servicios de salud, la certificación del ejercicio profesional de salud, así como de los programas de educación continua. • Establecimiento de normas básicas y pautas de atención a la salud.
Modulación del financiamiento	Fuentes, flujos y usos de los recursos del sistema de salud.	• Establecimiento de las políticas indispensables para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para toda la población. • Modulación y corrección de las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial. • Desarrollo de la capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.
Armonización de la prestación de servicios	Organización de los prestadores de servicios de salud, complementariedad en la prestación de servicios y funcionamiento de la red de servicios.	• Coordinación adecuada de los múltiples prestadores públicos y privados para que su capacidad instalada sea aprovechada de manera racional y complementaria. • Establecimiento de las condiciones básicas de calidad de los servicios que permita a los usuarios tener un nivel de seguridad razonable en los servicios.
Garantía del aseguramiento	Las condiciones y modalidades del aseguramiento, los planes de beneficios y la vigilancia de su funcionamiento.	• Definición de los contenidos de los planes de cobertura básica que tengan carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo los esquemas de seguridad social. • Vigilancia del cumplimiento de dichos planes de cobertura tanto

		por entidades públicas como privadas de aseguramiento y provisión de servicios. • Desarrollo de las modalidades de aseguramiento público y de la capacidad de compra de servicios públicos o privados de atención a las personas mediante fórmulas de pagos agregados que puedan garantizar la cobertura de los planes.
Desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP)	“El conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del Estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública: de mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva” (OPS/OMS, 2002).	• FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud. • FESP 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud. • FESP 3. Promoción de la salud. • FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud. • FESP 5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública. • FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública. • FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. • FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. • FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos. • FESP 10. Investigación en salud pública. • FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Fuentes: Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio/reforma (Rivas-Loría, Suárez, Aráoz y Levcovitz, 2006); La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción (OPS/OMS, 2002).

SEGURIDAD HUMANA⁶¹

e acuerdo con la OPS/OMS (2012) la seguridad humana “no es una preocupación por las armas, es una preocupación por la vida y la dignidad humana” (p. vii).

¿Pero qué tiene que ver la seguridad humana con la *vigilancia en salud pública*? Si bien la seguridad humana tiene muchas definiciones y alcances, se debe señalar que todas confluyen en sus objetivos principales, que son proteger y garantizar.

Según la OPS/OMS (2012), la seguridad humana es “la libertad de vivir sin temor, la libertad de vivir sin carencias y la libertad para vivir con dignidad” (p. 1). Su vinculación con la salud es evidente si se consideran las intervenciones y acciones en salud que contribuyen directamente a la protección de esas libertades. La salud pública promueve y protege la salud de la población, en tanto identifica las amenazas y los determinantes de la salud y busca, de manera integral, las explicaciones de las condiciones la que afectan. La visión intersectorial de la salud pública, sus acciones de promoción, prevención, detección temprana, atención y rehabilitación, y la articulación de los diferentes sectores y actores, generan condiciones que contribuyen a garantizar la seguridad humana (OPS/OMS, 2012).

Interacciones entre salud pública y seguridad humana

Una vez establecida la vinculación entre la vigilancia en salud pública y la seguridad humana, se examinan en esta sección las interrelaciones múltiples entre estos dos conceptos. A tal fin, en la [Tabla 8.2](#) se presentan las relaciones y contribuciones entre la salud pública y la seguridad humana; por su parte, en la [Tabla 8.3](#) se exponen una serie de definiciones aplicables a la salud y a la seguridad humana.

Tabla 8.2. Contribuciones de la salud pública a la seguridad humana y de esta a la salud pública.

Contribuciones de la salud pública a la seguridad humana	Contribuciones de la seguridad humana a la salud pública
Promoción de la salud	
Es una práctica ampliamente desarrollada por la salud pública, que busca el mejoramiento de las capacidades de los individuos, las comunidades y las familias. Ha desarrollado una visión integral de entornos saludables y políticas públicas, y centra sus esfuerzos en el empoderamiento individual y colectivo. De otro lado, la salud pública no solo es responsabilidad del sector salud, sino que tiene que ver con todos los sectores como educación, trabajo, agricultura, entre otros.	La salud pública se alinea con los principios de la seguridad humana: se centra en las personas, es integral, multidimensional, multisectorial, contextualizada y enfocada en la prevención. “La seguridad sanitaria es el núcleo vital de la seguridad humana, y la enfermedad, la discapacidad y la muerte prevenible son amenazas generalizadas para la seguridad humana” (OPS/OMS, 2012). Se reconoce que la salud es el núcleo vital de la vida humana y una de las condiciones para gozar de las libertades universales. Hay una preocupación mundial por la carga de enfermedad que generan la violencia, los accidentes de tránsito, las pandemias, la degradación del medio ambiente, la seguridad alimentaria, las inequidades y la migración. También las grandes reformas sanitarias, la

	insostenibilidad de los sistemas de salud, la reemergencia de enfermedades transmisibles, la atención a la población en situación de discapacidad, la exposición a sustancias tóxicas y al cambio climático. Igualmente busca, no solo el empoderamiento individual, sino también el fortalecimiento de la participación social.
La prestación de servicios de atención primaria en salud facilita el acceso al sistema de salud y a los servicios de otros sectores, lo que garantiza el acceso a los servicios esenciales.	“El enfoque de seguridad humana es un medio para proteger a los individuos de las amenazas críticas y generalizadas que ponen seriamente en peligro su supervivencia, sus medios de vida y su dignidad. También subraya la relación entre seguridad, desarrollo y derechos humanos, y las fortalezas de los individuos” (OPS/OMS, 2012).
Rectoría en salud pública	
Las funciones de la rectoría buscan formular, evaluar y hacer cumplir las políticas que contribuyen a mejorar las condiciones de salud y crea condiciones para aplicar y lograr la seguridad humana.	Una de las condiciones de la seguridad humana es “la capacidad de un sistema de salud de fortalecer a las comunidades especialmente vulnerables y aumentar su resiliencia mediante la apropiación del conocimiento sobre su condición, así como su capacidad para hacer frente a las amenazas” (OPS/OMS, 2012). Favorece la integración intersectorial para dar respuesta a las condiciones de salud de la población.

Fuente: Seguridad humana. Implicaciones para la salud pública (OPS/OMS, 2012).

Tabla 8.3. Definiciones aplicables a la salud y a la seguridad humana.

Término o frase	Fuente de la definición	Definición, criterios o meta
Emergencia de salud pública de importancia internacional	Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). <i>Reglamento sanitario internacional (2005)</i> (3a ed.). Ginebra: OMS.	Debe satisfacer por lo menos dos de los siguientes criterios: 1.¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave? 2.¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto? 3.¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional? 4.¿Existe un riesgo significativo de restricciones a los viajes o al comercio internacional?
Seguridad sanitaria	Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2008). <i>Agenda de salud para las Américas 2008-2017</i> . Washington:	Centrado en las emergencias; los subtemas incluyen planificación intersectorial para desastres, pandemias y enfermedades; respuesta rápida a las amenazas y gripe pandémica.

	OPS/OMS.	
Seguridad sanitaria; seguridad humana	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2002). <i>Salud y seguridad hemisférica</i> . Washington DC: OPS/OMS.	“En última instancia, la seguridad sanitaria incluye la preservación de las capacidades humanas, que son centrales para la libertad y el desarrollo” (p. 8). La OPS, “de conformidad con su mandato interamericano de promover la salud como bienestar de nuestras poblaciones, hace tiempo ha abrazado el concepto de seguridad humana como medidas de protección contra amenazas y perturbación dañina de la vida social” (p. 8).
Seguridad de la salud pública	Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). <i>Informe sobre la salud en el mundo 2007</i> . Ginebra: OMS.	Protección contra enfermedades propensas a generar epidemias, enfermedades de transmisión alimentaria, brotes accidentales y deliberados, y desastres ambientales.
Seguridad de la salud pública mundial	Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). <i>Informe sobre la salud en el mundo 2007</i> . Ginebra: OMS.	Definición propuesta: “Reducir la vulnerabilidad de las poblaciones frente a amenazas sanitarias agudas” (p. vii).
Término o frase	Fuente de la definición	Definición, criterios o meta
Crisis humanitaria y respuesta del sector de la salud	Inter-Agency Standing Committee [IASC] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). <i>Guía del Clúster de Salud. Una guía práctica para la implementación del Grupo Sectorial de Salud a nivel de país</i> . Ginebra: OMS.	El “objetivo de la respuesta del sector de la salud durante las crisis humanitarias” es “reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidades evitables, y restaurar la provisión de, y el acceso equitativo a, atención en salud preventiva y curativa tan pronto como sea posible y de la manera más sostenible que sea factible” (p. 9).
[Crítica de] Salud y seguridad; seguridad humana	Maclean, S. J. (2008). Microbes, Mad Cows and Militaries: Exploring de links Between Health and Security. <i>Security Dialogue</i> , 39:475.	Salud y seguridad: “Pero con demasiada frecuencia, en la bibliografía sobre salud y seguridad que se centra en los resultados en materia de salud, hay una escasa perspectiva crítica con enfoques alternativos de seguridad. En cambio, hay una tendencia a considerar la salud como seguridad nacional, internacional, mundial o humana, como si, en primer lugar, hubiera acuerdo sobre lo que significan estos términos y, en segundo lugar, [como si] los conceptos fueran distintos y, si bien no necesariamente compatibles en todos los casos, por lo menos tipos de seguridad que pueden y deben ser manejados de modo diferente y algunas veces por diferentes agentes” (p. 477).

		“Seguridad humana es un concepto que tiene considerable relevancia para comprender la naturaleza del cambio que está intensificando las amenazas o produciendo amenazas nuevas. También ofrece espacio conceptual para analizar qué seguridad se proporciona y a quién en el orden mundial cambiante” (p. 475).
Comisión Interamericana de Derechos Humanos: seguridad ciudadana	Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2009). <i>Informe sobre Seguridad Ciudadana y Derechos Humanos</i> . Washington DC: OEA.	La expresión “seguridad ciudadana” surgió, fundamentalmente, como un concepto en América Latina en el curso de las transiciones a la democracia, como medio para diferenciar la naturaleza de la seguridad en democracia frente a la seguridad en los regímenes autoritarios. En estos últimos, el concepto de seguridad está asociado a los conceptos de “seguridad nacional”, “seguridad interior” o “seguridad pública”, que se utilizan en referencia específica a la seguridad del Estado. En los regímenes democráticos, el concepto de seguridad frente a la amenaza de situaciones delictivas o violentas, se asocia a la “seguridad ciudadana” y se utiliza en referencia a la seguridad primordial de las personas y los grupos sociales.

Fuente: Cuadro de definiciones, en Anexo 1: *Seguridad humana: implicaciones para la salud pública* (OPS-OMS, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ante la urgencia de garantizar la seguridad sanitaria internacional en salud pública, expidió el Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI) que tiene como objetivo:

Prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. (OPS/OMS, 2008; OMS, 2016)

La segunda edición del RSI 2005 introduce una serie de cambios que determinan el alcance de la seguridad humana en la vigilancia en salud pública a nivel internacional, así:

- No selecciona enfermedades específicas, sino que incluye todos los eventos que abarca la enfermedad o afección médica que impliquen un daño importante para el ser humano cualquiera que sea su origen o procedencia.
- La obligación de los Estados miembros de la OMS de instalar y mantener un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública, lo cual supone el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública a nivel nacional y subnacional.
- La obligación de los Estados miembros de notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de acuerdo con criterios definidos, lo que hace evidente la necesidad de consolidar en los países los sistemas de vigilancia en salud pública en los niveles nacional y subnacional.
- Directrices que facultan a la OMS a tomar en consideración las noticias de las que tenga información acerca de eventos de salud pública y solicitar a los países la verificación de esos eventos a través de la vigilancia en salud pública.

- Procedimientos para que el director general de la OMS determine la existencia de una “emergencia de salud pública de importancia internacional” y formule las recomendaciones temporales correspondientes, después de haber tenido en cuenta la opinión de un comité de emergencias. Esto supone que la OMS es la responsable de declarar un estado de emergencia sanitaria a nivel mundial, en coordinación con el país donde se origina el evento de importancia en salud pública internacional, teniendo en cuenta la documentación científica que orienta las decisiones, la evaluación del riesgo para la salud humana y el concepto del comité asesor de emergencias.
- El RSI 2005 insta a los países a promover la protección de los derechos humanos de los viajeros y otras personas.
- El establecimiento de Centros Nacionales de Enlace para el RSI y Puntos de Contacto de la OMS, para garantizar la coordinación y la articulación de los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública (OPS/OMS, 2008; OMS, 2007).

Ética de la vigilancia en salud pública

La ética de la vigilancia de la salud pública prioriza el bien común, la solidaridad, la rendición de cuentas, la confianza y el equilibrio entre los derechos individuales y los intereses colectivos. Y sus acciones se centran en reducir riesgos innecesarios y evitar la propagación de la enfermedad (World Health Organization [WHO], 2017).

La OMS ha definido unas pautas que orientan la ética de la vigilancia en salud pública y sobre las que los países deben centrar su actuación; si bien no son las únicas directrices, las siguientes se concentran en lo fundamental:

- **Bien común:** la vigilancia es reconocida ampliamente como un bien público y, por lo tanto, su actuación se debe orientar a la protección de toda la población.
- **Equidad:** la vigilancia en salud pública proporciona evidencia para reconocer las situaciones problemáticas específicas de los grupos más desfavorecidos de la población a fin de identificar las diferencias injustas en salud.
- **Respeto por las personas:** la ética de la vigilancia en salud pública presta especial atención a la libertad, los derechos y los intereses individuales, como también al bienestar de toda la población; esto supone confidencialidad de la información individual y de grupos de la población —consulta individual—, porque las personas deben ser libres de tomar sus propias decisiones en salud. Pero también el Estado tiene la obligación de proteger a los más vulnerables —como los niños, que no pueden tomar decisiones— y promover el compromiso colectivo.
- **Buena gobernanza:** como una aspiración política que permite una actuación ética en el ejercicio de la vigilancia en salud pública, con la mejor evidencia que facilite tomar las decisiones de protección para la población. La gobernanza debe generar principios de justicia pública y proveer información suficiente a la población sobre los resultados de la vigilancia en salud pública,

para que esté informada y pueda exigir a los gobernantes las actuaciones requeridas (WHO, 2017).

ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Origen del concepto

El concepto de vigilancia en salud pública surgió a partir de la evolución del concepto de vigilancia epidemiológica, que ha buscado ampliar el alcance más allá del control de las enfermedades transmisibles agudas. Esta cobertura incluye la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles, lesiones y sus correspondientes factores de riesgo, al igual que la respuesta de los servicios de salud a los fenómenos que se monitorean con la vigilancia epidemiológica, vinculando a actores no directamente ligados al sector salud, sino a otros sectores relacionados cuyas acciones tienen que ver con la prevención y el control de las situaciones que representan riesgo para la salud de la población (OPS/OMS, 2012).

¿Qué es la vigilancia en salud pública?

Si bien los países determinan autónomamente el alcance de la vigilancia en salud pública que pueden asumir, para tener claridad en el concepto se presentan algunas definiciones.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2006) la vigilancia en salud pública se orienta a la provisión en forma sistemática, continua y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos (frecuencia y distribución) que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles; y lograr la efectividad de las acciones buscando la protección de la salud individual y colectiva.

La OMS (2017) define la vigilancia en salud pública como la recolección, análisis e interpretación continuos y sistemáticos de los datos relacionados con la salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de la práctica de salud pública. Dichos datos corresponden a enfermedades transmisibles (con potencial de propagación nacional e internacional), enfermedades no transmisibles, lesiones y afecciones y sus riesgos relacionados, así como los determinantes de la salud.

La vigilancia en salud pública está directa e indefectiblemente ligada a la puesta en marcha de medidas para el control de las enfermedades y los riesgos para la salud. Su meta es la información para la acción; para ello requiere el

reconocimiento de la autoridad sanitaria, la capacidad ejecutiva y una presencia relevante en las administraciones sanitarias integrantes en el conjunto del Estado.

El Decreto 3518 de 2006, en su artículo 3, define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) como:

Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, p. 2)

¿Por qué hacer vigilancia en salud pública?

La vigilancia en salud pública tiene un gran potencial preventivo de la expansión de problemas que pueden afectar la salud de la población. En el *Informe sobre la salud en el mundo* de 2007, la directora de la OMS, Margaret Chan, señala las razones por las cuales es necesario llevar a cabo vigilancia en salud pública:

(...) La situación de las enfermedades es todo menos estable. El crecimiento demográfico, la incursión en zonas antes deshabitadas, la rápida urbanización, las prácticas agrícolas intensivas, el deterioro del medio ambiente y el mal uso de los antimicrobianos han alterado el equilibrio del mundo de los microorganismos. Están surgiendo nuevas enfermedades a ritmo sin precedentes de una por año. Las compañías aéreas transportan hoy a más de 2000 millones de pasajeros anualmente, disparando así las oportunidades de los agentes infecciosos y sus vectores para propagarse rápidamente de un país a otro. Nuestra dependencia de los productos químicos es hoy mayor, al igual que nuestro grado de conciencia sobre los peligros potenciales para la salud y el medio ambiente. Como consecuencia de la industrialización de la producción y elaboración de los alimentos y de la globalización de su comercialización y distribución, un solo ingrediente contaminado puede obligar a retirar toneladas de alimentos de un gran número de países. Una tendencia especialmente ominosa es que los antimicrobianos básicos están empezando a fallar a un ritmo mayor que el del desarrollo de los medicamentos que habrán de reemplazarlos. Estas amenazas se ven amplificadas en un mundo caracterizado por una gran movilidad y por la interdependencia económica y la interconexión electrónica. Las defensas tradicionales empleadas en las fronteras nacionales son insuficientes para protegerse contra la invasión de una enfermedad o un vector. Las noticias en tiempo real permiten que el pánico se propague con la misma rapidez. Las crisis sanitarias se reflejan en la economía e interrumpen la actividad comercial (...). (Organización Mundial de la Salud, 2007, p. vi.).

Estas situaciones evidencian la necesidad de tomar conciencia individual y colectiva de las implicaciones que tiene la vigilancia en salud pública, que va más allá de controlar la enfermedad y evitar su propagación en cada país, pues su accionar también evita la diseminación de las enfermedades en los otros países, dado que cada día los intercambios a través de las fronteras terrestres, aéreas y marítimas generan riesgos potenciales para la salud de las personas.

¿Cuáles son los atributos de la vigilancia en salud pública?

Los atributos de la vigilancia en salud pública están representados en todo aquello que se requiere para que esta sea efectiva y eficaz, y cumpla a cabalidad con sus propósitos. De acuerdo con Fariñas (2002) y Urbaneja, Lijó, Cabrerizo, Idiazabal y Padilla (2015), estos atributos son:

- **La Calidad de los datos:** esto supone integralidad y validez.
- **Flexibilidad:** es la capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes de

información o condiciones de funcionamiento del sistema.

- **Aceptabilidad:** se refiere a la aceptación del sistema de vigilancia por parte de los diferentes actores (administradores y operadores) y su confirmación de participar en el mismo. La aceptabilidad depende de la importancia de los eventos que se vigilan, el tiempo que demanda la ejecución de la vigilancia, la respuesta del sistema y las condiciones normativas sobre el reporte de los datos.
- **Simplicidad:** significa que el sistema de vigilancia debe ser sencillo, fácil de operar y sin que se sacrifique la calidad. Son muchas las características que hablan de la simplicidad, como la cantidad de fuentes de información, la forma y los métodos de transmisión de los datos, el volumen de organizaciones participantes, los métodos empleados para realizar los informes, el tipo y la complejidad de los análisis y la información necesaria para establecer el diagnóstico.
- **Oportunidad:** hace referencia a dos tiempos: (i) el que transcurre entre la detección del evento de interés en salud pública y la notificación de este, y (ii) el que transcurre entre el momento en que el sistema detecta los hechos y la respuesta del sistema para intervenir dicha situación.
- **Sensibilidad:** es la capacidad del sistema para detectar el mayor volumen de casos objeto de vigilancia.
- **Valor predictivo positivo:** es la capacidad de detectar los verdaderos casos, esto es, la proporción de personas identificadas como caso que efectivamente lo son después de la realización de las pruebas para comprobar el diagnóstico.

¿Cuáles son los usos de la vigilancia?

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2006) y la Organización Panamericana de la Salud (2017a), los usos de la vigilancia son:

- Estimar la magnitud de los eventos en una población.
- Identificar cambios inesperados en el comportamiento y distribución de una enfermedad.
- Estudiar la historia natural de la enfermedad.
- Identificar factores de riesgo y protectores para la salud humana.
- Detectar brotes y epidemias.
- Identificar y monitorear la tendencia y los patrones de comportamiento del proceso salud-enfermedad de la población.
- Identificar cambios en las prácticas de salud.
- Investigar y controlar las enfermedades.
- Apoyar los procesos de planeación de los programas de salud, mediante la identificación y la caracterización del comportamiento de las enfermedades.
- Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud.
- Aportar información para la toma de decisiones en salud pública.

Tipos de vigilancia

Hacen referencia a la forma como se recopila la información, dependiendo de la necesidad de salud y el tipo de morbilidad, mortalidad o evento que se vigila. Los tipos de vigilancia más conocidos son siete: activa, centinela, pasiva, sindrómica, por laboratorio, intensificada y en tiempo real.

Vigilancia activa

Corresponde a una búsqueda intencionada por parte del personal de salud de los casos que están sujetos a vigilancia (OPS, 2017a), especialmente cuando es necesario conocer el total de los eventos. La búsqueda se realiza en todas las formas posibles en las que se pueda registrar un caso en forma rutinaria. Esta vigilancia reduce la probabilidad de no encontrar casos que efectivamente estén ocurriendo en la población. Se orienta, principalmente, a enfermedades en fase de erradicación y eliminación (poliomielitis, sarampión, etc.) y eventos de alta prioridad sanitaria (mortalidad infantil, mortalidad materna, etc.). Se considera que esta vigilancia exige una infraestructura de talento humano, tecnológica y de recursos de información importantes y por ello es más costosa. Las principales fuentes de información de la vigilancia activa son: encuestas de morbilidad, investigación de brotes, controles de focos, pesquisas serológicas, citológicas y bacteriológicas, encuestas entomológicas y etnográficas, entre otras (García y Alfonso, 2013).

Vigilancia centinela

Es una vigilancia selectiva comunitaria en la que, por tiempos breves, se recolectan datos en una población y zona geográfica determinada de interés especial (OPS, 2017a). Se utiliza para enfermedades emergentes y reemergentes o en lugares donde no sea posible disponer de un sistema de vigilancia activa. Se definen fuentes específicas de notificación, lo que permite estudiar el comportamiento en el tiempo de un evento de interés en salud pública. Esta vigilancia responde a compromisos internacionales o prioridades nacionales, campañas de erradicación y enfermedades transmisibles de notificación individual.

Vigilancia pasiva

Es un tipo de vigilancia rutinaria y periódica sobre los eventos sujetos a vigilancia (OPS, 2017a). La notificación se realiza a partir del registro de casos que se atienden rutinariamente en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Vigilancia sindrómica

Esta vigilancia se realiza en tiempo real a los diagnósticos denominados como síndromes en los servicios de urgencia y los servicios ambulatorios de baja complejidad. El término *síndrome* (del griego *syndrome*: simultaneidad) se define como “un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos, generalmente tres o más” (Jablonski, 1995). Se analizan en el tiempo y en el espacio buscando identificar los riesgos sanitarios para la salud, como la aparición

de un brote. Por ejemplo: síndrome febril, síndrome diarreico agudo, síndrome febril icterico agudo; este último puede agrupar diagnósticos como malaria por *falciparum*, fiebre amarilla, leptospirosis, hepatitis B y hepatitis delta, porque todas estas enfermedades cursan con un cuadro febril e ictericia (Jablonski, 1995; OPS, 2017a).

Vigilancia por laboratorio

El laboratorio es fundamental para la confirmación del diagnóstico de los eventos sometidos a vigilancia en salud pública. Su aporte se relaciona con la identificación de los agentes causales. Se realiza a través de la Red de Laboratorios de Salud Pública (OPS, 2017a).

Vigilancia intensificada

Se realiza sobre enfermedades o eventos de salud transmisibles y con potencial epidémico. La investigación relacionada con esta vigilancia es exhaustiva y utiliza recursos especializados, por la importancia y gravedad del problema, y su notificación es obligatoria e inmediata. Esta vigilancia responde a programas de control y exigen información de alta calidad, especificidad, sensibilidad y oportunidad. Bajo esta vigilancia se tienen eventos como la influenza tipo A (H1N1) y los problemas neurológicos asociados al zika, entre otros (OPS, 2017a).

Vigilancia en tiempo real

Es un tipo de vigilancia que permite recoger la información en el momento en el que ocurren las enfermedades de notificación obligatoria. Se caracteriza porque es operativa para todas las unidades básicas y especializadas (OPS, 2017a). Busca reducir al máximo el subregistro de casos. Un ejemplo de esta vigilancia es la de la mortalidad materna.

¿QUÉ ES EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA?

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) es el conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, todo lo cual contribuye a la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Organización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública

El SIVIGILA tiene una organización específica en cada país para dar cuenta de su funcionamiento. En Colombia, según los Decretos 3518 de 2006 y 780 de 2016, la implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, las unidades notificadoras y las unidades primarias generadoras de datos. Para ello, a cada entidad se le han definido las responsabilidades y competencias en la gestión del SIVIGILA.

¿Qué funciones y competencias le corresponden al Ministerio de Salud y Protección Social?

De acuerdo con el artículo 7 del Decreto 3518 de 2006, el Ministerio de Salud y Protección Social (2006) tiene las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Reglamentar todos los aspectos concernientes a la definición, organización y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional.
- Coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional en el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Brindar la asistencia técnica a las entidades adscritas del orden nacional, departamentos y distritos, para la implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Integrar a los laboratorios nacionales de referencia, laboratorios departamentales y del Distrito Capital, en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Realizar el análisis de la situación de la salud del país, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia.
- Declarar la emergencia nacional en salud pública cuando el riesgo sobre la misma así lo imponga. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, p. 4).

¿Qué funciones y competencias le corresponden al Instituto Nacional de Salud (INS)?

El Instituto Nacional de Salud (INS), según el artículo 8 del 3518 de 2006 de 2006, tiene las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en

Salud Pública:

- Desarrollar las acciones que garanticen la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en las áreas de su competencia.
- Apoyar al Ministerio de la Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública.
- Proponer planes, programas y proyectos al Ministerio de la Protección Social que contribuyan al desarrollo de la vigilancia y control de los problemas de salud pública.
- Apoyar a los departamentos y distritos en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en las áreas de su competencia, cuando así se requiera.
- Analizar y divulgar periódicamente la información generada por la vigilancia en salud pública en las áreas de su competencia.
- Coordinar con el Ministerio de la Protección Social, las acciones de vigilancia en salud pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del Sistema.
- Implementar las recomendaciones impartidas por el Ministerio de la Protección Social en lo referente a las acciones a realizar para mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública.
- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales en las áreas de su competencia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, p. 4)

El INS y el INVIMA son laboratorios de referencia del nivel nacional, mientras los laboratorios departamentales de salud pública y del Distrito Capital lo son en sus respectivas jurisdicciones. Para efectos del Decreto 3518, los laboratorios nacionales de referencia de otros sectores que tengan relación con la salud humana deben cooperar con la Red Nacional de Laboratorios según sus competencias normativas.

¿Qué funciones y competencias le corresponden al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)?

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), de acuerdo con el artículo 8 del 3518 de 2006, tiene las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- Desarrollar las acciones que garanticen la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en las áreas de su competencia.
- Apoyar al Ministerio de la Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública.
- Proponer planes, programas y proyectos al Ministerio de la Protección Social que contribuyan al desarrollo de la vigilancia y control de los problemas de salud pública.
- Apoyar a los departamentos y distritos en la gestión del Sistema de

Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en las áreas de su competencia, cuando así se requiera.

- Analizar y divulgar periódicamente la información generada por la vigilancia en salud pública en las áreas de su competencia.
- Coordinar con el Ministerio de la Protección Social, las acciones de vigilancia en salud pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del sistema.
- Implementar las recomendaciones impartidas por el Ministerio de la Protección Social en lo referente a las acciones que se deben realizar para mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública.
- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales, en las áreas de su competencia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, p. 4)

¿Qué funciones y competencias les corresponden a las direcciones departamentales y distritales de salud (secretarías de salud)?

Las direcciones departamentales y distritales de salud (secretarías de salud), de acuerdo con el artículo 9 del Decreto 3518 de 2006, tienen las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- Gerenciar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción.
- Implementar y difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia.
- Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial, y brindar la asistencia técnica y capacitación requeridas.
- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera.
- Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
- Integrar el componente de laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del Sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública en su jurisdicción.
- Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción.

- Declarar la emergencia sanitaria en salud en su jurisdicción de conformidad con la ley.
- Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.
- Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, pp. 4-5).

¿Qué funciones y competencias les corresponden a las direcciones municipales de salud?

Según el artículo 10 del Decreto 3518 de 2006, las direcciones municipales de salud tienen las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001 y de conformidad con lo dispuesto en el presente decreto o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo a su categoría.
- Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
- Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública establecido por el Ministerio de la Protección Social.
- Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción, conforme a sus competencias.
- Organizar la comunidad para lograr la participación de la misma en la realización de actividades propias de la vigilancia en salud pública.
- Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran, e investigar los brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia.
- Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción.
- Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de las áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, p. 5).

¿Cuáles son los componentes de la vigilancia en salud pública?

Cada país estructura su Sistema de Vigilancia en Salud Pública de acuerdo con la

organización de su Sistema de Salud. En Colombia el SIVIGILA se ha estructurado en cuatro subsistemas ([Figura 8.2](#)), así: subsistema de información, subsistema de análisis y divulgación, subsistema de intervención y subsistema de evaluación y seguimiento al funcionamiento del sistema de captación y respuesta.

Subsistema de información

Es el pilar del SIVIGILA. El Decreto 780 de 2016, en el artículo 2.8.8.1.2.7, asigna al Ministerio de Salud y Protección Social la responsabilidad de definir y reglamentar el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública ([Tabla 8.4](#)) que forma parte del Sistema Integral de Información de Protección Social (SISPRO). Igualmente, este decreto define el flujo de información para la vigilancia en salud pública y establece los operadores del SIVIGILA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Asimismo, dado que es un decreto único reglamentario del sector Salud y Protección Social, recoge e integra las directrices definidas en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el SIVIGILA y se dictan otras disposiciones), esto para decir que no modifica la estructura del sistema de información.

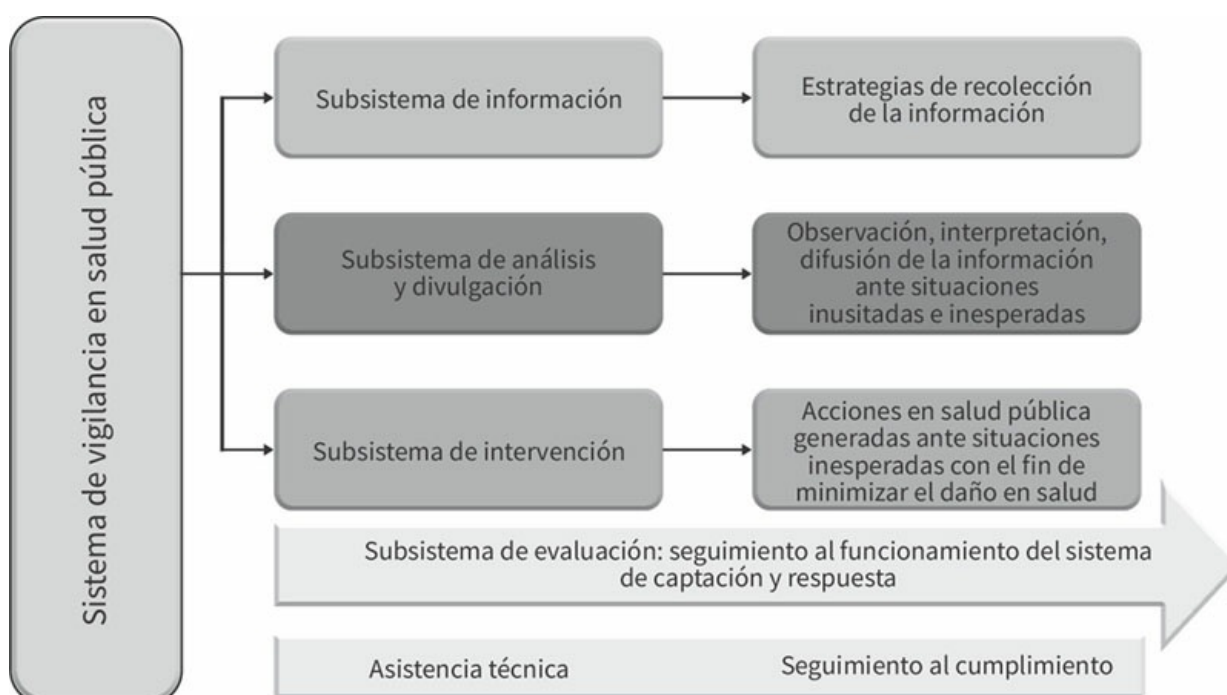


Figura 8.2. Componentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Fuente: Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos (Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017a, p. 24).

Tabla 8.4. Operadores del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Unidad notificadora	Entidades notificadoras	Responsabilidades
UPGD Unidad Primaria	• Instituciones prestadoras de servicios de salud	Responsables de la captación de los datos. Buscan, recolectan, clasifican, revisan y envían de

Generadora de Datos	públicas y privadas. • Laboratorios clínicos. • Laboratorios de histopatología. Bancos de sangre. • Bancos de órganos y componentes anatómicos. • Unidades de biomedicina reproductiva. • Entidades de otros sectores que cumplan con las responsabilidades. • Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) (Fuerzas Militares y Policía Nacional).	forma oportuna a la entidad territorial. Participan en las unidades de análisis.
UI Unidad Informadora	Entidades prestadoras de servicios de salud que por su atención especializada reportan en forma esporádica, su probabilidad de captación de casos es baja.	Responsables de la captación de los datos.
UND Unidad Notificadora de Datos Municipal. Unidad Notificadora de Datos Distrital	• Entidades públicas. • Secretarías de salud municipal, departamental y distrital.	Responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las UPGD, y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.

Fuente: *Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos* (INS, 2017a, pp. 24-26); Decreto 780 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Subsistema de análisis y divulgación

Comprende los procesos relacionados con el procesamiento, tabulación, análisis e interpretación de los resultados de la vigilancia en salud pública. Genera conocimiento sobre el comportamiento de los eventos de interés en salud pública, entrega esta información para la toma de decisiones y produce las alertas indispensables para la intervención y el establecimiento de las medidas de prevención y control, lo cual es útil para la población. Los análisis de los eventos de interés en salud pública objeto de epidemiología, se realizan teniendo en cuenta las variables de tiempo, lugar y persona, y están orientados a identificar un exceso en la ocurrencia de un evento (INS, 2017a; OPS, 2017a).



Figura 8.3. Estrategias de intervención y de divulgación.

Fuente: Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos (INS, 2017a, p. 24).

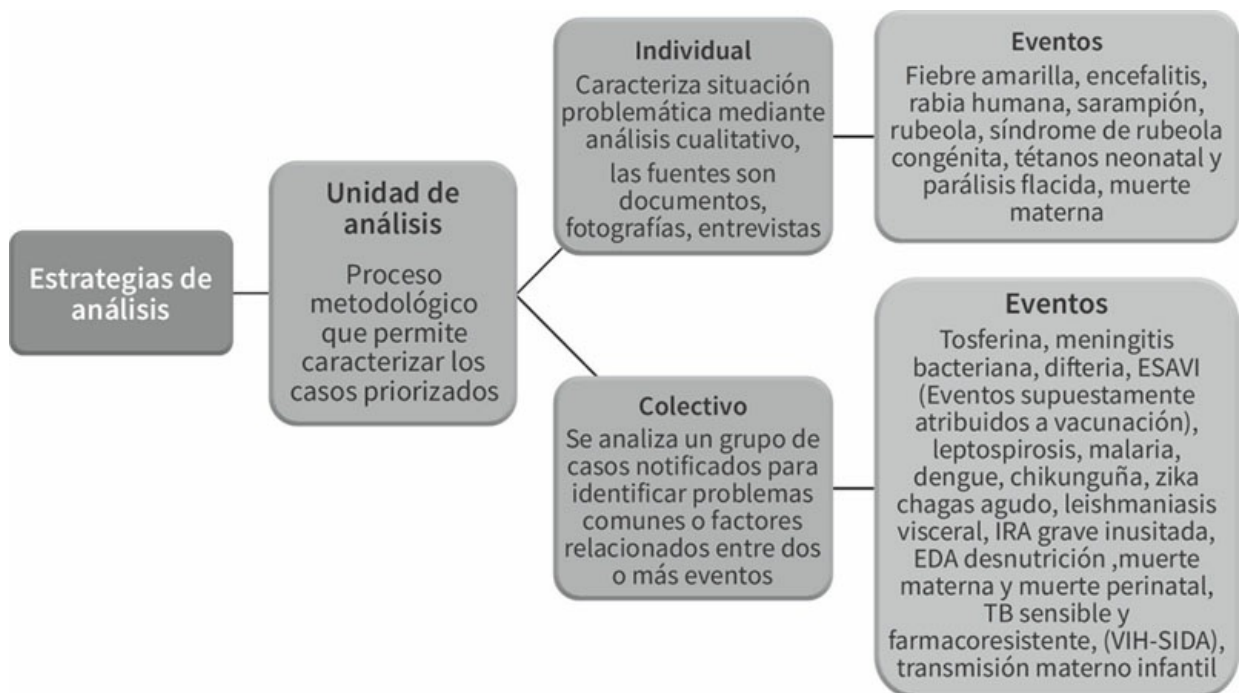


Figura 8.4. Estrategias de análisis A.

Fuente: Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos (INS, 2017a, p. 24).

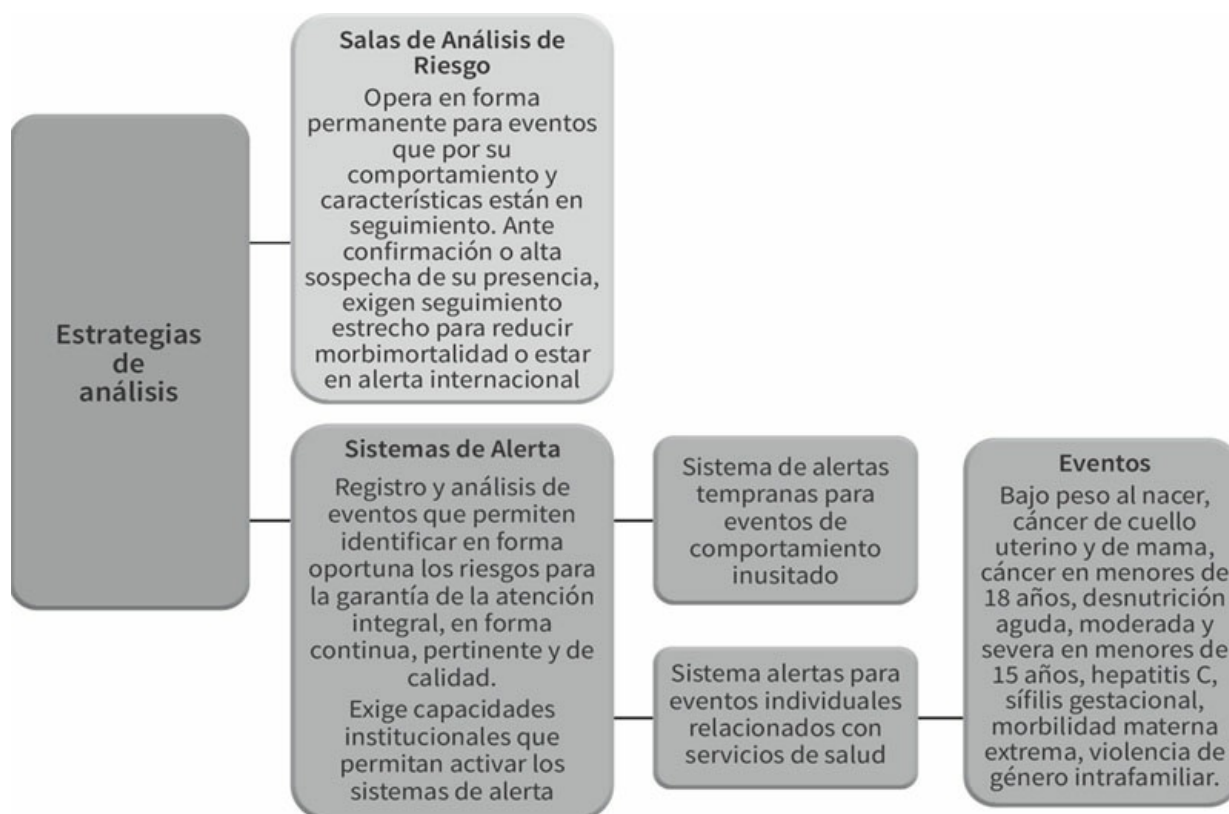


Figura 8.5. Estrategias de análisis B.

Fuente: Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos (INS, 2017a, p. 24).

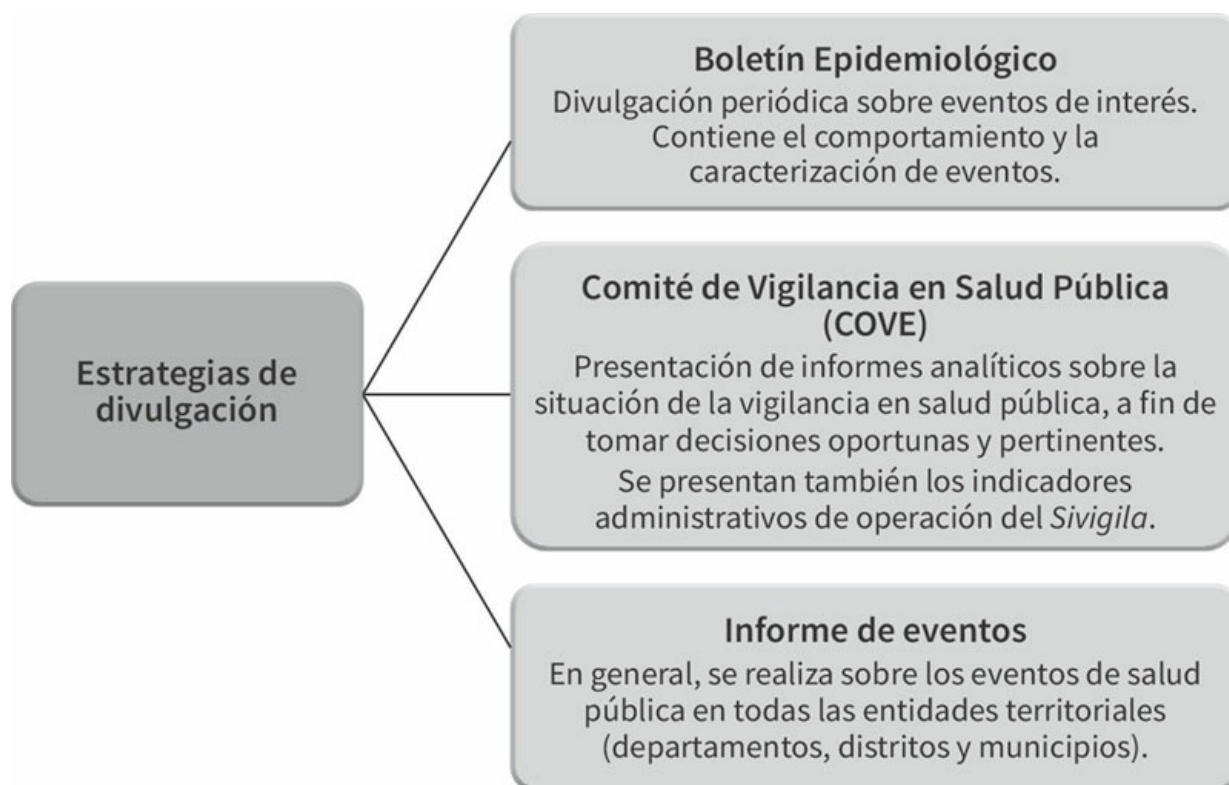


Figura 8.6. Estrategias de divulgación.

Fuente: Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos (INS, 2017a, p. 24).

En las *Figuras 8.3 a 8.6* se observan las estrategias de intervención y divulgación, en sus diferentes componentes: en la primera se presenta el cuadro general que describe los tipos de estrategias y sus componentes; en la segunda y la tercera, un desarrollo que identifica los eventos sometidos a dos diferentes estrategias de análisis; y en la cuarta, se presentan las estrategias de divulgación (INS, 2017a).

La divulgación de la información que surge de la vigilancia en salud pública exige regularidad y periodicidad, y sobre todo tener claridad acerca de a quién está dirigida. Cada grupo receptor de esta información exige de la cualificación de la misma. En la [Tabla 8.5](#) se observan las características de la información de acuerdo con cada tipo de población a quien va dirigida.

Subsistema de intervención

Las medidas de intervención van a depender de la naturaleza de los eventos que se estén presentando. La aplicación de las medidas está a cargo de las instituciones que están atendiendo los casos y de las autoridades sanitarias, de acuerdo con su competencia. Intervenciones como cuarentenas, distanciamiento social, lavado de manos y cercos epidemiológicos son algunos ejemplos, tal como ocurrió durante la pandemia por Covid-19 acaecida en 2020.

Tabla 8.5. Población a quien va dirigida la información y características de la información.

Población a quien va dirigida la información	Características de la información
Autoridades de salud: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, entidades territoriales (departamento, distrito y municipio)	Informe técnico que presente el comportamiento en el tiempo de los eventos, su magnitud y gravedad, sus causas, su localización geográfica, la población afectada y, además, las intervenciones sugeridas.
Medios masivos (prensa, radio y televisión)	Informe breve de la situación, teniendo cuidado de no generar situaciones de pánico colectivo. Con énfasis en las medidas preventivas. Los medios de comunicación requieren ser voceros formados por las entidades de salud, para que se conviertan en difusores válidos de la información.
Población	Los mensajes deben ser orientadores sobre los eventos y las acciones de prevención y protección personal; además, deben informar a las autoridades sobre otros casos en la comunidad.

Fuente: Módulos de principios de Epidemiología para el control de enfermedades (OPS, 2017a).

¿Por qué ocurren los brotes?

Los brotes responden a múltiples causas, siendo las más frecuentes cuando:

- Los individuos susceptibles van a un área donde la enfermedad infecciosa es

endémica o el agente patógeno está en circulación. En el caso de un brote de sarampión, los individuos susceptibles son las personas que no han recibido la vacunación y no han estado en contacto antes con personas enfermas de sarampión. Esta condición supone un riesgo mayor de contagio.⁶²

- Los seres humanos o animales se trasladan desde un área endémica a una población humana susceptible en la que la enfermedad no es endémica; o cuando vehículos como alimentos, agua u otros se contaminan con un agente infeccioso cuya presencia es inusual (por ejemplo, esporas de ántrax que se añaden a un sobre enviado por correo como acto terrorista).
- Una infección preexistente ocurre en un área de baja endemicidad y llega a personas susceptibles como resultado de una práctica social, de comportamiento, sexual o cultural, nueva o inusual. Algunos ejemplos incluyen la migración de refugiados durante tiempos de guerra y peregrinaciones a lugares de connotación religiosa.
- La susceptibilidad y respuesta del huésped son modificados, ya sea en forma natural o inducido por medicamentos. De las intervenciones oportunas dependen las posibilidades de prevención y control; especialmente de disponer de un sistema de información que está dando cuenta del seguimiento y monitoreo de las enfermedades de interés en salud pública.

¿Qué es un brote?

Hace referencia a una situación epidémica limitada a un espacio debidamente localizado. Se considera también como la aparición súbita de casos que representan un aumento de la incidencia de una enfermedad en un espacio geográfico definido (una cárcel, un colegio, un barrio, un municipio). Los brotes pueden ser la primera manifestación de una epidemia, de ahí que su identificación oportuna, análisis y estudio cuidadoso puedan evitar una epidemia y salvar vidas (OPS, 2017a).

Algunos conceptos importantes relacionados con los brotes son:

Enfermedad endémica: es la ocurrencia constante de una enfermedad, desorden o agente infeccioso nocivo en un área geográfica o grupo de población; también se refiere a la prevalencia elevada de una enfermedad determinada de forma permanente en dicha zona o grupo.

Epidemia: es la ocurrencia de casos de enfermedad u otros eventos de salud con una incidencia mayor a la esperada para un área geográfica y período determinados. El número de casos que indican la presencia de una epidemia varía según el agente, el tamaño y tipo de la población expuesta, su experiencia previa o ausencia de exposición a la enfermedad y el lugar y tiempo de ocurrencia.

Pandemia: es una epidemia que ocurre en un área muy amplia, cruza fronteras internacionales y afecta a un gran número de personas (OPS, 2017a).

¿Cuándo sospechar que se está frente a un brote?

- Cuando la enfermedad supera la ocurrencia habitual de los casos en número

y distribución.

- Cuando la severidad es mayor que lo habitual.
- Cuando la enfermedad es nueva, emergente o desconocida en el lugar.
- Cuando es una enfermedad prioritaria y tiene impacto en salud pública.

¿Qué hacer ante la presencia de un brote?

- Confirmar que efectivamente existe un brote.
- Precisar el diagnóstico presuntivo de los casos notificados.
- Establecer si la ocurrencia de los eventos que se están observando es superior a lo esperado normalmente.
- Planificar y organizar el trabajo de campo. Esta actividad es fundamental y debe responder a procesos de:

- Coordinación y comunicación.
- Logística y de gestión
- Aspectos técnicos

- Establecer la definición operacional del caso. Con ello se busca la estandarización de criterios diagnósticos (o no) sobre la enfermedad porque esto permite identificar con mayor sensibilidad y precisión la existencia de casos nuevos y la verdadera magnitud del brote. Se define un caso como:

“El conjunto de criterios (no necesariamente diagnósticos) que deben ser llenados para identificar a una persona como caso representativo de una enfermedad o condición particular. La definición de caso está basada en criterios geográficos, clínicos, de laboratorio o en una combinación de clínicos y de laboratorio”. (OPS, 2017a)

- Realizar búsqueda activa de casos. Con la definición del caso, se informa a las instituciones notificadoras para que estén alertas ante la presencia de otros casos. Se buscan en todas las fuentes de información los posibles diagnósticos que puedan ser diferenciales, con el fin de ampliar el rastreo y que no se queden casos sin identificar (informes de laboratorio, historias clínicas, fichas de notificación).
- Caracterizar el brote de acuerdo con las variables de persona, tiempo y lugar.
- Generar hipótesis sobre la causa de la enfermedad.
- Aplicar las medidas de prevención y control de acuerdo con el informe inicial.
- Hacer un informe técnico del brote.

Cada entidad debe tener una organización que respalde la ejecución del Savigila y las respuestas ante los eventos. En la [Figura 8.7](#) se observan los diferentes tipos de medidas de intervención. La Unidad Primaria de Notificación (UPGD) debe:

- Notificar inmediatamente, vía telefónica, a la Secretaría Municipal de Salud, esta a la Secretaría Departamental, y esta última al Instituto Nacional de Salud.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo del brote.
- Recolectar y enviar las muestras tomadas de acuerdo con el caso (tipo de muestras y tiempos para el envío).
- Identificar el agente etiológico, su fuente y mecanismo de propagación.



Figura 8.7. Medidas de intervención sanitaria.

Notificación de eventos en salud pública

De acuerdo con el Decreto 3518 de 2006, un evento de salud pública se define como:

- *Sucesos o circunstancias* que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que, para efectos del decreto mencionado, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados.
- *Eventos de interés en salud pública.* Son aquellos eventos que se consideran importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social de Colombia, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que, además,

requieren ser enfrentados con medidas de salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, p. 2).

- *Eventos en eliminación.* Son aquellos que han reducido a cero su incidencia, pero su agente causal sigue en circulación y se han identificado los vectores o las causas que pueden producir la enfermedad; por esta razón se mantiene la vigilancia. Un ejemplo de estos eventos es la lepra (INS, 2017a).

- *Eventos en erradicación.* Hacen referencia a la ausencia de agente causal y de casos, lo cual supone una ausencia completa de riesgo de reintroducción de la enfermedad y, por tanto, se pueden suspender todas las medidas de prevención y control. Algunos de los eventos en erradicación en Colombia son: parálisis flácida aguda, sarampión, síndrome de rubeola congénita, tétanos neonatal (INS, 2017a).

Cada país, según sus condiciones geográficas, define su situación de salud, las características específicas de su perfil de morbilidad, y los compromisos y acuerdos establecidos en el Código Sanitario Internacional 2005, así como los eventos que va a vigilar y que se deben notificar.

¿Qué es la notificación?

En la vigilancia en salud pública, la notificación consiste en el reporte de todos los eventos nuevos de una determinada enfermedad, a través de un documento denominado *ficha de notificación*. Esta incluye, tanto los casos clínicamente sospechosos, como los confirmados por laboratorio. La notificación tiene un carácter de obligatoriedad.

¿Cuáles son los tipos de notificación?

Notificación negativa. Es el reporte de la inexistencia de casos de eventos de interés en salud pública (EISP) a nivel nacional e internacional, después de realizar una búsqueda activa a través de todas las fuentes de información existentes. Los eventos que en Colombia exigen reporte de inexistencia son: sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita, parálisis flácida aguda y fiebre amarilla (INS, 2017a).

Notificación inmediata. Es necesaria para aquellos eventos que representan riesgos para la salud de la población (INS, 2017a). En la [Tabla 8.6](#) se observan los eventos que Colombia ha definido como de notificación obligatoria. Este listado puede tener modificaciones porque con frecuencia surgen nuevos eventos de interés en salud pública que exigen vigilar su comportamiento.

¿Qué condiciones o cualidades deben tener los profesionales que realizan la vigilancia en salud pública?

Los profesionales deben cumplir con condiciones, no solo de formación y técnicas en el conocimiento de la vigilancia en salud pública, sino una gran conciencia de la ética en salud pública, de las implicaciones de cualquier decisión que se tome respecto de la seguridad sanitaria y en la vida de las personas. Cualquier omisión

en la notificación puede generar retrasos en las decisiones de intervenir un brote y evitar una epidemia de grandes proporciones. Por tanto, cada profesional conforme a sus competencias, y en su relación directa con los pacientes, debe tener una conciencia clara del papel que desempeña en la vigilancia en salud pública.

Los médicos generales y especialistas, los odontólogos, el personal de enfermería, los terapeutas (físicos, respiratorios), dado que todos realizan actividades de consulta y procedimientos, tienen oportunidades reales para la detección de casos con potencial epidémico y sometidos a vigilancia en salud pública.

Vigilancia en salud pública en la atención de los profesionales médicos generales y especialistas

La [Tabla 8.7](#) ilustra cómo se debe incorporar la vigilancia en salud pública en la atención de los profesionales médicos generales y especialistas.

Subsistema de evaluación: seguimiento al funcionamiento del sistema de captación y respuesta

La evaluación del Sivigila busca generar condiciones de mejoramiento continuo, en todos los procesos de vigilancia en salud pública, con el propósito de lograr los resultados esperados.

Tabla 8.6. Eventos de notificación obligatoria.

Tipo de evento	Nombre
Morbilidad	• Carbunco • Chagas agudo • Cólera • Defectos congénitos • Dengue grave • Difteria • Ébola • Encefalitis del Nilo occidental en humanos • Encefalitis equina del oeste en humanos • Encefalitis equina venezolana en humanos • Enfermedad transmitida por alimentos o agua • Enfermedades de origen priónico • Enfermedad transmitida por alimentos o agua (brotes) • Fiebre amarilla • IAD - infecciones asociadas a dispositivos-individual • Infección respiratoria aguda grave - IRAG inusitada • Intoxicaciones por metanol • Leishmaniasis visceral • Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona) • Meningitis • Morbilidad materna extrema

	• Rabia humana • Malaria complicada • Parálisis flácida aguda en menores de 15 años • Peste (bubónica neumónica) • Rubeola • Sarampión • Síndrome de rubeola congénita • Tétanos neonatal y tosferina • Violencias de género (relacionadas con quemaduras por ácido)
Mortalidad	• Mortalidad por malaria • Mortalidad materna • Mortalidad por cólera • Mortalidad por dengue • Mortalidad por desnutrición • Mortalidad por EDA en menores de 5 años (investigación de campo) • Mortalidad por IRA • Muerte por zika • Muerte por violencia de género • Mortalidad infantil (EDA, IRA, DNT) (vigilancia integrada)
Eventos	• Evento adverso seguido a la vacunación • Evento colectivo sin establecer • Evento individual sin establecer

Fuente: Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos (INS, 2017a, pp. 31-32).

Como se puede observar en la [Tabla 8.8](#), los indicadores planteados para la vigilancia en salud pública se estructuran teniendo en cuenta el subsistema de información. Existen otros indicadores relacionados con oportunidad y desempeño de la vigilancia, monitoreo de las tasas de incidencia, mortalidad, complicaciones y secuelas, que se utilizan según el evento de interés en salud pública que se esté vigilando. En este caso, se espera el informe de realimentación (de los informes de cada unidad notificadora).

Tabla 8.7. Vigilancia en salud pública en la atención de los profesionales médicos generales y especialistas.

¿Qué se debe saber?	¿Cómo orientar el acto médico?	¿Qué debe hacer el médico durante la atención?
• Conocer la importancia de la vigilancia en salud pública (VSP). • Conocer y actuar de acuerdo con los principios	• Tener una mente abierta y sensible para la detección de casos objeto de VSP. • Realizar un interrogatorio completo orientado a conocer la procedencia del paciente, el motivo de consulta, indagar sobre el momento de inicio de los signos y síntomas, y las	• Hacer un examen físico completo que permita orientar el diagnóstico de acuerdo con el interrogatorio realizado al paciente. • Registrar la presunción diagnóstica de los eventos sujetos a VSP. • Ordenar las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico. • Prescribir el tratamiento de acuerdo con el diagnóstico

de la ética en la VSP. • Reconocer las implicaciones que tiene la VSP en la seguridad humana. • Conocer los lineamientos técnicos actualizados y expedidos por la autoridad sanitaria. • Tener disponible el listado de los eventos de interés en salud pública sometidos a VSP. • Conocer los instrumentos y mecanismos de notificación.	situaciones que rodearon la presentación de los síntomas. • Identificar otras personas con el mismo cuadro clínico en el hogar o en el trabajo o en los lugares que frecuenta. • Interrogar sobre los antecedentes de viaje o desplazamiento en los últimos 15 días. • Factores asociados al evento según la orientación clínica y presunción diagnóstica. • Interrogar sobre antecedentes de vacunación. • Interrogar por antecedentes personales y familiares relacionados con el evento que se presume tiene el paciente. • Consignar toda la información en la historia clínica (recordar que esta actividad es de gran importancia para el paciente y para el seguimiento por parte de otros médicos). • Si el médico tiene dudas, debe consultar con las personas encargadas de la VSP. • Se debe recordar que lo más importante es la seguridad humana, evitar la propagación de una enfermedad y evitar muertes innecesarias.	• Entregar al paciente o a su familia las recomendaciones que se deben seguir para evitar la diseminación de la enfermedad. • Orientar sobre los signos de alarma y la presencia de complicaciones, las secuelas o la muerte. • El escribir un diagnóstico presuntivo de cualquier evento de importancia en salud pública desencadena una serie de actividades muy importantes, como el diligenciamiento de las fichas de notificación obligatoria de eventos de interés en salud pública para el seguimiento a nivel individual, familiar, laboral y poblacional. • Activar la cadena de notificación a nivel institucional. • Nota: <i>Estas actividades demuestran la conciencia frente a las implicaciones que tiene no notificar los casos de eventos de interés en salud pública, que atentan contra la seguridad sanitaria y la seguridad humana.</i> • La coordinación de la VSP a nivel institucional desencadena todas las medidas de prevención y control.

Fuente: Sistema Integral de Vigilancia en Salud Pública. Versión 3. Manual del usuario. Documento técnico para la implementación operativa (Servicio Occidental de Salud SOS – EPS, s.f.).

Tabla 8.8. Indicadores de evaluación de la gestión del subsistema de información, Colombia, 2018.

Indicador	Nivel de desagregación	Cálculo	Meta
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	UPGD	(UPGD que notifican en el día y hora establecida / total de UPGD caracterizadas y activas) * 100	Mínimo 90 %
	UNM	(UNM que notifican en el día y hora establecida / total de UNM) * 100	Mínimo 97 %
	UND	(UND que notifican en el día y hora establecida / total de UND) * 100	100 %
Porcentaje de	UPGD, UNM,	(Total de UND, UNM o UPGD que no	0 %

silencio epidemiológico	UND	enviaron el reporte el día y hora establecida / total de UND, UNM o UPGD) * 100	
Oportunidad en la notificación semanal	UPGD, UNM, UND	Σ (fecha de notificación – fecha de consulta) / Total de eventos notificados * 100	1 día para eventos de notificación inmediata y 8 para el resto de los eventos
Cumplimiento en el ajuste de casos	UPGD, UNM, UND	(Casos ajustados en su clasificación inicial / Total de casos probables y sospechosos) * 100	100 %
Oportunidad en el ajuste de casos	UPGD, UNM, UND	Promedio de la diferencia entre Fecha de ajuste – Fecha de notificación	30 días

Fuente: Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos (INS, 2017a).

REFERENCIAS

- Inter-Agency Standing Committee [IASC] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Guía del Clúster de Salud. Una guía práctica para la implementación del Grupo Sectorial de Salud a nivel de país*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/health_cluster_guide_31mar2011_sp.pdf?ua=1
- Fariñas, R. A. (2002). De la vigilancia epidemiológica a la vigilancia en salud. La Habana: Vigiweb. Recuperado de http://vigiweb.sourceforge.net/VigiWeb/temas/vig_epidem/indice_vig_epidm.htm#1
- García, C. y Alfonso, P. (2013). Vigilancia epidemiológica en salud. *Archivo Médico de Camagüey*, 17(6), 121-128. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552013000600013&script=sci_abstract
- Jablonski, S. (1995). Síndrome: un concepto en evolución. *Acimed*, 3(1), 30-38. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94351995000100006
- Jaramillo, A. y Ruales, J. (2008). *Desempeño y resultados de los sistemas de salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Tendencias y experiencias*. Washington: OPS. Recuperado de <https://docplayer.es/7337415-Lectura-evaluacion-del-desempeno-de-los-sistemas-de-salud-tendencias-y-experiencias-alicia-jaramillo-y-jose-ruales-1.html>
- Infomed. (2007). *La seguridad sanitaria internacional. Un documento de exposición de conceptos para el Día Mundial de la Salud 2007*. La Habana, Cuba: Autor. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/seguridad_sanitaria_internacional_1.pdf
- Instituto Nacional de Salud [INS]. (2017a). *Lineamientos nacionales 2018. Vigilancia y control en Salud Pública. Estrategia basada en casos predefinidos*. Bogotá, Colombia: Autor. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Lineamientos%202018.pdf>
- _____. (2017b). *Manual para la realización de Unidades de Análisis de los eventos de interés en salud pública*. Bogotá, Colombia: Autor. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacin%20para%20hacer%20%20unidad%20de%20>
- _____. (s.f.). *Instructivo de atención epidemiológica de brotes de enfermedades inmunoprevenibles*. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE0/Instructivo-atencion-epidemiologica-brotes.pdf>
- Maclean, S. (2008). Microbes, Mad Cows and Militaries: Exploring the Links Between Health and Security. *Security Dialogue*, 39(5), 475-494. <https://doi.org/10.1177/0967010608096149>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: autor.

- Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf
- _____. (2016). *Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Bogotá, Colombia: autor. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2009). *Informe sobre Seguridad Ciudadana y Derechos Humanos*. Washington D.C: OEA. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/docs/pdfs/SEGURIDAD%20CIUDADANA%202009%20ESP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Informe sobre la salud en el mundo. Por un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial*. Ginebra: Autor. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2007/es/>
- _____. (2016). *Reglamento Sanitario Internacional 2005* (3.^a ed.) Ginebra: Autor. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/reglamento-sanitario-internacional.pdf>
- Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2009). *Teoría y práctica de la seguridad humana*. Nueva York: Autor. 87 p. Recuperado de https://www.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDHSeguridad/12_2010/97c70a6a-82ff-409c-a1de-438406607896.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017a). Unidad 4: Vigilancia en salud pública. En *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE)* (2.a ed.). Washington DC: Autor. Recuperado de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=856-mopece4&Itemid=688
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington DC: Autor. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- _____. (2008). *Agenda de salud para las Américas 2008-2017*. Ciudad de Panamá: Autor. Recuperado el 21 de junio de 2018 de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13246:health-agenda-americas&Itemid=42349&lang=es
- _____. (2012). *Seguridad humana. Implicaciones para la salud pública. Documento técnico de Referencia*. Washington DC: Autor. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/D37403-PAHO-seguridad-humana-Final-WEB.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud - USAID. (2007). *Función rectora de la autoridad sanitaria. Marco conceptual. Instrumento metodológico* (Edición especial No. 17). Washington DC: Autor. Recuperado de <http://bit.ly/2TrSVKz>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Instituto Interamericano de derechos humanos [PNUD- IIDH]. (2012). *Guía metodológica para la aplicación del enfoque de seguridad humana*. San José de Costa Rica: IIDH. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1560/guia-seguridad-humana-2012.pdf>
- Rivas-Loría, P., Suárez C., Aráoz C. y Levcovitz, E. (2006). *Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio/reforma*. Washington: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49084>
- Servicio Occidental de Salud SOS - EPS. (s.f.). *Sistema Integral de Vigilancia en Salud Pública. Versión 3. Manual del usuario. Documento técnico para la implementación operativa*. Cali, Colombia: Autor. Recuperado de <https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Epidemiologia/MANUALVIGILANCIA.pdf>
- Urbaneja, F., Lijó, A., Cabrerizo, J. I., Idiazabal, J., Zubía, A. R. y Padilla, A. (2015). *Vigilancia epidemiológica en el trabajo. Guía para la implantación de la vigilancia colectiva por parte de los servicios de prevención*. Barakaldo: Unidad de Salud Laboral. Osalan - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. Recuperado de <http://bit.ly/37ZipUP>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Guidelines on ethical issues in public health surveillance*. Geneva: Author. Recuperado de <https://www.who.int/ethics/publications/public-health-surveillance/en/>

Capítulo 9

Gestión en salud pública: perspectivas y retos



Gestión en salud pública: perspectivas y retos

Deisy J. Arrubla S.⁶³

INTRODUCCIÓN

El concepto de *gestión* ha sido discutido ampliamente en la literatura sobre administración y, por tanto, no existe una única definición. Algunos teóricos indican que es una categoría amplia que implica la acción en cualquier actividad de la cotidianidad. Se puede decir que el concepto es polisémico, pues retoma elementos de las ciencias políticas, de las teorías administrativas y de la economía de la salud; aplicado a este último campo de acción, conlleva la formulación, la implementación y la evaluación de las políticas públicas en salud, la administración de los recursos y la evaluación.

Esto nos conduce a preguntar, ¿qué fue primero, el huevo o la gallina? Para este caso, la pregunta sería: ¿la planificación contiene la gestión o la gestión contiene la planificación? No parece resuelto el asunto que el asunto esté resuelto y, en ocasiones, los términos se utilizan de manera indiscriminada. En este capítulo se sigue la orientación de Souza-Campos (2009), quien señala que el concepto de ‘gestión en salud’ se utiliza como categoría que contiene a la dirección —o estilo particular de liderazgo—, la planificación y la evaluación en salud.

Hablar sobre gestión implica comprender que es producto de una acción individual o de una acción colectiva, que se establece sobre conceptos teóricos, reflexionados o no, y deriva en prácticas institucionalizadas que se desarrollan en todos los niveles organizacionales, sean estos públicos o privados. Asimismo, la gestión tiene lugar en los diferentes niveles de la sociedad, y si bien de manera analítica se pueden identificar los niveles macrosocial y microsocioal, esto, en la praxis, no es sencillo de diferenciar.

Ahora bien, el término *gestión* ha logrado mayor fuerza en el contexto latinoamericano después de la década de los noventa. Esta emergencia se ha relacionado con la introducción de las reformas de los sistemas de salud, las cuales tienen como telón de fondo las reformas estructurales de los Estados y el

ingreso de los principios de la nueva gestión pública (*New Public Management* [NPM, por sus siglas en inglés]) como la alternativa teórica de administración del Estado.

En el campo de la salud pública internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la *salud en todas las políticas* (HiAP, por sus siglas en inglés); para ello ha formulado la importancia de la intersectorialidad y la gobernanza como aspectos centrales para disminuir las brechas sociosanitarias en salud (OPS/OMS, 2015). Asimismo, en diferentes países, y particularmente en América Latina, se ha generado la llamada ‘judicialización del derecho a la salud’, la cual no podría comprenderse sino en el marco de la acción colectiva.

Lo anterior deja ver que hay una tensión entre la perspectiva garantista de los derechos económicos, sociales y culturales, y los procesos de racionalidad económica que colonizan la vida cotidiana de la población. Esto implica revisar los marcos conceptuales que apoyan la gestión en salud pública, tarea compleja, dado el amplio alcance teórico y práctico ya mencionado. No obstante, para acotar la tarea, este capítulo se propone aportar insumos introductorios sobre los elementos epistémicos y teóricos que hoy están en tensión en la gestión de la salud pública y, además, mostrar algunas tendencias de trabajos de investigación sobre el tema.

También se consultó literatura empírica sobre gestión o administración en salud pública, parte de ella concatenada en la revisión sistemática sobre gestión en salud pública, realizada en la Universidad Santo Tomás⁶⁴, textos clásicos de la salud colectiva sobre el tema, y se retomaron notas y discusiones de aula con estudiantes de la asignatura Liderazgo y Gestión en Salud de la Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. De esta manera se intenta abandonar una postura normativa —es decir, el cómo hacer la gestión en salud pública— y se busca recrear el capítulo con vivencias de profesionales de la salud, que permitan dejar algunas reflexiones para la praxis. Por su densidad, no se tratarán los temas del sistema de salud ni de la evaluación en salud, los cuales se desarrollarán en otros capítulos.

Para dar respuesta a este propósito, el capítulo se articula en cinco segmentos: (i) Reflexiones epistémico-teóricas de la gestión en salud pública, (ii) Tendencias de la producción empírica, (iii) Planificación en salud pública, (iv) Democracia y sociedad en la gestión en salud, y (v) Conclusiones.

REFLEXIONES EPISTÉMICO-TEÓRICAS DE LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

Racionalidad instrumental

La racionalidad instrumental se refiere a la comprensión de los fines y los medios. Para los teóricos de la Escuela de Fráncfort, los fines dejaron de ser reflexionados y los medios se tornaron en fines en sí mismos. Esto puede ser identificado en

diferentes posturas de líderes internacionales o nacionales que ponen el sistema económico como el fin último de la humanidad y olvidan que este es solo un medio para su supervivencia, restringiendo de esta manera el propio derecho a la salud.

El Gobierno restringe el acceso a la sanidad a los inmigrantes irregulares

“La ministra de Sanidad, Ana Mato, ha anunciado que no bastará con estar empadronado para obtener la tarjeta sanitaria, sino que se exigirá la residencia fiscal. Ello implica que las personas que se encuentren en situación irregular solo podrán acceder a las urgencias, la maternidad (...)” (Prats y Benito en *El País*, 20 de abril de 2012).

La racionalidad instrumental privilegia lo que Horkheimer (1979) denomina la ‘racionalidad subjetiva’, aquella que da preponderancia a la capacidad lógica del individuo y se organiza de acuerdo a los intereses de individuos y comunidades que buscan la autoconservación, negando la *racionalidad objetiva*, es decir, la reflexión sobre la existencia del hombre y del mundo que este habita.

Esta transformación se hace evidente en las corrientes administrativas que se han impulsado desde finales de la década de los setenta en países como el Reino Unido y Estados Unidos, y que permearon las reformas estructurales de los Estados, particularmente las reformas de los sistemas de salud (Ferlie, 2010). Por ejemplo, en España, esto se identifica en prácticas concretas de la administración en salud (como la que se presenta en el recuadro anterior), lo cual fue parte de los fundamentos del Real Decreto Ley 16/2012 y el Real Decreto 1192/2012, ampliamente discutido en algunas comunidades autónomas por organizaciones como la Red de Denuncia y Resistencia, las cuales se pronunciaron de manera enérgica a lo que consideraron una violación al acceso universal a la salud (Red de Denuncia y Resistencia [Reder], s.f.).

También se plasma en la segunda generación de reformas del Consenso de Washington, introducidas a finales de los años ochenta en América Latina, las cuales promueven la eficiencia en el manejo de los recursos y la reducción del Estado. Para Onocko (1997) y Sousa-Campos (2006), en el caso del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, la racionalidad instrumental obedece a la necesidad de dar respuesta a fines que se resuelven mediante desarrollos tecnológicos.

En el caso colombiano, se han descrito varios arreglos institucionales que priorizan lo económico sobre la vida de las personas, por ejemplo, en los itinerarios burocráticos de los procesos de afiliación a la seguridad social y de atención en los servicios de salud (Abadía y Oviedo, 2010), la transacción financiera entre aseguradores y prestadores (Molina *et al.*, 2010), y otras prácticas que seguramente el lector identificará en la medida que inicie su propio ejercicio de reflexión.

Inconmensurabilidad de la atención en salud mental

“El funcionario administrativo puede decir cuántas personas fueron atendidas en el mes, pero no cuánto trabajo fue necesario, pues depende del tipo de tratamiento, del paciente (...)” (Terra da

Dicho de otra manera, en la cotidianidad se organizan prácticas que responden a la racionalidad instrumental, haciendo de lo económico, en sus diferentes formas de expresión, el fin último de la gestión en salud pública. Se puede decir que la discusión sobre los principios que orientan a las sociedades son dejados de lado por una discusión sobre los instrumentos que deberían utilizarse para operar dentro de la sociedad, de este modo se cosifica la respuesta social y se instrumenta la vida de las personas (Horkheimer, 1979).

La racionalidad instrumental niega los principios éticos de la salud pública: igual dignidad de todos los individuos y equidad frente a la vida, la enfermedad y la muerte (Berlinguer, 2004, citado en Franco, 2006). También niega la estética o capacidad de aprehender el mundo social, racionalizando la respuesta que las comunidades construyen para autogestionar su propio proceso de salud-enfermedad. Se suma el hecho de restringir la capacidad creadora y transformadora de la organización humana, toda vez que, al limitarse la gestión a prácticas instrumentales, se restringe la posibilidad argumentativa de los trabajadores y ciudadanos para la construcción de la misma. Esto se materializa en la disociación de referentes como el derecho a la salud, la justicia social sanitaria, el bienestar y el bienvivir.

New Public Management: valores privados en la gestión pública

Las reformas estructurales de los Estados, impulsadas desde finales de los años ochenta, se acompañan de un modelo de gestión en el sector público que se establece en oposición al modelo burocrático, particularmente frente a los principios de centralidad burocrática, el continuo de la administración-política, la prudencia y los principios de rendición de cuentas. La *New Public Administration* (NPM), descrita por Christopher Hood en 1991, propone, como eje central, que introducir los valores que orientan el mercado en el sector público enfatiza la eficiencia, el control de costos y la calidad de los servicios que se entregan a los clientes (Charbonneau, 2012). La finalidad es lograr una mayor rentabilidad de lo público (Ferlie, 2010).

La nueva gerencia hospitalaria

“La implementación de la nueva Gerencia Hospitalaria, en un principio fue formulada con el fin de generar un aumento en los ingresos generados por el mismo Hospital y una contención de los costos para disminuir el gasto general. Sin embargo, las cifras demuestran que la situación de los Hospitales, (por lo menos en el ámbito financiero) es poco favorable; aunque la facturación por concepto de venta de servicios ha aumentado y parece ser la tendencia a futuro, los gastos de funcionamiento, de personal y operacionales también lo hacen” (Avendaño, 2010, p. 24).

De acuerdo con Hood (1995), existen siete mecanismos para el logro de la eficiencia en la gestión pública: (i) desagregación de las organizaciones públicas,

manejo corporativo de cada sector público o producto, centro de costos separados y delegación; (ii) competencia entre organizaciones de los sectores público y privado; (iii) prácticas gerenciales que introducen, por ejemplo, nuevos modelos de empleo para directivos del sector público, quienes tienen menores salarios que en el sector privado; (iv) disciplina en el uso de los recursos, control de costos y búsqueda de alternativas económicas; (v) control de la gestión y control de la gestión de los directivos; (vi) hacer visibles y explícitos los parámetros de organizaciones en términos de rango, nivel y contenido de servicios; y (vii) organización homeostática de resultados regulada por incentivos financieros.

Los analistas de la *New Public Administration* han indicado que la gestión en salud pública se establece sobre una racionalidad económica que dialoga con las posturas del institucionalismo económico (Oehler-Sincai, 2008) y con los principios del *Public Choice* (Giraldo, 2016). También han mostrado que existe diferencia con los marcos adoptados a finales de los años sesenta en Estados Unidos, que tienen como eje central la rendición de cuentas, los resultados de la publicación de datos y las transacciones publicadas en el mercado de la administración.

Algunas de las críticas a la NPM se fundamentan en la denominada ‘paradoja de la gerencia’: a mayor politización del servicio público, mayor regulación y burocratización (Maor, 1999). Desde una perspectiva histórica, se ha descrito en el Sistema Nacional de Salud inglés que la NPM se acompaña de diferentes estilos de gerencia (Ferlie, Ashbuerner, Fitzgerald y Pettigrew, 1996; Hood, 2001). Se identifica que ejes centrales de la doctrina de la NPM, como las líneas verticales de mando, el excesivo control, el pobre trabajo en equipo y la calidad centrada en las finanzas del economicismo, son aspectos que chocan frente al ideal de la salud pública de reducir inequidades sociales, así como ante las fallas en el logro de objetivos concretos en salud (Ferlie, 2010).

En los análisis provenientes de Iberoamérica se registra una escasa descripción de trabajos empíricos que den cuenta de la implementación de la NPM. Este enfoque ha sido recomendado para organizar los gobiernos de América Latina y, si bien se indica que el Estado no es una empresa, él mismo sí puede volverse más empresarial (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo [CLAD], 1998). En este sentido, se identifica que la corporativización y la disciplina fiscal han permeado los Estados y particularmente limitan la política de salud, como en el caso del sistema de salud colombiano (Barrera, 2015; Fernández, 2013).

Las organizaciones de salud: administración científica y calidad total



El largometraje **“Tiempos modernos”**, escrito y dirigido por Charles Chaplin en 1936, permite ver los principios de la administración científica y su efecto en la subjetividad de los obreros.

Los teóricos de la administración refieren que desde principios del siglo XX se ha dado una evolución en los marcos teóricos que la soportan. En términos generales, se describe la administración científica y el desarrollo de los postulados de Frederick Taylor y Henry Fayol, cuyos elementos centrales son la jerarquización, la productividad y las líneas de mando y control.

De acuerdo con Calonje (2013), hay una leve diferencia entre el modelo burocrático de Max Weber y los principios de la administración científica, la cual pone un mayor acento en la estructura interna de las organizaciones. Esta se fundamenta en el racionalismo de los dirigentes, quienes consideran que: (i) el conocimiento es deductivo, (ii) la supervisión se establece según el número de personas que se pueden controlar, y (iii) se fijan reglas y líneas de mando explícitas. Estos modelos se han dibujado con la metáfora de la máquina humana en sistemas cerrados de mando y control. Ahora bien, la eficiencia y la productividad de las organizaciones son un derrotero en las posturas racionalistas, las cuales se han mantenido incluso después de la Segunda Guerra Mundial, pese al influjo de la psicología en el desarrollo de las teorías administrativas, que se ha preguntado por la creatividad de los trabajadores y los mejores ambientes de trabajo.

El influjo de la NPM en el sector salud ha traído consigo una nueva organización (Calonje, 2013). Esta autora la describe como una organización ‘moderna’ que define la gestión a partir del funcionamiento, la calidad y la mejora. El funcionamiento se mide, la calidad se audita y los objetivos se establecen en busca de una mejora. Para Sousa-Campos (2006), las características de la administración científica están presentes en las organizaciones de salud que forman parte del SUS en Brasil. Esto también se puede apreciar en el caso colombiano, en el cual han hecho carrera los procesos de gestión de la calidad.

Frente a esta nueva organización, y sus efectos en la gestión en salud pública,

es posible plantearse si esta racionalidad se acompaña de subjetividades que niegan la creatividad del trabajador de la salud y produce fricciones entre los nuevos gerentes y los trabajadores, quienes tienen estructuras de significado diferentes respecto del objetivo y el quehacer del campo de la salud (Sousa-Campos, 2006, 2009). Se mantiene un fraccionamiento en el abordaje del sector salud como un todo, el cual es visto como la suma de sus partes, por ejemplo, la suma de hospitales que componen una red de servicios y no la red como un todo. Esto tiene repercusiones en la manera de organizar los servicios de salud, de disponer los recursos a la población y de evaluar los resultados. Por ejemplo, se cuenta con instituciones de salud altamente calificadas sin que el impacto en indicadores de salud generales sea igualmente contundente.

Las relaciones de poder y la gestión en salud pública

Un rasgo que caracteriza la racionalidad instrumental es el descuido del análisis histórico donde se estructuran las prácticas de la gestión sanitaria. Al respecto, los trabajos sobre salud colectiva, y particularmente los de Testa (1997), destacan la importancia del pensamiento estratégico para comprenderla. Este autor retoma la dimensión política de la salud pública para señalar la estrecha relación entre las prácticas de gestión de la salud pública y el Estado⁶⁵. Ubica la discusión de la gestión en salud pública en un plano macrosocial y permite proponer que la gestión en salud pública es influenciada por los procesos de configuración del Estado. Además de considerarse la arena donde se disputan los recursos, el Estado también es un actor, que a la vez disputa los recursos de la política. Siguiendo a los institucionalistas históricos⁶⁶, el Estado es actor y arena (Evans, Rueschemeyer y Skocpol, 1985).

Esto significa que las políticas de salud, y los arreglos institucionales que estas políticas establecen, están condicionadas por las fuerzas políticas que disputan los recursos sobre las que el aparato estatal tiene una cierta autonomía para el logro de sus objetivos (Mann, 1986). Lo anterior se comprende mejor si se interroga el papel que los Ministerios de Salud pueden asumir en defensa de una política de salud, aun en contravía de intereses de grupos económicos y de otras instituciones del aparato estatal.

En el ejemplo presentado en el recuadro, el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano actúa como un actor en busca de un objetivo político, que va en contravía de los intereses de los gremios económicos. En un primer *round* los gremios económicos ganaron la disputa al lograr que el Congreso de la República retirara el articulado que establecía el impuesto a las bebidas azucaradas de la reforma tributaria de 2019 en Colombia (Redacción El Heraldo, 2016). Siguiendo a los institucionalistas históricos, de tendencia weberiana, la autonomía relativa del Estado se logra en la medida que los funcionarios públicos sean independientes de los intereses de los gremios económicos (Evans *et al.*, 1985). En ese marco se podría decir que el Ministerio de Salud y Protección Social mostró autonomía frente a los gremios.

La batalla pendiente por el impuesto a las bebidas azucaradas

El ministro de Salud, Alejandro Gaviria, lanza una fría conclusión: “Colombia debe retomar el debate sobre el impuesto a las bebidas azucaradas”.

Su seriedad al decirlo causó algo de sorpresa, pues el tema había permanecido casi que engavetado en la opinión pública desde que el Congreso lo liquidó un año antes en medio de los debates de la reforma tributaria, ante el silencio de sus jefes de gobierno” (Suárez y Fernández, 2018).

Para algunos neomarxistas, la autonomía relativa se genera por la fuerza política que ejerce la fracción de clase dominante (Mann, 1986). Por ejemplo, en un estudio sobre la configuración de los sistemas de salud se propuso que estos son una ‘respuesta societal’, es decir, que los valores y arreglos institucionales que los constituyen son el resultado de un proceso sociopolítico de largo aliento (Hernández, 2002). Particularmente, la reforma de la seguridad social en salud del año 1993 en Colombia, propuesta por el legislativo en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, fue apoyada por los gremios económicos y por un capital político relevante del Senado y la Cámara, pese a contener medidas que podrían considerarse impopulares (Vega, Eslava, Arrubla y Hernández, 2012). En síntesis, el Estado ejerció su autonomía relativa para el logro de sus objetivos políticos, y esto fue posible gracias a la conjunción de las élites políticas y los grupos económicos en torno a un mismo objetivo. A la vez, las prácticas de gestión en salud pública van a estar influenciadas por los valores y los arreglos de los sistemas de salud (Ferlie, 2010); por ello, la gestión en salud pública —en sí misma—, debe ser considerada un proceso micropolítico.

Siguiendo a Testa (1997), es importante comprender las conexiones entre el poder político y el poder técnico-administrativo. Para este autor, el poder técnico es aquel que brinda el conocimiento específico de la salud pública, es decir, los sistemas de información epidemiológicos, etc.; el poder administrativo lo suministra la fracción de clase que esté en el poder; y el poder político lo constituyen, además del Estado, las fuerzas políticas que disputan los recursos. Es decir, el salubrista debe comprender la importancia de forjar la acción colectiva y posibilitar la movilización de los ciudadanos, en pro de lograr los objetivos en salud propuestos. Este accionar forma parte de la gestión en salud pública.

TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN EMPÍRICA

La revisión de trabajos empíricos permite identificar que la investigación en gestión en salud pública se enfoca principalmente en la administración de los recursos sociosanitarios y, por lo general, estas investigaciones no desarrollan elementos epistémico-teóricos de sus aproximaciones. Una revisión preliminar de la literatura muestra que existe un énfasis particular en estudiar los sistemas de gestión de la calidad en las organizaciones de salud, específicamente en las

unidades de producción hospitalarias. Le siguen los trabajos sobre los equipos de salud en la atención primaria; y con menos desarrollo, temas como la gestión en las políticas de salud y modelos de atención en salud pública.

Gestión de la calidad en las organizaciones de salud

El concepto de calidad, asociado al proceso de industrialización, toma fuerza después de la Segunda Guerra Mundial con el desarrollo de ingenieros norteamericanos como Deming y Juran, contratados por el Gobierno japonés; y posteriormente por autores como Taguchi e Ishikawa, quienes lideraron la corriente de la *mejora continua* (Simón, 2005). En el campo de la salud, a principios del siglo XX el concepto de calidad se asocia con la estandarización de los procesos de formación de los profesionales de la salud; posteriormente, se identifica la emergencia del concepto de la mano del surgimiento de la NPM y de los nuevos arreglos institucionales de programas como el programa *Medicare* en Estados Unidos.

Entre otros enfoques se encuentran los trabajos que retoman las bases del *Balance Score Card* (Norton y Kaplan, 2009), el Modelo Europeo para la Excelencia en la Gestión (conocido como EFQM por *European Foundation Quality Management*) y las Normas ISO 9000. Estas investigaciones priorizan las unidades de producción, como los hospitales, dada la aparente similitud con los procesos industriales ([Tabla 9.1](#)).

Como se puede ver en la [Tabla 9.1](#), los instrumentos de gestión de la calidad se dirigen básicamente hacia la evaluación. Las principales restricciones en este tipo de trabajos fueron descritas en la crítica a la racionalidad instrumental previamente presentada en este capítulo. Si bien los autores intentan tomar distancia de conceptos usados en el lenguaje administrativo que hacen alusión a la relación cliente-proveedor, los elementos básicos sobre los cuales se establecen estas perspectivas dificultan una mirada más amplia de la gestión en salud pública. Por ejemplo, las líneas de trabajo que no son medibles, no logran ser valoradas en estas perspectivas, ni se identifican mecanismos de gestión de la calidad dirigidos a la garantía del derecho a la salud.

Tabla 9.1. Ejemplo de gestión de la calidad en unidades de producción.

Enfoque	Elementos teóricos básicos	Aportes	Ejemplo
Balance Score Card	La interacción de la gestión y la medición para el logro de los resultados. Se establece sobre cuatro perspectivas básicas: los clientes, los procesos internos, el aprendizaje y desarrollo y la perspectiva financiera.	Construcción de indicadores dirigidos al monitoreo y seguimiento de cada perspectiva en el nivel organizacional. Permite comparar resultados en diferentes unidades de producción.	Leyton, Huerta y Paúl (2015).
Modelo EFQM	Propone la calidad de la gestión. Parte de una visión de futuro y establece elementos	El trabajo se utiliza para valorar los resultados de una	Villalbí <i>et al.</i>

	facilitadores: liderazgo, políticas y estrategia, personas, recursos, alianzas y procesos; remarca los resultados (para los clientes y el personal), el impacto en la sociedad y los logros de la organización.	agencia de salud pública. El modelo permite identificar una batería de indicadores (cobertura, calidad y costos) para cada línea de trabajo de la agencia. El componente de innovación y aprendizaje del modelo da elementos interesantes para abordar temas como la investigación operativa de procesos.	(2010).

Fuente: elaboración propia.

Trabajo en salud: no mensurabilidad vs. racionalidad gerencial

El trabajo en salud es un tema relevante en la gestión en salud pública. La investigación empírica deja ver una tensión entre el trabajo en salud, asumido como una dimensión no material del trabajo, y la generación de un nuevo trabajador en salud: el gerente.

El análisis de los centros de atención psicosocial permite identificar que existe en la producción de cuidado una subjetividad implícita al servicio. Estos trabajos cuestionan la racionalidad instrumental, al proponer procesos de subjetividad en la relación entre el trabajador de la salud y el paciente; e identifica que hay inmaterialidad, heterogeneidad y simultaneidad en el servicio. Lo anterior, dado que la atención del paciente solo es posible si se garantiza la participación de ese paciente en la producción y consumo del bien (Terra da Silva *et al.*, 2009). En esta misma vía se estudia el resultado de arreglos institucionales, como las organizaciones matriciales, que se han propuesto lograr estructuras organizacionales internas menos jerárquicas (Matuda, Pinto, Martins y Frazão, 2015).

Organizaciones gestoras de conocimiento

Si bien es escasa la producción de trabajos empíricos sobre este tema, es evidente que existe preocupación por él. Calonje (2013) señala que las organizaciones transformadoras y creadoras son aquellas que aplican la *gestión del conocimiento*. En este sentido, particularmente la gestión de la infraestructura para la información en unidades de salud pública y unidades de producción, como los hospitales, es un asunto que preocupa a los académicos. También se retoma el concepto de *redes de conocimiento* (Martínez, López y Salas, 2015) y el uso del conocimiento para la toma de decisiones, en el caso del sistema de información y vigilancia en alimentación y nutrición —instrumento de planeación, evaluación y gestión del SUS en Brasil— (Rolim, Lima, Barros, y Andrade, 2015).

Gestión y políticas en salud

Se identifican estudios sobre el análisis de políticas relativas a la descentralización en salud (Colimon y Maya, 2015; Fernández, 2013) y a la atención primaria en salud (Ortiz, 2014; Peña, 2016). Los casos de estudio se proponen analizar la implementación de las políticas y los aspectos contextuales que facilitan o no la implementación. Al respecto, se señalan las contradicciones de las políticas, en particular, en aquellos sistemas de salud basados en el mercado. Asimismo, se advierte la baja capacidad administrativa de las organizaciones para el logro de la implementación de la política.

PLANIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Un aspecto que llama la atención es que, si bien la planificación en salud es un tema esencial en la praxis de la salud pública, es un aspecto poco abordado en los trabajos empíricos. Onocko (1997) refiere que la planificación en salud es una forma de organización para la acción y que esta se orienta conforme a los principios que las sociedades compartan. Por ejemplo, si la sociedad se establece sobre principios de sociedades justas, se espera que la acción busque disminuir las brechas sociosanitarias en salud.

En el primer segmento se expuso que la racionalidad instrumental es la sombrilla epistémica de la gestión, y por supuesto, la planificación también se encuentra influida por esta mirada. La principal crítica a la planificación en salud es que se asume como fin último y no como medio. En efecto, la planificación en salud es más bien un mediador entre los fines de la salud pública y los procesos de subjetivización de los grupos que están en acción. En ese sentido, la planificación en sí misma puede ser performativa, de allí la importancia que esta tiene para el logro de procesos colectivos.

De acuerdo con Testa (1993, citado en Onocko, 1997), la planeación tiene sentido en la medida que proporciona un lenguaje y una estructura comunicativa a través de la cual las sociedades debaten su historia y su futuro. Sin embargo, pierde sentido cuando el objetivo de la planificación en salud, es decir, la producción de la salud de las poblaciones, se cambia por el discurso de administrar de forma eficiente los recursos.

Lo anterior implica comprender que la planificación en salud puede ser considerada un campo y no solo un dispositivo de acción. Primero, porque posee un corpus de conocimiento especializado que la constituye; y segundo, porque tiene un valor de uso: es un medio para el logro de propósitos sociales y la generación de subjetividades (Onocko, 1997). Por tanto, la planificación no debe perder su carácter de medio, pues de lo contrario perdería su valor de uso, pero tampoco debe ser concebida como un fin.

Ahora bien, a efectos de operar la planificación en salud es pertinente identificar que esta se estructura en diferentes niveles y cuenta con distintos dispositivos. Respecto de los niveles, estos se articulan según la estructura

organizativa de las instituciones. Por ejemplo, siguiendo la organización del sistema de salud colombiano, se pueden identificar: (i) un nivel central de orden nacional —con instituciones como el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud—; y (ii) niveles departamentales y municipales —secretarías de salud, red hospitalaria, etc.—. En este caso, las leyes que regulan el sistema de salud, como la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, así como la Ley 715 de 2001 —que establece las competencias en salud—, aportan elementos organizativos de la planificación. En cuanto a los dispositivos que se utilizan para hacer la planificación, existen las políticas públicas, los planes, programas y proyectos, entre otros ([Figura 9.1](#)).

De acuerdo con Roth (2002), las políticas públicas se pueden definir como un proceso de construcción colectiva, de iniciativas, decisiones y acciones respaldadas y legitimadas por el Estado para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos en un contexto económico, político, social, cultural y ambiental particular. Es decir, que la política pública deriva de un proceso sociopolítico que expresa diferentes concepciones del mundo social. Un error frecuente en el campo de la salud es confundir la política pública con los instrumentos que se utilizan para su implementación.

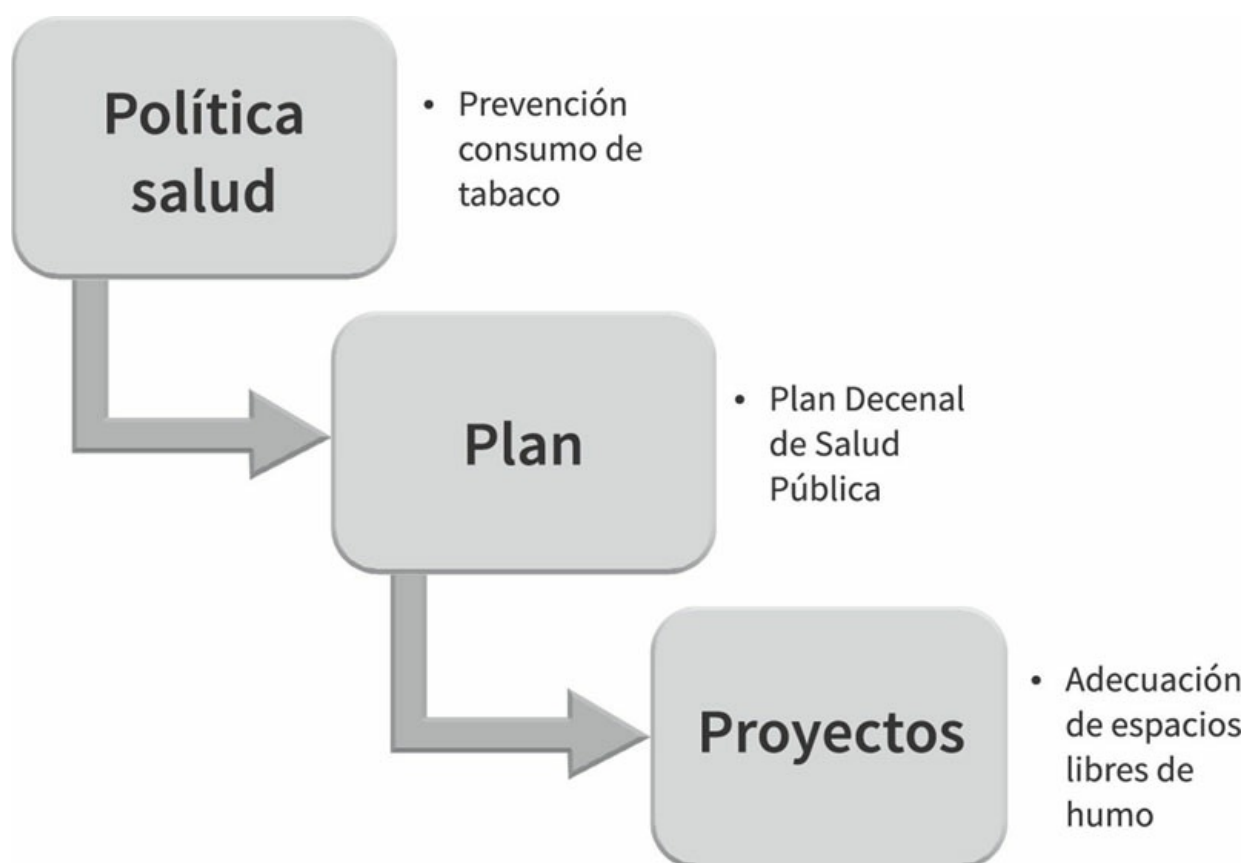


Figura 9.1. Ejemplo de dispositivos de la planificación.

Fuente: elaboración propia.

El *plan* es un ejercicio programático de carácter estratégico que integra prioridades establecidas en el ámbito de las políticas y puede estar articulado a través de programas y proyectos. Por su parte, un *programa de salud* debe ser comprendido como un dispositivo de la planificación —y a la vez como una

organización de prácticas—, y que debe poseer definición de objetivos, actividades y recursos para la resolución de problemas en salud. El programa puede ser desarrollado por el nivel central o por los niveles departamental, territorial e incluso de una unidad de producción. Finalmente, el proyecto es un dispositivo que tiene un tiempo y un espacio de ejecución limitados y debe estar articulado con un programa.

Planificación en salud: abordajes y limitantes

Particularmente desde el campo de la salud colectiva se ha discutido sobre la planificación como instrumento para operar las acciones y para inducir la transformación de las relaciones de poder. Esta discusión ha sido recogida por Teixeira (2010) quien señala que en la planificación en salud en América Latina se pueden identificar algunos enfoques teóricos, los cuales a su vez marcan momentos que se relacionan con procesos económico/ políticos, como el modelo de desarrollo, las dictaduras y la ola de pensamiento crítico de la primera década del siglo XXI.

Un primer momento referenciado por dicha autora es el surgimiento, en la década de los 60, del método de planificación en salud conocido como *modelo OPS-Cendes*, el cual se caracteriza por ser normativo y por formularse de arriba hacia abajo; el contenido epidemiológico tiene un lugar central y su lógica es la relación oferta/demanda de servicios de salud utilizado en los abordajes de la economía de la salud. En 1975 apareció el *marco de formulación de políticas* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que incluye una mirada política y se alimenta de otros saberes, como las ciencias políticas. Lo interesante de esta propuesta es que parte de una ‘imagen objeto’ o ‘futuro deseado’, para luego preguntarse por las acciones que llevarían a este futuro; para el análisis es preciso comprender los actores políticos del territorio.

En la década de los ochenta se introduce la Planeación Estratégica Situacional (PES; Matus, citado en Teixeira, 2010; Onocko, 1997), la cual se desarrolla mediante cuatro momentos de acción: explicativo, normativo, estratégico y táctico-operativo ([Tabla 9.2](#)). Pese a las críticas que ha recibido, este enfoque enriquece las metodologías de algunos países como Brasil, Colombia y Perú.

Ahora bien, se ha dicho que la planificación no obedece a un asunto meramente técnico; por el contrario, deriva de un proceso sociopolítico en el cual el poder técnico-administrativo tiene un lugar. En este escenario se identifican una serie de aspectos problemáticos que debe tener presente el salubrista:

1. **El problema del problema.** Entendido como cualquier situación que se ha identificado como insatisfactoria, que representa una brecha entre el ser y el deber ser, o entre la situación actual y la situación deseada. Su concreción da lugar a la necesidad. El problema es que los problemas que se afrontan en salud son complejos: primero, por la multiplicidad de procesos que los explican, los cuales, a la vez, tienen configuraciones histórico-sociales; segundo, por su carácter multinivel; tercero, es preciso utilizar diferentes marcos analíticos, es decir, requiere una mirada transdisciplinar; y cuarto, la

comprensión del problema obedece a una manera de concebir el mundo social e implica un criterio de justicia social sanitaria. En este sentido, el análisis también depende del lente con el que se mire el problema. Para Carlos Matus (Fondo Editorial El Agora, 2014), se puede caer en una ‘ceguera blanca’ y no ver cuál es realmente el problema lo cual ocurre cuando el análisis no tiene un sentido crítico.

Tabla 9.2. Momentos de la Planificación Estratégica Situacional (PES).

Momento	Descripción	Acciones	Técnica/Instrumentos
Explicativo	Busca dar elementos explicativos a partir de la problematización del contexto social y de los resultados en salud identificados.	• Reconocimiento de la situación problema. • Indicadores epidemiológicos. • Indicadores de oferta/demanda. • Análisis crítico del contexto histórico, social y de las condiciones de vida. • Identificación de la correlación de fuerzas políticas.	• Entrevistas • Grupos de enfoque. • Cartografías. • Cuestionarios. • Diagramas de árbol. • Mapeo de actores. • Registros de salud
Normativo	Definición del deber ser de la situación problema. Corresponde a la imagen-objeto.	• Comprensión de derechos. • Comparación con otros contextos. • Identificación del ‘deber ser’ con las poblaciones.	• Revisión documental. • Grupos de discusión. • Grupos Delphi.
Estratégico	Identificación de las alternativas que permitirán alcanzar el deber ser. Comparación de las alternativas y elección de una de ellas.	• Formulación de las alternativas. • Estudios económicos de las alternativas. • Identificación de posibles impactos. • Identificación de aliados y opositores.	• Matriz de análisis estratégico. • Mapeo de actores.
Táctico/operativo	Es el ejercicio programático. Busca operar la estrategia seleccionada. Requiere un objetivo, actividades, metas e indicadores.	• Definición de acciones conducentes a operar la estrategia.	• Marco lógico

Fuente: elaboración propia a partir de Teixeira (2010) y Onocko (1997).

2. La incertidumbre de las soluciones. El análisis lineal no resuelve

problemáticas complejas, por ello las soluciones no pueden ser estructuradas desde una lógica del cálculo racional y son difícilmente valoradas en términos de la probabilidad de su resultado. Una solución puede asociarse con otra serie de circunstancias que vulneran derechos de otras poblaciones. La solución también enfrenta el propio proceso político. Desde una mirada de abajo hacia arriba, Testa (1995, citado en Teixeira, 2010) plantea que el sector salud está imbricado en la totalidad social, lo que hace necesario reconocer que la situación de salud de las poblaciones y la organización de la respuesta de salud están socialmente determinadas.

3. **La concreción de lo político.** Una de las dificultades del proceso de planificación en salud es armonizar la lectura política del proceso sin perder el horizonte respecto de la comprensión del proceso de salud-enfermedad-atención de las poblaciones. Limitar el análisis político puede llevar al reduccionismo de creer que ‘lo político’ se restringe a una lista de posibles actores, descuidando el análisis político *per se*, que incluye comprender las fuerzas políticas que están en el territorio, sus repertorios y recursos.

Por ejemplo, respecto del ciclo de planificación en salud en el ámbito urbano, Borrell, Díez, Morrison y Camprubí (2012) llaman la atención sobre:

- Los ejes de la desigualdad social: la clase social, lo étnico/racial y el género.
- La segregación espacial para comprender la expresión de la inequidad en lo urbano.
- La gobernanza como elemento clave en la formulación del acuerdo político.

Planificación en salud y envejecimiento poblacional

Cuando se piensa en el *envejecimiento poblacional*, los actores de salud pueden plantear diferentes problemas:

1. El costo de la atención de las personas mayores para el sistema de salud.
2. La búsqueda de políticas de salud que posibiliten que las personas se enfermen menos durante la vejez.
3. La búsqueda de políticas que mejoren la calidad de vida de las personas mayores.

Si bien los planteamientos no son excluyentes entre sí, ubicarse solo en el primer problema podría tener efectos negativos sobre la vida de las personas mayores.

- La importancia del seguimiento y la evaluación.

Para ello, estos autores sitúan una serie de indicadores que permiten monitorear las acciones realizadas ([Figura 9.2](#)).

4. **La priorización.** Las lógicas establecidas sobre el costo, el impacto y la probabilidad de la solución son criterios para la priorización. Sin embargo, por lo general el ejercicio de planificación atraviesa una fase de priorización de situaciones y de acciones, y por ello se requiere comprender las lógicas y los principios de justicia social que orientan el ejercicio.
5. **La injerencia del pensamiento sistémico.** La introducción de otros marcos comprensivos ha permitido fortalecer el momento normativo, con procesos como la visualización de futuro, que introduce los conceptos de misión, visión y objetivos. Un ejemplo de este tipo de propuestas se encuentra en la *Guía*

para el desarrollo local en salud (Fisher y Verma, 2011), la cual establece una serie de acciones dirigidas al ámbito institucional.



Figura 9.2. Ciclo de planificación en salud en el ámbito urbano.

Fuente: *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas* (Borrell et al., 2012).

Asimismo, la noción de complejidad, ya explicada anteriormente, tensiona la idea de la planificación como flujo de acciones consecutivas que deben seguir un orden para el logro del propósito. En política pública, este flujo se conoce como el ciclo de política-formulación- implementación-evaluación (Roth, 2002). No obstante, el recurso analítico dista de la realidad, la cual no se ordena en estos pasos. Se puede decir que el proceso de planificación tiene fugas y entradas con retroalimentación permanente; por ello, en la actualidad se acepta que durante la fase de implementación se debe hacer seguimiento y realizar ajustes.

El marco lógico: un instrumento de apoyo en la planificación de proyectos

Para el proceso de planificación de proyectos de carácter social, a nivel internacional se han desarrollado diversas metodologías entre las que se pueden

citar el *Marco Lógico* (ML) y el *Outcome Mapping* (Earl, Carden y Smutylo, 2001); así mismo, se identifican algunos enfoques novedosos como el *Design Thinking*. Se reconoce que estas metodologías, por lo general tienen como fundamento teórico la gestión basada en resultados; por ello, la visualización de futuro es un aspecto sensible en las tres aproximaciones citadas

Sin duda, el ML sigue siendo la herramienta que se utiliza con mayor frecuencia en los ejercicios de planificación de proyectos; tuvo su origen durante la posguerra en Europa y ha sido adoptado y adaptado por agencias internacionales y nacionales. Puesto que su fundamento epistémico es el positivismo, se articula con el concepto de *encadenamiento lógico de hipótesis*, las cuales constituyen niveles jerárquicos de la planificación que permiten identificar objetivos que responden a un medio-fin.

El ML reconoce dos etapas: (i) la analítica, centrada en el análisis de la realidad o del problema, permite identificar los posibles mecanismos de intervención; y (ii) la planificación, que hace referencia a una acción programática (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2011; OPAS/OMS, 2014). En la [Figura 9.3](#) se presenta esta lógica que se inspira en los momentos que Matus (1993, citado Teixeira, 2010) propuso, esto es, el método PES.

La síntesis narrativa del ML reúne la etapa analítica y la de planificación. Es una manera sencilla de mostrar los elementos del proyecto y favorece la discusión ante tomadores de decisión⁶⁷ ([Tabla 9.3](#)).

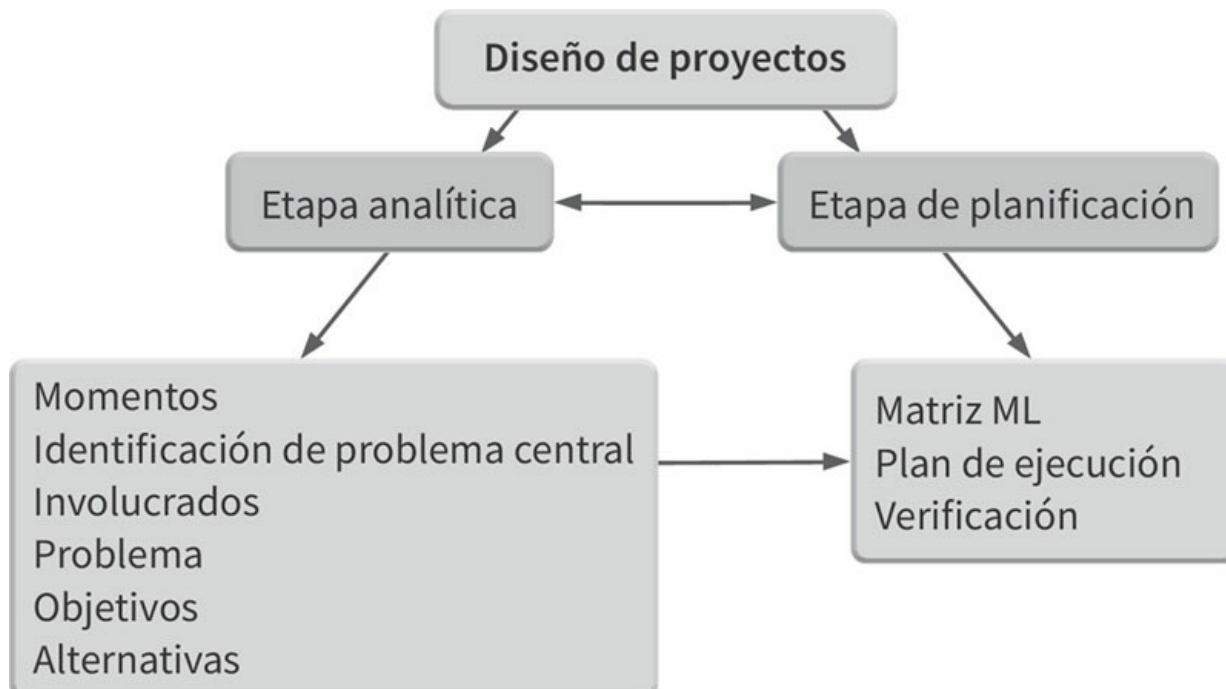


Figura 9.3. Etapas del marco lógico. *Adaptado de: Manual de planejamento, execução e avaliação de projetos da Representação da OPAS/OMS no Brasil* (OPAS/OMS, 2014).

Tabla 9.3. Aspectos básicos para diligenciar el resumen narrativo de objetivos

del marco lógico (ML).

Resumen	Indicadores	Medio de verificación	Supuestos-hipótesis	Pregunta
Fin				¿Para qué se realiza el proyecto?
Propósito				¿Por qué se realiza este proyecto?
Resultados				¿Qué debe producir el proyecto?
Línea base				Estado actual de la situación problema.
Actividades				¿Cómo producir los resultados del proyecto?

Fuente: Manual de planejamento, execução e avaliação de projetos da Representação da OPAS/OMS no Brasil (OPAS/OMS, 2014).

Algunas ventajas del ML se relacionan con la facilidad del proceso instrumental, dado que sigue una secuencia lógica de acciones. Es sencillo de incorporar en trabajos con grupos de profesionales, organizaciones sociales y otros actores que deseen realizar ejercicios de planificación. La principal limitante es la lógica causa-efecto, pues, como se mencionó con anterioridad, el proceso de planificación enfrenta el hecho de abordar problemas complejos.

Territorio y planificación en salud

De manera tradicional la categoría ‘territorio’ se ha utilizado en la planificación en salud como un instrumento administrativo orientado a operar la asignación de competencias, responsabilidades y recursos. Así, los territorios responden a una definición político-administrativa establecida de acuerdo a la configuración institucional donde se insertan. De manera que un reto de la planificación en salud lo constituye la relación entre los niveles de índole nacional y local. Por ejemplo, en un sistema democrático como el colombiano, se identifica una serie de interacciones que reflejan, entre otros aspectos, la correlación de fuerzas políticas y las redes de clientelas que las soportan. Respecto del saber técnico, la planificación central usualmente es normativa y homogeneiza las experiencias locales; de esta forma, los indicadores sintéticos de los resultados en salud ocultan las inequidades locales (Spinelli, Urquía, Bargallo y Alazraquí, 2008). De hecho, la planificación local a menudo se acompaña de una distribución inequitativa de recursos, la cual sigue patrones regionales.

Si bien la dimensión operativa de la categoría ‘territorio’ presenta limitaciones cuando se despliega la planificación, las ciencias políticas y la geografía crítica señalan que el territorio responde a una configuración histórica en la que se dan procesos de territorialidad y territorialización (Borde y Torres-Tovar, 2017; Jolly, 2012).

Desde esta perspectiva, la *territorialización* se entiende como la apropiación del territorio por parte de los pobladores para fines económicos, simbólico-

culturales, políticos e incluso técnico-científicos. Dicha apropiación permite que el planificador en salud tenga una mayor comprensión del proceso de salud y de la respuesta societal —si la hubiese— que se articula en el territorio. Por su parte, la *territorialidad* expresa la identidad de la población con relación a un proceso específico de territorialización, el cual, además de apropiar el territorio para un fin, genera procesos de subjetivización en la población que lo habita.

Por ejemplo, en la estrategia colombiana *PASE a la Equidad en Salud* se entiende que en el territorio se presentan una serie de tensiones definidas como “el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo, que actúan en diferentes direcciones, generando cierto grado de estrés gracias al cual se mantienen o transforman las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y/o económicas” (González y Rubiano, 2009 citados en Minsalud, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población para las Naciones Unidas [UNFPA], 2015, p. 78). Estas tensiones se expresan en una configuración particular del territorio. Según los autores, el concepto de ‘configuración’ hace alusión al conjunto de interacciones y tensiones dominantes que se organizan en una estructura lógica, la cual facilita su interpretación al establecer una conexión entre ellas, y se relacionan temporal y espacialmente. La configuración se refiere a un proceso histórico y dinámico que implica, tanto la territorialización como la territorialidad. Estos aspectos son elementos explicativos del proceso de salud-enfermedad-atención de las poblaciones. El trabajo de Borrell *et al.* (2012) sobre gobernanza urbana utiliza la categoría ‘segregación’ como una manifestación de la territorialización en zonas urbanas que refleja la inequidad social con expresión espaciotemporal y constituye, no solo un aspecto fundamental explicativo de peores resultados en salud, sino el escenario de transformación.

PASE a la Equidad en Salud: la propuesta territorial colombiana

Colombia cuenta con un marco normativo que regula la planificación en salud pública, anclado a la Constitución colombiana de 1991 y desarrollado mediante la Ley 152 de 1994 (Ley Orgánica del Plan de Desarrollo), así como a las leyes que regulan la planificación presupuestal del territorio nacional, como la Ley 819 de 2003 que establece el marco fiscal de mediano plazo.

En el ámbito de la salud ha tenido lugar un proceso evolutivo de la planificación, particularmente las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, que regularon la obligatoriedad del Ministerio de Salud y Protección Social de realizar la formulación cuatrienal del Plan Decenal de Salud Pública, además de la Ley 715 de 2001 que establece las competencias en salud.

En este mismo sentido, el gobierno nacional ha expedido resoluciones que le dan el marco operativo al Plan Decenal de Salud Pública, así como a la planificación integral para salud: la Resolución 1536 de 2015, la cual desarrolla las acciones de obligatorio cumplimiento de entidades territoriales y entidades promotoras de salud con relación a la planificación sociosanitaria, y la Resolución 518 de 2015 que establece los contenidos básicos de la gestión en salud en el ámbito local.

Asimismo, existen leyes que regulan el presupuesto de los planes financieros territoriales de salud por parte de los departamentos, municipios y distritos —como la Ley de Rentas de Destinación Específica para la Salud (Ley 1393 de 2010), el Decreto 4811 de 2010, la Resolución 4015 de 2013 y la Resolución 4834 de 2015—. En virtud de este marco normativo, se desarrolló la estrategia PASE a la Equidad en Salud, la cual provee los lineamientos conceptuales y metodológicos para la planificación en salud a nivel municipal. Esta estrategia retoma un ejercicio anterior diseñado para orientar la planificación territorial que se conoció como BIT PASE (acrónimo de Balance de las Tensiones en las Interacciones entre la Población, su base Ambiental y su dinámica Económica).

Los referentes son: el concepto de “determinantes sociales en salud y la equidad en salud” propuestos por la OMS (2008) y la perspectiva de planificación en el método *BIT PASE*. La estrategia incluye tres momentos: identificar, comprender y responder, que se desarrollan en diez pasos operativos (Minsalud, Universidad Externado de Colombia y UNFPA, 2015).

DEMOCRACIA Y SOCIEDAD EN LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

La democracia es un sistema político con dos ejes que se interconectan con el desarrollo de los derechos. Por un lado, están los *derechos civiles y políticos*, cuya tradición y evolución histórica es de origen liberal; por el otro, los *derechos económicos, sociales y culturales* (DESC) con origen socialista. Es importante destacar que los derechos civiles y políticos se relacionan con el desarrollo de la democracia representativa, mientras que los DESC, en donde se ubica el *derecho a la salud*, se relacionan con la democracia participativa⁶⁸. Sin embargo, como ya se ha mencionado, los valores, creencias y formas organizacionales responden a la configuración territorial en términos económicos, políticos y culturales. Por ejemplo, se reconoce que los países socialdemócratas de Europa han alcanzado desarrollos importantes en ambas direcciones: en el sistema de representaciones y en la garantía de los DESC.

A la vez, la constitución de procesos democráticos se asocia con formas de participación ciudadana que cuestionan la racionalidad instrumental y, particularmente, la lógica economicista que predomina en las sociedades a través de propuestas como la *acción comunicativa* de teóricos como Habermas (Onocko, 1997, Souza-Campos, 2006). De ahí que la producción de democracia pase por el accionar de la gestión en salud y que esta última requiera de algunos mecanismos que permitan movilizar la sociedad para transformar los procesos destructores de salud. En el contexto internacional, para el logro de la aspiración de ‘salud en todas las políticas’ y el cierre de brechas sociosanitarias, se hace necesario incorporar de manera sistemática algunas prácticas de gestión en salud pública, como la intersectorialidad, la movilización social y las estructuras matriciales. Estas prácticas, si bien no son nuevas, abren un camino de conocimiento propio en el campo con el fin de documentarlas.

Gobernabilidad y gobernanza

La gobernabilidad, entendida como la capacidad del gobierno para ejecutar su objetivo político, ha sido puesta en análisis en el trabajo de Matus (citado en Teixeira, 2010). Para el autor la capacidad de gobernar es un arte que requiere conocimiento teórico sobre los sistemas sociales. La gobernabilidad es posible en la medida que se logra capacidad técnica, métodos, destrezas, experiencias y control de las variables. En este sentido, afirma Matus, una propuesta política tiene más o menos probabilidad de estar en la agenda política, si existe capacidad

de gobierno para ejecutar la propuesta y para controlar las variables.

La gobernanza se entiende como un accionar que va más allá de un gobierno que toma decisiones, y si bien la posición de autoridad del Estado es reconocida como un aspecto central en el proceso político de la formulación políticas, la toma de decisiones requiere de la participación de otros actores (Rodríguez, Lamothe, Barten y Haggerty, 2010). De allí que la gobernanza se defina como “el proceso mediante el cual las organizaciones toman decisiones importantes y determinan a quiénes implican y de qué manera rendirán cuentas de ellas” (Plumptre citado en Rodríguez *et al.*, 2010, p. 152). La gobernanza también es comprendida como un proceso y alude a una serie de actores que participan en la formulación e implementación de la política.

Estos elementos teóricos se inscriben en las corrientes mixtas, la cuales consideran que las sociedades no son unidades unitarias o totalitarias, y por ello la comprensión del ejercicio político incluye redes de interacción política (Roth, 2002). Entendido de esta manera, el análisis de la gobernanza requiere la comprensión de los actores y las estructuras que se crean para la toma de decisiones y la implementación de las políticas públicas (Rodríguez *et al.*, 2010). Para estos autores, la agencia es la otra cara de la moneda de la estructura; por lo tanto, es importante comprender que la gobernanza se da inmersa en las relaciones de poder. Así mismo, refieren estos autores que alcanzar la equidad en salud es uno de los temas en los que se encuentra un desarrollo potencial. Ahora bien, si pensar la gobernanza implica pensar las relaciones de poder, es necesario que la gestión en salud se pregunte por aquellas formas sociales que logren disminuir la asimetría del sistema.

Gobierno y Estado

Una situación frecuente es la confusión entre los conceptos “gobierno” y “Estado”. El Estado es la organización sociopolítica que ejerce una fuerza física y simbólica legítima sobre la población y el territorio. Mientras que el gobierno hace alusión a la acción de tomar decisiones y tener control, lo cual, por lo general, sucede en las instituciones que forman parte del aparato estatal.

Intersectorialidad y políticas de salud

El paradigma sectorial prima en la organización de la institucionalidad del Estado moderno y, simultáneamente, se convierte en un obstáculo para la implementación de políticas y programas que incluyan un accionar mancomunado de diferentes sectores. De allí que, desde la década de los setenta, la búsqueda de intersectorialidad como práctica de gobierno se implementa en el ámbito de la salud. Con el informe “Cerrando la brecha” de la OMS (2011), y su propuesta de ‘salud en todas las políticas’, el tema de la intersectorialidad es retomado por académicos de diferentes disciplinas (McQueen, Wismar, Lin, Jones y Davies, 2012); sin embargo, la precisión en la definición es débil.

Para Cunill-Grau (2004) la intersectorialidad implica que diversos sectores gubernamentales entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno y que, de manera articulada, atiendan necesidades sociales o

prevengan problemas que tienen causas complejas, diversas y relacionadas en sus orígenes. Para esta autora la intersectorialidad puede ser débil o fuerte según el grado en que se den las siguientes tres dimensiones: (i) inclusividad, entendida como procesos colaborativos e integradores de acuerdos en la planificación; (ii) mancomunidad, que se refiere a compartir recursos en el proceso de planificación, ejecución y evaluación; y (iii) transformación de estructuras organizativas.

Intersectorialidad e inclusividad

El análisis de las dimensiones de la intersectorialidad en la implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital en el periodo 2007-2015, realizado por León y Martínez (2018) mostró que en este periodo de Gobierno se estableció mecanismos de coordinación que posibilitaron que la inclusividad se desarrollara de manera parcial. Sin embargo no se dieron mecanismos dirigidos a lograr que los sectores compartieran recursos, sistemas o mecanismos que facilitaran el accionar de los sectores responsables ni el intercambio de información; y si bien se diseñaron algunos espacios de participación de nivel central, estos no logran alterar la estructura organizativa.

La transformación de las estructuras administrativas se considera una dimensión fundamental, puesto que articula las otras dimensiones. McQueen *et al.* (2012) han realizado una exhaustiva revisión de las estructuras organizativas que permiten la intersectorialidad en varios países angloeuropes. Al respecto, los autores refieren que estructuras como comités o gabinetes ministeriales no muestran evidencia de lograr procesos sólidos de intersectorialidad, en comparación con otras estructuras, como los consejos de parlamentos y los mecanismos de presupuestos compartidos y participación ciudadana. Estas estructuras organizativas ejercen diferentes funciones que permiten y favorecen el logro de la intersectorialidad ([Tabla 9.4](#)).

Tabla 9.4. Estructura organizativa y acciones intersectoriales.

			Apoyo de la evidencia	Establecimiento de objetivos	Coordinación	Abc
	Gobierno	Gabinetes ministeriales		X	X	
	Parlamento	Comisiones	X		X	
	Burocrático	Comités				
		Megaministerios-fusiones			X	
	Mecanismos de financiación	Presupuestos conjuntos			X	
		Financiación delegada			X	
	Participación	Participación				

	más alta del gobierno	ciudadana				
		Implicación de partes interesadas	X	X		
		Implicación de la industria			X	

Fuente: adaptado de *Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas* (McQueen et al., 2012).

Importancia de la movilización social

El primer segmento de este capítulo mostró que la *sombrilla epistemológica* de la gestión en salud pública es la *racionalidad instrumental*, la cual conlleva que se desdeñe la *razón objetiva*. Esto tiene impactos en la reflexividad sobre el derecho a la salud, y por ende en el cierre de brechas sociosanitarias, toda vez que limita la participación de los colectivos en los fines y la concertación de la respuesta social. De hecho, la racionalidad instrumental genera procesos de subjetivación en la ciudadanía, en tanto que la idea de lo justo se hace única y la colonización del pensamiento económico tiene efectos en la vida cotidiana de la población. Frente a este fenómeno se propone que la movilización social debe ser un dispositivo de acción frente a la racionalidad instrumental.

Algunos procesos de movilización social permiten ver las posibilidades que esta abre, como es el caso del proceso de movilización que tuvo lugar en Brasil a finales de los setenta y que se conoce como ‘movimiento sanitarista’, el cual articulaba tres planos: teórico, ideológico y político (Escorel, 1995; citado en Fleury, 1997). El movimiento vinculaba académicos, activistas y organizaciones sociales, y fue fundamental en lograr que la salud se declarara como derecho universal y gratuito en la Constitución brasilera de 1988 y en la reforma del SUS (Sistema Único de Salud), esto en medio de un ambiente global de procesos privatizadores. En cuanto a la implementación de la reforma, se describen cambios en la estructura organizativa que permitieron la articulación de la ciudadanía en diversos planos de decisión política, como el Consejo de Salud, las conferencias sanitarias y los foros. Para Carvalho (1997), el Consejo de Salud se transformó en un espacio jurídico-administrativo de deliberación, aunque acepta que, desde otra perspectiva teórica, se podría pensar que es un espacio de control social. Lo interesante es que el Consejo de Salud de Brasil se convierte en un espacio de construcción de sujetos políticos y, de esta manera, la salud aporta a la construcción de la democracia.

El trabajo de Borrero (2013) sobre el análisis comparado del movimiento por la salud, permite ver que este tuvo trayectorias diferentes en tres ciudades colombianas sujeto de estudio. Uno de los elementos que aporta a esta diferenciación es precisamente la densidad de los procesos organizativos de las bases y las redes que conforman.

En síntesis, propiciar la formación de capacidades organizativas en la sociedad es un aspecto central de la gestión en salud pública; así mismo, los

mecanismos de coordinación son indispensables para la movilización. Para el logro de los DESC, los cuales tradicionalmente se han conseguido a través de disputas sociales, son fundamentales tanto la movilización como una plataforma garantista la cual crea subjetividades de ciudadanía.

Organizaciones matriciales y cogestión de colectivos

La racionalidad instrumental, como ya se dijo, promueve una fractura entre los trabajadores de la salud, los mandos gerenciales y, lo más importante, los ciudadanos, a quienes se les debe garantizar el derecho a la salud. En este sentido, pensar en nuevas formas de organización del trabajo es una tarea esencial para alcanzar los objetivos políticos.

Algunas propuestas teóricas, como la *organización matricial*, se han formulado en el campo de la salud colectiva (Sousa-Campos, 2006, 2009); este enfoque busca hacer frente a las estructuras jerárquicas que acompañan las teorías administrativas que se basan en el taylorismo. Esta propuesta ha sido implementada en algunas instituciones hospitalarias en Brasil. Sin embargo, la evidencia empírica no es contundente en mostrar que realmente se logra un cambio; por el contrario, la estratificación social tiene un peso importante en el espacio microsocioal. Pero no se debe olvidar que, desde otros marcos de pensamiento, la organización matricial dinamiza la organización y genera cambios en la estructura organizacional que favorecen los procesos de autonomía de los trabajadores.

Ahora bien, se ha dicho que la racionalidad instrumental en el trabajo enajena al trabajador de la salud cuando este desconoce el valor de uso de su obra. Para Onocko (2008), la inscripción de un trabajador a una institución genera una relación de identidad. En este sentido, cuando el trabajo evidencia fractura entre su propia identidad y la de la organización, aparece el sufrimiento y, por lo tanto, la plena realización de los trabajadores debe ser un objetivo de la institución de salud y no solo un medio para aumentar la producción.

En este orden de ideas es claro que el trabajo como poder creador permite proponer formas alternas para la producción del cuidado, en las cuales el aspecto esencial no es la organización en sí misma, sino los colectivos organizados; esto requiere la incorporación de organigramas matriciales y procesos de democratización que posibiliten la participación del equipo de salud en conjunto con la participación ciudadana (Sousa-Campos, 2009).

Lo anterior se ha propuesto para el desarrollo de equipos colectivos que incluyen trabajadores de la clínica y la salud colectiva en programas como Bolsa Familia en Brasil. Lo interesante de la propuesta es que hace posible que los colectivos puedan tomar sus decisiones a partir de la información que producen; de esta manera el equipo goza de autonomía para decidir sobre su obra.

CONCLUSIONES

estión es un concepto polisémico, multinivel y complejo que acude a diferentes marcos del saber y que, en salud pública, alude a la dirección, la planificación y la evaluación. Para el futuro salubrista es importante reconocer que la gestión en salud pública se ha dado bajo la sombra de la racionalidad instrumental y que esta niega la reflexividad sobre los principios constitutivos de la sociedad.

Un marco ético-político, enfocado en la garantía del derecho a la salud y el cierre de las brechas sociosanitarias, requiere de una postura epistémica diferente que proponga procesos democratizadores. En este sentido, la planificación en salud puede ser performativa, en la medida que logre problematizar la realidad social de las poblaciones y realizarse sobre la base de mecanismos incluyentes. La planificación, a su vez, debe tener instrumentos metodológicos que le permitan mantener su valor de uso.

Se vislumbran algunas prácticas en la gestión en salud pública, las cuales, si bien no son exclusivas de esta, sí han logrado potenciarse a partir de la aspiración de salud en ‘todas las políticas’. Se hace necesario una mejor comprensión de las mismas para lograr procesos sistemáticos de acción.

REFERENCIAS

- Abadía, C., & Oviedo, D. (2010). Itinerarios burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. *Social Science & Medicine*, 68, 1160-1163. Recuperado de <http://bit.ly/3atVvXf>
- Avendaño, J. L. (2010). *Análisis de la nueva gerencia hospitalaria. Un nuevo enfoque de gestión administrativa dentro del sector hospitalario. “Estudio de caso”* (Trabajo de grado para optar al título de Magister en Economía). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/2339/1/jennylishethavendanlopez.2010.pdf>
- Arrubla, D., Ballesteros, P., Moreno, D., Pesca, A., & Rojas, A. (2017). *Informe de Investigación. Revisión Sistemática sobre gestión en salud pública en Iberoamérica 1998-2015*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.
- Barrera, E. (2015). *La salud en Colombia: Entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993-2015* (Tesis doctoral en Derecho), Universidad Externado de Colombia, Bogotá. Recuperado de <http://bit.ly/3crr2L6>
- Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017, junio). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*, 41 (No. Especial), 264-275. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0264.pdf>
- Borrell, C., Díez, E., Morrison J., & Camprubí, L. (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities.
- Borrero, Y. (2013). *Luchas por la salud en Colombia. Movimiento Nacional por la Salud*. Cali, Colombia: Universidad de Antioquia - Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Calonje, C. (2013). *Modelo sistémico de racionalidad en las organizaciones humanas* (Tesis de doctorado), Universidad Autónoma de Madrid, España. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/660334/calonje_velazquez_maria_concepcion.pdf?sequence=1
- Carvalho, A. (1997). Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. En S. Fleury (Org.), *Saúde e Democracia: A Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo [CLAD]. (1998). *Una Nueva Gestión Pública para América Latina*. Recuperado de <http://old.clad.org/documentos/declaraciones/una-nueva-gestion-publica-para-america-latina/view>

- Charbonneau, M. (2012). New Public Management. En L. Côté and J.-F. Savard (Eds.), *Encyclopedic Dictionary of Public Administration*. Québec, Canada: École Nationale d'Administration Publique. Retrieved from http://www.dictionnaire.enap.ca/Dictionnaire/65/index_by_theme.enap?by=them&id=50
- Colimon, K., & Maya, J. (2015). *Proceso de descentralización en salud en el municipio de Bello 2005* (Tesis de Magíster en Salud Pública), Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 23(1), 5-46. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v23n1/v23n1a1.pdf>
- Earl, S., Carden, F., & Smutylo, T. (2001). *Outcome mapping: building learning and reflection into development programs*. Ottawa: International Development Research Centre (IDCR). Retrieved from https://www.outcomemapping.ca/download/OM_English_final.pdf
- Evans, P., Rueschemeyer, D., & Skocpol, T. (1985). *Bringing The State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2011). *Guía para el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Ginebra: Autor. Recuperado de <http://www.ifrc.org/Global/Publications/monitoring/1220500-Monitoring-and-Evaluation-guide-SP.pdf>
- Ferlie, E. (2010). Public management 'reform' narratives and the changing organization of primary care. *London J Prim Care*, 3(2), 76-80. <https://doi.org/10.1080/17571472.2010.11493306>
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Fernández, C. (2013). *Política de descentralización en salud en Colombia y sus efectos sobre la reforma del sistema de salud y su crisis actual: una propuesta metodológica de síntesis interpretativa a partir de una revisión sistemática de literatura* (Tesis de Maestría en Estudios Políticos), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/15288>
- Fisher, J., & Verma, P. (2011). *Developing and local Health Department Strategic Plan: A how-To Guide*. Washington: National Association of Country, & City Health Officials. Recuperado de <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>
- Fleury, S (1997). *Saúde e Democracia. A Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos.
- Franco, S. (2006). Ética de la investigación en Salud Pública. En G. Keyeux, V. Penchaszadeh y A. Saada (Eds.), *Ética en la investigación en seres humanos y políticas en Salud Pública* (pp. 137-166). Bogotá: Unesco, Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000151255>
- Giraldo, C. (2016). *Política social contemporánea. Un paradigma en crisis* (Documentos Escuela de Economía, Vol. 70). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Recuperado de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2801386
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting Organizations and Society*, 20(2/3), 93-109. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.464.4899&rep=rep1&type=pdf>
- _____. (2001). New Public Management. In N. Smelser, & P. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences 2001* (pp. 12553-12556). EE. UU.: Elsevier Science. Recuperado de http://www.christopherhood.net/pdfs/npm_encyclopedia_entry.pdf
- Horkheimer, M. (1979). *Crítica de la razón instrumental* (Trad. H. Murena y D. J. Vogelmann). Buenos Aires: Sur.
- Hernández, M. (2002). *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
- Jolly, J. (2012, 30 de octubre a 2 de noviembre). *La interdeterminación entre territorio, territorialidad y territorialización de las políticas públicas: hacia una nueva propuesta de esquema para el análisis de las políticas públicas en el territorio*. XVII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Cartagena, Colombia. Recuperado de <http://policytics.com/wp-content/uploads/2015/05/03.pdf>
- León, J., & Martínez, M. (2018). *Intersectorialidad en la formulación e implementación de la Política*

- Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, Distrito Capital 2007-2015* (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomás. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/12536>
- Leyton, C. E., Huerta, P. C., & Paúl, I. R. (2015). Cuadro de mando en salud. *Salud Pública Méx*, 57(3), 234-241. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/spm/2015.v57n3/234-241>
- Mann, M. (1986). *The Sources of Social Power: A History of Power from the Beginning to AD 1760*. United States of America: Cambridge University Press.
- Maor, M. (1999). The Paradox of Managerialism. *Public Administration Review*, 59(1), 5-18. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/272588816_The_Paradox_of_Managerialism
- Martínez, E., López, M. & Salas, L. (2015). Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: algunos espacios observados en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 14(29), 97-113. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.lagc>
- Matuda, C., Pinto, N., Martins, C., & Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2511-2521. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802511&script=sci_abstract&tlng=pt
- Fondo Editorial El Agora. (2014). Planeamiento Estratégico en Salud, Carlos Matus: Momento Estratégico 1 de 5. [video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ZyHrp5ZUqd0>
- McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. & Davies, M. (2012). *Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/298464/Gobernanza-26-Intersectorial-para-la-Salud-en-Todas-las-Politicas.pdf?ua=1
- Minsalud, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población para las Naciones Unidas [UNFPA]. (2015). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos conceptuales*. Bogotá: Autor. Recuperado de <http://bit.ly/2wp5c9A>
- Molina, G., Vargas J., Muñoz I., Acosta J., Sarasti, D., Higuera Y., ... Londoño, B. (2010, enero-junio). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Sup.* 9(18), 103-117. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n18s1/v9n18s1a10.pdf>
- Norton, D. y Kaplan, R. (2009). *El cuadro de mando integral* (3.a ed.). Barcelona: Gestión 2000.
- Oehler-Sincai, I. M. (2008). *Strengths and Weaknesses of the New Public Management (NPM) - Cross-Sectional and Longitudinal Analysis*. Paper presented at the New Public Management and the Quality of Government. Recuperado de https://mpra.ub.uni-muenchen.de/11767/1/MPRA_paper_11767.pdf
- Onocko, R. (1997). *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Buenos Aires: Lugar.
- _____. (2008). Humano, demasiado humano, un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En H. Spinelli, *Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas* (pp. 103-121). Buenos Aires: Lugar.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo*. Washington: OMS. Recuperado de https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde [OPAS/OMS]. (2014). *Manual de planejamento, execução e avaliação de projetos da Representação da OPAS/OMS no Brasil*. Brasília DF, Brasil: OPS. Recuperado de http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/manual%20de%20planejamento%202014_.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2015). *Impulsar el enfoque de la Salud en Todas las Políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial*. Washington: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/hiap-Brief-Guide-and-Recommendations-SPA.pdf>
- Ortiz, G. N. (2014). *Análisis de la política de atención primaria de salud desde los actores: El caso del municipio de Alvarado, Colombia 2003-2011* (Tesis de Magister), Universidad de Antioquia, Medellín.
- Peña, J. C. (2016). *Canalización y prestación de servicios de salud preventivos en la implementación de la Atención Primaria en Salud. Zona rural. El Peñol 2012-2014*. (Tesis de Magister en Salud Pública), Universidad de Antioquia, Medellín.

- Prats, J., & Benito, E. de (2012, 20 de abril). El Gobierno restringe el acceso a la sanidad a los inmigrantes irregulares. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2012/04/20/actualidad/1334935039_248897.html
- Red de Denuncia y Resistencia [Reder]. (s.f.). *Manifiesto REDER 16/2012*. Recuperado de <https://reder162012.org/images/Documentos/MANIFIESTO.pdf>
- Redacción *El Heraldo*. (2016, 5 de diciembre). Cae impuesto a bebidas azucaradas y se mantiene alza del IVA. *El Heraldo*. Recuperado de <https://www.elheraldo.co/mas-negocios/cae-impuesto-bebidas-azucaradas-y-se-mantiene-alza-del-iva-308627>
- Rodríguez, C., Lamothe, L., Barten, F. & Haggerty, J. (2010). Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Rev. Salud Pública*, 12(1), 151-159. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33507>
- Rolim, M., Lima, S., Barros, D. de, & Andrade, C. de (2015). Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2359-2370. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802359&script=sci_abstract&tlng=pt
- Roth, A. (2002). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora.
- Simón, P. (2005). *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela.
- Spinelli, H., Urquía, M., Bargallo, L., & Alazraquí, M. (2008). Equidad en salud, teoría y praxis. En H. Spinelli, *Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas* (pp. 247-278). Buenos Aires: Lugar.
- Sousa-Campos, G. W. de (2006). *Gestión en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- _____. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar.
- Suárez R., & Fernández, C. F. (2018, 26 de marzo). La batalla pendiente por el impuesto a las bebidas azucaradas. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/vida/salud/estudio-que-dice-que-con-impuesto-a-las-bebidas-azucaradas-bajaria-el-consumo-198402>
- Teixeira, C. F. (2010). *Planejamento em saúde. Conceitos, métodos e experiências*. Brasil: EDFBA.
- Terra da Silva, M., Lancman, S., & Carmo, C. do (2009). Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev Saúde Pública*, 43(1), 36-42. Recuperado de <http://bit.ly/38jtfoD>
- Testa, M. (1997). *Saber en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Vega, M., Eslava, J., Arrubla, D., & Hernández, M. (2012). La reforma sanitaria en Colombia a finales del siglo XX: una aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Rev. Gerencia y Políticas en Salud*, 11(23), 58-84. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297005>
- Villalbí, J., Casas, C., Bartoll, X., Artazcoz, L., Ballestín, M., Borrell, C.... Salamero, M. (2010). Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. *Gac Sanit*, 24(5), 378-384. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gv24n5/original2.pdf>

Capítulo 10

Principios de economía y salud



Principios de economía y salud

Andrés I. Vecino Ortiz⁶⁹

Stephanie Puerto García⁷⁰⁻⁷¹

INTRODUCCIÓN

Este capítulo está dividido en dos partes. En la primera se hace una introducción para salubristas con principios de economía aplicados al sector salud que se consideran fundamentales para la comprensión de los mecanismos económicos y las decisiones de política que se toman en dicho sector, mediante ejemplos aplicados en salud. En la segunda se describen aspectos específicos de la economía de la salud, basados en lo expuesto en la primera parte, que introducen al lector a los asuntos más importantes de la *economía de la salud*. El propósito de este capítulo no es informar sobre el flujo de recursos o la regulación económica del sector salud colombiano, pues este es un sistema en constante cambio. Lo que se pretende, más bien, es describir de forma sencilla las bases de la economía de la salud, de manera que se puedan comprender y emplear en cualquier sistema de salud vigente en cualquier país o en cualquier nivel de gobierno.

QUÉ SON LA ECONOMÍA Y LA ECONOMÍA DE LA SALUD?

“Los medios materiales para alcanzar los fines son limitados. Hemos sido expulsados del Paraíso. No tenemos vida eterna ni medios ilimitados de gratificación. Donde quiera que nos volvamos, si elegimos una cosa debemos renunciar a otras que, en circunstancias diferentes, no deseamos haber abandonado. La escasez de medios para satisfacer fines de importancia variable es una condición casi omnipresente del comportamiento humano. () La economía es una ciencia que estudia el comportamiento humano como una relación entre fines y medios escasos, los cuales tienen usos alternativos”.

Lionel Robbins

Essay on the Nature and Significance of Economic Science (1932)

La economía estudia cómo asignar y priorizar el uso de bienes y servicios escasos. El término ‘escasez’ se refiere a que los recursos para producir o consumir no son infinitos; por lo tanto, la economía tiene como función priorizar

y asignar de la mejor forma posible estos recursos. En este sentido, tanto la economía, en general, como la economía de la salud, son ‘disciplinas trágicas’, pues procuran resolver disyuntivas críticas, difíciles e impopulares. Por ejemplo, con un presupuesto fijo, ¿se debe ofrecer a los pacientes mayor cantidad de servicios o mejor calidad de los servicios existentes?, ¿cómo se logra expandir el plan de beneficios sin afectar la equidad en la cobertura? Todas las decisiones tienen consecuencias positivas y negativas, y la economía de la salud se enfoca en la difícil tarea de crear herramientas para tomar decisiones entre todos los agentes, con el fin último de maximizar el estado de salud de todos los individuos de la sociedad con los recursos existentes (Culyer y Newhouse, 2000).

IMPORTANCIA DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

La economía de la salud, como disciplina, tiene dos funciones fundamentales (Phelps, 2016; Williams, 1989):

1. *La comprensión del comportamiento de los agentes en el sistema.* Por agentes se entienden pacientes/afiliados/ciudadanos, prestadores, aseguradores, profesionales de la salud, industria farmacéutica y de dispositivos médicos, entre otros, que interactúan entre sí mediante relaciones de oferta y demanda, tanto de bienes, como de servicios relacionados con el sector salud. Estos agentes no se circunscriben solamente a la provisión de servicios de cuidado en salud, sino que también inciden en otros ámbitos, como en la salud pública. Todos los agentes interactúan en el mercado⁷² y cada uno tiene incentivos y funciones muy diversas.
2. *La priorización.* Los economistas de la salud trabajan para crear herramientas que permitan priorizar la asignación de los recursos escasos del sistema. Estas herramientas, usualmente, se basan en cinco criterios: efectividad, grado de bienestar generado, cobertura, equidad y costos. El balance entre todas estas variables, casi siempre opuestas, es por naturaleza una tarea difícil, pero también de gran importancia para cualquier salubrista, ya que conocer las herramientas de priorización y ser capaz de comprender los mecanismos de interacción entre los agentes en el mercado, facilita la comunicación y la relación con los tomadores de decisiones de política pública en salud a fin de alinear los incentivos de todos los agentes hacia el mejor desenlace posible y obtener los mejores desenlaces posibles en salud para la población.

De manera general, en economía se entiende que los mercados deben ser tan libres y competitivos como sea posible, dado que esta competitividad redundaría en más productos disponibles y de menor calidad con menores precios para los usuarios y para la sociedad en general. En teoría, en un mercado libre ningún agente puede tomar ventaja sobre otro. Sin embargo, cuando las condiciones para lograr un mercado libre y competitivo no existen, la regulación estatal es necesaria para minimizar las diferencias entre agentes (conocidas, en economía, como *fallas*

de mercado), de forma que ninguno tome ventaja de su posición dominante. Si bien las intervenciones por lo general están enfocadas en generar efectos positivos al resolver las fallas de mercado, también generan consecuencias negativas en algún nivel. Es tarea de los economistas encontrar el balance entre las ventajas y las desventajas producidas por dichas intervenciones.

Licenciamiento y calidad

La calidad en la provisión de servicios de salud es un tema complejo, porque para los usuarios no es fácil de observar la atención en salud. Es decir, cuando un paciente acude a un servicio de salud, intenta evaluar la calidad del servicio que recibe a través de factores observables (que se conocen como *proxies*, pues se “aproximan” a la realidad de la calidad en el cuidado a pesar de que no necesariamente lo sean) como la infraestructura, el trato del personal o la oportunidad en la atención. Estos *proxies* determinan la percepción de calidad de los pacientes sobre el servicio de salud. ¿Pero estos son realmente indicadores de calidad en salud? Solo en parte, pues los pacientes únicamente pueden observar indicadores de calidad indirectos. Por ejemplo, perciben mayor calidad si el hospital tiene buenas instalaciones, pero, en cambio, no pueden evaluar si su enfermedad está siendo tratada de acuerdo con las guías de manejo o si su médico se actualiza permanentemente. Los pacientes difícilmente observan estos factores reales de calidad, lo que los pone en una posición de información asimétrica como consumidores de servicios de salud con respecto a los proveedores. Dado que la simetría de información entre prestadores (oferta de servicios de salud) y pacientes (demanda de servicios de salud) es una condición para el establecimiento de un mercado libre y competitivo, el gobierno debe entrar a regularlo.

Un mecanismo usual de regulación de la calidad es el *licenciamiento*, un sistema que existe en casi todas las profesiones de la salud y que consiste en la potestad del gobierno para autorizar la oferta de servicios de salud, lo cual pretende mejorar los estándares de calidad de atención al establecer unos mínimos. En el licenciamiento la mejora de la calidad es una ventaja; sin embargo, también genera desventajas claras que han sido ampliamente evidenciadas. Los sistemas de licencia tienen un efecto de reducción de la oferta de servicios; es decir, la oferta requiere de un proceso explícito de licenciamiento que en la práctica reduce el número de profesionales o de instituciones disponibles y, por ende, el acceso para los pacientes. Es claro, entonces, que en salud, como en muchos otros sectores de la economía, existe este balance (*trade-off*, en inglés) entre cantidad de servicios de salud producida (oferta) y calidad.

En salud, prácticamente en todos los casos existen limitaciones para el establecimiento de un mercado denominado ‘perfecto’ —por múltiples razones que se tratarán más adelante—. Como consecuencia, el sector salud no puede establecerse en un ambiente de plena libertad de mercado y, por lo tanto, le corresponde al gobierno regular esta actividad. Es importante tener en cuenta que dicha regulación, así como trae ventajas, siempre trae desventajas que deben ser evaluadas de manera muy cuidadosa para balancearlas y estar preparados para cambiarlas o modificarlas cuando sea necesario. Un caso específico que ejemplifica este dilema es el licenciamiento y la calidad.

Como se puede ver, existe un dilema entre provisión y oferta de servicios de calidad. En el corto plazo, a mayores estándares de calidad, menor oferta de servicios. En el largo plazo, si la oferta de servicios es baja, la calidad también puede reducirse por falta de competencia entre los actores y las economías de escala (tema que se tratará más adelante) en la atención en salud, o simplemente porque los proveedores no dan abasto con la demanda. Cuando la oferta de servicios se reduce, la valoración del trabajo de los profesionales se incrementa, lo que se ve reflejado en salarios más altos. Esto último incentiva a los profesionales

a limitar estratégicamente la oferta (por ejemplo, restringir la oferta de programas de residencias médicas), lo cual lleva a escasez de profesionales de la salud (disminuye la oferta) y reduce la competencia. Este es uno de los típicos dilemas de la economía de la salud y la razón por la cual los dos elementos fundamentales de esta disciplina son imprescindibles: primero, comprender el comportamiento de los agentes, sus incentivos y su comportamiento estratégico; y segundo, crear herramientas de priorización de los recursos disponibles para llegar al punto óptimo entre calidad y oferta (que incluye acceso y cobertura) de servicios.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

La teoría económica contemporánea asume unos principios teóricos fundamentales a la hora de entender cómo piensan los economistas. En esta introducción a la economía de la salud, se abordarán tres principios que dan una idea general de esta ciencia social para entrar en sintonía con las preguntas más frecuentes de la economía (Mankiw, 2012; Phelps, 2016): el costo de oportunidad, la racionalidad y los cambios en el margen.

1. **Costo de oportunidad.** Todos los días nos enfrentamos a decisiones y, de manera consciente o inconsciente, sabemos que, al decidimos por una opción, inevitablemente habremos rechazado otra. Esta disyuntiva es conocida por los economistas como el *costo de oportunidad*. Este concepto representa el sacrificio de elegir una opción y no otra. Por ejemplo, cuando usted se ve enfrentado a elegir una aseguradora, está asumiendo un costo de oportunidad. Si elige la *aseguradora X* porque tiene una red de servicios a nivel nacional que le ofrecerá atención en salud en cada rincón del país, podría estar renunciando a los menores tiempos de espera en atención que le ofrecía la *aseguradora Y*. Como no puede tener dos aseguradoras al mismo tiempo, ni sus beneficios, el costo de oportunidad, al tomar la *aseguradora X*, se traduce en dejar de lado los menores tiempos de espera ofrecidos por la *aseguradora Y*. Estos costos no necesariamente se expresan en valores monetarios, en este caso están representados en tiempo perdido.
2. **Racionalidad.** Este principio se basa en que las personas son racionales porque siempre buscan, por todos los medios posibles, alcanzar sus objetivos. Sin embargo, es evidente que los individuos son menos racionales de lo que la economía supone y, en ocasiones, son individuos miopes porque responden de manera más sensible a los beneficios (retornos) de corto plazo. Un ejemplo de miopía puede ser la dieta que una persona con sobrepeso debería seguir para reducir el riesgo de sufrir enfermedades asociadas con esta condición. El beneficio (placer) de consumir una torta de chocolate es percibido como mayor que el costo (exceso de peso) que produce en términos de salud. Este comportamiento no racional del consumidor es conocido como ‘miopía’ (en analogía a la enfermedad visual, porque es más fácil ver objetos cercanos que

lejanos), y en particular, este tipo de miopía es conocida en economía comportamental como ‘descuento hiperbólico’. Existen múltiples tipos de comportamiento no racional y el citado es solo uno⁷³.

3. **La marginalidad o los cambios en el margen.** Todos los cambios que se dan en forma paulatina se conocen como ‘cambios marginales’ o ‘en el margen’. Un cambio en el margen es el cambio mínimo posible. Por ejemplo, cuando se evalúan los costos de un servicio de consulta, el cambio marginal en el costo (llamado costo marginal) es el costo de una consulta adicional, pues la unidad mínima de un servicio de producción de consultas es una consulta. De forma similar, el ingreso marginal para el servicio de consultas es el ingreso adicional generado por una consulta adicional producida. En resumen, los cambios en el margen son cambios que se dan unidad por unidad.

ECONOMÍAS DE MERCADO

Las economías de mercado agrupan las interacciones de intercambio entre familias y firmas. Las decisiones de las familias están condicionadas por cuestiones como ¿dónde trabajar? o ¿qué comprar con su ingreso?, mientras que las decisiones de las firmas se orientan por ¿a quién contratar?, ¿qué producir? o ¿cuánto producir?

Los mercados permiten organizar la actividad económica ejercida por los compradores y vendedores de un bien o servicio del cual se benefician en un intercambio voluntario determinado por los precios. En este sentido, el economista y filósofo británico Adam Smith (2009), en su libro *Una investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, afirma que la economía de mercado es guiada por una “mano invisible”, la cual hace posible alcanzar el máximo beneficio social gracias a la búsqueda particular del interés propio por parte de las familias y las firmas. En este caso, los precios son el mecanismo que guía la mano invisible, porque sirven como referencia a las personas para conocer acerca del valor y la disponibilidad de un bien o servicio. Es así como los precios son señales del valor del bien percibido por la sociedad, el costo de producirlo y, por tanto, reflejan la disponibilidad de recursos en el mercado, determinan la distribución de recursos en la economía; además, según este autor, tienen la capacidad de ajustarse y conducir a los compradores y vendedores hacia resultados que maximicen el bienestar social.

Sin embargo, el bienestar social no siempre se alcanza. Así como el mercado permite lograr ciertas eficiencias, a veces también genera fallas. Precisamente, con el fin de regular las *fallas de mercado* y hacerlo lo más competitivo posible para alcanzar el máximo bienestar social, la economía considera fundamental el rol de un tercer agente, el gobierno. Su rol en la economía de mercado es el de regular las fallas de mercado que, como se dijo anteriormente, son las situaciones en las que se incumplen una o más condiciones del mercado competitivo (Cuevas, 2004).

Las fuerzas del mercado: la demanda y la oferta

El mercado agrupa a consumidores (demanda) y vendedores (oferta) de un bien o servicio, que actúan como *tomadores de precios* en un contexto competitivo, es decir, en un *mercado de competencia perfecta* ningún actor tiene posiciones dominantes con respecto a la determinación de los precios. Los precios se fijan por las interacciones entre las fuerzas de la oferta y las de la demanda (Parkin, 2012), o la “mano invisible” como le decía Adam Smith. Por ejemplo, una manzana vendida en un mercado municipal en el que nadie puede establecer su precio sino que este se define con base en el nivel de oferta (cantidad ofrecida por los vendedores de manzanas) y demanda (cantidad comprada por los consumidores de manzanas). Debido a la confluencia de un gran número de participantes en competencia, los oferentes y los consumidores deben coincidir en un precio aceptable para todos.

Un ejemplo de otra estructura de mercado es el *monopolio* (tema que se tratará más adelante); en este, el poder de mercado está en manos de una única empresa encargada de ofrecer sus bienes o servicios a numerosos consumidores. En los monopolios, como son los únicos que pueden ofrecer un bien o servicio, pueden restringir la oferta para incrementar sus precios (Mankiw, 2012). Usualmente nos referimos a los monopolios privados pero los servicios públicos son también un ejemplo de monopolio. Por ejemplo, los acueductos, debido a sus grandes costos de inversión en infraestructura y funcionamiento, y dado que es un servicio básico, el Estado se encarga de su gestión sin cobrar excesivas tarifas para garantizar el acceso con calidad. Estos últimos son ejemplos de monopolios naturales.

Retomando el mercado de competencia perfecta, este mercado se rige por la *ley de demanda*. Esta ley determina que las cantidades demandadas y los precios se relacionan de manera inversa. Es, probablemente, la ley más importante de la economía. Para ilustrar la ley de la demanda es útil pensar en el consumo de tabaco: en Colombia, a partir de enero de 2016, y como consecuencia de un nuevo incremento al precio del tabaco debido al impuesto, el precio de la cajetilla de cigarrillos aumentó el 50 %, lo cual provocó una disminución en el consumo de tabaco en adultos, que pasó de 3,3 millones de fumadores en 2016 a 2,8 millones en 2017 (Global Tobacco Economics Consortium, 2018). Los cigarrillos, y la mayoría de bienes y servicios⁷⁴, al aumentar sus precios generan un efecto negativo sobre las cantidades demandadas, mientras que disminuciones en el precio del producto, muy probablemente incrementen las cantidades demandadas. Esta es la conocida ‘relación inversa de la demanda’.

Para suplir la demanda de bienes o servicios las firmas *ofrecen* su producción. La relación entre el precio de venta y la cantidad producida guarda una correlación positiva. Es decir, si el precio de venta es más alto, las firmas estarán interesadas en ofrecer mayores cantidades de sus productos en el mercado. Por ejemplo, en Colombia, los servicios de alta complejidad están compuestos por proveedores que obtienen márgenes más altos por ofrecer servicios de alta complejidad que servicios de baja complejidad, situación que determina la

configuración de la red privada de prestación de servicios que se tiene hoy en el país, la cual está concentrada en los servicios de alta complejidad.

Movimientos de las curvas de demanda y oferta

La curva de oferta y demanda muestra la relación entre precio (que se suele mostrar en el eje vertical) y cantidad ofrecida o consumida (en el eje horizontal). Los mercados son dinámicos y están en constante movimiento, ya sea por los deseos de los consumidores o por los bienes disponibles en el mercado, y por sus interacciones múltiples. Estas pueden ser modeladas en las gráficas de demanda y oferta lo que permite observar cómo cambia el precio o la cantidad demandada u ofrecida, dadas ciertas variables, como los movimientos en la demanda y en la oferta ([Figura 10.1](#)).

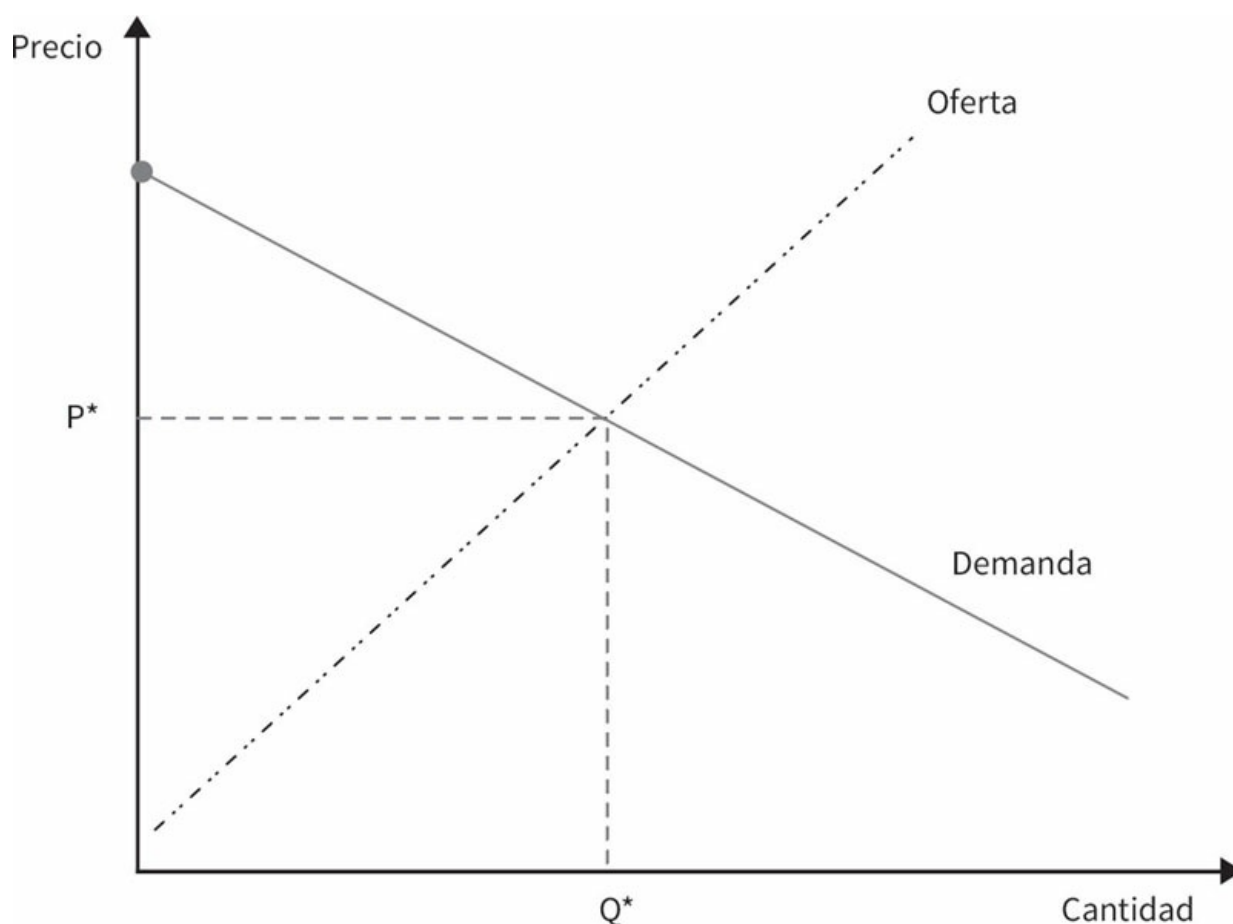


Figura 10.1. Dinamismo del mercado respecto de los movimientos de oferta y demanda.

Fuente: elaboración propia.

Movimientos en la demanda

Los mercados están expuestos a diversos eventos o, como los llaman los economistas, ‘choques’, causados por las preferencias de los consumidores, los tipos de bienes o la relación entre los bienes y las expectativas de la población. Los consumidores deciden cómo gastar sus ingresos o riqueza en la compra de bienes o servicios, las cantidades que desean comprar del producto, la máxima

utilidad posible, las expectativas, el precio del mercado y su presupuesto, que, al ser finito, obliga al consumidor a buscar el mejor uso de ese presupuesto finito en función del mayor beneficio obtenido. Esto es conocido como *optimización*.

A continuación, se muestran algunas de las variables que pueden afectar la demanda de los bienes y servicios en el mercado ([Figura 10.2](#)), es decir, los cambios en la relación de la cantidad demandada por el consumidor a un precio de mercado determinado (sin modificar el precio de dicho bien) (Mankiw, 2012).

Ingreso

El ingreso es una de las principales variables que afectan la demanda. Si un individuo pierde su trabajo o un ingreso permanente, lo más probable es que su gasto disminuya en respuesta a dicha situación; por tanto, su demanda de bienes se puede contraer. Estas decisiones sobre la demanda en función del ingreso generan diferentes impactos en la curva de demanda de los bienes, dependiendo de si se trata de bienes normales o bienes inferiores.

Tipos de bienes

Los tipos de bienes también influyen en las decisiones de consumo y los movimientos de la demanda. Existen dos tipos de bienes: los normales y los inferiores.



Figura 10.2. Variables que desplazan la curva de demanda.

Fuente: elaboración propia.

- **Bienes normales:** Son aquellos en los que, al incrementar el ingreso, la cantidad demandada aumenta. Por ejemplo, si un trabajador percibe un incremento en su salario es probable que, como consecuencia, demande más servicios de salud a través de un plan de medicina complementaria.
- **Bienes inferiores:** La demanda de los bienes inferiores se mueve en dirección inversa al ingreso. Por ejemplo, es probable que si una persona tiene menores ingresos que el promedio de la población, demande más el servicio público de transporte que el carro particular. En este caso, el servicio público constituye un bien inferior.

Precio

El precio de un bien 'A' puede afectar la demanda de un bien 'B', dependiendo del tipo de relación que existe entre los dos bienes: si es de sustitución o de complementariedad. El grado de sustituibilidad puede ser perfecto (total) o imperfecto (parcial) (Varian, 2011).

- **Sustitución:** Los *bienes sustitutos* son aquellos que suplen las mismas necesidades del consumidor y su grado de diferenciación es muy bajo, por lo tanto, son sustituibles. Un claro ejemplo son los medicamentos genéricos y los de marca, pues la brecha en el precio puede ser muy grande pero la molécula principal es la misma y potencialmente su función será igual. El precio de un bien afecta en forma inversa la demanda del otro. Si los precios de un bien se incrementan (la molécula de marca), su demanda se reducirá y, por tanto, la demanda por el genérico se incrementará, pues su precio es relativamente menor (asumiendo por supuesto que es un sustituto más o menos perfecto, es decir, que es efectivo).
- **Complementariedad:** Los bienes complementarios son aquellos que complementan la función de otro, como una jeringa y la ampolla de un medicamento para ser inyectada en un paciente. Sin la jeringa, el paciente no podría recibir este medicamento, porque ambos bienes guardan una relación de complementariedad para poder otorgar el beneficio al paciente. Al contrario del ejemplo anterior, el incremento en el precio de la ampolla reduce la demanda de ampollas y, como consecuencia, también de jeringas.

Gustos

Los gustos (o preferencias, como las conocen los economistas) de las personas determinan sus tendencias de demanda. Si a una persona no le gusta el brócoli, aunque cambie el precio o la cantidad ofrecida por los productores, sus reacciones ante estos eventos sobre la demanda del bien serán nulos. Mientras que, si le gustan las bebidas azucaradas, posibilidades como la imposición de un impuesto sobre estos productos, podrían llevar a disminuir su consumo.

Expectativas

Partiendo del hecho de que los agentes en la economía son seres racionales se espera que observen los hechos actuales y se formen ideas de lo que pueda pasar en el futuro. Por ejemplo, las sequías en el país y sus efectos negativos sobre la producción de alimentos podrían llevar a una persona a anticiparse a una posible escasez de alimentos y comprar comida enlatada o sembrar pequeñas huertas hidropónicas para contrarrestar, en alguna medida, este impacto sobre su consumo. Dichas expectativas podrían generar incrementos en la demanda por enlatados o semillas, respectivamente.

Número de compradores

Un número alto de compradores implica que ninguno de ellos por sí solo tiene el poder para influenciar el establecimiento de un precio específico. Más bien, el precio se define por la interacción en el mercado entre varios productores (oferta) y varios compradores (demanda), o como la denomina Adam Smith “la mano invisible”.

En síntesis, variables como el ingreso, los tipos de bienes, los gustos, las expectativas, el número de compradores y el precio de los bienes sustitutos

pueden lograr desplazamientos de la curva de demanda, aumentándola (movimiento de D_0 a D_1) o contrayéndola (movimiento de D_0 a D_2), como lo explica la [Figura 10.3](#).

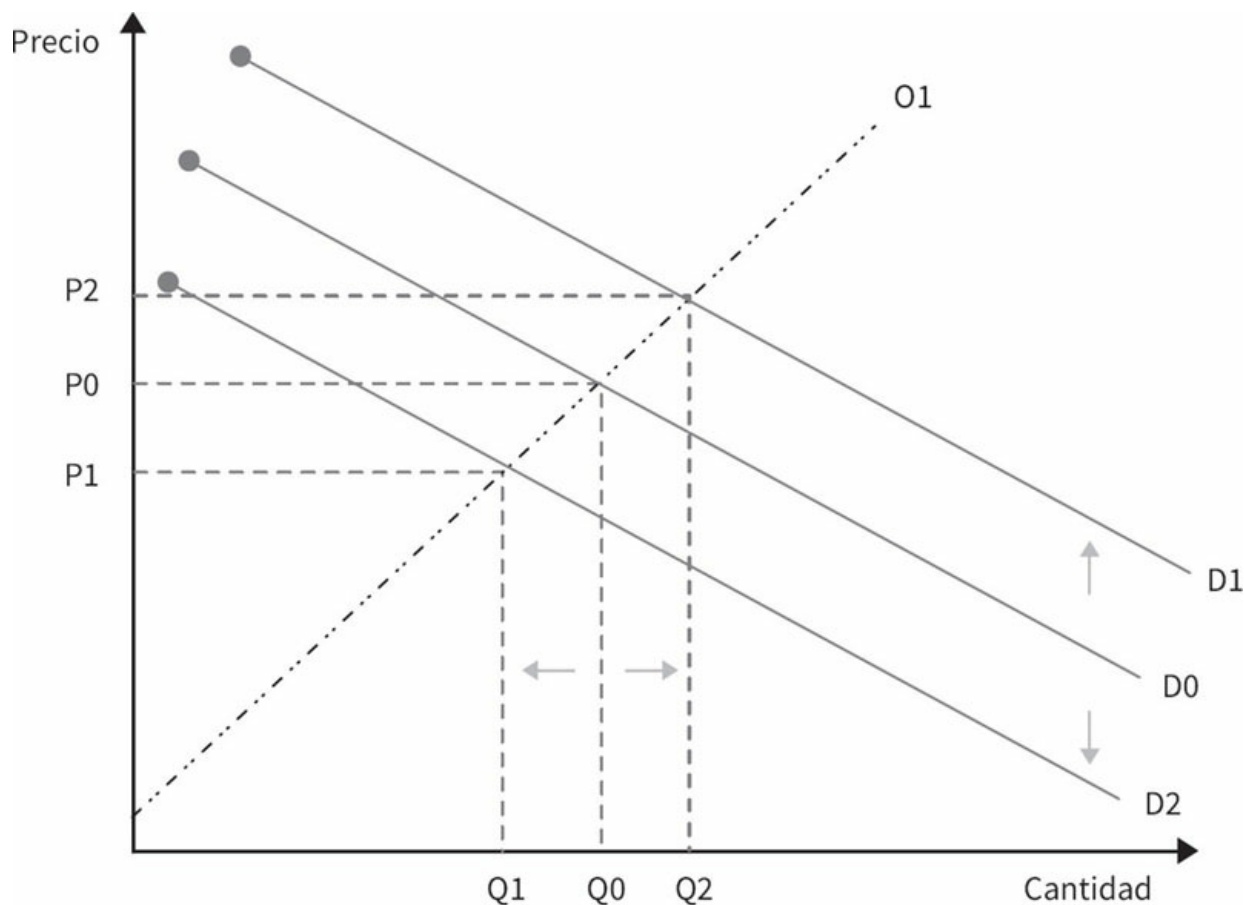


Figura 10.3. Desplazamientos de la curva de demanda.

Fuente: elaboración propia.

Movimientos en la oferta

En un mercado perfectamente competitivo el precio está determinado por distintas fuerzas y los productores tienen en sus manos la decisión de qué cantidad de bienes o servicios quieren y pueden vender. Los aspectos que, independiente del precio del mismo bien, afectan la oferta de un bien o servicio son: el precio de los insumos, la tecnología, las expectativas y el número de vendedores ([Figura 10.4](#)) (Mankiw, 2012).

Precio de los insumos

Cuando el precio de los insumos de producción aumenta, la cantidad ofrecida por las firmas disminuye. Este efecto se puede ver, por ejemplo, cuando los precios de los insumos agrícolas suben a causa de las heladas u otras variables agroecológicas. Situaciones como estas siempre terminan desencadenando aumentos en el precio de los alimentos debido a la relación negativa entre el precio de los insumos y la cantidad ofrecida.

Tecnología

Las firmas adquieren tecnologías para hacer más eficientes los procesos de producción, como por ejemplo, reduciendo los tiempos o los costos fijos al aumentar la producción.



Figura 10.4. Variables que desplazan la curva de oferta.

Fuente: elaboración propia.

Expectativas

Predecir lo que puede pasar mañana en función de lo ocurrido previamente es una forma de planear estrategias de producción anticipando auges de ventas por estacionalidades (como el aumento de consumo en el mes de diciembre) o disminuciones (periodos de inflación en los precios o la devaluación de la moneda).

Número de vendedores

La oferta de mercado depende del número de vendedores. En un mercado

competitivo, si los estímulos de la economía potencian la creación de empresas, numerosas firmas estarán interesadas en formar parte del mercado e incrementarán la oferta reduciendo el precio de venta. Al igual que en la demanda, la existencia de múltiples productores es positiva porque al crecer la competencia, se incrementa la calidad de los bienes o servicios y se reducen los precios, pues ningún productor puede establecer los precios en un contexto competitivo y estos terminan siendo fijados por el mercado, lo cual beneficia a los consumidores que obtienen un mejor producto a menor precio, o a los pequeños productores que bajo estrictas barreras de ingreso no hubieran podido entrar al negocio.

Equilibrio de mercado

En un mercado, el equilibrio se encuentra donde se cruzan la demanda y la oferta (Mankiw, 2012; Parkin, 2012; Varian, 2011), es decir, donde hay un consenso implícito entre consumidores y productores acerca de las cantidades que se deben producir y consumir a un precio dado (ver [Figura 10.1](#)). Este precio de mercado es conocido como *precio de equilibrio* (P^*) y la cantidad asociada a ese precio es la *cantidad de equilibrio* (Q^*). Según Mankiw (2012) el equilibrio es una situación en la que varias fuerzas están balanceadas, por lo que en un mercado en equilibrio las fuerzas de oferta y demanda convergen en un mismo precio y cantidad.

¿Qué sucede cuando ese equilibrio se pierde?

Cuando el mercado no logra llegar a la situación de equilibrio se generan situaciones de *excedentes* o *escasez*. Los excedentes se dan cuando el precio ofrecido por las firmas supera el precio de equilibrio, entonces los productores tienen un incentivo para producir en exceso, pero los consumidores no están dispuestos a comprar el bien o servicio por este nuevo precio. Esto resulta en un excedente para la firma. Ocurre con frecuencia en servicios que tienen tarifas fijas relativamente altas para el tipo de servicio ofrecido. Un ejemplo es el precio del transporte público ofrecido por taxis; en varios países sus tarifas son más altas que el precio de equilibrio lo que provoca un exceso de oferta (taxis).

Por otra parte, la escasez es un concepto que puede remitirse a precios fijos que se sitúan por debajo del precio de mercado. Dado que dichos precios fijos son más bajos que el precio de equilibrio, las firmas no están dispuestas a producir la misma cantidad que los consumidores desean, pues los consumidores demandan más de ese producto debido a su precio relativamente bajo. La escasez es también se conoce como *exceso de demanda*, lo cual es simplemente el “otro lado de la moneda” e implica que existe gran demanda en relación con la cantidad ofrecida.

Dado que los precios son móviles, todos los precios fijos (tarifas específicas para medicamentos, transporte público, fletes de camiones, por ejemplo) terminan siempre constituyendo precios máximos o mínimos, e introduciendo ineficiencias al mercado, pues los precios no varían con las cantidades producidas y demandadas. Por esta razón, antes de introducir un precio fijo, se deben balancear cuidadosamente las ventajas y las desventajas de tal política; ello se debe hacer siempre bajo una justificación muy clara y evaluando las consecuencias de esa

medida.

ELASTICIDAD

En economía, la elasticidad busca medir la relación entre los precios y las cantidades de los bienes o servicios. Es decir, la elasticidad puede medir la sensibilidad de la cantidad vendida o comprada de un bien o servicio ante un cambio en su precio (Varian, 2011).

Tipos de elasticidades

Elasticidad precio de la demanda

La elasticidad precio de la demanda (EPD) mide cuánto cambia la cantidad demandada ante un cambio en el precio⁷⁵ (Varian, 2011) (*Fórmula 1*).

Por ejemplo, para calcular el cambio porcentual del precio de una cajetilla de cigarrillos, según Global Tobacco Economics Consortium (2018), si el precio aumenta de \$700 (P_i) a \$1400 (P_f), el cambio porcentual es de -100 %: (*Fórmula 2*).

Para calcular la cantidad demandada, si el número de fumadores adultos pasó de 3,3 millones (Q_i) en 2016 a 2,8 millones (Q_f) en 2017, el cambio porcentual es de 15 %: (*Fórmula 3*). Si se calcula la elasticidad precio de la demanda con estos datos: (*Fórmula 4*).

Con estos datos, el resultado de la elasticidad-precio de la demanda de tabaco en el país sería de -0,15. Dado que la relación de demanda entre el precio y la cantidad es inversa, siempre esta elasticidad tendrá el signo negativo. Pese a esto, las elasticidades precio de la demanda usualmente son reportadas en valor absoluto (en este caso, 0,15).

Fórmula 1

$$\text{Elasticidad precio de la demanda} = \frac{\text{Cambio porcentual de la cantidad demandada}}{\text{Cambio porcentual en el precio}}$$

$$EPD = \frac{\left(\frac{Q_f - Q_i}{Q_i}\right) * 100}{\left(\frac{P_f - P_i}{P_i}\right) * 100}$$

Donde Q_f es la cantidad final, Q_i es la cantidad inicial, P_f es el precio final y P_i es el precio inicial.

Fórmula 2

$$\text{Cambio porcentual en el precio} = \frac{700 - 1400}{700} = -1$$

Fórmula 3

$$\text{Cambio porcentual de la cantidad demandada} = \frac{3.300.000 - 2.800.000}{3.300.000} = 0,15$$

Fórmula 4

$$\begin{aligned} \text{Elasticidad precio de la demanda} &= \frac{\text{Cambio porcentual de cantidad demandada}}{\text{Cambio porcentual del precio}} \\ &= \frac{0,15}{-1} = -0,15 \end{aligned}$$

Una vez calculada la elasticidad y transformada a su valor absoluto (es decir, sin signo), se interpretan los resultados según el valor obtenido. En este caso, la elasticidad puede ser inelástica, elástica o unitaria, como se explica en la [Figura 10.5](#). De acuerdo con el ejemplo anterior, la elasticidad precio de la demanda del cigarrillo es de 0,15, es decir, es inelástica; lo que significa que ante grandes variaciones del precio, la cantidad reacciona menos que proporcionalmente al aumento del precio (por cada 1 % de cambio de precio, la demanda solo se reduce 0,15 %, o lo que es lo mismo, con un incremento del precio del 10%, el bien experimenta una reducción en su demanda de solo 1,5%). Esto es consistente con las características adictivas del tabaco, pues se comporta como un bien inelástico o necesario para el cual los cambios de precio no afectan proporcionalmente su demanda. A pesar de una variación en el precio, el cambio en la demanda será pequeño. Por esta razón, se deben fomentar impuestos altos al tabaco cuando se trata de reducir su consumo.



Figura 10.5. Grados de elasticidad precio de la demanda.

Fuente: elaboración propia.

Elasticidad ingreso de la demanda

La elasticidad ingreso de la demanda (EID) permite medir los cambios en la cantidad demandada frente a cambios en el ingreso del consumidor. Su cálculo

resulta de la división entre el cambio porcentual de la cantidad demandada y el cambio porcentual del ingreso (Varian, 2011). (*Fórmula 5*).

El resultado se analiza a la luz de los bienes normales e inferiores, mencionados en el apartado anterior. Si el ingreso y la cantidad demandada se mueven en el mismo sentido (mayor de cero), los bienes normales tienen elasticidades-ingreso positivas (lo que se conoce como un *bien normal*); mientras que si al aumentar el ingreso, disminuye la cantidad demandada, el resultado sería una elasticidad-ingreso negativa y se haría referencia a un *bien inferior*.

Fórmula 5

$$\text{Elasticidad ingreso de la demanda} = \frac{\text{Cambio porcentual de la cantidad demandada}}{\text{Cambio porcentual en el ingreso}}$$

$$EID = \frac{\left(\frac{Q_f - Q_i}{Q_i}\right) * 100}{\left(\frac{I_f - I_i}{I_i}\right) * 100}$$

Donde Q_f es la cantidad final, Q_i es la cantidad inicial, I_f es el ingreso final y I_i es el ingreso inicial.

Un ejemplo son los alimentos: mientras para algunos de ellos su demanda se incrementa con el incremento en el ingreso (carne roja, pescado y frutas), lo cual implica que tienen una elasticidad superior a cero, en otros casos (por ejemplo los granos) la demanda se incrementa con la reducción al ingreso, en cuyo caso se obtendrían elasticidades de ingreso negativas (Muhammad, D'Souza, Meade, Micha y Mozaffarian, 2017).

Elasticidad precio cruzada de la demanda

La elasticidad precio cruzada de la demanda (EPCD) mide el cambio en la cantidad demandada del *bien x* cuando el *bien y* cambia de precio (Mankiw, 2012). Se calcula como el cambio porcentual de la cantidad demandada del *bien x* en relación con el cambio porcentual del precio del *bien y*. (*Fórmula 6*).

Como resultado del cálculo de la elasticidad precio cruzada de la demanda, se puede saber si un par de bienes son sustitutos o complementarios entre sí. Los bienes sustitutos, como ya se mencionó, son los que cumplen funciones parecidas o tienen características muy similares. Suponiendo que una manzana y una pera son sustitutos perfectos, esperamos que, ante aumentos en el precio de la manzana, aumente la cantidad demandada de la pera (porque es relativamente más barata y es sustituto de la manzana). De esta forma, la elasticidad precio cruzada de la demanda da como resultado un valor positivo, ya que al incrementar el precio del *bien y*, aumenta de manera simultánea la cantidad demandada del *bien x*.

Fórmula 6

$$\text{Elasticidad precio cruzada de la demanda} = \frac{\text{Cambio porcentual de la cantidad demandada del bien } x}{\text{Cambio porcentual del precio del bien } y}$$

$$EPCD = \frac{\left(\frac{Qx_f - Qx_i}{Qx_i}\right) * 100}{\left(\frac{Py_f - Py_i}{Py_i}\right) * 100}$$

Donde Qx_f es la cantidad final del bien X, Qx_i es la cantidad inicial del bien X, Py_f es el precio final del bien Y, y Py_i es el precio inicial del bien Y.

Por el contrario, los bienes complementarios —aquellos que dependen entre sí para aportar utilidad al consumidor— muestran una relación negativa, pues al aumentar el precio del *bien x*, se reducirá no solo la demanda del *bien x*, sino también la demanda del *bien y*, por lo que la elasticidad precio cruzada de la demanda para bienes complementarios será negativa. Un claro ejemplo de esto es la compra de motocicletas y el SOAT⁷⁶. El aumento de casi el 10 % del seguro obligatorio para motos en 2018, llevó a una reducción en la demanda por motos (bien complementario del SOAT), ya que el SOAT es un bien complementario de las motos o vehículos porque es necesario para transitar por el país legalmente. De esta manera, cambios en los precios del SOAT para las motos afectan la forma como las personas toman decisiones de compra sobre las mismas.

EFFECTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LOS MERCADOS

Se espera que el mercado en competencia perfecta logre las asignaciones y los precios de equilibrio, es decir, que alcance la eficiencia. Sin embargo, esto no sucede cuando hay fallas de mercado y los resultados son contrarios a lo esperado. El gobierno, como regulador, puede actuar para mejorar las fallas (por ejemplo, las fallas de mercado, que se tratarán más adelante) que ponen en desventaja a consumidores o productores. A continuación, se explican dos mecanismos de política pública para intervenir en los mercados mediante la fijación de precios máximos o mínimos.

Controles de precios máximos

El gobierno puede establecer precios máximos de bienes y servicios que están por encima del precio de equilibrio, cuando los mercados no logran regular el poder de mercado de ciertas industrias (Mankiw, 2012). En los últimos años, el Ministerio de Salud colombiano ha sido muy activo en establecer una regulación de precios a medicamentos, con la que se pretende fijar precios máximos de venta a ciertos dispositivos médicos y medicamentos que presentan costos relativamente

altos con respecto a otros sistemas de salud.

La [Figura 10.5](#) enseña lo que ocurre cuando el precio máximo de un medicamento es definido por el Ministerio de Salud, cuando el precio de equilibrio del mercado está en un nivel superior a este y la nueva regulación pretende reducir los precios (Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos, 2018). Los precios máximos pueden generar escasez, como se muestra en la [Figura 10.5](#), a causa de que las firmas ofrecen menos medicamento del que la población demanda al precio máximo regulado de \$4.170. Por esa razón, aún cuando es bueno para las finanzas públicas reducir el precio de los medicamentos, debe hacerse de forma muy cuidadosa para evitar la escasez. Una opción es utilizar los precios de referencia internacional para no afectar la oferta de medicamentos, pues lo que se utilizan son precios referentes de otros países.

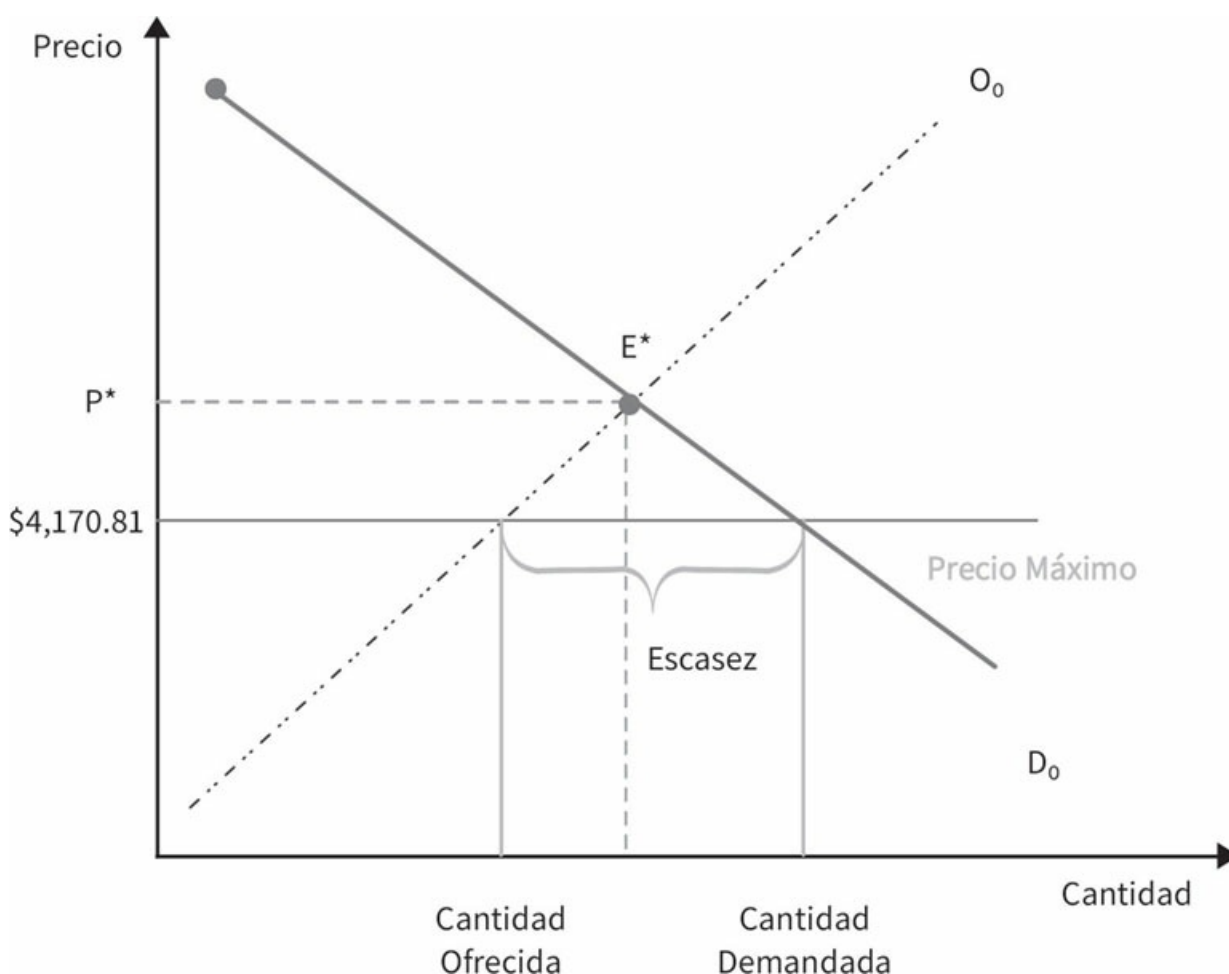


Figura 10.5. Precio máximo del medicamento.

Fuente: elaboración propia.

[Controles de precios mínimos](#)

Los precios mínimos hacen referencia al precio más bajo al cual se puede vender un bien o servicio. En el mercado laboral, el ejemplo más conocido es el salario⁷⁷ mínimo. El salario mínimo es un valor de referencia que es fijado por el gobierno. Así que el gobierno debe intervenir el precio de los trabajadores en el mercado mediante el establecimiento de un salario mínimo (por encima del precio de

equilibrio) que las empresas deben pagar a los empleados por una jornada laboral estándar. Los precios mínimos pueden generar exceso de oferta ([Figura 10.6](#)). Por ejemplo, algunos economistas argumentan que el salario mínimo, al estar por encima del precio de equilibrio determinado por la oferta y la demanda del mercado laboral, lleva a un exceso de oferta laboral, es decir, muchos empleados ofrecen su trabajo sin encontrar empleadores que los contraten a ese precio; esta situación, según creen algunos, genera desempleo, aunque la evidencia empírica al respecto es controversial.

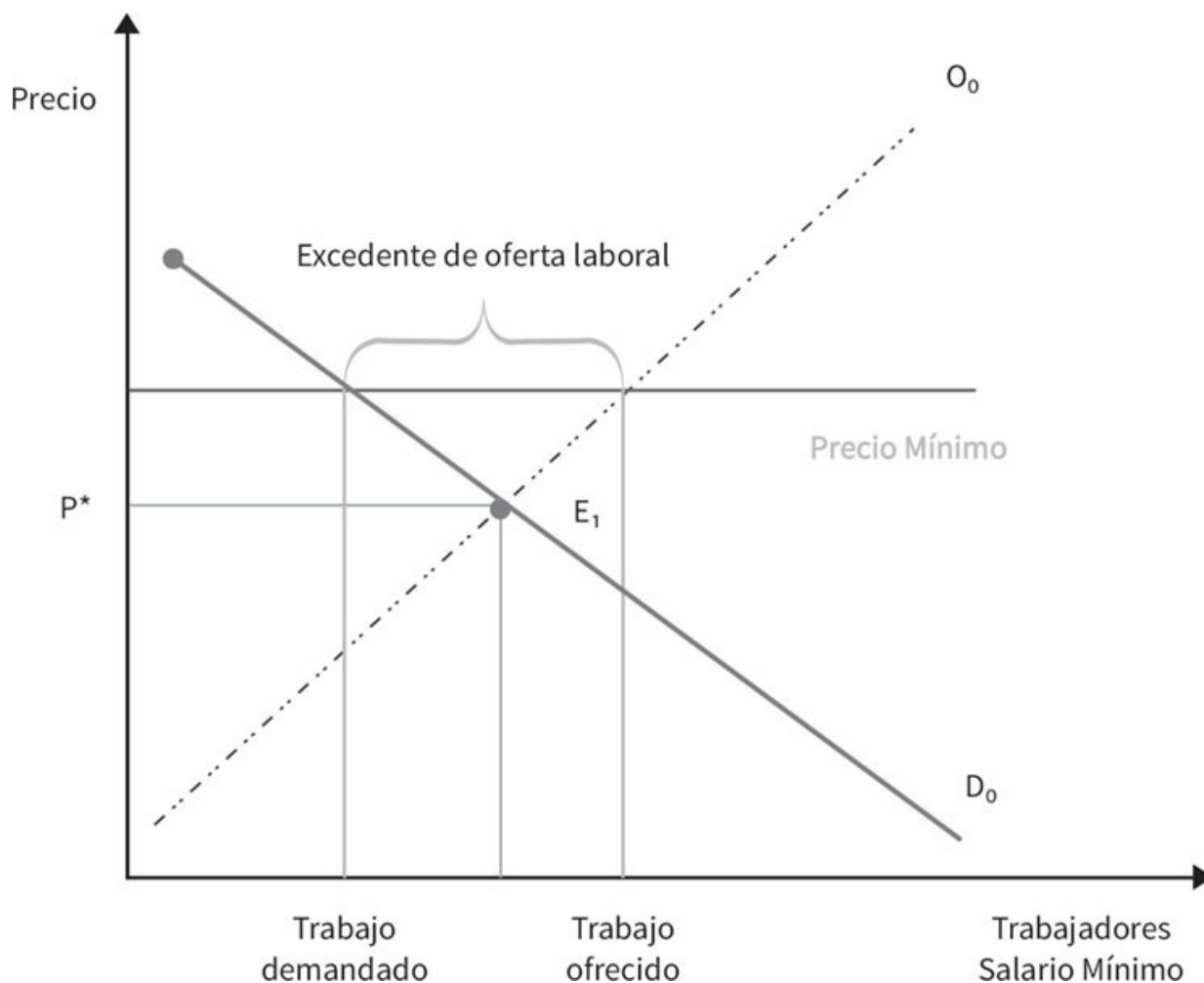


Figura 10.6. Precio mínimo vs. salario mínimo en Colombia.

Fuente: elaboración propia.

CONSUMIDORES, PRODUCTORES Y EFICIENCIA DE LOS MERCADOS

La economía se basa en que los seres humanos siempre buscan el máximo beneficio propio, es decir, ven el mundo desde una perspectiva utilitarista. Los consumidores siempre quieren pagar menos y los vendedores siempre quieren ganar más. En el mercado de competencia perfecta, cuando se llega al equilibrio, se cree que, tanto compradores como vendedores, están beneficiándose de igual

forma como resultado de la competencia. Es el mercado el que determina el precio de equilibrio en función de las fuerzas de oferta y demanda.

Sin embargo, hay situaciones en el mercado no deseables para consumidores y productores, como resultado de las asignaciones que favorecen los intereses de unos y perjudican los de otros. Esto es lo que se conoce como una ‘asignación ineficiente del mercado’: cuando una asignación termina beneficiando más a unos que a otros. Es por esto que la economía del bienestar es la encargada de estudiar las *asignaciones eficientes* del mercado entre sus agentes.

Por ejemplo, cuando un consumidor compra un bien o servicio suele tener en mente un valor de referencia (¿cuánto me va a costar?) y este valor le ayuda a imaginar si puede o quiere pagar por él. Si un comprador adquiere un bien a un *precio* x , es porque estaba dentro de su disponibilidad a pagar (el valor máximo que un agente estará dispuesto a pagar por un bien). Pero ¿qué sucede cuando el precio de mercado es menor al precio por el cual estaría dispuesto a pagar? La noción de ‘excedente del consumidor’ lo explicará.

Excedente del consumidor

El excedente del consumidor es el monto máximo de dinero que el comprador está dispuesto a pagar menos el monto que realmente paga. Así funcionan las ofertas, son tan atractivas porque le hacen sentir a los consumidores que comprarán a un valor menor a su máxima disponibilidad a pagar (Mankiw, 2012). En la [*Figura 10.7*](#) (a y b) se ilustran el excedente del consumidor con el precio de mercado $P1$ y con el precio de oferta $P2$.

Por ejemplo, cuando se quiere comprar un computador, si el precio es $P1$, en este escenario se compraría una cantidad $Q1$ y el excedente del consumidor sería el triángulo azul del área ABC . Sin embargo, cuando el precio cae a $P2$, el excedente del consumidor es el área morada ABC que ya tenía ganada en el primer escenario, más el rectángulo $BCDE$; es decir, aumenta el beneficio resultante para el consumidor debido a la promoción. Este cambio en el precio sirve, además, para que nuevos consumidores con una disponibilidad menor a comprar puedan adquirir un computador, ya que con el precio $P2$ también se verán beneficiados también con un excedente del consumidor (triángulo CEF).

Excedente del productor

Por otro lado, el excedente del productor representa el dinero que reciben los productores por producir un bien, menos el dinero que les cuesta producirlo; es decir, es el excedente recibido por una firma al vender bienes en el mercado de su industria. Este bienestar aumenta si las firmas venden sus productos a un precio más alto. En este sentido, el excedente del productor permite medir el beneficio adicional de una empresa si sube el precio y mantiene sus costos iguales (Mankiw, 2012) ([*Figura 10.8*](#)).

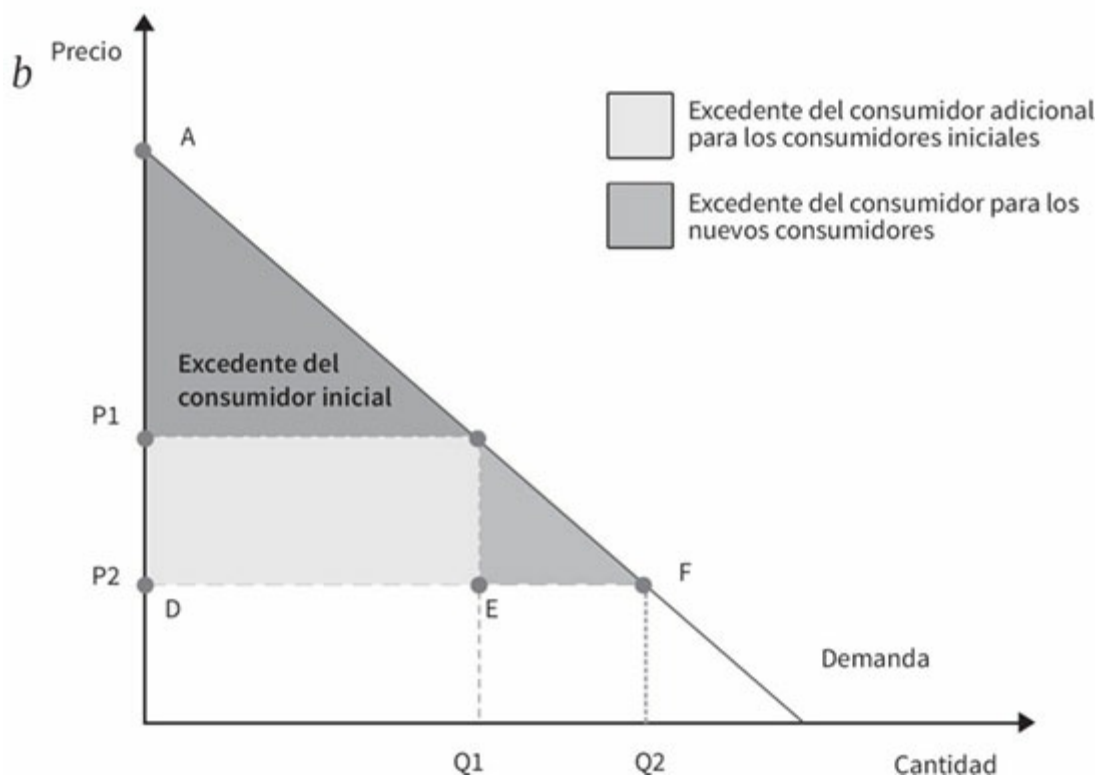
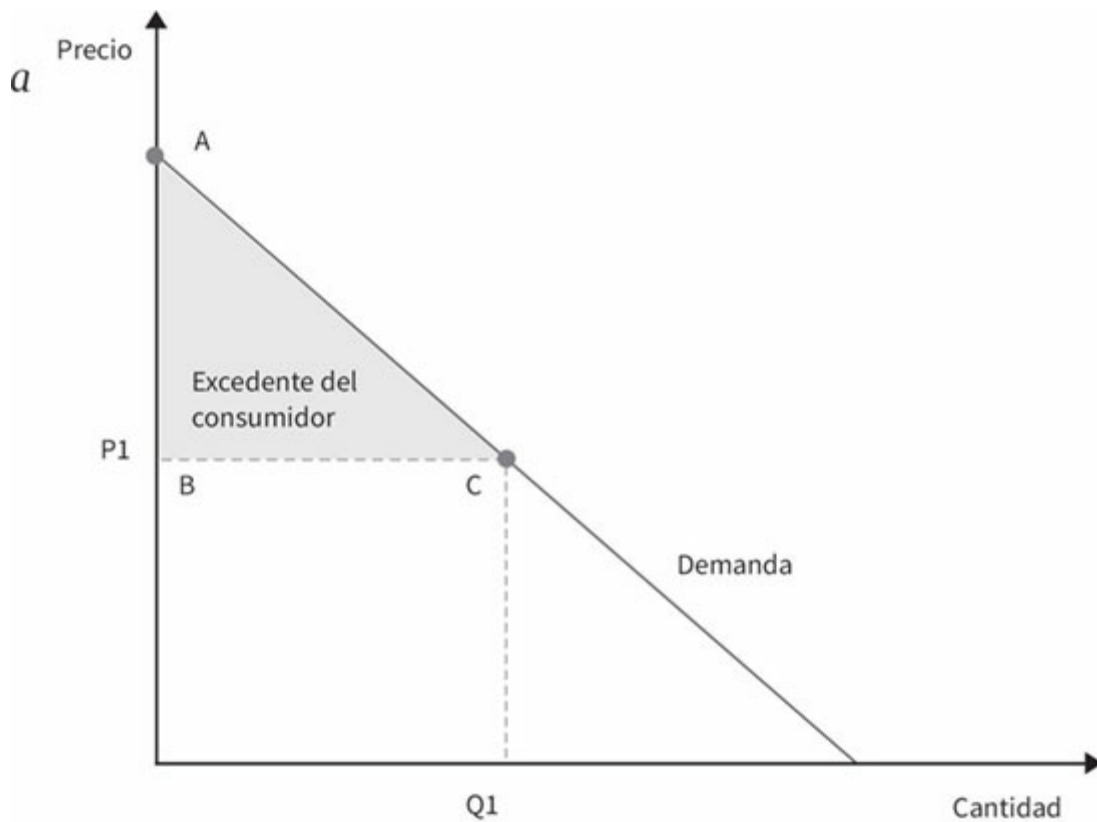


Figura 10.7. a) Excedente del consumidor al precio $P1$. **b)** Excedente del consumidor al precio $P2$.

Fuente: elaboración propia.

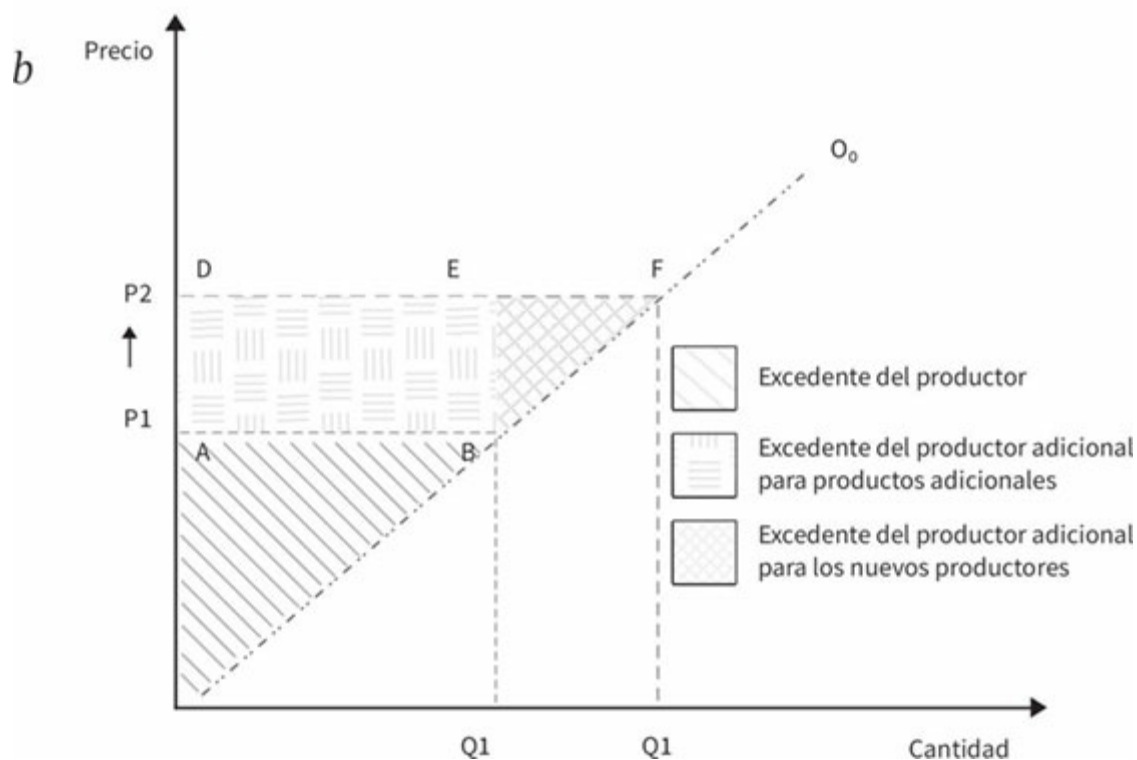
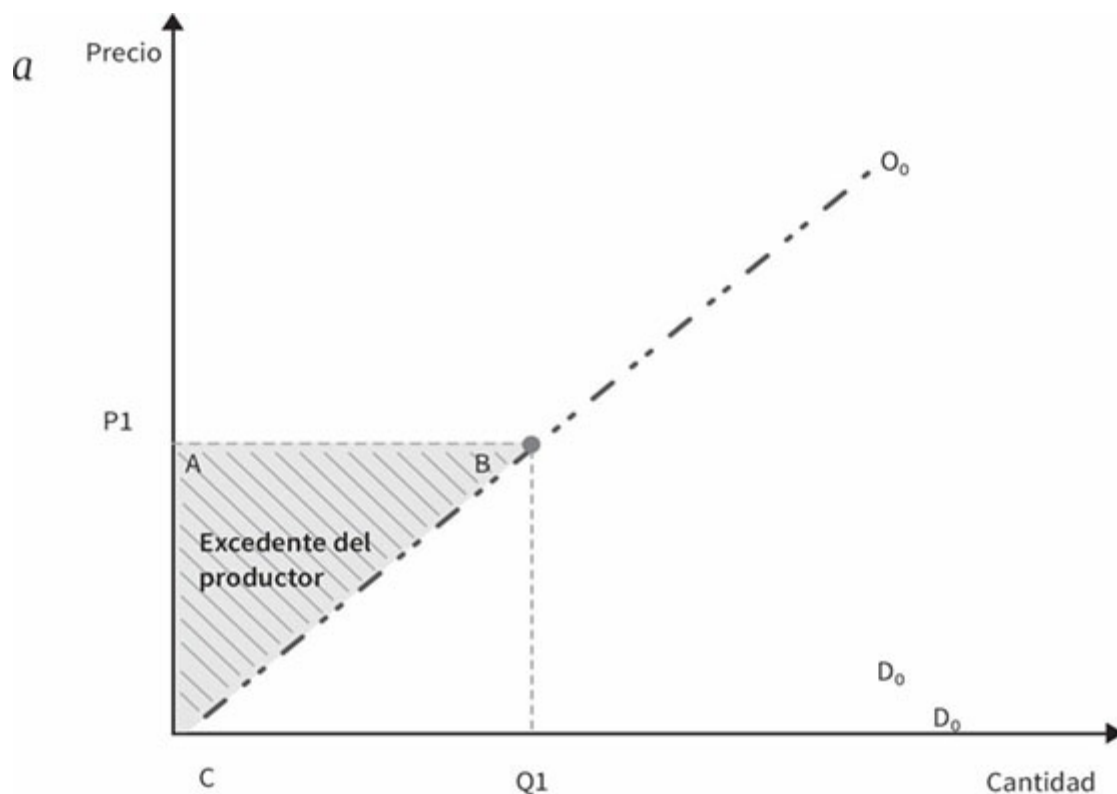


Figura 10.8. a) Excedente del productor al precio $P1$. **b)** Excedente del productor al precio $P2$.

Fuente: elaboración propia.

Una firma vende a un precio $P1$, en el cual el excedente del productor es el área del triángulo ABC ([Figura 10.8a](#)). Si el precio en el mercado aumenta de $P1$ a $P2$, el excedente del productor aumenta también y ahora comprendería el área $ABCDE$. Es decir, el excedente del productor inicial (triángulo ABC) más el

excedente del productor adicional (rectángulo ABDE), será el resultado del aumento del precio y de la producción. Un incremento del precio de mercado en competencia perfecta también atraerá a nuevos productores al mercado quienes también se podrán apropiar del excedente definido por el rectángulo (BEF) ([Figura 10.8b](#)).

Por último, la [Figura 10.9](#) muestra el excedente total a un precio P_1 como la suma del excedente del consumidor (área por debajo de la curva de demanda y encima del precio de mercado P_1) y el excedente del productor (área por encima de la curva de oferta y por debajo del precio de mercado P_1). La presencia de ambos excedentes en forma agregada es una indicación de bienestar. Cuando uno de los dos se ve reducido por una falla de mercado se habla de una ‘pérdida de bienestar económico’.

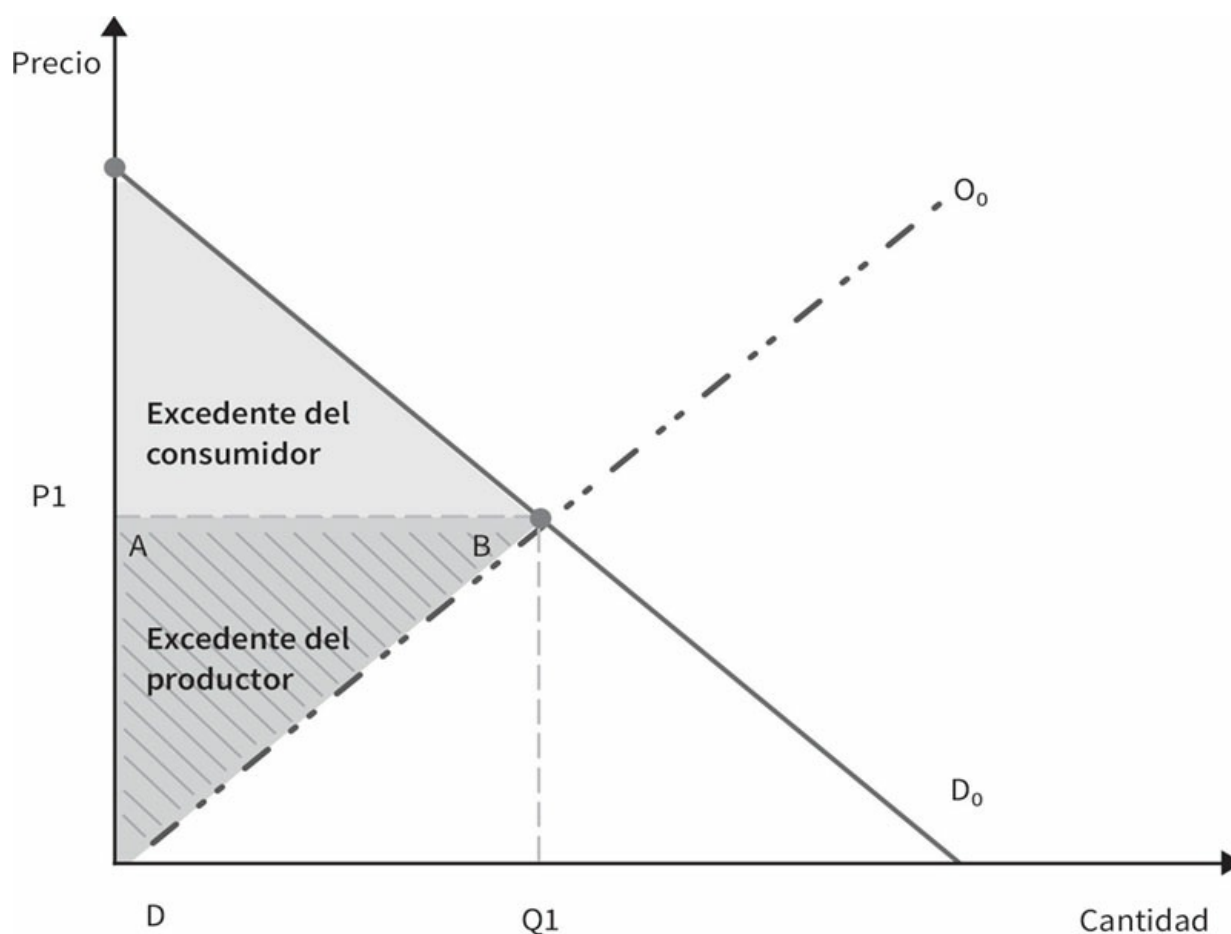


Figura 10.9. Excedente total al precio P_1 .

Fuente: elaboración propia.

TEORÍA DEL PRODUCTOR

Esta teoría refleja la lógica del productor en torno a su principal objetivo: la maximización de beneficios y la minimización de costos. La función objetivo de cualquier empresa o firma es la maximización de beneficios, los cuales constituyen la diferencia entre los ingresos totales y los costos totales ([Figura 10.10](#)). Este es el caso de los hospitales, en los que sus ingresos están

representados por los pagos de las aseguradoras por la prestación de servicios de salud a sus afiliados, menos los costos del hospital para prestar esos servicios (salarios del recurso humano en salud y administrativo, servicios públicos, insumos necesarios para la prestación, entre otros).

En la teoría del productor, la *función de producción* relaciona la cantidad de insumos necesaria (talento humano, infraestructura, tecnología, etc.) para producir una cantidad determinada de bienes o servicios (servicios de salud u hospitalarios). Es el caso de los hospitales en los que se pueden encontrar múltiples funciones de producción. En este proceso se espera que una serie de insumos sean transformados, lo que da como resultado un producto hospitalario. Por ejemplo, la función de producción de un servicio de consultas requiere de un número específico de médicos, enfermeros u otro personal de salud, personal administrativo, infraestructura e insumos. Si hay muchos más médicos que consultorios, entonces el tiempo de esos médicos se está perdiendo porque no pueden producir consultas. Al contrario, si hay consultorios vacíos y nadie los está utilizando, esos consultorios no están siendo maximizados en su capacidad de producción. En ambos casos, la función de producción permite evaluar la combinación óptima de todos los insumos (en este ejemplo, médicos y consultorios) para generar la mayor cantidad de producto posible (consultas de calidad) con la capacidad que se tiene.



Figura 10.10. Beneficios de las firmas.

Fuente: elaboración propia.

Costos

Los costos constituyen una de las variables más importantes que las empresas deben analizar cuando definen el beneficio que esperan obtener como resultado de su actividad económica. Para estudiar los costos, es útil entenderlos de manera desagregada como lo muestra la [Tabla 10.1](#), con el fin de comprender cómo la empresa podría ajustarlos para maximizar los beneficios a través de la función de producción.

Tabla 10.1. Tipos de costos.

Costo	Definición	Cálculo
Costo fijo	Son costos generados en la firma por el hecho de estar en el mercado. No varían en función de la cantidad producida, y si la firma no produce bienes o	CF

	servicios, igual va a tener que pagar estos costos. Un ejemplo es el arriendo de un inmueble.	
Costo variable	Al contrario que en los costos fijos, los costos variables sí cambian en función de la cantidad producida por la firma. Son los costos directamente atribuibles a la producción, como el costo de los insumos.	CV
Costo total	Es la suma de los costos fijos y los costos variables que asume la firma en la producción. Este ítem nos dice cuál es “el costo de una unidad típica si los costos totales se dividen de manera uniforme entre todas las unidades producidas” (Mankiw, 2012).	$CT = CF + CV$
Costo fijo promedio	Costo fijo dividido por la cantidad producida.	Costo fijo promedio $= CF / Q$
Costo variable promedio	Costo variable dividido por la cantidad producida.	Costo variable promedio $= CV / Q$
Costo total promedio	Costos totales divididos por la cantidad producida.	Costos totales promedio $= CT / Q$
Costo marginal	Es el aumento en el costo total por producir una unidad adicional de producción.	Costo marginal $= \Delta CT / \Delta Q$

Fuente: Principios de economía (Mankiw, 2012).

Economías de escala y deseconomías de escala

Si un hospital tiene consultorios vacíos y desea mejorar su función de producción⁷⁸, deberá contratar más médicos, que son ‘bienes complementarios’ a los consultorios. Al contratar más médicos que producen servicios (Q en la [Tabla 10.1](#)), los costos fijos se dividen por un número más grande y, por esa razón, el costo total promedio se reduce a medida que se incrementa la producción. Nótese que el costo variable no cambia porque el médico adicional contratado produce un número de consultas determinado y entonces el costo variable promedio se mantiene.

Sin embargo, si por otro lado, el hospital quisiera aumentar aún más su capacidad de producción en forma significativa, tendría que construir más sedes o ampliar la actual, y por tanto debería incurrir en ese costo adicional para incrementar la producción. En este escenario, el hospital asumiría costos fijos que incrementarían de nuevo sus costos totales promedio. La reducción de los costos promedio con el incremento de la producción se conoce como *economías de escala*. Por el contrario, el incremento de los costos totales promedio como consecuencia del incremento en la producción se conoce como *deseconomías de*

escala. Cuando, por el contrario, el costo total promedio no aumenta la cantidad producida, se dice que la empresa tiene *rendimientos constantes de escala* (Mankiw, 2012).

Para resumir, la producción de un bien depende de tipos, cantidades y costos de insumos, que a través de un proceso productivo generan los bienes o servicios de la firma. ¿Cuánto más puede producir un médico en un hospital? Esto depende de la función de producción del hospital, la cual también estará determinada por los costos y otros insumos, como la planta física, la tecnología del hospital, la disponibilidad de consultorios, los medicamentos, entre otros insumos necesarios para la actividad del médico en el hospital.

MONOPOLIO

En el apartado *Economías de mercado* se describió cómo funcionan los mercados bajo un modelo de competencia perfecta, el cual se caracteriza por un alto número de compradores y vendedores de bienes idénticos en el que estos actores son ‘precio-aceptantes’ y las fuerzas de la demanda y la oferta hacen que el mercado llegue a un equilibrio que, sin distorsiones externas, genera el máximo bienestar para la sociedad.

El término *monopolio* está usualmente enmarcado en connotaciones negativas por las pérdidas sociales que representa para la sociedad. Sin embargo, todo en economía tiene ventajas y desventajas, y por eso en este apartado se describen ambos lados de este concepto. El monopolio se caracteriza por una situación de mercado en la que una única firma o empresa tiene *poder de mercado* porque no tiene competidores cercanos (Varian, 2011). A diferencia de los mercados de competencia perfecta, donde todos los agentes son ‘tomadores de precios’, el monopolio es creador de precios, poder dado por la exclusividad de su producto, ya sea por una patente o por los bajos costos que implica para esa firma particular llevar a cabo la producción. En competencia perfecta, el precio (que es el ingreso marginal porque representa el ingreso generado por vender una unidad adicional producida) es igual al costo marginal (es decir, el precio de un producto es igual al costo de producirlo teniendo en cuenta todos los factores, incluidos los salarios del personal); mientras que para el monopolio, el precio es mayor al costo marginal (el precio de un producto es superior al costo de producirlo). Estos precios superiores al precio de equilibrio representan excedentes del productor a expensas de los consumidores y, por tanto, implican pérdidas de bienestar para la sociedad. En la práctica, esto constituye la transferencia del excedente del consumidor hacia el productor.

Una característica de algunos monopolios es que su poder de mercado puede atribuirse a aspectos regulatorios. Un ejemplo son las patentes de los medicamentos que aseguran la generación de altas utilidades a laboratorios que innovan en la generación de nuevas moléculas. Otro caso son los *monopolios naturales* que se generan cuando, al tener más de un proveedor, se producen deseconomías de escala debido a los altos costos de producción, razón que

desincentiva a las empresas privadas a invertir en ellos y, por lo general, están en manos del Estado, ya que son bienes o servicios necesarios pero poco atractivos en términos de rentabilidad. Ejemplos de monopolios naturales son los servicios públicos como el acueducto (que tienen que crear y mantener la red de acueducto), los proveedores de energía (que mantienen la red de energía) o los hospitales en áreas apartadas, pues se convierten en proveedores únicos de cuidado en salud debido a la baja densidad de población y a la baja atracción por parte de los privados de invertir en un hospital allí. Los mercados con monopolios (públicos y privados) pueden ser necesarios, como en el caso de los monopolios naturales, pero aun así pueden afectar el bienestar por medio del incremento de precios o la menor calidad en la producción de sus productos o servicios, otorgado por el poder de mercado a la firma monopolística y la falta de competencia. Por esta razón, usualmente los monopolios son rigurosamente regulados.

Para resumir, en el monopolio se cumple que el precio es mayor al costo de producir cada unidad de producto o servicio (costo marginal):

Precio o ingreso marginal > Costo marginal

Condición que se diferencia de una firma de mercado competitivo, en la que el precio es igual al costo marginal:

Precio o ingreso marginal = Costo marginal

En general, se considera que los monopolios generan: (i) un mayor excedente del productor en función de disminuir el excedente del consumidor, en comparación con los mercados de competencia perfecta, lo cual puede leerse como una transferencia del excedente del consumidor hacia el excedente del productor; y (ii) una pérdida de eficiencia para la sociedad en general. En conclusión, los monopolios no maximizan el bienestar económico de la sociedad, pero a pesar de eso a veces son necesarios, como en el caso de la infraestructura pública.

Discriminación de precios

La discriminación de precios consiste en vender un mismo bien o servicio a distintos precios, dependiendo de la disponibilidad a pagar de los clientes (Shy, 1996). Esta práctica es común en los mercados monopolísticos, ya que en aquellos con competencia perfecta tanto compradores como vendedores tomarán el mismo precio de mercado. Cuando el conocimiento acerca de la disponibilidad a pagar es exacta, y se fija el precio en función de esa información, se habla de una *discriminación perfecta de precios*. Sin embargo, en el mundo real no existe. Lo que sí es común es la *discriminación imperfecta* en diferentes grados. Por ejemplo, en algunos países, un hospital puede cobrar por el mismo servicio diferentes tarifas, dependiendo de si el pagador es un asegurador, un cliente que hace un pago de bolsillo o, incluso, si es un extranjero. La discriminación de precios afecta el bienestar económico del consumidor porque aumenta el beneficio del productor a expensas del consumidor.

Oligopolio y competencia monopolística

Es una estructura de mercado en la que pocas firmas (por ello se llama ‘oligopolio’) ofrecen productos, lo que genera poder de mercado sobre el precio y la cantidad producida de ciertos bienes y servicios (Mankiw, 2012). El Sistema Nacional de Salud de Canadá, por ejemplo, funciona como un oligopolio, ya que los proveedores de servicios son solo unos pocos en cada una de las diez provincias o tres territorios con poder de mercado. Esto se hace con el fin de mantener regulados los precios de la atención en salud; no obstante, al mismo tiempo, disminuye la cobertura por el reducido número de firmas prestadoras, lo que lleva a largas listas de espera que presenta el oligopolio.

Al haber pocas firmas en el mercado, la decisión de una de ellas tiene un alto impacto sobre las demás y sobre los precios; por ello se generan, no solo interdependencias, sino tensiones entre el interés propio y la cooperación. El incentivo de cooperar es el beneficio que obtienen, porque buscan actuar como monopolios, lo que ocasiona que se disminuya la cantidad producida a un precio superior al costo marginal, aumentando sus beneficios.

Cartel

El ‘cartel’ es un acuerdo explícito entre firmas o países para definir la cantidad que producirán de un bien y así intervenir en el precio de venta (Shy, 1996). Su objetivo económico es maximizar la suma de sus beneficios a partir de establecer cuál es la cantidad que cada uno debe producir. Si todas las firmas del cartel actúan como un solo participante, los beneficios serán iguales a los de un monopolio; pero a medida que se incrementa el número de firmas o países en el acuerdo, los beneficios se reducen. En 2014, en Colombia fue abierta una investigación por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) por el conocido ‘cartel de los pañales’, en el que cinco firmas con marcas posicionadas en el mercado tenían un acuerdo explícito para subir el precio de los pañales y fraccionar el mercado con el propósito de aumentar sus beneficios, hecho que viola el régimen de libre competencia y mercado que cuida la SIC. Por esta razón, las firmas fueron sancionadas y se tomaron medidas para frenar las acciones de este cartel en el mercado.

También existen carteles de países, como la Organización de los Países Exportadores de Petróleo (OPEP), que en este caso particular no es ilegal. Es de anotar que la mayoría de carteles de firmas son ilegales y controlados por una autoridad que regula la competencia.

Colusión

La colusión, a diferencia del cartel, ocurre cuando el establecimiento de precios en un oligopolio es implícito, como sucede con los precios de los tiquetes de las aerolíneas que manejan precios de mercado similares sin haber establecido acuerdos explícitos entre ellas. Debe notarse que la colusión es legal, pero las entidades de control suelen regularla a través del establecimiento de regímenes de

competencia. Es importante aclarar que las definiciones legales de colusión y cartel pueden ser diferentes a las descritas acá (Shy, 1996).

FALLAS DE MERCADO

Los *fallos de mercado* son situaciones en las que los mercados no alcanzan niveles óptimos de precios y cantidades producidas debido a violaciones de las condiciones del mercado competitivo. Estas ineficiencias favorecen a unos y desfavorecen a otros. Cuando se generan estos escenarios es necesaria la intervención del Estado o implementar soluciones privadas que corrijan y mejoren la eficiencia económica. Es importante recordar que en principio, los mercados funcionan mejor si no son regulados. Sin embargo, en casos particulares (el sector salud es uno de ellos), debido a que existen fallas ineludibles de mercado (las cuales se mencionarán más adelante), es preciso entrar a regular para reducirlas. No obstante, el regulador debe comprender que, cada vez que regula el mercado, genera fallas adicionales; por esta razón es importante ser muy cuidadoso y regular solo lo que es estrictamente necesario (Cuevas, 2004). A continuación, se describen tres fallas de mercado que suelen ser muy comunes en los mercados y sistemas de salud: la información asimétrica, las externalidades y los bienes públicos.

Información asimétrica

Esta clase de falla de mercado ocurre básicamente cuando, en alguna relación de mercado, una parte tiene información preferencial sobre la transacción que le permite tomar ventaja sobre la otra (Cuevas, 2004).

El estado de salud de un ciudadano es mejor conocido por él mismo que por una aseguradora a la que desea afiliarse. Si bien este hecho facilita su afiliación, la aseguradora desconoce los potenciales gastos que puede generar este nuevo afiliado si, por ejemplo, sufre de alguna enfermedad crónica y no le provee la información de manera anticipada por miedo a que le rechacen su afiliación.⁷⁹ Temiendo este problema, algunos sistemas de salud en el mundo como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, permiten las ‘preexistencias’; este es un mecanismo para evitar un tipo de asimetría de información específico, conocido como *selección adversa*, en virtud del cual los asegurados se reservan información acerca de su estado de salud para adquirir el seguro (Phelps, 2016). Al contrario, un asegurador —como estrategia para tener población con un perfil de riesgo menor— puede buscar afiliados en zonas urbanas o en empresas que tengan una población joven que usualmente es sana y no genera altos costos en salud, esto se conoce como *descreme de mercado* (Phelps, 2016).

En este escenario, para mitigar estas asimetrías de información, la intervención del Estado se ejerce por medio de los sistemas obligatorios de seguros en salud, como es el caso del sistema colombiano, el cual busca asegurar

a toda la población independientemente de las asimetrías de información entre los ciudadanos y las aseguradoras, y el riesgo de cada afiliado y sus potenciales costos en el sistema. En respuesta, se crea un sistema donde los riesgos se protegen por medio de subsidios cruzados que se conocen en la jerga local como ‘solidaridad’. La solidaridad en el SGSSS funciona de manera general, así: los jóvenes sanos y activos económicamente, dado que no demandarán una gran cantidad de servicios de salud, ayudarán a cubrir con su unidad de pago por capitación (UPC) los gastos de atención para la población adulta mayor con más cantidad de comorbilidades y demanda por servicios de salud, como la gran mayoría de los adultos mayores, quienes pagarán, además, una UPC más baja por su nivel de ingresos.

Externalidades

Las externalidades son los efectos indirectos de una actividad económica o mercado sobre otra actividad económica o mercado. Las externalidades pueden ser positivas o negativas dependiendo del efecto indirecto que tienen sobre el mercado o actividad económica que las recibe. Como se ha mencionado en apartados anteriores, la minimización de costos y la maximización de beneficios son dos de los objetivos de las firmas a la hora de tomar decisiones acerca de, por ejemplo, cuánta cantidad de bienes deben producir. Sin embargo, hay ocasiones en las cuales todos los costos generados a otros mercados (o a la sociedad) en un proceso de producción no son tenidos en cuenta dentro de los costos de producción de los bienes. Estos costos son conocidos como *externalidades negativas* (Cuevas, 2004). Un ejemplo claro en salud es el consumo de bebidas alcohólicas. El mercado de las bebidas alcohólicas tiene una dinámica muy bien definida entre oferta, demanda e instituciones reguladoras, incluida la oferta (producción) por parte de las entidades territoriales. Pero el consumo de alcohol produce externalidades negativas, como lesiones por accidentes de tránsito, riñas y enfermedad cardiovascular o hepática derivadas. Estas externalidades tienen, además, consecuencias en la sociedad y en el mercado del sector salud (mayores costos y demanda por servicios de salud, pérdidas de productividad por cuenta de personas que no pueden trabajar debido a enfermedad, lesiones o discapacidad). Estas consecuencias negativas de un mercado (en este caso, las bebidas alcohólicas) en otro mercado (el sector salud o la sociedad en general) son conocidas como externalidades negativas.

Para paliar dichas externalidades negativas existen los *impuestos pigouvianos*, también llamados ‘impuestos al pecado’ o ‘impuestos saludables’. Estos impuestos buscan compensar la diferencia entre el costo social (por ejemplo, los costos asociados a las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas que afectan otros mercados o la sociedad en general) y el costo de producción. Al existir un impuesto los precios suben y se genera una reducción de la demanda, al mismo tiempo que se crea una fuente de ingresos para el Estado. Como los recaudos de dichos impuestos son ingresos que van al Estado y no al productor, representan una pérdida de utilidades para este último, lo que lo incentivará a

producir menos bebidas alcohólicas y, en consecuencia, ocasionar una menor generación de externalidades negativas (Cuevas, 2004).

Existen también *externalidades positivas*, como las vacunas. En efecto, cuando una población se vacuna genera lo que se conoce como ‘inmunidad de rebaño’, lo cual lleva a que personas que por diversas razones no pueden ser vacunadas estén protegidas porque están rodeadas de personas vacunadas que no les van a transmitir una enfermedad. En estos casos, al contrario de los impuestos pigouvianos, puesto que no existe un mercado para las externalidades positivas (las personas se inmunizan para protegerse a ellas mismas y no a las personas a su alrededor y, por tanto, no hay un mecanismo con el que se puedan compensar monetariamente esos beneficios sociales de inmunidad a quienes se vacunan), a veces se hace necesario recurrir a los subsidios; estos tienen como objeto reducir la diferencia entre el beneficio social (población vacunada con inmunidad de rebaño que protege a personas que no pueden ser vacunadas) y el beneficio individual derivado de la acción de inmunizarse (yo me protejo contra las enfermedades que me pueden afectar a mí como individuo). Los subsidios generan incentivos para que esa acción individual se convierta en colectiva al reducir su precio.

Bienes públicos

Los bienes públicos en economía, al contrario de lo que se suele pensar, tienen dos características muy particulares y no son lo mismo que, intuitivamente o en el derecho, se conoce como ‘bienes públicos’ (Cuevas, 2004). Las dos características de los bienes públicos son:

1. **No son excluyentes.** Es decir, no se puede impedir que otras personas usen el bien; o mejor, el costo de poner una barrera de entrada es tan grande que es imposible hacerlo. Un ejemplo es el aire limpio: no es posible, incluso si se quisiera, excluir a un individuo de respirar aire limpio mientras que el resto de la sociedad sí lo puede hacer.
2. **No son rivales en el consumo.** Porque el uso de una persona no impide que otra también lo haga. De nuevo, respirar aire limpio no impide que otro lo haga, por tanto, el aire limpio es un bien no excluyente y no rival.

Algunos bienes solo cumplen una de las dos condiciones. Por ejemplo, un puesto de atención en salud; si se asume que provee atención gratis, entonces es un bien no excluyente (pues no excluye a quien puede acceder al servicio) y, a la vez, es un bien rival (pues si un paciente ocupa una de las camas del puesto de salud, otro paciente no podrá ocuparla). Por tanto, el puesto de atención no es, en sentido estricto, un bien público.

En el ejemplo previo de las externalidades positivas y las vacunas, la inmunidad de rebaño es un bien público. No es excluyente porque si un gran porcentaje de la población está inmunizada, no es posible excluir a una persona en particular de esa protección. Por otro lado, si la inmunidad de rebaño genera protección a una persona no inmunizada, esa protección no impide que otra persona no inmunizada también se proteja (no rival). Por tanto, la inmunidad de

rebaño no es solo una externalidad positiva del mercado de las vacunas, sino que, además, es un bien público.

Los bienes públicos no tienen precio de mercado (nadie paga por la inmunidad de rebaño o por el aire limpio). Por esta razón no se pueden transar en el mercado puesto que, por parte de la oferta no hay interés por producirlos (una fábrica no recibe ningún beneficio por mantener limpio el aire y una persona no se beneficia de vacunarse para proteger a otros). En consecuencia, los bienes públicos constituyen una falla de mercado⁸⁰ porque no hay mecanismos de mercado que optimicen su presencia y es por eso que usualmente son sujeto de regulación.

DEMANDA POR SALUD

Basado en la idea de la salud como capital humano, Grossman (1972) explica en su artículo “On the concept of health capital and the demand for health”, resultado de su tesis doctoral, donde explica que la salud genera beneficios en sí mismos, pero también beneficios en términos de productividad en el mercado laboral. La salud, distinto al cuidado en salud, es un bien que no se puede intercambiar en el mercado, simplemente porque no se puede vender la salud a nadie ni comprarla, sin importar el precio. Por esta razón, la salud es un bien que consumen los individuos a medida que ellos mismos la producen (más adelante se explicará cómo se puede producir salud, invirtiendo en ella en el modelo de demanda por salud de Grossman). Es por esto que, según este autor, la demanda por salud es igual a la oferta en salud; es decir, yo consumo tanta salud como puedo producir.

La salud en el modelo que propone Grossman es un bien durable en el tiempo que no se puede vender⁸¹, pero en el que sí se puede invertir por medio de hábitos saludables, mejorar las condiciones del hogar, demandar cuidado médico, niveles educativos más altos, entre otras muchas variables que determinan la salud de las personas. Sin embargo, la salud también se deteriora de manera natural en el tiempo, o como dice Grossman (1972), el capital de salud se deprecia en el tiempo; es decir, entre más se envejece más se deteriora la salud.

Para este autor, la producción de salud de un individuo, y por ende su consumo de salud (que es igual), está dada por las condiciones iniciales con las que nace, sus inversiones en salud —determinadas por las actividades de cuidado en salud—, el tiempo destinado a dichas actividades y la educación. Cuando la demanda por salud (y su producción) se reduce como consecuencia del deterioro (depreciación) asociado a la edad, la demanda por cuidado en salud (atención médica) se incrementa y ayuda a mantener la buena salud del individuo.

ASEGURAMIENTO

El aseguramiento tiene como objeto generar protección financiera a los asegurados, al reducir el precio del cuidado en salud. A diferencia del aseguramiento de otros bienes (casa, carro, etc.), en el aseguramiento en salud se genera protección financiera sobre la demanda derivada (o un bien indirecto) y no sobre el mismo bien. Por ejemplo, en el caso de la pérdida total de un vehículo, el seguro reemplaza el valor del vehículo al asegurado. Dicho reemplazo es posible porque el asegurado ha pagado una prima (precio del seguro) calculada según la magnitud (costo) y probabilidad de la pérdida (Phelps, 2016).

En el caso del aseguramiento en salud esto no es posible porque el seguro no puede restaurar la salud del individuo —pues la salud no es un bien que se transa en el mercado—; solamente puede proteger financieramente al individuo ante el gasto derivado del cuidado en salud. Esta distinción es importante porque las dinámicas de la *demanda en salud* y de la *demanda por cuidado en salud* son diferentes, como se describió anteriormente. En un contexto de cambio tecnológico con costos que se incrementan constantemente debido a los avances y desarrollos, los aseguradores se ven obligados a enfrentar costos crecientes que no necesariamente llevan a mejoras en el estado de salud. Esta particularidad hace del aseguramiento en salud un sistema particularmente difícil en términos de sostenibilidad, porque las primas (a diferencia del aseguramiento de otros bienes) difícilmente integran los costos del evento en salud, pues ante estos puede surgir en cualquier momento una nueva tecnología mucho más costosa que simplemente no es posible cubrirla con la prima. Es por esta razón que los aseguradores en salud crean mecanismos de racionamiento, pues les ayuda a generar un balance entre las primas y los costos crecientes en salud.

La prima de un seguro en salud es estimada por las aseguradoras de acuerdo con el perfil de riesgo de la persona. En el caso del sistema de salud colombiano, la prima se denomina UPC (unidad de pago por capitación) y es calculada por el Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.) en función del sexo, la edad y la ubicación geográfica del asegurado. Esta prima cubre un grupo de servicios de salud conocido como el ‘plan de beneficios’. Las aseguradoras crean grupos (*pool*) de riesgo, sobre los cuales cada individuo paga una prima para amparar el riesgo de sufrir de alguna enfermedad, y este riesgo se distribuye entre toda la población asegurada.

Los sistemas de aseguramiento universal, como el colombiano, generan tres tipos de subsidios cruzados: (i) el subsidio de riesgo, en el que los individuos de bajo riesgo subsidian a quienes tienen mayor riesgo en salud; (ii) el subsidio de equidad, en el que los individuos de más altos ingresos subsidian aquellos de menores ingresos; y (iii) el subsidio de productividad, en el que los individuos productivos subsidian a los que actualmente no se encuentran en el sector productivo (desempleados, pensionados, estudiantes, etc.) (Doetinchem, Carrin y Evans, 2009).

[Demanda por aseguramiento](#)

La demanda por seguros está determinada por la preferencia de riesgo. Hay tres

tipos de preferencias de riesgo por parte de los individuos ([Figura 10.11](#)).

Estas preferencias por los riesgos hacen más o menos propensas las búsquedas por seguros de salud de cada individuo. Por ejemplo, una persona neutral al riesgo puede ser indiferente frente a tener un seguro de salud o no. Sin embargo, a la mayoría de las personas no les gusta el riesgo, es decir, son adversas al riesgo, y buscarán comprar un seguro de salud frente a la incertidumbre y el riesgo de perder su riqueza por una enfermedad. En este caso, y si la disponibilidad de información lo permite, las aseguradoras tienden a cobrar el máximo valor que están dispuestos a pagar los individuos para evitar asumir el riesgo. Adicional a ello cobran gastos administrativos (Culyer y Newhouse, 2000).



Figura 10.11. Preferencias de riesgo.

Fuente: elaboración propia.

El aseguramiento, al generar protección financiera, reduce el precio del cuidado en salud que enfrenta. Por ley de la demanda, esto lleva al incremento de la utilización de servicios de salud por encima de la demanda, lo cual ocurriría si el asegurado pagara el cuidado en salud con pago de bolsillo. Esto ocurre a través de dos mecanismos fundamentales de asimetría de información: selección adversa y riesgo moral. Desde el lado de la oferta del seguro (asegurador), también existen mecanismos de asimetrías de información, como el descreme.

Selección adversa

Los compradores de seguros tienen más información sobre su salud que las aseguradoras, es decir, hay asimetría de información. Las personas que creen tener una enfermedad crónica, como el cáncer, o quienes creen que existe una enfermedad hereditaria en la familia, son poblaciones más propensas a comprar un seguro de salud con una amplia cobertura que una población sana, por ejemplo. La selección adversa consiste en la autoselección de un asegurado en un plan con una probabilidad de siniestro mayor a la que es observable por el asegurador, de forma que la prima está definida para cubrir un riesgo menor al que realmente pertenece el asegurado. Esto ocurre con regímenes de aseguramiento parciales que no son obligatorios y no cubren a toda la población. La ventaja de los sistemas de aseguramiento universal es que precisamente evitan que exista esta selección, porque el aseguramiento es obligatorio. Característicamente, la selección adversa ocurre *antes* de la decisión de asegurarse (Culyer y Newhouse, 2000).

Riesgo moral

En la demanda por seguros, el riesgo moral representa la tendencia de las personas a demandar más cuidado en salud como consecuencia de la reducción relativa en el precio del cuidado en salud por el aseguramiento. Es decir, los asegurados demandan más servicios de salud solamente por el hecho de que el precio de ser atendidos es muy bajo. Por sus características, el riesgo moral ocurre *después* de la decisión de asegurarse. Es de destacar que existen dos tipos de riesgo moral: (i) *ex post*, en el que las personas enfermas demandan más servicios de salud que el calculado en la prima; y (ii) *ex ante*, en el que las personas demandan más cuidado preventivo antes de enfermarse, pero después de asegurarse. De este último, aunque factible en teoría, no hay evidencia empírica fuerte que acredite su existencia (Phelps, 2016).

Debido al riesgo moral, los aseguradores tienden a generar sistemas de racionamiento para contener la demanda derivada de precios más bajos del cuidado en salud. Ejemplos de esos sistemas de racionamiento son: (i) los copagos proporcionales al gasto generado; (ii) los copagos fijos, conocidos también como cuotas moderadoras; y (iii) las listas de espera, muy populares como mecanismo de racionamiento en sistemas nacionales de salud, donde el precio de la atención es cero para los usuarios, como el Reino Unido. Otros casos, como los deducibles y los pagos por compensación (*indemnity*, en inglés), son métodos de racionamiento poco frecuentes en el sistema de salud (Phelps, 2016).

Descreme

El descreme (*cream-skimming*, en inglés) implica que los aseguradores retiran la ‘crema’ del mercado; es decir, los aseguradores buscan personas que en promedio son más sanas y, por tanto, demandan menos servicios de salud. Por ejemplo, un asegurador puede hacer más mercadeo en áreas urbanas, gimnasios, grupos de personas de altos ingresos o empresas con una gran proporción de gente joven, poblaciones que podrían considerarse más sanas y por ende menos costosas para el asegurador. El descreme es una estrategia de los aseguradores para evitar la selección adversa (Phelps, 2016).

TIPOLOGÍAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Cada país ha construido su sistema de salud y sus características se encuentran determinadas por los intereses políticos y económicos, las necesidades de la población, su capacidad financiera y los modelos de sistemas de salud exitosos en otros países.



Figura 10.12. Tipologías de los sistemas de salud.

Fuente: elaboración propia.

Como se expuso en capítulos previos, los dos grandes referentes de sistemas de salud son: (i) el modelo bismarckiano (alemán), un seguro tradicional de enfermedad con un mercado de seguros privado y subsidios de Estado; y (ii) el modelo de Beveridge (inglés), un sistema nacional de servicios de salud en el que el Estado provee el cuidado médico y lo financia vía impuestos y contribuciones parafiscales. Un tercer modelo es el sistema mixto de Estados Unidos, con un mercado de seguros privados y dos programas que atienden a los más pobres y ancianos: Medicaid y Medicare, respectivamente ([Figura 10.12](#)) (Folland, Goodman y Stano, 2007). Algunos sistemas de salud son una mezcla de estas tipologías.

Modelo bismarckiano de salud

El sistema de salud alemán, conocido como el modelo bismarckiano, fue liderado en su construcción por Otto von Bismarck, conocido como el Canciller de Hierro, quien se ocupó, además, de consolidar a Alemania en una sola nación en el siglo XIX. Provenía de la aristocracia prusiana y se caracterizaba por un paternalismo feudal con el pueblo alemán.

En la configuración del sistema de salud alemán, Bismarck trabajó con los distintos partidos e intereses políticos que los dominaban, entre ellos se encontraban los conservadores, el partido político de centro, los socialdemócratas, los liberales y los cooperativistas. Durante su periodo como canciller, logró consolidar los seguros de enfermedad y accidentes de trabajo, y dejó los cimientos que hicieron prosperar sus propuestas del seguro de vejez e invalidez.

El esquema de financiación de esta modalidad de seguros es similar al que maneja el sistema de aseguramiento colombiano en el régimen contributivo, con aportes de los trabajadores, los empleadores y, en ocasiones, del gobierno, lo que da como resultado una financiación mixta. Las aseguradoras privadas, inicialmente, se dividían por industrias y contrataban prestadores de salud privados para atender las poblaciones cubiertas. En un principio, el aseguramiento fue exclusivamente para trabajadores y sus familias (esposas e hijos), pero luego, con la presión de Bismarck, poblaciones más vulnerables —como ancianos e inválidos— fueron acogidas. Este sistema de aseguramiento se ha replicado en varios países de América Latina bajo la forma de sistemas de seguridad social.

Modelo de Beveridge

William Henry Beveridge fue un economista y político británico encargado de estudiar los sistemas de seguro social y seguros de accidentes de trabajo en 1942, en busca de elementos que aportaran a la solución de la problemática social en el contexto de la posguerra en el Reino Unido. Motivado por la precariedad que dejó la Segunda Guerra Mundial y las necesidades no atendidas hasta el momento en Inglaterra (entre el 75 % y el 83 % de la población no contaba con los ingresos necesarios para vivir; Beveridge, 2014). Este autor vio en el seguro social una forma de redistribución de los ingresos para reducir las cargas familiares y mejorar las condiciones de vida de todos por igual, sin importar qué tenían o no tenían antes de la guerra.

El perfeccionamiento del seguro social existente requería aumentar el radio de acción hacia poblaciones excluidas, ampliar las finalidades del seguro e incrementar las tasas de subsidios. Se alcanzaría a través de mecanismos, como las bonificaciones infantiles y para la maternidad, servicios médicos y de convalecencia, garantía en la continuidad de los trabajos y diferir las edades de retiro en los trabajos. Básicamente, esta reforma al servicio de salud buscaba mejorar las condiciones de salud y de vida en general, para repotenciar el país luego de la guerra.

Estas motivaciones promovieron la conformación del Servicio Nacional de Salud (o National Health Services [NHS]) el 5 julio de 1948. Ese día, el ministro de Salud Aneurin Bevan presentó el NHS y estableció tres premisas que lo guiarían: (i) satisfacer las necesidades de toda la población en el Reino Unido, (ii) gratis en la puerta de entrada, y (iii) basado en las necesidades clínicas y no en la capacidad de pago (Beveridge, 2014).

Este sistema se caracteriza por tener centralizados los proveedores en el gobierno, el financiamiento por medio del pago de impuestos y algunos parafiscales y la garantía de la cobertura universal. Una gran parte de las clínicas y hospitales son del gobierno, mientras que el recurso humano puede ser empleado por el sector público o ser independiente y prestar sus servicios al gobierno y cobrar tarifas por las atenciones. La puerta de entrada al sistema es por medio de un médico general que guía al paciente en el sistema y lo remite a especialistas de ser necesario. En general, ha logrado bajos niveles de costos ya que el gobierno, al ser el único pagador, controla las acciones de los doctores y los precios cobrados. No obstante, en los últimos años, los escándalos por la crisis en la financiación del sistema han generado alertas sobre su modelo y sostenibilidad en el tiempo. Algunos países con este esquema de seguro son Reino Unido, España y Nueva Zelanda.

FINANCIAMIENTO

Los sistemas de salud, según la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2000), tienen tres grandes objetivos: (i) mejorar la salud de la población, (ii) brindar protección financiera de los costos que puede

acarrear una enfermedad, y (iii) dar respuesta a las legítimas expectativas de la población. En los países con ingresos bajos y medianos el reto es aún más grande porque con pocos recursos deben garantizarse estos objetivos. Además, la calidad de vida de la población se verá altamente impactada por la forma en la que se administren y financien los sistemas de salud. Por ello, el financiamiento y la generación de recursos son dos de las grandes categorías que revelan el desempeño de los sistemas de salud, junto con la prestación de servicios y la función de rectoría.

En el financiamiento son tan importantes las fuentes como los usos de estas. Las fuentes, porque permiten las inversiones de capital y los gastos de carácter ordinario; mientras que los usos demandan la más alta eficiencia para comprar los insumos necesarios que generen la mayor variedad de servicios posible que el perfil epidemiológico de la población requiera. En cuanto a las fuentes de recursos, los sistemas están sustentados en dos tipos de ingresos:

- **Públicos:** impuestos con destinación específica o general, asistencia gubernamental, recursos de la nación, donaciones, préstamos y contribuciones de los seguros privados.
- **Privados:** gasto de bolsillo, donaciones, préstamos y los aportes de los seguros privados.

En la [Figura 10.13](#) se describen los principios fundamentales de las finanzas públicas en salud (Gottret y Schieber, 2006):

Principio 1	Obtener suficientes ingresos para proporcionar a los individuos un paquete básico de servicios esenciales y protección financiera contra los gastos médicos catastróficos causados por enfermedades y lesiones de manera equitativa, eficiente y sostenible.
Principio 2	Gestionar estos ingresos para agrupar los riesgos para la salud de manera equitativa y eficiente.
Principio 3	Garantizar la adquisición de servicios de salud de una manera que sea eficiente en la técnica y la asignación.
Principio 4	Asegurar la sostenibilidad financiera fortaleciendo las instituciones fiscales y reguladoras.

Figura 10.13. Principios fundamentales de las finanzas públicas en salud. Adaptado de *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide* (Gottret y Schieber, 2006).

Esquemas de pago a proveedores de salud

Los mecanismos de pago en los sistemas de salud se fijan a través de relaciones contractuales entre dos o más actores: pacientes, aseguradores y prestadores. Con ellos se busca establecer incentivos para la adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo los costos bajo control. Particularmente, entre los proveedores de los servicios de salud, los distintos esquemas de pago son de tipo ‘acuerdo cooperativo’. En el pasado, en Colombia existían presupuestos históricos en los que los hospitales obtenían recursos basados en los presupuestos del año anterior y ajustados por la inflación. Esto llevaba a la ineficiencia del gasto, porque no había una relación directa entre los recursos de un hospital y el nivel de pacientes que atendía, dejando a algunos con menos recursos de los necesarios y a otros con recursos de más (Phelps, 2016). Examinaremos dos modalidades corrientes: el pago por capitación y el pago por evento.

Pago por capitación

Los pagos por capitación establecen tarifas por la prestación de un paquete de servicios preestablecido a una persona perteneciente a un grupo de riesgo determinado (por ejemplo, los habitantes de una ciudad o todos los pacientes con diabetes mellitus de una zona del país). El valor de estos pagos usualmente se establece como un promedio de los costos de atención de dicha población. La prestación de servicios por medio de este mecanismo genera una transferencia del riesgo del pagador (asegurador) al proveedor que debe atender al grupo poblacional con un nivel de incertidumbre frente a las demandas efectivas, pues recibe una tarifa fija por la atención de los pacientes. El principal problema que esta modalidad de pago ocasiona es la restricción potencial de servicios por parte de los prestadores, ya que ellos reciben un pago previo a la atención y, por tanto, para maximizar sus beneficios, tienden a reducir la cantidad de servicios ofrecida. Este tipo de pago tiende a realizarse más frecuentemente con poblaciones con condiciones de salud prevalentes (por ejemplo, diabetes mellitus) que generan economías de escala en los proveedores y que, al ser un número grande, representan un alto costo para el asegurador (Phelps, 2016).

Pago por evento

En el pago por evento el proveedor atiende al individuo por un evento de salud determinado y, a diferencia del pago por capitación, el proveedor cobra el evento al asegurador con posterioridad a la atención. El precio se estima en función del costo atribuible a la persona durante el proceso de atención, aunque con frecuencia, existen precios negociados con anterioridad (por ejemplo, basado en un manual de tarifas). El pago se hace de forma retrospectiva a partir de una factura generada por el hospital. En esta modalidad no hay transferencia de riesgo, como en el caso anterior, ya que cada agente mantiene sus responsabilidades. Sin embargo, la inducción de demanda por parte del proveedor puede ocurrir, pues no existe un mecanismo de control de precios en el proveedor en cuanto a la utilización de recursos y a los precios (en este último caso, a menos que tenga un

manual de tarifas preestablecido) (Phelps, 2016).

EVALUACIÓN ECONÓMICA

Existen dos tipos fundamentales de análisis económico en salud: los estudios de costos (o de carga de enfermedad) y los estudios de análisis comparativo de intervenciones (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart y Torrance, 2015).

Estudios de costos

Estos estudios tienen como objeto determinar la magnitud de un problema con propósitos de abogacía y visibilización o generación de política pública. En los estudios de costos o de carga de enfermedad se miden los costos directos e indirectos de las consecuencias de los problemas de salud. Los costos directos son aquellos que se asocian a la producción de un bien o servicio específico, como los costos médicos, los servicios de urgencia, la infraestructura, los medicamentos o equipamiento utilizados. Los costos indirectos son aquellos que afectan la productividad de la sociedad, como la muerte prematura, las pérdidas de productividad, las pérdidas en el desarrollo económico, las pérdidas de calidad de vida, etc.

Existen dos métodos para estimar los costos en salud: la medición de pérdidas de capital humano y la medición de la disponibilidad a pagar.

- En la medición de pérdidas de capital humano se miden los costos del cuidado en salud, judiciales, etc. (costos directos) y los ingresos perdidos por reducciones de productividad basados en salarios, costos familiares, etc. (costos indirectos). Si bien la medición de pérdidas de capital humano es relativamente sencilla, tiene muchas críticas y controversias, debido a que termina contabilizando diferencialmente a las personas conforme a su salario o su edad (los jóvenes y las personas de más altos ingresos representan mayores pérdidas que aquellos de la tercera edad o de menores ingresos, lo cual puede llevar a conclusiones erróneas de política pública).
- Por la razón anterior existe otra estrategia: los estudios de disponibilidad a pagar. En estos estudios se utilizan técnicas de *valuación contingente* que estiman la disponibilidad de pago de la sociedad orientada a reducir el riesgo de muerte o de enfermedad de cualquier miembro de la misma, sin importar sus características particulares. Los beneficios de la metodología de la disponibilidad a pagar consisten en que incorpora los costos intangibles y las preferencias de la sociedad, que no son capturados por la metodología de capital humano. Sin embargo, los estudios de disponibilidad a pagar son criticados también por ser costosos, difíciles de implementar y sus resultados pueden ser sobreestimados.

Estudios de análisis comparativo de intervenciones

En el análisis de intervenciones es importante evaluar el método, la perspectiva y

el horizonte. La perspectiva representa la visión desde donde se está evaluando la intervención. Por ejemplo, si se evalúa exclusivamente desde el proveedor de servicios de salud, serán contados solamente los beneficios y los costos que este enfrenta. Mientras que, si la perspectiva evaluada es la de la sociedad, los costos y los beneficios de toda la sociedad serán introducidos en el estudio. El horizonte representa el tiempo en el cual se evalúa la intervención. Por ejemplo, en un estudio de costos asociados a la diabetes, los horizontes pueden ser de entre 10 y 20 años, pues se busca conocer los costos a través de la historia natural de la enfermedad. En cuanto al método, existen tres tipos de análisis de intervenciones: minimización de costos, estudios de costo-efectividad y estudios de costo-beneficio (Drummond *et al.*, 2015).

- En los estudios de minimización de costos se busca calcular la forma menos costosa para alcanzar un desenlace específico. Es decir, dos intervenciones que tienen exactamente la misma efectividad son comparadas y se estudia la diferencia de costos, ya que la efectividad es exactamente la misma. Por el contrario, cuando la efectividad y los costos son diferentes, deben estudiarse las relaciones de costo-efectividad y costo-beneficio.
- En los estudios de costo-efectividad se evalúan los costos —que se expresan en términos monetarios— y los beneficios —que se expresan en unidades de salud, tales como ‘años de vida salvados’, ‘muertes evitadas’ o ‘casos evitados’—. En algunos casos se utiliza, como denominador, el indicador de años de vida ajustados por discapacidad (Avisa, o Daly, por sus siglas en inglés) que reflejan la calidad de vida (utilidad), y el indicador de años de vida ajustados por calidad de vida (Avac, o Qaly, por sus siglas en inglés). En algunas escuelas se denominan estudios de costo-utilidad.
- De los estudios de costo-efectividad (o costo-utilidad) se obtienen las razones de costo-efectividad (o costo-utilidad), en las que el numerador está constituido por los costos y el denominador por la medida de salud. Estas razones no son más que es el costo de obtener una unidad adicional del desenlace en salud que se está midiendo (la medida de efectividad o utilidad que se está midiendo). Siendo así, si un estudio de costo-efectividad de una intervención con los Avisa determina que la razón de costo-efectividad es igual a 5,25 dólares, esto significa que 5,25 dólares es la inversión necesaria para evitar un año perdido de vida ajustado por discapacidad. En general, se entiende que una intervención es costo-efectiva si su razón de costo-efectividad es inferior a tres veces el producto interno bruto per cápita del país donde tiene lugar la intervención.
- En los análisis de costo-beneficio, la medida de salud (el beneficio) se monetiza de forma que se obtiene el numerador (el beneficio) monetizado y el denominador (los costos) también monetizado, lo que facilita la posibilidad de comparar el retorno a la inversión (el beneficio monetizado a partir del costo de la inversión). En principio, es el método ideal, pero en la práctica es difícil de realizar y muy criticado, pues los beneficios monetizados (por ejemplo, el valor monetario de un año de vida) son complejos de obtener y controversiales.

En general, es importante recordar que los estudios de comparación de intervenciones no describen quién debe pagar por la intervención, cómo pagarla, no aseguran su distribución equitativa y solo modelan resultados en escenarios potenciales no garantizados. En otras palabras, estos estudios son solo una herramienta en el proceso de toma de decisiones de política y deben ser tenidos en cuenta otros factores.

REFERENCIAS

- Becker, G. S. (1962). Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis (part 2). *Journal of Political Economy*, 70(5), 9-49. Recuperado de <https://www.nber.org/chapters/c13571>
- Becker, G. S. (1964). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. Chicago: University of Chicago Press.
- Beveridge, W. H. (2014). *Full Employment in a Free Society (Works of William H. Beveridge): A Report*. Londres: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315737348>
- Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos. (2018). Circular 08. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/circular-08-de-2018.pdf>
- Cuevas, H. (2004). *Fundamentos de la economía de mercado* (2.^a ed.). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2000). *Handbook of Health Economics* (Vol. 1—part A). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/handbook/handbook-of-health-economics/vol/1/part/PA>
- Doetinchem, O., Carrin, G., & Evans, D. (2009). *Thinking of introducing social health insurance? Ten questions*. Ginebra: WHO. Recuperado de http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_09_04-10qshi/en/
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2007). *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Global Tobacco Economics Consortium. (2018). The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: compartmental model study. *BMJ*, 361(k1162). <https://doi.org/10.1136/bmj.k1162>.
- Gottret P., & Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington DC: The World Bank. Recuperado de <https://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255. Recuperado de <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/259880?mobileUi=0&>
- Mankiw, N. G. (2012). *Principios de economía*. México, D.F.: Cengage Learning.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, diciembre 17). *Estructura del incremento de la UPC para 2018*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Estructura-del-incremento-de-la-UPC-para-2018.aspx>
- Muhammad, A., D'Souza, A., Meade, B., Micha, R., & Mozaffarian, D. (2017). How income and food prices influence global dietary intakes by age and sex: evidence from 164 countries. *BMJ Global Health*, 2(e000184). doi:10.1136/bmjgh-2016-000184. Recuperado de <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/3/e000184.full.pdf>
- Parkin, M. (2012). *Economía*. México: Pearson.
- Phelps, C. E. (2016). *Health Economics* (4.^a ed.). New York: Pearson.
- Robbins, L. (1932). *Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. Londres: MacMillan.
- Shy, O. (1996). *Industrial Organization. Theory and Applications*. Cambridge: The MIT Press. Recuperado de <https://mitpress.mit.edu/books/industrial-organization>

- Smith, A. (2009). *Una investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. Madrid: Tecnos.
- Varian, H. R. (2011). *Microeconomía intermedia* (8.^a ed.). Barcelona: Antoni Bosch.
- Williams, A. (1989). The role of health economics. *BMJ: British Medical Journal*, 299(6700), 679. <https://doi.org/10.1136/bmj.299.6700.679>
- World Health Organization [WHO]. (2000). *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. Ginebra: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2000/es/>

Colaboradores en esta obra

Marcela Arrivillaga Quintero

Psicóloga y magíster en Educación de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Colombia); *Research Fellow* en Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en alianza con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas, Houston; Ph. D. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, estudios que desarrolló gracias a la beca Colciencias (2006), durante el cual se formó también en Epidemiología Crítica con Jaime Breilh en la Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador. Su tesis doctoral titulada “Perspectiva social de la adherencia terapéutica en mujeres con VIH/Sida” obtuvo mención meritoria. Su experiencia principal ha sido académica e investigativa.

Actualmente es directora y profesora titular del Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, luego de ser parte del Departamento de Ciencias Sociales, del comité creador de la Facultad de Ciencias de la Salud y de las carreras de Medicina, Nutrición y Dietética; así mismo, del pregrado de Enfermería, siendo líder fundadora y directora del Programa de Maestría en Salud Pública.

Ha obtenido numerosos premios institucionales: el Galardón a la Mujer Vallecaucana en el ámbito científico (Colombia, 2017), y como investigadora *senior* del grupo de investigación en Economía, Gestión y Salud (ECGESA) (Categoría A1 Colciencias, Colombia 2016, 2017). Fue miembro fundador del grupo de investigación Salud y Calidad de Vida, y su directora en el periodo 2006- 2012, durante el cual alcanzó la Categoría A de Colciencias. Fue editora de la revista *Pensamiento Psicológico* y logró indexarla en PsycInfo de la American Psychological Association y en categoría A en Publindex de Colciencias. Entre 2010 y 2015 fue profesora adjunta de la División de Ciencias del Comportamiento y Promoción de la Salud en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas, Houston. Magistrada del Tribunal Bioético del Valle del Cauca adscrito al Colegio Colombiano de Psicólogos entre 2010 y 2012.

Su experticia investigativa se enfoca en el campo de la determinación social del VIH/Sida y el acceso a servicios de salud. También ha desarrollado proyectos en los temas de desigualdades e inequidades sociales y en salud, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas y humanización de los servicios de salud.

Coautora y editora de los libros *Globalización, libre comercio y salud* (Aurora, 2013); *Sida y sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia* (Aurora, 2012); *Determinación social de la adherencia terapéutica. Alternativa conceptual y metodológica aplicada al caso de mujeres viviendo con VIH/Sida*

(National Graphics, 2010); *VIH/Sida, una perspectiva de salud pública* (National Graphics, 2010); *Salud mental: problema y reto para la salud pública* (National Graphics, 2009); *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica* (Manual Moderno, 2007); *Bioética y salud pública: encuentros y tensiones* (National Graphics, 2007); *Por un hospital más humano: formación de líderes para la humanización en salud* (Javegraf, 2007); *La salud y la comunicación* (National Graphics, 2006); *Mujer, salud y salud pública* (National Graphics, 2007); *La salud pública: tanto humana como animal* (National Graphics, 2007); *Intervención biopsicosocial grupal orientada a reducir los niveles de presión arterial: manual para profesionales de la salud* (Sello Editorial Javeriano, 2006). Autora y coautora de un número importante de capítulos de libros, artículos en revistas científicas indexadas, conferencias por invitación y ponencias presentadas en eventos científicos nacionales e internacionales. Tiene estrecha vinculación con varias ONG de mujeres afectadas por el VIH, y contribuye periódicamente con programas de formación, adherencia al tratamiento, cuidado de la salud y exigibilidad de derechos.

Yadira Eugenia Borrero Ramírez

Médica de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Sociología de la Universidad del Valle y Ph. D. en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Docente e investigadora del grupo Gestión y Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). Actualmente en estancia posdoctoral en Salud Colectiva en la Universidad Federal de Salvador de Bahía (Brasil). Ha investigado sobre el derecho a la salud, las luchas sociales por la salud, la construcción de movimientos sociales por la salud y las inequidades sociosanitarias, con énfasis en la categoría territorio. Actualmente desarrolla una investigación sobre las luchas de las mujeres en Colombia por el derecho a la salud. Es miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y del Movimiento Social por la Salud en Colombia. Autora de numerosos artículos científicos y de varios libros, entre los que destaca *Luchas por la salud en Colombia* (Universidades Javeriana y de Antioquia, 2015).

María Esperanza Echeverry López

Enfermera de la Universidad de Caldas, magíster en Salud Pública y en Ciencia Política de la Universidad de Antioquia, Ph. D. en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco (México). Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia; fundadora, en 2008, de la línea de investigación Derecho a la Salud y Luchas Sociales por la Salud en Colombia, adscrita al grupo de investigación Gestión y Políticas de Salud (Grupo A, Colciencias, Colombia). Sus áreas de docencia e investigación han sido: participación social en salud, políticas de salud, veeduría a los planes de desarrollo local en salud, seguimiento a la reforma colombiana a la salud y derecho a la salud desde la dimensión del acceso a los servicios de salud. Conferencista invitada a la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario (Brasilia, 2013) y Bogotá (2015). Compiladora y editora del libro *Acción de tutela en salud*

(2013). Coordinadora del proyecto Escuela Popular de Salud. Participante del Centro de Pensamiento en Derecho a la Salud, creado por iniciativa de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Docente invitada a la Maestría en Salud Pública, en el tema de derecho a la salud, en varias universidades del país. Jurado del Premio de Investigación Jorge Bernal (Colombia), desde 2011 hasta la fecha, sobre los temas de pobreza, inequidad y proceso de paz.

John Harold Estrada Montoya

Odontólogo, Ph. D. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, donde se desempeña como profesor titular con tenencia de cargo en el Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología. Está vinculado al grupo de investigación Salud Colectiva desde su conformación en el 2000. Su trabajo docente le ha valido en cuatro oportunidades la distinción de docencia excepcional, otorgada por el Consejo Superior Universitario. Su trabajo de investigación le ha hecho merecedor de múltiples premios y reconocimientos, entre otros, la distinción “Laureada” a su tesis de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia; también de la Federación Odontológica Colombiana, la Asociación de Exalumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, la Fundación Luis Carlos Galán Sarmiento, el Instituto Nacional de Salud Pública y la división Colombia de la International Association for Dental Research. Cuenta con más de 70 artículos publicados en prestigiosas revistas de circulación nacional e internacional especializadas en temas de salud sexual y reproductiva, estudios de género, salud pública, economía política y educación. Editor principal durante siete años de la revista *Acta Odontológica Colombiana*, y actualmente es miembro del comité editorial de esta revista y de la publicación *Universitas Odontológica* de la Pontificia Universidad Javeriana. Los resultados de sus investigaciones le han valido invitaciones para representar a la Universidad Nacional de Colombia en eventos académicos nacionales e internacionales, así como para realizar consultorías en entidades gubernamentales y no gubernamentales de América Latina.

Elba María Bermúdez Quintana

Odontóloga del Colegio Odontológico Colombiano, magister en Administración de la Salud por la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá y Ph. D. en Economía y Gestión de la Salud por la Universidad Politécnica de Valencia (España). En España publicó varios libros producto de investigaciones en los temas de salud, género y migración, a través de convocatorias universitarias y de proyectos europeos de financiación. Tuvo formación y experiencia como mediadora intercultural para población inmigrante en el Centro de Salud Pública de Valencia de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana, en las áreas de sexualidad, salud sexual y salud reproductiva. En 2011, en Bogotá (Colombia), ocupó la Coordinación del Departamento de Salud Pública en el Colegio Odontológico de Unicoc. Desde 2012 hasta 2014 participó como investigadora en temas de Primera Infancia para la Convocatoria 537 de 2011 de Colciencias.

Desde 2015 está vinculada como profesora investigadora en el Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Es profesora en pregrado y posgrado en temas de Género y Salud, y la responsable del desarrollo del tema de Género y Salud en la línea de investigación Innovaciones y Tecnologías en Salud y Política Social del grupo ECGESA (A1 Colciencias, Colombia, 2018).

Manuel Vega Vargas

Médico de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Historia con tesis meritoria sobre la Historia de la Protección Social en el país, y candidato a doctor en Historia de la misma universidad. Se ha desempeñado como docente e investigador durante 14 años en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. Ha sido docente ocasional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá y docente de las Maestrías en Salud Pública y Protección Social de la Universidad Santo Tomás. Entre sus publicaciones se destacan libros y artículos sobre la conformación del Sistema de Salud Colombiano, sus reformas recientes y la comparación de sistemas de salud en varios países de América Latina. Ha adelantado investigaciones en el campo de la salud y la nutrición de los pueblos indígenas de Colombia, así como en el ámbito de la historia de la Medicina y los fenómenos de corrupción en salud. En otros campos de indagación ha trabajado sobre la historia regional, el impacto social del petróleo en la Orinoquía y los efectos del carbón en la salud humana. Actualmente se desempeña como director de la Maestría en Dinámicas Rurales y Globalización del Área de Investigación en Conflicto y Dinámica Social de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia, y es docente en la Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Juan Carlos Rivillas García

Administrador de Servicios de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Colombia, magister en Economía y Política en Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Turín (Italia). Ha recibido financiación para llevar a cabo investigación por parte de *Eramus Medical Center* de Holanda (2010); *Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive*, Lausanne en Suiza (2011); *British Council Newton Fund* en Inglaterra (2014); *International Development Research Centre* (IDRC) (2016) y *Research Award Maternal and Child Health Program* en Canadá. Entre sus campos de acción e interés se encuentran la medición de desigualdades sociales; financiamiento de la salud; investigación en servicios de salud; acceso a medicamentos; salud sexual, reproductiva y materna; cáncer, violencia basada en género, sistemas de información en salud e investigación para el desarrollo y salud global. Es profesor de Economía y Financiamiento de la Salud, Análisis de Sistemas de Salud, Epidemiología Social y Sistemas de Información en Salud. Es miembro de Thematic Working Group on Health Financing y The Collectivity de la Organización Mundial de la Salud (OMS); editor de *Globalization and Health*

Fernando Peñaranda Correa

Médico, magíster en Salud Pública, magíster en Educación y Desarrollo Social y Ph. D. en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Es profesor titular e investigador senior del grupo de investigación Salud y Sociedad de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia. Es el coordinador de la línea Crianza, Niñez, Familia y Educación para la Salud desde su conformación en 2006. Coordina la sublínea de investigación en Educación para la Salud desde 2012. Ha sido profesor en los programas de pregrado y posgrado de la misma facultad y en otras universidades del país, en los siguientes temas: epistemología, investigación cualitativa, ética y justicia social, salud pública, promoción de la salud y educación para la salud. Ha escrito numerosos artículos, capítulos de libros y libros en las áreas de la educación para la salud, investigación cualitativa, ética y salud pública y justicia social.

Isabel Cristina Ruiz Buitrago

Médica, especialista en Epidemiología de la Universidad de Antioquia y docente de la Universidad El Bosque. Especialista en Métodos de Análisis Demográfico de la Universidad Externado de Colombia. Posee más de 25 años de experiencia en el sector público en salud. Se ha desempeñado en entidades territoriales de salud, en las adelantó acciones en formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos de salud, planificación local, calidad en la prestación de servicios, vigilancia en salud pública, asesoría y consultoría para el fortalecimiento de la gestión territorial en salud, evaluación de funciones esenciales de salud pública y planes de mejoramiento para su intervención, y desarrollo de competencias para el fortalecimiento de las entidades territoriales para el ejercicio de la rectoría en salud. En entidades del Sistema General de Seguridad Social ha adelantado acciones para la planificación en salud de empresas promotoras de salud, procesos de contratación de servicios de salud, aseguramiento, y participación en el diseño y desarrollo de un modelo de atención en salud. Adicionalmente, ha desarrollado trabajos con la Cooperación Técnica Internacional, específicamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el ámbito de sistemas y servicios de salud, atención primaria y evaluación de servicios. También ha desempeñado actividades y cargos en el área docente especialmente en investigación, planificación y gestión en salud pública.

Deisy Arrubla Sánchez

Médica, especialista en Gerencia de la Salud Pública de la Universidad del Rosario y en Evaluación Económica y Social de Proyectos de la Universidad de los Andes, Ph. D. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Docente cátedra del programa de Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia. Miembro del grupo de investigación en Protección Social y Salud Pública de la Universidad Santo Tomás. Actualmente es

asesora de la Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento de la Comisión de la Verdad en Colombia.

Andrés I. Vecino Ortiz

Economista de la salud. Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, magister en Economía de la Universidad de los Andes y Ph. D. en Sistemas de Salud del Departamento de Salud Internacional de la Universidad de Johns Hopkins. Joven investigador de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario, *Research Fellow* en el Institute for Health Metrics and Evaluation, investigador postdoctoral de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y profesor del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá. Actualmente, es investigador del Departamento de Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins donde enfoca su trabajo en economía de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y las lesiones, y en la creación de herramientas para facilitar la creación de políticas públicas basadas en la evidencia en ECNT y lesiones.

Stephanie Puerto García

Economista de la salud y magister en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana. En los últimos nueve años se ha desempeñado como consultora e investigadora en proyectos de economía de la salud, políticas públicas y desarrollo social en los sectores público y privado. Actualmente trabaja como consultora en la Red Criteria del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en políticas de priorización explícita, regulación de dispositivos médicos y política farmacéutica para América Latina. Fue profesora e investigadora del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, consultora para la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia y asistente de investigación en el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). Sus intereses están motivados por las contribuciones a la política pública que pueda generar desde la regulación económica y de tecnologías en salud, políticas de primera infancia y adultos mayores, respecto de inequidades en salud y sistemas de salud.

Notas

- 1 Psicóloga, Magister en Educación, Doctora en Salud Pública. Profesora Titular e investigadora, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. marceq@javerianacali.edu.co
- 2 Médica, Doctora en Salud Pública. Profesora e investigadora, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. yadira.borrero@udea.edu.co
- 3 Enfermera, Doctora en Salud Colectiva. Profesora Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. esperanzaecheverry@yahoo.com.mx
- 4 Existen muchas propuestas metodológicas para la medición de desigualdades en salud; sin embargo, no se desarrollarán porque ello desborda los alcances de este capítulo. Solo se incluyeron las que se consideran “medidas simples”.
- 5 Esta expresión se refiere a los grupos con menos poder.
- 6 El Estado de Bienestar fue el modelo de desarrollo que se instauró en el mundo capitalista después de la Segunda Guerra Mundial, en el cual el Estado financiaba y regulaba los servicios e instituciones de bienestar social.
- 7 Así lo ilustran dos ejemplos de DESC en el caso colombiano: el programa Ser Pilo Paga en el ámbito de la educación y el régimen subsidiado en salud.
- 8 En el caso colombiano, en lo relativo a la salud, un ejemplo es la “reestructuración” de los hospitales públicos y la participación de aseguradores y prestadores privados en el mercado de salud, entre otras reformas puestas en marcha con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- 9 Un ejemplo de este enfoque es la delimitación del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS colombiano que representa el contenido del derecho ligado al pago.
- 10 Con posiciones cercanas a este enfoque en Colombia se han dado varios intentos de restringir la utilización de la tutela para exigir, entre otros DESC, el DS.
- 11 Según la reconstrucción de las protestas por la salud en Colombia hecha por el Centro de Investigación y Educación Popular –CINEP– para el período 1994-2010, con base en informaciones de prensa, en dicho país tienen lugar manifestaciones callejeras cada cuatro días en promedio por tal motivo.
- 12 Una versión preliminar de este trabajo, que corresponde al examen de calificación del autor en el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, fue publicada en 2006 como artículo en la revista Opciones Pedagógicas, 35, con el título “Vigencia de las categorías de clase social y lucha de clases en el mundo de hoy y sus implicaciones en salud”.
- 13 Doctor en Salud Pública. Profesor titular con tenencia de cargo, adscrito al departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. jhestradam@unal.edu.co; jhestradam@gmail.com
- 14 Odontóloga, Magister en Administración de Salud y Doctora en Economía y Salud. Profesora de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. elba.bermudez@javerianacali.edu.co
- 15 Calvo y Picazo (2016) citan en su investigación que el llamado ‘binarismo de género’ es la clasificación del sexo y el género en dos formas distintas y complementarias, siendo estas masculino y femenino, excluyendo otras posibilidades como, por ejemplo, personas con órganos reproductivos intersexuales, transgéneros y transexuales. De hecho, el binarismo solo permite la heterosexualidad como única forma de relacionamiento afectivo-sexual; además, clasifica de facto como hombres a quienes nacen con genitales masculinos, y como mujeres a quienes nacen con genitales femeninos.
- 16 La autora de este capítulo aclara que, para este texto, las sociedades dominantes son aquellas que ejercen poder político, social y económico sobre otras comunidades o colectividades, obstaculizando el acceso real y pleno a los derechos conquistados y disfrutados, sin necesidad de ser, necesariamente, mayoría numérica. Uno ejemplo clásico que ilustra esta situación es la sociedad perteneciente al régimen del apartheid, en Sudáfrica, en la que la minoría blanca alcanzaba tan solo el 22 % de la población. El investigador Gaetano Mosca fue el primer experto del área social que propuso la teoría moderna de las ‘élites’, o de las ‘clases políticas dominantes’, como él prefería llamarlas, y argumenta que la historia le pertenece a “la historia de las minorías dominantes” (Blacha, 2005).
- 17 Joan Wallach Scott nació en Brooklyn (Nueva York) en 1941. Es historiadora con experticia en historia de Francia. Paralelamente ha hecho importantes aportes en la historia de género e historia de

- la mujer. Actualmente es titular de la cátedra Harold F. Linder en el Institute for Advanced Study de Princeton, Nueva Jersey. Entre sus publicaciones más notables está el artículo “El género: una categoría útil en el análisis histórico”, publicado en 1986 en la *American Historical Review*, el cual se considera un documento fundamental en los estudios de la historia de género.
- [18](#) La antropóloga y psicóloga Margaret Mead (EUA 1901-1978) confirmó que, tanto los papeles como las conductas sexuales de los seres humanos, varían según los contextos socioculturales. Una de sus investigaciones más representativas con respecto al género aparece en su libro *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*, basado en su análisis de diferentes grupos étnicos de Nueva Guinea. Los lectores pueden ahondar sobre estas interesantes hipótesis en parte de su gran obra investigativa: *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (1928); *Creciendo en Nueva Guinea* (1930); *Educación y cultura en Nueva Guinea* (1930); *La cultura cambiante de una tribu india* (1932) y *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (1935), entre otros.
- [19](#) Robert Jesse Stoller (1924-1991), antropólogo y psiquiatra estadounidense, fue profesor de Psiquiatría en la Universidad de California -UCLA- (San Francisco, EUA).
- [20](#) De acuerdo con Marks (1997), varios investigadores del área de la salud y en diferentes tiempos, como Carl Djerassi, Luis Miramontes, Frank Colton, John Rock y Gregory Pincus, lograron sintetizar la píldora anticonceptiva, que representa mucho más que una revolución en anticoncepción humana. Este medicamento se puso en venta hacia el año 1956, luego de grandes estudios de laboratorio, con modelos animales y con poblaciones humanas cautivas de origen puertorriqueño. El uso prolongado de este medicamento lo convierte en el factor que indujo la gran revolución social que se gestó en las décadas siguientes. Sin embargo, la “píldora” no ha dejado de ser objeto de críticas y cuestionamientos por parte de grupos de mujeres feministas que aducen el daño que ejerce en el cuerpo femenino, ya que son ellas quienes están asumiendo solas el rol de la reproducción.
- [21](#) *Queer* tiene varias acepciones. Como sustantivo significa “maricón”, “homosexual”, “gay”. Si se usa de manera ofensiva en relación con la sexualidad, significa una falta de decoro en las orientaciones lesbianas y homosexuales. El verbo transitivo *queer* significa “perturbar” y, por lo tanto, las prácticas *queer* se basan en la noción de desestabilización, reflejando así la transgresión a la heteronormatividad (Fonseca y Quintero, 2009).
- [22](#) Adrienne Cecile Rich fue una poetisa norteamericana, intelectual feminista y gran activista de los derechos homosexuales femeninos. En 1974 le otorgaron el Premio Nacional del Libro. Su gran compromiso con el movimiento feminista, específicamente con la lucha lésbica, dieron una impronta personal a sus trabajos.
- [23](#) Judith Butler nació en Cleveland, Estados Unidos, en 1956. Filósofa posestructuralista, ha realizado importantes aportes al feminismo, la teoría *queer*, la filosofía política y la ética. Sus libros y aportes tratan problemas relevantes para la filosofía, el derecho, la sociología, la ciencia política, el cine y la literatura. Sus aportes son fruto de vastas reflexiones desde el concepto de ‘complejidad’.
- [24](#) Olympe de Gouges (Montauban, Francia, 7 de mayo de 1748 - París, 3 de noviembre de 1793) es considerada la pionera del feminismo moderno. Fue una mujer pudiente e influyente durante el siglo XVIII que se desempeñó como escritora, dramaturga, panfletista y filósofa política, autora de la *Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana* que fue publicada en 1791, sin el éxito esperado, y al contrario, condujo a su autora a la guillotina. Es importante recordar que el texto en el cual se basó la Revolución Francesa, *Los Derechos del Hombre y del Ciudadano*, dejaba de lado e ignoraba a las mujeres.
- [25](#) Mary Wollstonecraft (Spitalfields, Inglaterra, 27 de abril de 1759 - Londres, 10 de septiembre de 1797) fue una filósofa y escritora inglesa. En su obra *Vindicación de los derechos de la mujer*, publicada en 1792, plantea que las mujeres no son por naturaleza inferiores al hombre, sino que parecen serlo porque no reciben la misma educación. La razón que adujo es que tanto hombres como mujeres deberían ser tratados como seres racionales.
- [26](#) Es importante aclarar que el *sufragio femenino* fue el resultado del movimiento internacional, reformista social, económico y político llevado a cabo por las llamadas ‘sufragistas’, mientras que el *sufragio universal* se refiere al derecho a votar y ser elegido sin restricción de etnia. Estas dos definiciones son importantes, ya que, por lo general, primó el derecho a sufragar por razones de género que por razones de etnia.
- [27](#) El inicio del sufragismo se sitúa en 1848, con la *Declaración de Sentimientos* lanzada en el pueblo de Seneca Falls, condado de Nueva York, Estados Unidos. Esta declaración fue retomada por mujeres del continente europeo que llevaron adelante esta lucha. Se les recuerda por haber establecido manifestaciones pacifistas, como por ejemplo, la interrupción de oradores mediante preguntas

- sistemáticas, huelgas de hambre, el autoencadenamiento y la tirada de panfletos vindicativos. Vale la pena decir que el sufragismo innovó las formas de agitación e inventó la lucha pacífica.
- 28 De acuerdo con la revista *National Geographic*, a marzo de 2020, hace casi 126 años, se inició la lucha sufragista y este proceso aún no ha terminado, pues algunos países todavía limitan este derecho. Se registra que, desde 1893, Nueva Zelanda concede el derecho de voto a las mujeres mayores de 21 años, aunque hasta 1916 no obtendrían el derecho a ser elegidas. Colombia otorgó este derecho en 1957, y en ciertos países como Arabia Saudí las mujeres siguen sin poder votar. El Líbano exige a las mujeres el certificado de educación primaria y en Bután solo se permitía un voto por hogar.
 - 29 Emmeline Pankhurst (Gran Bretaña, 1858-1928) fue la fundadora del movimiento sufragista. Su esposo Richard Pankhurst, quien era abogado, se unió a su lucha y se convirtió en un gran defensor del movimiento sufragista femenino. Sus hijas, Sylvia y Christabel, se sumaron también como activistas y, junto con otras mujeres activistas, lograron acaparar la atención de la prensa, políticos y sociedad británica por sus constantes y sistemáticas protestas: incendios, rotura de cristales y huelgas de hambre.
 - 30 Betsabé Espinoza (Bello, Colombia, 1896 - Medellín, 1932) fue una hilandera y se identifica como una de las lideresas sindicales que dirigieron la primera huelga de obreras de Colombia en la Fábrica de Tejidos Fabricato en la ciudad de Bello (Antioquia). Esta es la primera vez que las mujeres colombianas se organizaron para reclamar sus derechos laborales.
 - 31 Elba María Quintana Vinasco (Cali, 1926-) la primera abogada del Valle del Cauca (Colombia), es una de las feministas colombianas sufragistas, quien para optar al título de abogada de la Universidad Nacional de Colombia, en su tesis de grado defendió el derecho al voto femenino en la investigación llamada *Por la plenitud de la ciudadanía de la mujer colombiana* (1950).
 - 32 Ofelia Uribe (Oiba, Santander, 1900 - Bogotá, 1988) fue una periodista colombiana, maestra, política y feminista sufragista. Tuvo una destacada participación en la lucha por los derechos de la mujer colombiana.
 - 33 Kira Cochrane es una periodista y novelista británica. Actualmente trabaja como jefa de funciones en *The Guardian* y anteriormente trabajó como jefa de opinión. Cochrane es una defensora de los derechos de las mujeres, así como una participante activa en los movimientos feministas de la cuarta ola.
 - 34 Los conceptos de feminismos “decolonial”, “descolonial” y “poscolonial” tienen en común que apuestan por identificarse con lo no occidental y son vistos como procesos abiertos, que están en plena discusión y construcción. Se resisten a que se enmarquen en una sola forma de conocer y generar conocimiento, se contraponen a posturas racistas, además de que visibilizan a todas aquellas que no se ven representadas por un feminismo clásico europeo.
 - 35 El Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) surgió el 1 de enero de 1994. De forma sorpresiva y sin una declaración previa, inició una insurrección armada en el estado de Chiapas (México), conocida como “levantamiento zapatista”. Su propósito fue rechazar el sistema político neoliberal mexicano con sus promesas de modernización, que mantenía en el olvido a las comunidades indígenas y campesinas, y apostó por establecer una democracia participativa. Las conversaciones entre el EZLN y el gobierno federal terminaron en 1996 con la firma de los llamados *Acuerdos de San Andrés sobre el Derecho y Cultura Indígena*, que comprometían al Estado a reconocer a los pueblos indígenas constitucionalmente y que estos gozaran de autonomía. Su fuerza mediática y sus grandes planteamientos dieron pie a que personalidades como José Saramago y Michelle Mitterrand los apoyaran de manera irrestricta.
 - 36 Patricia Hill Collins (Filadelfia, Estados Unidos, 1948). Las investigaciones de Collins se centran en feminismo y género en el marco de la comunidad afroamericana. Collins es conocida por su libro *Pensamiento feminista negro: conocimiento, consciencia y políticas de empoderamiento* (1990).
 - 37 Angela Yvonne Davis (Birmingham, Estados Unidos, 1944) es filósofa, política marxista, activista afroamericana antirracista y feminista. Ella es profesora del Departamento de Historia de la Conciencia en la Universidad de California en Santa Cruz, Estados Unidos. Davis empezó a trabajar como catedrática de Filosofía en la Universidad de California en Los Ángeles. En 2006 fue galardonada con el premio *Thomas Merton*, en reconocimiento de su lucha por la justicia en Estados Unidos y en el mundo. En diciembre de 2014 recibió el título de *Doctor Honoris Causa* de la Universidad de Nanterre, Francia.
 - 38 Médico, Magíster en Historia y candidato a Doctor en Historia. Docente de la Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia); docente investigador de la Facultad

de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.
manuel.vega@uexternado.edu.co

- 39 Para Luis Alonso (2017) la ciudadanía laboral se puede entender como la relación salarial normalizada como elemento esencial de la formación de la ciudadanía en su forma contemporánea. En términos históricos la ciudadanía laboral es producto de la emergencia de derechos ligados al trabajo sobre la base de la relación salarial, los cuales estructuraron los cimientos de la ciudadanía social.
- 40 La clásica fórmula de coerción y capital como fundamento de la construcción de los Estados modernos expuesta por el sociólogo, politólogo e historiador estadounidense Charles Tilly (1929-2008).
- 41 El término ‘medicamentos esenciales’ abarca una amplia gama de medicamentos, incluidos los necesarios para el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos.
- 42 Estas observaciones se sostienen en los datos recopilados desde 1998 por The Commonwealth Fund, en colaboración con socios internacionales, de encuestas a pacientes y médicos de atención primaria en países avanzados que recopilan información para un conjunto estandarizado de indicadores del desempeño del sistema de salud. Otros datos comparativos se extraen de los informes más recientes de la OCDE, el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, y la OMS.
- 43 Administrador en Servicios de Salud, Magister en Economía y Política en Salud. *Research Award 2016 International Development Research Centre* IDRC, Ottawa, Canadá. jcrivillas@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-0961-3079>.
- 44 Médico, Magister en Salud Pública, Magister en Educación y Desarrollo Social, y Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Es profesor titular e investigador *senior* de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. fernando.penaranda@udea.edu.co
- 45 No es solo imposición, pues el mundo institucional también es una construcción del sujeto como agente, que ante las fuerzas de poder ofrece resistencia, por esto es un terreno de luchas.
- 46 El discurso biomédico es hegemónico en el campo de la salud pública, pero se encuentra en constante tensión con otros discursos emergentes que lo cuestionan y luchan por lograr la hegemonía. El discurso biomédico encierra una verdad que entra en contradicción y debate con otras verdades que irrumpen en dicho campo.
- 47 El discurso biomédico y el papel educativo de la institución salud (el discurso biomédico pedagógico) forman parte de lo que Foucault denominó “gubernamentalidad” (Campana, 2013), esto es, la manera como el Estado modela las identidades por medio del establecimiento de normas y parámetros de lo que es humanamente posible. Así, los sujetos aceptan de “manera voluntaria” las metas establecidas por el Estado, en la medida que se estimula la autonomía y el autogobierno como instrumento de regulación y disciplinamiento del propio sujeto. En este orden de ideas, el riesgo, funcional al discurso neoliberal, se convierte en una tecnología de control. El discurso neoliberal promueve el emprendimiento individual y colectivo, y la devolución de la responsabilidad del cuidado de la salud a las comunidades. El neoliberalismo no opera imponiendo restricciones a los ciudadanos, sino permitiendo que los ciudadanos ejerzan una libertad regulada (Peterson y Lupton, 1996).
- 48 Aunque se afirme que la lógica del saber popular, sentido común, o mundo de la vida (Habermas, 1987; Heller, 1994) domina en la vida cotidiana, se podría decir que algunos grupos humanos con mayor capital cultural (mayores oportunidades de aprendizaje) han recibido una mayor ‘colonización’ de la ciencia.
- 49 Por esto, las pedagogías críticas y, en particular, la educación popular, han tenido un significado histórico en la lucha de los movimientos sociales por la reivindicación de los derechos.
- 50 Freire llama ‘círculos de investigación temática’ a aquellos escenarios colectivos y participativos en los cuales los actores comunitarios, con los educadores como dinamizadores del proceso, investigan la realidad para lograr una comprensión más amplia y estructural de ella. Es una realidad constituida por contradicciones y situaciones límite que envuelven los temas generadores. Estos son los asuntos clave que requieren continuar siendo analizados para ampliar la comprensión de la realidad. Son temas generadores porque remiten a otros temas en el marco de una comprensión de totalidad. La investigación temática termina con la construcción de la propuesta pedagógica. Los ‘círculos culturales’ son aquellos en los cuales se implementa la propuesta pedagógica construida participativamente. Son círculos culturales porque son también escenarios de construcción del conocimiento y de nuevas comprensiones que implican resignificación de la realidad y, por lo tanto, construcción cultural.
- 51 A pesar de que Nutbeam (2000) intuye el reduccionismo que implica la expresión ‘alfabetización en

salud', pues aunque pretende recoger algunos elementos teóricos de la pedagogía crítica, no logra resolver la contradicción de una visión reducida de la educación.

- 52 Es una educación llevada a cabo en múltiples ámbitos e instituciones por diferentes tipos de educadores, tales como profesionales y tecnólogos de diferentes disciplinas y agentes comunitarios, entre otros, que pueden reflexionar sus prácticas a la luz de un saber pedagógico.
- 53 El concepto de campo en Bourdieu (2008) es relacional puesto que lo concibe como una trama de relaciones.
- 54 Desde un punto de vista más amplio, la educación como práctica social y como discurso disciplinar y profesional constituye un instrumento para la reproducción (y también la producción) cultural, como lo defienden Bourdieu y Passeron (1998) y Bernstein (1993, 2000). Así, desde una perspectiva pedagógica, la ECSP se configura como discurso pedagógico (Bernstein, 1993) involucrado en el mantenimiento del orden social imperante.
- 55 La enfermedad forma parte de la vida, por lo que la salud no puede abstraerse de ella. En este orden de ideas, no se la ve como un dipolo (una categoría dicotómica), sino como una categoría dialéctica. Así que la salud corresponde a un fenómeno ontológico, histórico y sociocultural.
- 56 El 'descuento' de la enfermedad se concibe como una anomalía producida, en gran medida, por un comportamiento inadecuado del sujeto.
- 57 Visiones igualitaristas de la justicia se han planteado tanto desde el marxismo como desde el liberalismo (Rawls, Sen, Nussbaum, entre otros). Lizárraga (2008) sostiene que estas visiones, aparentemente contradictorias en sus orígenes filosóficos y políticos (marxismo y liberalismo), comparten algunos principios fundamentales para el logro de una sociedad más justa.
- 58 Dada la existencia de diferentes vertientes de la salud colectiva, se hace necesario precisar aquella adoptada.
- 59 Médica, especialista en Epidemiología. Docente en varias universidades de Colombia y en la Especialización en Métodos de Análisis Demográficos de la Universidad Externado de Colombia. Consultora en sistemas y servicios de salud, con experiencia de más de 20 años en la gestión de la salud pública, formulación de políticas públicas, planes y programas de salud. isacrisrb05@yahoo.com
- 60 Si desea profundizar más sobre este tema, remítase a:
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington D.C.: OPS - OMS.
 - Rivas-Loría, P., Suárez C., Aráoz C. y Levcovitz, E. (2006). *Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio / reforma* (Edición Especial No. 18). Washington D.C.: OPS - USAID.
- 61 Si desea profundizar más sobre este tema, remítase a:
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2008). *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. Panamá: Autor. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf
 - Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2009). *Teoría y práctica de la seguridad humana*. Nueva York: Autor.
 - Infomed. (2007). *La seguridad sanitaria internacional. Un documento de exposición de conceptos para el Día Mundial de la Salud 2007*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/seguridad_sanitaria_internacional_1.pdf
 - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Instituto Interamericano de derechos humanos [PNUD- IIDH]. (2012). *Guía metodológica para la aplicación del enfoque de seguridad humana*. San José de Costa Rica: IIDH. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1560/guia-seguridad-humana-2012.pdf>
- 62 Si desean profundizar más sobre los estudios de brotes, remítase a la epidemia de cólera en Londres que investigó el Dr. John Snow (1813-1858) y a la enfermedad de los legionarios en: - Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017a). Unidad 4: Vigilancia en salud pública. En *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades* (3.a ed.). Washington D.C.: OPS. - Instituto Nacional de Salud [INS]. (s.f.). *Instructivo de atención epidemiológica de brotes de enfermedades inmunoprevenibles*. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Instructivo-atencion-epidemiologica-brotes.pdf>

- [63](#) Médica, Ph. D. en Salud Pública. Miembro de los grupos de investigación reconocidos por Minciencias “Protección Social y Salud Pública” de la Universidad Santo Tomás, y “Estudios Sociohistóricos de la Protección Social y la Salud” de la Universidad Nacional de Colombia. Docente de cátedra, Pontificia Universidad Javeriana. djarrublas@gmail.com
- [64](#) *Informe final. Revisión sistemática sobre gestión en salud pública en Iberoamérica 1998-2015*. Grupo de Investigación Protección Social y Salud Pública de la Universidad Santo Tomás (Arrubla, Ballesteros, Moreno, Pesca y Rojas, 2017).
- [65](#) Para Testa (1997) la categoría “planificación” incluye la gestión sanitaria.
- [66](#) Institucionalismo histórico es una propuesta teórica de las ciencias políticas; algunos de sus representantes son Theda Skocpol, Paul Pierson y Ellen Immergut.
- [67](#) El lector puede encontrar todos los pasos con sus respectivos formatos en OPAS/OMS (2014) y Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2011).
- [68](#) El concepto de ‘participación’ utilizado implica la posibilidad de los ciudadanos de decidir sobre los principios de justicia social de la sociedad, la producción y la redistribución de los recursos, así como de la distribución de los mismos.
- [69](#) Médico, Economista de la salud, Magister en Economía y Ph.D. en Sistemas de Salud. Investigador del Departamento de Salud Internacional en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins y del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. andres.vecino@gmail.com
- [70](#) Economista de la salud. Investigadora del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. stephaniepuerto@gmail.com
- [71](#) Agradecemos a los estudiantes del curso de Fundamentos de Economía de la Salud de la Universidad Javeriana de Bogotá y a los estudiantes del curso de Economía y Financiamiento en Salud de la Universidad Javeriana de Cali, que, tras largas horas de clase durante los fines de semana, contribuyeron con su participación y su propia experiencia al contenido que finalmente inspiró este capítulo.
- [72](#) Cabe aclarar que incluso en los sistemas de salud totalmente públicos existe mercado, pues hay agentes que interactúan en relaciones de oferta y demanda. A veces los precios son implícitos y, por tanto, se suele creer que los sistemas públicos de salud no representan mercados.
- [73](#) Para más información, se recomienda acudir a textos de economía comportamental.
- [74](#) No todos los bienes tienen el mismo comportamiento. Los bienes giffen, o bienes de lujo, como una obra de arte, al aumentar su precio suelen ser más apetecidos por el público.
- [75](#) El cambio porcentual se calcula como el valor final menos el valor inicial, sobre el valor inicial por 100, para obtener el porcentaje.
- [76](#) Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito en Colombia.
- [77](#) El salario representa el precio del trabajo en el mercado laboral.
- [78](#) Cabe recordar que la función de producción es la combinación de insumos.
- [79](#) Con los sistemas de información disponibles en 2020
- [80](#) El concepto de “falla”, como la mayoría de asuntos en economía, es meramente descriptivo y no constituye un juicio de valor. Por esta razón, puede usarse incluso para aspectos que son en principio, positivos o “prosociales”.
- [81](#) Esta aproximación a la salud como un bien no transable es la misma de Becker, quien se basa en que el capital humano no puede ser separado de los seres humanos por una característica especial de este tipo de capitales (salud, educación, entre otros), hecho muy distinto a los capitales financieros que pueden ser transados en los mercados (Becker, 1962, 1964).

Índice

Acerca de los autores	7
Presentación	15
Prólogo	18
Capítulo 1. Enfoques y teorías en salud pública	23
Introducción	25
Enfoque causal en salud	25
Modelo unicausal: teoría microbiana de la enfermedad o teoría del germen	26
Modelos multicausales	27
Enfoque ecosocial	32
Tríada ecológica: Rodman Leavell y Gurney Clark	33
Teoría sobre la distribución del riesgo en las poblaciones: Geoffrey Rose	34
Teorías psicosociales con énfasis en el estrés como factor de riesgo para la salud	35
Ecoepidemiología: Mervyn Susser	36
Teoría ecosocial: Nancy Krieger	37
Enfoque de determinantes sociales de la salud y desigualdades sociales en salud	39
Campos de la salud: Laframboise y Lalonde	39
Determinantes de la salud de las poblaciones: Robert G. Evans y sus colegas	41
Modelo de arcoíris o capas de influencia: Göran Dahlgren y Margaret Whitehead	42
Modelo de influencias múltiples en el curso de vida: Eric Brunner y Michael Marmot	43
Bases sociales de las desigualdades en salud: Finn Diderichsen, Timothy Evans y Margaret Whitehead	44
Determinantes sociales de la salud para la Organización Mundial de la Salud	45
Enfoque latinoamericano de medicina social, salud colectiva y epidemiología crítica	47
Salud colectiva: Almeida-Filho y Silva Paim	50
Epidemiología del modo de vida: Almeida-Filho	51
Epidemiología crítica y determinación social de la salud: Breilh	52
Conclusiones	54
Referencias	56

Capítulo 2. Equidad y derecho a la salud	63
Introducción	65
Equidad en salud	66
¿Qué son las inequidades en salud?	66
¿Cómo podemos explicar las inequidades en salud?	68
¿Cómo podemos monitorear de manera rápida las desigualdades en salud?	71
Derecho a la salud	72
Los derechos sociales en el marco de los derechos humanos	73
El derecho a la salud: entre el derecho ligado al pago y el derecho fundamental	75
Marco jurídico del derecho a la salud en América Latina	89
Equidad y derecho a la salud: relaciones	94
El debate sobre la justicia social y en salud	95
El caso colombiano	95
Conclusiones	98
Referencias	100
Capítulo 3. La clase social como categoría analítica en salud pública	105
Introducción	107
Las clases sociales: conceptos marxistas	111
Intereses materiales	113
Experiencia vivida	115
Capacidad colectiva	116
La burguesía y sus cuerpos intermedios	116
Globalización, lucha de clases neoliberalismo: impacto sobre el sector salud	119
Las clases como principio articulador del análisis en salud pública	123
Clases sociales y salud en Colombia: el informe del Observatorio Nacional de Salud de 2016	129
Un final con esperanza	132
¿Qué pasaría...?	134
Referencias	135
Capítulo 4. Género, feminismos y su relación con la salud pública	138
Introducción	140
Contexto histórico de los estudios de género: los feminismos y sus diversos abordajes	141
Concepto de género	142

De las sociedades androcentristas, homofóbicas, racistas y clasistas a la teoría queer	145
Las pretendidas cuatro olas del feminismo	148
El feminismo decolonial	152
¿Y del hombre qué? Las nuevas masculinidades	153
La relación entre género, feminismos y salud pública	154
Referencias	156
Anexo	157
Capítulo 5. Los sistemas de salud en el mundo	162
Introducción	164
Sobre los conceptos y su alcance	166
El desarrollo histórico de los sistemas de salud en el mundo	172
De la caridad y la beneficencia a la seguridad social	173
De la seguridad social y la revolución al modelo estadounidense de mercado (1883-1945)	173
Estados Unidos y el modelo liberal	176
De los servicios nacionales y el Estado de Bienestar al giro neoliberal (1945- 1990)	177
Los sistemas de salud: atributos, características y modalidades	184
La situación actual de los sistemas de salud en el mundo	186
¿Hacia dónde va el mundo?: ¿modelo bismarckiano o Beveridge?	190
Los cuatro modelos originarios en la actualidad	192
El sistema de salud en Alemania hoy	192
El Sistema Nacional de Salud cubano, un relevo del modelo ruso	194
El sistema de salud de Estados Unidos, ¿un no sistema?	196
El sistema de salud británico	203
Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe hoy	205
Referencias	208
Capítulo 6. Epidemiología social y salud pública	210
Introducción	212
Un poco de historia	213
Principales áreas de la epidemiología	217
Tipos de estudios epidemiológicos: diseños, limitaciones y ventajas	218
Estudios observacionales	221
Conclusiones	234
Referencias	235
Capítulo 7. Educación en el campo de la salud pública: una perspectiva transdisciplinar	237

Introducción	239
Situación de la educación en el campo de la salud pública	241
La educación en las políticas de salud pública	243
La educación en el campo de la salud pública en los servicios de salud, en la formación y en la investigación	244
La educación como práctica social: sociología de la educación	245
Pedagogía y educación	249
Educación y salud pública: intersección de campos	255
Corrientes de la educación en el campo de la salud pública	259
La tradición anglosajona	259
La tradición alemana	262
La tradición latinoamericana	262
Dos corrientes de la educación en el campo de la salud pública	264
Educación en el campo de la salud pública y la práctica	266
La propuesta pedagógica	266
La investigación	269
La formación del talento humano	270
Referencias	271
Capítulo 8. De la vigilancia en salud pública a la seguridad humana	276
Introducción	278
Sistema de salud	278
¿Qué es la autoridad sanitaria?	279
¿Qué es la rectoría?	279
¿Funciones de un sistema de salud?	279
Funciones de la autoridad sanitaria	279
Seguridad humana	282
Interacciones entre salud pública y seguridad humana	283
Ética de la vigilancia en salud pública	287
Aspectos conceptuales de la vigilancia en salud pública	288
Origen del concepto	288
¿Qué es la vigilancia en salud pública?	288
¿Por qué hacer vigilancia en salud pública?	289
¿Cuáles son los atributos de la vigilancia en salud pública?	289
¿Cuáles son los usos de la vigilancia?	290
Tipos de vigilancia	290
¿Qué es el Sistema de Vigilancia en Salud Pública?	292
Organización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública	292

¿Qué funciones y competencias le corresponden al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)?	294
¿Cuáles son los componentes de la vigilancia en salud pública?	296
¿Por qué ocurren los brotes?	301
Notificación de eventos en salud pública	304
Referencias	309
Capítulo 9. Gestión en salud pública: perspectivas y retos	311
Introducción	313
Reflexiones epistémico-teóricas de la gestión en salud pública	314
Racionalidad instrumental	314
New Public Management: valores privados en la gestión pública	316
Las organizaciones de salud: administración científica y calidad total	317
Las relaciones de poder y la gestión en salud pública	319
Tendencias de la producción empírica	320
Gestión de la calidad en las organizaciones de salud	321
Trabajo en salud: no mensurabilidad vs. racionalidad gerencial	322
Organizaciones gestoras de conocimiento	322
Gestión y políticas en salud	323
Planificación en salud pública	323
Planificación en salud: abordajes y limitantes	325
El marco lógico: un instrumento de apoyo en la planificación de proyectos	328
Territorio y planificación en salud	330
Democracia y sociedad en la gestión en salud pública	332
Gobernabilidad y gobernanza	332
Intersectorialidad y políticas de salud	333
Importancia de la movilización social	335
Organizaciones matriciales y cogestión de colectivos	336
Conclusiones	336
Referencias	337
Capítulo 10. Principios de economía y salud	341
Introducción	343
¿Qué son la economía y la economía de la salud?	343
Importancia de la economía de la salud	344
Principios básicos de la economía de la salud	346
Economías de mercado	347
Las fuerzas del mercado: la demanda y la oferta	348
Movimientos de las curvas de demanda y oferta	349

Elasticidad	356
Tipos de elasticidades	356
Efecto de las políticas públicas en los mercados	359
Controles de precios máximos	359
Controles de precios mínimos	360
Consumidores, productores y eficiencia de los mercados	361
Excedente del consumidor	362
Excedente del productor	362
Teoría del productor	365
Costos	366
Economías de escala y deseconomías de escala	367
Monopolio	368
Discriminación de precios	369
Oligopolio y competencia monopolística	370
Cartel	370
Colusión	370
Fallas de mercado	371
Información asimétrica	371
Externalidades	372
Bienes públicos	373
Demanda por salud	374
Aseguramiento	374
Demanda por aseguramiento	375
Tipologías de los sistemas de salud	377
Modelo bismarckiano de salud	378
Modelo de Beveridge	379
Financiamiento	379
Esquemas de pago a proveedores de salud	381
Evaluación económica	382
Estudios de costos	382
Estudios de análisis comparativo de intervenciones	382
Referencias	384
Colaboradores en esta obra	386