

¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA?

MÓNICA M. LIBORIO*

*Cátedra de Medicina Preventiva y Social.
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Rosario*

Introducción

Antes de definir o de analizar el campo de la “salud colectiva” es interesante efectuar algunas reflexiones acerca de las concepciones de la “salud” y los paradigmas imperantes, para interrelacionarlas. Estas definiciones sobre salud, también remiten al debate que se ha desarrollado alrededor de las corrientes de la “medicina”, la “medicina social” y la “salud colectiva” (SC).

Ante todo la medicina se reconoció como un campo de prácticas y saberes cuyo objetivo fue la prevención y curación de las enfermedades y la preservación de la salud. Sin embargo, al revisar sus significados, es posible realizar un recorrido histórico-epistemológico definiendo lo que se han constituido como las “prácticas” médicas.

Así la “medicina” fue definida como una ciencia, o como una profesión vinculada al proceso social y al desarrollo científico, teniendo su correlato en la definición de salud desde las perspectivas biológicas.

La corriente de la “medicina social”, se puede decir que surge simultáneamente en varios países europeos en 1848. En ese momento se produce un incremento de las poblaciones (transformación de procesos demográficos) y se desarrolla un cambio profundo en el modo de producción económica. En ese contexto (la Revolución Industrial), la medicina se proponía mantener y mejorar la fuerza de trabajo. Más tarde, en el siglo XX (por los años 70), en esta corriente se reconoce la importancia de la definición de la salud no como un estado, sino como un proceso, denominado “de salud – enfermedad” donde se contempla una vinculación estrecha con la sociedad como contexto y se piensa que el mejoramiento de las “condiciones de salud” de la población depende no solo de simples intervenciones médicas sino que deben involucrarse

“cambios” en lo social. Por lo tanto en la concepción de la medicina social se incorpora la necesidad de comprender el “carácter social” y de concebir la “determinación social” en el proceso de salud enfermedad (PSE), lo que conlleva a incluir la historicidad en dicho proceso.

Se reconoce, a su vez, que el PSE tenía, también, relación con los diferentes sistemas de salud que se presentaban en los distintos países, y es por ello que se amplió el objeto de conocimiento denominado Proceso de Salud-Enfermedad-Atención (PSEA). Este PSEA tiene una vinculación aún más estrecha con la sociedad, requiriendo un trabajo multinivel (en relación a los diferentes tipos de organización de los gobiernos: nacional, federal y local) e intersectorial, y que, a su vez, éste involucre a la población a través de su participación.

Por otra parte las epistemologías actuales están centradas en el análisis de las diferentes interacciones del “sujeto” y del “objeto” y las diversas visiones sobre la complejidad-simplicidad y la incertidumbre entre otras cuestiones, que tienen repercusiones sobre la discusión teórico-metodológica en las diferentes disciplinas que componen la salud colectiva.

Es posible decir, entonces, que las miradas epistemológicas no son ajenas al campo de la Salud Colectiva y han analizado aspectos de su construcción científica. Incluso, existen autores que han profundizado las distintas vertientes, buscando develar la construcción del “pensar en salud”, en la expresión de Mario Testa, de elaborar una “teoría de la salud”, como lo hizo Juan Samaja, o de “repensar críticamente la ciencia”, como plantea Jaime Breilh. Cabe destacar que todos coinciden en señalar que este trabajo es extremadamente complejo, ya que implica la reconceptualización del propio objeto científico: la “salud”.

* Correo electrónico: mliborio@fibertel.com.ar

Por otra parte, también es necesario trabajar sobre otras categorías fundantes de las ciencias sociales, como: colectivo, sociedad, o estructura, que necesariamente se articulan con otras como individuo, representación, acción entre otras.

La categoría: “colectivo” es central para el campo de la Salud Colectiva, y podría comprenderse que se opone a lo individual. Cabe destacar que la noción de lo colectivo frecuentemente ha sido utilizada de manera acrítica para designar un campo supuestamente uniforme de ocurrencias, o para indicar efectos sociales generados por la presencia de determinados fenómenos. Por lo tanto se requiere de una recuperación crítica de la supuesta oposición entre individuo y colectivo – sociedad, especialmente cuando se dice que ni el individuo es una entidad exterior a la sociedad, ni la sociedad una entidad exterior a los individuos.

La sociología, en este análisis, tiene como objeto a individuos interdependientes y como lo analizaría P. Bourdieu, al establecer la relación entre “estructura” y “acción” cuando define sus dos categorías centrales: “campo” y “habitus”. Es por ello que la teoría de “campo”¹ media entre la estructura y la superestructura así como entre lo social y lo individual.

En el concepto de “habitus”² P. Bourdieu trata de reconstruir el proceso de lo social que se interioriza en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. Este *habitus* genera prácticas individuales que permite definir los esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción.

Las “representaciones” sociales también contribuyen a la construcción de una realidad común. De este modo, las representaciones son fenómenos sociales, constituidos por el encuentro de una experiencia individual y de los modelos sociales a partir de su contexto de producción, o dicho de otra forma, a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven y de las formas de comunicación en que circulan.

Las “estructuras sociales” pueden observarse como sistemas de restricciones que señalan la acción individual, no dejando margen de autonomía para los individuos. La noción de estructura puede aparecer en correlación con la de sistema si la entendemos como un conjunto de “elementos inter-dependientes”.

No caben dudas de que existe un contexto paradójico en el campo de la salud. En este campo se presenta una interrelación entre diferentes conceptos y lógicas. Para ello analizaremos a la salud pública, para alcanzar a comprender la propuesta de la “salud colectiva” en la actualidad.

Desde la Salud Pública a la Salud Colectiva

En primera instancia, se acuerda que para construir el pensamiento y la práctica en salud se requiere que se definan o reconozcan las “necesidades” de salud de la población. Comprender estas “necesidades” implica poner en juego una perspectiva contextualizada e histórica y demanda pensar en conceptos y categorías de análisis.

La salud pública convencional miró a la población como “objeto” a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mientras que una Salud Pública Alternativa requería mirar cómo los “sujetos” individuales y colectivos creaban o generaban su salud en el diario vivir, y al mismo tiempo cómo construían instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos.

Hacia los inicios del siglo XX, se pudieron definir algunas características de la “salud pública” convencional a pesar de que este término se encuentra cargado de significados ambiguos. Primero destacar el adjetivo: “pública”; término que se lo identificó, casi siempre, con una acción gubernamental aunque no incluía solo este aspecto, sino que también hacía referencia a lo que es de la comunidad. Otras de las características que se podrían enumerar acerca de esta categoría serían:

1. El campo, según P. Bourdieu, se constituye por la existencia de un “capital” común y la “lucha” por su apropiación. Quienes participan en él tienen un conjunto de “intereses”, un “lenguaje”, una “complicidad objetiva que subyace a todos los antagonicos”. Es por ello que intervenir en la lucha contribuye a la reproducción del “juego”. A su vez quienes dominan el capital –fundamento de poder o de autoridad– tienden a adoptar estrategias de conservación en tanto los desprovistos del capital o recién llegados al campo prefieren estrategias de subversión.

2. El *habitus* permitiría definir “la elección de lo necesario”, “las condiciones de existencia en que las diferentes clases imponen inconscientemente un modo de clasificar y experimentar lo real”. Las clases revelan a los sujetos como “clasificadores clasificados por sus clasificaciones”. El *habitus* es el producto de las condiciones sociales y de la producción de un discurso que se ajusta a una situación: mercado o campo.

- Subyace en el concepto de “salud pública” el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para explicar la salud, y su fundamento fue la medicina clínica con su saber.

- Utiliza el método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social donde un sujeto es interpretado como un “objeto” individual o colectivo que se reproduce en función de su estructura o sistema social de la que es parte y,

- reconoce el poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la “prevención” de la enfermedad.

Cabe reflexionar ante estas premisas que la medicina clínica ha sido eficaz a lo largo de estos siglos, al solucionar una buena parte de los problemas de la “máquina corporal” ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas, con lo cual se han logrado producir máquinas corporales menos enfermas o que tardan más en morir. Con lo cual la salud pública posee una visión que se podría denominar como tecnística, lo que permitiría fundamentar una propuesta alternativa.

Además, se reconoce que el modelo denominado “salubrista” del siglo XX estuvo encomendado a cuidar la salud del Estado, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debía observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal e intervenir sobre la población transformada en objeto. En este contexto la población no sólo debía ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que se le proponía a olvidar su cultura particular, considerada siempre riesgosa.

Al proponer una “alternativa” a la salud pública, en la década del '60, en EE.UU., surge lo que se denominó “medicina comunitaria” o “salud comunitaria”. Esta alternativa podía ser visualizada bajo dos vertientes:

- a) la ejecutada por órganos estatales u otros espacios, apuntando a complementar medicina privada y la medicina pública; y

- b) la que se presentaba en las áreas de la educación médica como el movimiento de la medicina preventiva, articulando con la medicina clínica.

La medicina comunitaria, según diversos autores, se interesó por los problemas relacionados con la salud del pueblo, y se encontraba ubicada entre la práctica privada de la medicina en el consultorio, la clínica y el hospital, y los servicios de salud gestionados a través de las administraciones públicas. Abarcaba un gran número de procedimientos preventivos y curativos dirigidos a las familias o a

grupos de la población, especialmente focalizando grupos de población con exclusión social.

Además, entre sus intervenciones, se contemplaba al medio ambiente con la participación activa de la comunidad organizada. Otros autores hacen hincapié en que la medicina comunitaria se centraba en la participación activa de la comunidad, realizada mediante métodos democráticos y de autogestión.

En Europa, donde prevalecen la medicina estatal y la socializada, la concepción de medicina comunitaria podía parecer sin propósito, aunque también se observó la utilización de esta expresión. Pero los europeos la visualizaban como una representante de la alternativa de la salud pública clásica en la medida que utilizaba conocimientos de otras disciplinas tales como la sociología, la psicología social, la ecología, la genética, etc. De este modo, la medicina comunitaria, como disciplina, posibilitaba entender el comportamiento social, y no solo la comprensión de lo biológico.

La **medicina preventiva** representó un nuevo fenómeno en el campo conceptual al establecer nuevas articulaciones con la sociedad en profundos cambios. De este modo el discurso preventivista privilegió una “actitud” diferente, cuestionando —desde el ámbito universitario— las experiencias pedagógicas en el hospital, y por lo tanto revisando la práctica médica. Desde este discurso surgieron tres corrientes. La primera sería la corriente desde la higiene del siglo XIX, ligada al desarrollo del capitalismo y de la ideología liberal; la segunda estuvo centrada en los costos de la atención médica que surgió en EE.UU. en las décadas del 30 y 40, constituyéndose en una crisis frente a la medicina estatal y las corporaciones médicas en esta intervención; y por último la corriente en la que se produjo una redefinición de los roles médicos —inicios de los años 50— ante la creciente demanda y la concientización de la necesidad del cuidado médico, y por lo tanto se propone una revisión desde la práctica.

Entre los años 1950 y 1953 se producen propuestas novedosas sobre la definición de objetivos en la enseñanza de la medicina. Surgen conferencias en Norteamérica y en Latinoamérica donde se produce el surgimiento del discurso de la Medicina Preventiva. Este discurso representó un cambio en cuanto a las definiciones de la salud-enfermedad, del rol del médico, de la idea de equipo, del proceso ecológico y de la importancia de la familia y la comunidad en el cuidado médico.

En este momento histórico también se difunde el modelo denominado a través del nombre de sus autores —modelo de Leavell y Clark—. Este modelo integra la de-

finición de agente, huésped y ambiente; propone combinar los abordajes clínicos y estadísticos e incorporar las ciencias sociales, entre otros aspectos.

En síntesis: la medicina preventiva podía considerarse como un conjunto de nociones y técnicas que apuntaban al conocimiento y manipulación de los procesos sociales y psicosociales del comportamiento humano referente a la implantación de patrones racionales de salud. Conjuntamente con la epidemiología, surgen las ciencias sociales aplicadas a la medicina que darían cuenta de las problemáticas en el marco de la Historia Natural de las enfermedades (Leavell y Clark)³.

Cabe aclarar que, en la década de los '70, la práctica médica se apropiaba de la salud pública, se producía un aumento del consumo de servicios médicos, y se producía también un aumento del número de trabajadores de la salud, de alumnos en las escuelas de Medicina y, en las Escuelas de Medicina donde se profundizaba la introducción de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social esta corriente se proponía como innovadora.

Así la Medicina Preventiva se constituyó en un vehículo del proceso de cambio al interior de las Facultades donde se proponía una formación crítica en los estudiantes para que fueran agentes de cambio de la profesión. En el campo académico, el movimiento preventivista desembocó en un proceso de creación y reconstrucción conceptual, científica y técnica que impulsó la “invención” de una “salud colectiva”.

La medicina adjetivada como preventiva requiere ser sucedida por la salud colectiva, donde la primera se centra en el cuidado médico para “prevenir” la enfermedad e incorpora enunciados de diferentes campos teóricos y la salud colectiva produce una desbiologización del campo conceptual de la medicina preventiva, instaurando un proceso en el cual se redistribuye y se redefinen los poderes en diferentes profesiones al interior del área salud en la medida de incluir una práctica multifacética donde se encuentra incluida la práctica política.

La expresión **salud colectiva** surge a fines de la década de los años 70, con la perspectiva de construir un paradigma renovado “de la salud pública, de la salud comunitaria y de la medicina preventiva y social” que permita una nueva articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que converjan en el campo de la salud.

La SC integra áreas clásicamente denominadas como las “ciencias sociales”, la “epidemiología” y la “planificación estratégica”. Está compuesta por una polisemia de visiones, como por ejemplo, acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el PSEA en su complejidad.

La SC abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía.

Es decir que las propuestas alternativas surgen en la necesidad de comprender a la salud en forma histórica; además esta comprensión requiere que sea contextualizada, y por último las propuestas de cambio deben reformular la forma de mirar, conocer y actuar alrededor del objeto problema: Proceso de salud-enfermedad-cuidado/atención (PSEA) de la población, a través del pensamiento “complejo”.

Silva Paim y Almeida Filho definen la SC como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento re-

3. La historia natural de las enfermedades se basa en un esquema cartesiano donde en la abscisa es el tiempo y la ordenada divide dos espacios, según la presencia o no de la enfermedad. En el primer espacio de tiempo se encuentra el equilibrio entre el huésped, el agente y el ambiente. La aparición de la “enfermedad” en el huésped es producida por una relación mecanicista entre los elementos (agente, huésped y ambiente). El ambiente es considerado como una combinación de niveles físico-químico, biológico y social. En el segundo momento se define la “evolución” de la enfermedad ya visto en el espacio interior del individuo, donde se evidencia al pasar el denominado “horizonte clínico”. En esta evolución luego se observa el proceso de “resolución” hacia la cura, la incapacidad o secuelas o el fallecimiento. En el primer espacio se resalta la importancia de la participación de la “epidemiología” analizando los factores que estructuran al agente, huésped o ambiente.

sultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. De esta forma la SC se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras.

Analizar los modos de producción del conocimiento también requiere observar los procesos metodológicos para su construcción. Esto es, incluir a los métodos cualitativos que provienen de las ciencias sociales y reconocer a su vez la necesidad de integrar otras disciplinas o áreas en el campo como la psicología social, el psicoanálisis, trabajo social, educación, derecho entre otras, sin dejar de pensar que las ciencias principales y fundamentales son la epidemiología, el planeamiento, la gestión y la política.

Otro aspecto a integrar en el campo de la SC es su posibilidad de ser enseñada. Es por ello que desde lo curricular de las carreras de medicina se requiere que se encuentre ligada desde los inicios del plan, entendiendo que la educación constituye un mecanismo dinamizador que promueve los cambios y las transformaciones sociales necesarias. En este punto es necesario ya no solo conocer las “necesidades” en salud sino reconocer cuáles son los “derechos en salud” o trabajar sobre los “derechos vulnerados”.

Cabe además efectuar una breve reseña en la que desde la Universidad Nacional de Rosario, la Facultad de Ciencias Médicas, y más precisamente la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, sobre los antecedentes de más de 40 años de formar médicos o enfermeros en el ámbito de la Salud Pública, crea en el 2004 la Carrera de Especialización en Salud Colectiva con orientación en a) Administración y gestión de servicios de salud; b) Auditoría Médica y c) Salud social y comunitaria. Esta Carrera cuenta con el aval no solo del Consejo Directivo de la Facultad y del Consejo Superior de la Universidad sino también de las resoluciones de acreditación de la CONEAU.

Además, en Buenos Aires, la Universidad de Lanús y la Asociación Civil de Salud Colectiva publica, desde el 2005, la revista *Salud Colectiva* como una publicación periódica cuatrimestral.

Los desafíos para la Salud Colectiva

En primera instancia un desafío importante es desde lo conceptual; ya que la SC debe ser comprendida como una construcción permanente e inacabada, y desde un nuevo paradigma basado en la salud como derecho y en la promoción de la salud. Otro aspecto es la

necesidad de trascender con esta teoría innovadora hacia una práctica con miras a desarrollar las mejores ideas y acciones para actuar en salud, esto es, que se pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el cuidado de la salud de los grupos poblacionales.

La SC, así entendida, forma un nuevo campo de conocimiento en constante desarrollo, y se constituye en un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado.

En este aspecto teórico, también es posible abrir puntos de debate en torno a los llamados “determinantes sociales de la salud”, para contrastar con otras perspectivas divergentes y reflexionar sobre la “determinación social de la salud” que implica estudiar los modos de vida históricos y estructurales. Esta categoría abre la posibilidad de analizar los procesos contextuales y visibilizar la inequidad socioeconómica, desde la complejidad, que el paradigma de riesgo habría ocultado.

Mostrar la relación que existe entre los procesos estructurales es remplazar la lógica de la conexión lineal de variables intervinientes por un sistema donde se entrelazan los tres grandes dominios de la determinación: el dominio general que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; el dominio particular de los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y el dominio singular, de los estilos de vida y el libre albedrío personal que viven las personas con sus condiciones fenotípicas y genotípicas. También es necesario trabajar con las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia, incorporando la dimensión de la interculturalidad como condición de objetividad – subjetividad innovada en el conocimiento. Al comprender la salud con sus múltiples dimensiones, el paradigma de la determinación permite ampliar el espectro del derecho e incorporar lo que los especialistas llaman una mayor justiciabilidad y exigibilidad de la salud.

Además el campo de la SC invita a repensar los aspectos del campo metodológico. Para un abordaje de la salud con las nuevas categorías y desde propuestas integrales propone no solo utilizar los abordajes cuantitativos sino integrar los abordajes cualitativos en sus múltiples expresiones. Así como también incorporar los procesos de “triangulación metodológica” para enriquecer las miradas más comprehensivas.

El cambio de visión sobre la salud, y la integralidad que exige la propuesta de la SC incide también

sobre la actividad académica, su investigación e incidencia. Un programa de desarrollo de la SC en una universidad pública, que asume el marco interpretativo de la determinación social, se aleja de los modelos tradicionales de educación y posibilita además una nueva perspectiva acerca del rol de la Universidad en la sociedad. Su compromiso se refuerza en la formación de “nuevas” personas / denominados recursos humanos / equipos de salud – actualmente en la formación de “capital social”, para la producción de conocimientos, y la transformación de las prácticas que contribuyan a comprender e interpretar las determinaciones sociales de la salud, con el objetivo de superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en la sociedad donde subyacen las inequidades.

Desde esta perspectiva crítica, el papel de la universidad pública exige una transformación. Por un lado ser productora de conocimiento científico crítico ligado

a los procesos claves de la sociedad; avanzar en la creación de herramientas para el control y para la rendición de cuentas de los responsables de la gestión y de las políticas; consolidar mecanismos de construcción intercultural e interdisciplinaria de investigación promoviendo la participación de los colectivos sociales y contribuir al empoderamiento democrático de las comunidades con la perspectiva de género.

Desde lo contextual la SC tiene la necesidad de deconstruir las políticas neoliberales imperantes y proponer valores que contribuyan a generar un “progresismo” con equidad, transparencia y participación social en la medida que las prácticas se encuentren asociadas a intervenciones basadas en el enfoque de derechos permitiendo las transformaciones sociales necesarias.

(Recibido: agosto de 2012.

Aceptado: junio de 2013)

Bibliografía

- Arouca S. *El dilema preventivista*. Ed. Lugar; Buenos Aires, 2008.
- Botlender Severo S, Seminotti N. *Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva*. *Ciência & Saúde Coletiva* 5 (Supl. 1):1685-98, 2010.
- Bourdieu P. *Sociología y Cultura*. Ed. Grijalbo; México, 1990.
- Breilh J. *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Bibliografía de Seminario, abril 2012.
- Castro Lacaz FA. *O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo*. *Ciência & Saúde Coletiva* 6: 233-42, 2001.
- García JC. *Pensamiento social en Salud en América Latina*. OPS/OMS. Interamericana McGraw-Hill; México, 1994.
- Granda E. *¿A qué llamamos Salud Colectiva hoy?* *Rev Cub Salud Pública* 30(2): 10-5, 2004.
- Jarillo Soto EC, Guinsberg E (editores). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Ed. Lugar; Buenos Aires, 2007.
- L'Abbate A. *A análise institucional e a saúde coletiva*. *Ciência & Saúde Coletiva* 8: 274-85, 2003.
- Nunes ED, do Nascimento JL, de Barros NF. *A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos*. *Ciência & Saúde Coletiva* 15: 1935-43, 2010.
- Nunes ED. *Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos*. *Salud Colectiva* 6: 11-9, 2010.
- Silva Paim J. *Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico*. *Salud Colectiva* 5: 121-6, 2009.
- Spinelli H (compilador). *Salud Colectiva*. Ed. Lugar; Buenos Aires, 2004.
- Testa M. *Pensar en Salud*. Ed. Lugar; Buenos Aires, 1993.