



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

**“Ética de la salud colectiva”**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS EN  
SALUD COLECTIVA

**P R E S E N T A**

Carolina Manrique Nava

**DIRECTOR**

Dr. en C. Sergio López Moreno

**ASESORAS**

Dra. Ana Rosa Pérez Ransánz

Dra. María de la Luz Lina Casas Martínez

México D. F., 14 de julio de 2010

## **AGRADECIMIENTOS**

A las profesoras y los profesores del programa del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por compartir sus valiosos conocimientos y experiencias que me permitieron reflexionar y acercarme a este nuevo campo disciplinar.

Al CONACyT por su apoyo en el transcurso de tres años, pues con los recursos otorgados pude construir un acervo bibliográfico importante, mismo que ofrezco como material de consulta para todos aquéllos interesados en el campo de la Salud Colectiva y de la ética.

Al Instituto Politécnico Nacional por el apoyo otorgado en esta etapa de mi formación académica.

Agradecimiento en forma especial a mi director de tesis, Dr. Sergio López Moreno quien fue la guía para que este trabajo llegará a concluirse en la etapa que se presenta (pues aunque se considere un trabajo final, invariablemente queda camino por andar); con quien siempre fue un gusto y gran aprendizaje el compartir sus conocimientos e interés o tal vez su pasión por temas éticos, filosóficos, epistemológicos y metodológicos en el campo de la salud.

A mi maestra, la Dra. Ma. De la Luz Casas de quien tuve la fortuna de escucharle y aprender su enseñanza de temas bioéticos; sus observaciones, discusiones y recomendaciones fueron una gran aportación para desarrollar y mejorar el presente trabajo.

A mi querida Dra. Ana Rosa Pérez, de quien recibí un gran apoyo en el campo de la filosofía de la ciencia, enseñanzas que me fueron de gran ayuda para la realización de este trabajo.

Al Dr. Octaviano Domínguez, gracias por los comentarios al presente trabajo y por su apoyo en los proyectos que compartimos y seguiremos compartiendo.

A todos mis amigos y amigas que se mantuvieron atentos y con quienes tuve la oportunidad de compartir este maravilloso camino recorrido en la academia durante nuestro proceso de formación en la UAM-X, a Georgina Contreras (Gina), Evangelina González (Eva), Aurora Maravilla, Leonardo Ibarra (Leo), Rosa Diana Hernández (Diana), José Antonio Sierra (Toño), Luz Ma. Martínez (LuzMa), Ma. Luisa Ponce y a Mayra Montealegre, gracias porque de cada uno de ustedes tuve un aprendizaje.

A Mónica, mujer incansable por su gran apoyo para conmigo y mi familia.

Abel, Anabel, Pável y Regina, gracias por comprender mis necesidades de *ser y hacer*.

A mis padres, Luisa y Austre todo mi cariño de siempre.

## RESUMEN

Desde la perspectiva de la Medicina Social (MS) y de la Salud Colectiva (SC) la ética busca ser una reflexión cimentada en una serie de principios capaces de considerar no el acto médico en el servicio asistencial o la investigación clínica, sino el impacto de las acciones sanitarias y las políticas públicas de salud sobre los distintos ámbitos de la sociedad. Para contribuir con esta tarea, el propósito de este trabajo es identificar y delimitar los principios éticos que permitan la construcción de una ética de la SC. El camino que se siguió para tal fin fue, en primer lugar, ubicar qué es lo que se comprende por salud en general y dónde se encuentran los límites del campo de saberes conocido como Salud Colectiva. Esto se llevó a cabo realizando una revisión histórica y epistemológica sobre lo que es la salud; una revisión documental de las contribuciones teóricas de dicho campo, y un análisis hermenéutico interpretativo sobre el concepto de Salud Colectiva.

Para la formulación de los principios éticos que podrían o deberían aplicarse a la SC inicialmente se lleva a cabo un sucinto recuento de las principales escuelas éticas; enseguida se recurre a la hermenéutica crítica de Adela Cortina para identificar los principios que podrían ser útiles en este campo de saberes y, finalmente, se presentan los principios propuestos para la SC, que son, a saber: equidad, justicia distributiva, solidaridad, responsabilidad, subsidiariedad, precaución, participación, tolerancia y reciprocidad.

**Palabras clave:** ética, salud colectiva, subsidiariedad, reciprocidad, participación, tolerancia y protección.

## **ABSTRACT**

From the perspective of Social Medicine and Collective Health, the ethic searches to make available a reflection about what ethics principles are possible, and obligatory, to apply in the health field, considering not only the medical proceedings or the clinical investigation, but the impact of health public policies on the different spaces of society.

In order to contribute with this task, this work looks for to identify and to delimit the ethical principles that allow the construction of an ethics of the Collective Health. The way we followed for such aim was, in first term, to locate what science understands as health in general and where the limits are of Collective Health. This was carried out making an historical and epistemological revision on what health is; a documentary revision of the theoretical contributions of the field of collective health, and a hermeneutical analysis on the concept of Collective Health.

For the formulation of the ethical principles that could or have be applied initially to the SC it carries out a count of the main ethical schools; immediately we continue with the hermeneutical critic of Adela Cortina to identify the principles that could be useful in this field of knowledges and, finally, appear the principles proposed for the SC, which they are, that is to say: fairness, distributive justice, subsidiariary, caution, participation, tolerance and reciprocity.

Keywords: ethics, collective health, subsidiarity, reciprocity, participation, tolerance and protection.

# TABLA DE CONTENIDO

	<b>PÁGINA</b>
Agradecimientos	i
Resumen	ii
Abstract	iii
Introducción	1
<b>Capítulo I. Delimitación del problema</b>	<b>10</b>
• Planteamiento y Justificación	10
• Objetivos	17
• Metodología	18
<b>Capítulo II. Revisión del concepto de Salud</b>	<b>19</b>
• II.1 Origen etimológico de “salud”	19
• II.2 La Grecia antigua	21
• II.3 La Edad Media	22
• II.4 Edad Moderna	23
• II.5 La Revolución Industrial	25
• II.6 La Revolución Francesa y la medicina social	26
• II.7 Siglo XX	28
• II.8 Finales del siglo XX, inicio del XXI	32
<b>Capítulo III. La Salud Colectiva, evolución y concepto</b>	<b>35</b>
• III.1 Génesis del campo de la Salud Colectiva	36
• III.2 Proceso de la construcción conceptual de la Salud Colectiva	45
• III.2.1 Los paradigmas de la investigación en ciencias sociales	46
• III.2.1.1 La concepción de la Salud Colectiva dentro de la	46

postura sociocéntrica que se ubica dentro del paradigma de la Teoría Crítica	
• III.2.1.1.1 Etapa de transición: Salud Pública-Medicina Social-Nueva Salud Pública-Salud Colectiva	51
• III.2.1.2 La concepción de la Salud Colectiva dentro de la postura sociocéntrica en el paradigma post positivista	54
• III.2.1.3 La concepción de la Salud Colectiva dentro de la postura de la –subjetividad- en el paradigma de la Teoría Crítica	60
• III.2.1.4 La concepción antropolítica de la Salud Colectiva dentro del paradigma constructivista	64
• III.3 Aproximaciones desarrolladas para la derivación del concepto Salud Colectiva	69
• III.4 Justificación de los términos del concepto Salud Colectiva	70
• III.4.1 Campo de conocimientos y acciones	70
• III.4.2 Inter y Transdisciplinaria	73
• III.4.3 El proceso salud/enfermedad/cuidado	75
• III.4.4 Salud	79
• III.4.5 El término <i>vida digna</i>	81
• III.4.6 Persona	84
• III.4.7 Lo colectivo	92
<b>Capítulo IV. Principios éticos para la Salud Colectiva</b>	<b>94</b>
• IV.1 Ética y Moral	94
• IV.2 Principialismo y ética aplicada	98
• IV.3 Principios propuestos para la Salud Colectiva, desde los momentos deontológico y aristotélico de la Ética aplicada	107
• IV.3.1 Significados de <i>principios y valores</i>	112

• IV.4 Principios propuestos para la Salud colectiva	117
•IV.4.1 Principio de equidad	124
•IV.4.2 Principio de justicia distributiva	125
•IV.4.3 Principio de solidaridad	127
•IV.4.4 Principio de responsabilidad	129
•IV.4.5 Principio de subsidiariedad	133
•IV.4.6 Principio de precaución	135
•IV.4.7 Principio de participación	137
•IV.4.8 Tolerancia	138
•IV.4.9 Principio de reciprocidad	140
<b>Discusión</b>	142
<b>Conclusiones</b>	146
<b>Perspectivas</b>	148
<b>Limitaciones</b>	149
<b>Obras consultadas</b>	150
<b>TABLAS</b>	
• Tabla No. 1. Principios de la práctica ética de la salud pública	119

## INTRODUCCIÓN

El 18 de junio del 2003, Arnoldo Kraus escribió en el periódico *La Jornada*:

*“Una nota reciente publicada en El País, donde se lee que un juez denegó a una mujer el permiso que solicitaba para ser inseminada de su marido en estado de coma desde hace casi 12 años, invita a la reflexión. El dilema y la pregunta inicial es: ¿qué tanto pueden dañar o distorsionar la ciencia y la tecnología médica la autonomía y la calidad de vida de los seres humanos?”*

*Sucintamente, la historia es la siguiente. Después de siete meses de casados, el esposo de Julia B., quien ahora tiene 32 años, sufrió un accidente de moto en 1991 y desde entonces quedó en estado de coma irreversible. La esposa ha solicitado en repetidas ocasiones que se le conceda la autorización para extraer semen de su marido para fecundarse después. El deseo de Julia B. de procrear un hijo con su marido era tal que, para "neutralizar" responsabilidades de tipo legal, planteó que el descendiente no llevase los apellidos del padre y no tuviese derecho alguno de herencia. De acuerdo con el juez "no es jurídicamente factible que la voluntad de un varón incapacitado y en estado de coma pueda ser suplida, mediante autorización judicial, en orden a prestar consentimiento para tener descendencia con su esposa a través del sometimiento de ésta a técnicas de reproducción asistida". Y añade: "No está de más hacer hincapié en que la suplencia judicial de la voluntad de un incapaz en aquellos supuestos que, por su naturaleza, excedan del ámbito competencial propio de los tutores, no puede, en ningún caso, extenderse a la realización de un acto de carácter tan personalísimo como es la decisión de tener un hijo".*

*El problema, sin embargo, es más complicado, pues el derecho a la maternidad de Julia estaba impedido, ya que por ser casada no podía quedar embarazada de otro hombre porque esto hubiese implicado el divorcio. A la vez, tampoco le era factible optar por la inseminación artificial "anónima", ya que la ley exige que una mujer casada cuente con la autorización de su consorte, lo cual es imposible por la situación médica del cónyuge. Después de múltiples audiencias el juez modificó su sentencia y le otorgó "permiso" para utilizar técnicas de reproducción asistida con semen procedente de donante anónimo.*

*...aunque aparentemente lejano y poco frecuente, [este dilema] plantea muchas preguntas y expone no pocas dudas acerca de los límites de la ciencia, de las relaciones entre individuos y tecnología, de la autonomía de las personas y de las implicaciones que surgen cuando la ley se ve obligada a resolver situaciones médicas. Muestra también una serie de interrogantes para las cuales nunca existirá consenso ni respuestas universales...*

*[Con este ejemplo, se] ilustra y cuestionan algunos de los divorcios contemporáneos entre los seres humanos y sus creaciones, llámense ciencia, tecnología, jurisprudencia. El caso no se remite exclusivamente a principios utilitaristas, nociones éticas o al estudio de los vínculos entre poder y ente. Va más allá. Va al corazón y al ser del individuo. No sólo a la vida del ser humano, sino a su*



*arquitectura más íntima. A su ser. A su autonomía. A sus porciones más entrañables: las que le dictan el deber ser, el poder construirse por medio de decisiones que no afectan a terceros y a las que apelan a la dignidad de los seres.*

*El dilema y la pregunta final es similar a la inicial: ¿puede la ciencia médica inmiscuirse con la autonomía y las vidas de los seres humanos?*

Este caso ejemplifica bien uno de los problemas actuales que se discuten en el terreno de la bioética clínica. Su reflexión, análisis y solución generalmente se adscriben a la corriente propuesta por los bioeticistas Tom L. Beauchamp y James F. Childress, que en 1979 resumieron en un libro ahora clásico los cuatro grandes principios de la bioética clínica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Beauchamp y Childress, 1999). No obstante, existen otras acciones en el campo de la salud que no se limitan estrictamente a las relaciones establecidas entre un médico a un paciente y que también requieren ser analizadas a la luz de su impacto sobre las personas y sobre la sociedad. Entre estas acciones se encuentran, por ejemplo, las que se ubican en el campo de las políticas, la gestión y la operación de los servicios de atención a la salud de la población.

En el siguiente ejemplo, publicado por la revista *Contralínea*, se expone cómo viven el proceso salud-enfermedad las personas que asisten a instituciones públicas en donde operan novedosos programas de atención que suponen mejoras en su nivel de vida:

*“A sus 68 años apenas si puede caminar. Se apoya de un bastón de madera cubierto con cinta de aislar para hacerlo más resistente. Rodolfo G., al igual que sus parientes, forma parte de las miles de personas atendidas por el Seguro Popular. De acuerdo con la administración de Vicente Fox, en 2006 se tiene como meta la afiliación de cinco millones de familias ‘desprotegidas’.*

*Pero las cosas no son tan fáciles como se muestra en la propaganda televisiva y don Rodolfo espera largo tiempo por una ficha que le garantiza ser atendido en el Centro de Salud Urbano (CSU) la Presa, ubicado en Tlalnepantla, Estado de México. El reloj marca las siete de la mañana y el frío cala los huesos.*

*—Hace poco que me detectaron la diabetes. Aquí me lo dijeron— cuenta el anciano. Y aunque esta enfermedad se ubica en el lugar 65 del catálogo de servicios esenciales de salud que emite la Comisión Nacional de Protección Social, lo que supuestamente le garantiza el tratamiento farmacológico gratuito, don Rodolfo no*

*recibe los medicamentos que le recetan por 'falta de abasto', según argumentan en la clínica.*

*Padre de dos jóvenes, que por falta de recursos emigraron a los Estados Unidos, el viejo depende de los dólares que ocasionalmente le mandan sus hijos para sufragar los gastos de los costosos medicamentos. —Una de las cajitas que me recetaron está bien cara, cuesta 300 pesos y apenas tiene 40 pastillas que parecen frijoles. Sólo pude comprar una. Me dijeron que a lo mejor en la siguiente consulta ya había en la farmacia del hospital y ahora vengo a ver qué me dicen, y si no, pues me tomo lo que me den.*

*Y es que, aunque [el presidente] ha prometido la protección universal de la salud y se han ejercido presupuestos por 3 mil 800 millones de pesos en 2004 y 8 mil millones 220 de pesos en 2005, en las clínicas públicas faltan médicos, infraestructura y medicinas.*

*Para el ejercicio fiscal 2006 la Cámara de Diputados aprobó un presupuesto de 16 mil millones 400 mil pesos a favor del Seguro Popular, pero estos no son los únicos fondos públicos asignados al vitoreado programa foxista: la Secretaría de Salud también dispone de 2 mil 657 millones de pesos resguardados en un fideicomiso.*

*De acuerdo con información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la dependencia encabezada por Julio Frenk Mora opera los millonarios recursos en el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, bajo el amparo del secreto fiduciario.*

*...En el Estado de México el proceso de afiliación al Seguro Popular inició en octubre de 2005. Para ello se contrató personal y se impuso la meta de inscribir a mil 500 familias por cada una de las siete unidades de primer nivel adscritas al programa. Sin embargo, este proceso se llevó a cabo en pleno caos. E. H., promotora de afiliación en la entidad, acusa que cuando se ordenó operar el programa, los médicos no tenían idea de cómo emprender la tarea que la Secretaría de Salud les había encomendado.*

*“Se nos informó que la zona estaba con los parámetros predeterminados para iniciar el programa, pero hubo un vacío de información, porque lo único que nos dijeron es que se iba a presentar la afiliación y posteriormente nos darían más detalles”, situación que jamás ocurrió.*

*...Los cuatro médicos y las tres enfermeras que atendemos el centro de salud nos informamos a través de los medios de comunicación, así supimos cómo opera el Seguro Popular en el resto de la República, pero la publicidad que se le hizo a la asignación de miles de millones para el programa no se ha visto reflejada en esta unidad, dice el médico.*

*‘Sabemos del presupuesto asignado, pero aquí no tenemos ningún recurso administrativo, operativo médico o de enfermería. El programa lo estamos sustentando los mismos que atendemos a las personas afiliadas al programa de Oportunidades y a los de consulta externa. No nos damos abasto y en consecuencia la atención al paciente debe ser acelerada’, reconoce...’ (Ramírez, E., 2006)*

Como se puede observar, situaciones como la descrita también contienen implicaciones éticas pero, contrariamente al ejemplo propuesto por Kraus, para su análisis es necesaria una visión en la que se integren la historia, el momento político, las características sociales del contexto y las repercusiones que las acciones emprendidas tienen sobre la sociedad en su conjunto. De hecho, cualquier reflexión sobre el valor de las acciones de salud que rebasan la relación médico-paciente requiere de criterios diferentes a los que se usan en el análisis de las acciones estrictamente clínicas. Del mismo modo que Kraus, para este segundo caso se pueden plantear las siguientes interrogantes:

1. ¿Quiénes son los verdaderos responsables de la emisión de políticas de salud para lanzar programas en donde se supone que se garantiza la atención a toda la población de un país y, sólo se aplican programas para una minoría como beneficiaria en un plan sexenal?
2. ¿Quiénes y por qué deciden el tipo de padecimientos y población que se deben atender?
3. ¿Cuáles son los organismos que piden rendición de cuentas por los resultados de este tipo de programas populares, en donde no sólo se tiene que justificar una serie de inversiones económicas, sino también dar cuenta de la eficiencia de la política en cuanto a las condiciones de salud de la población?
4. ¿Quién o quiénes se hacen responsables de los riesgos a los que se expone tanto la población que participa de estos programas como los que quedan desprotegidos?
5. ¿Por qué la población queda al margen de participar activamente tanto en la discusión de las políticas públicas como en su evaluación, si se afirma que México es un país democrático?
6. ¿Quiénes y con qué criterios se decide la distribución de los presupuestos y subsidios en salud?
7. ¿Cuál es la responsabilidad de la comunidad científica en la toma de decisiones con las que se pondrá en riesgo a la población?

Reflexiones como éstas han motivado la realización de este trabajo. En el fondo, lo que se propone es volver la mirada a los problemas de salud superando la mirada médica; pensar en los problemas sanitarios en una escala superior a los problemas de enfermedad; atender a las preocupaciones de la población en el terreno de su salud incorporando a las ciencias sociales y a las humanidades como elementos capaces de aportar soluciones más racionales, más integrales y más humanas. Bajo la perspectiva de la Medicina Social (MS) y de la Salud Colectiva (SC), la ética de la salud busca ser una ética que supere la bioética clínica —indudablemente pertinente para dar cuenta de las acciones estrictamente clínicas— y se sustente en principios capaces de considerar el impacto de cada acción sanitaria sobre todos y cada uno de los ámbitos de la sociedad.

En las situaciones en donde la salud se considera mucho más que la ausencia de un trastorno biológico, los problemas que se derivan trascienden a la esfera de la política, la economía, la cultura, la historia, y lo que parece desligado de la salud necesariamente queda ligado a ella cuando se supera el análisis reducido que implica la mirada médica. En una sociedad en donde la mayoría de los políticos simulan su trabajo y no son capaces de contemplar las precarias condiciones de vida de la población, es casi natural que las acciones de SC se dirijan a mejorar el bienestar de unos pocos. Se dice que México es una sociedad democrática, pero la participación de la población se limita sólo a la emisión de votos en épocas de elecciones políticas. En el terreno de la salud, por lo menos, no se promueve la participación activa y crítica, aunque existan marcos legales, nacionales e internacionales, que proclaman que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental. Los discursos políticos anuncian que la cobertura de servicios de atención a la salud es del 100% de la población, pero la realidad es otra.

¿Es aceptable que en las sociedades actuales, en donde el desarrollo científico y tecnológico han logrado descifrar y manipular el genoma humano, los niños —formalmente protegidos por los códigos de derechos humanos universales— sigan muriendo de desnutrición, vivan en las calles sin oportunidades de alcanzar

una vida digna y sean víctimas de *trata de personas*, mientras se siguen destinando millones de dólares a la industria militar?

¿Es posible continuar como espectadores ante las multimillonarias ganancias de la industria farmacéutica que, a costa de la medicalización de la “salud” —y de las diferentes etapas de la vida, como la adolescencia, la menopausia o la vejez— sigue siendo la “joya de la corona” capitalista? Esta industria es la segunda con mayores ganancias en el planeta; es privilegiada por las políticas de todos los estados nacionales; disfruta de ventajas fiscales únicas (a cambio de apoyar campañas electorales, por ejemplo); recluta y somete a todas las profesiones científicas, desde físicos hasta ingenieros, para hacerlas trabajar en su beneficio propio; incursiona en cualquier ámbito capaz de generar ganancias (incluso en la guerra) e invierte cantidades millonarias para la investigación y el desarrollo pero sólo de aquellos medicamentos que potencialmente sean capaces de incorporarse al mercado.<sup>1</sup>

En un nivel incluso puramente fenoménico del discurso, es evidente que los temas arriba descritos coinciden con la necesidad de hacer una reflexión en el terreno de la ética; en éste trabajo se proponen algunos principios éticos para el nuevo campo de acciones y conocimientos denominado desde hace cuarenta años Salud Colectiva, cuyo fin se propone construir y conservar la salud para alcanzar una vida digna.

Es una tarea de los actores de la SC promover el cambio en la comprensión de lo que se entiende por salud, y abandonar la idea de que se trata sólo de aquellas situaciones que atienden las clínicas y hospitales. La salud debe ser conservada y cuidada desde diferentes ámbitos; la enfermedad debe prevenirse, tratarse y rehabilitarse pero no sólo en los ámbitos médicos y clínicos; es una tarea de equipo donde interactúan disciplinas que provienen no sólo del campo biológico sino también de los saberes sociales y humanísticos.

---

<sup>1</sup> Los diez principales laboratorios farmacéuticos estadounidenses contribuyeron con 10 millones de dólares a las campañas electorales durante 1999 al 2000. (Pignarre, 2005)

En resumen, este trabajo se propone identificar aquellos principios capaces de sustentar una reflexión ética rigurosa en el campo de la SC. Para lograrlo inicialmente se elabora una propuesta sobre el concepto de SC, haciendo un recorrido histórico sobre el desarrollo de este campo del saber. En segundo término se identifican propiamente los principios éticos capaces de permitir la construcción de una ética para dicho campo.

Para el logro de los objetivos del presente trabajo se recurrió a métodos y técnicas de investigación documental para identificar los temas fundamentales en SC, utilizando palabras clave para la selección y recuperación de materiales documentales en los tópicos de salud, salud colectiva, medicina social, salud pública, principios éticos, entre otros; esta búsqueda se delimitó por periodos de tiempo. La segunda herramienta metodológica fue la hermenéutica interpretativa —considerada desde una postura diltheyana y gadameriana— pues permite entender al mundo en el orden histórico en que se producen las tradiciones y como parte de una determinada realidad histórica y social; las interpretaciones sobre el mundo suscitan un debate filosófico respecto a la posibilidad de su comprensión e ilustran cómo durante el comprender se lleva a cabo una experiencia de verdad y un alcance de sentido irreductible al método científico moderno (Ferrater, 2004:1622-3; Gadamer, 1999:23-27).

Para el desarrollo de cada uno de los capítulos de este trabajo se procedió, en una primera etapa, a la identificación de las fuentes de consulta a partir de las palabras clave: salud, salud pública, medicina social, salud colectiva, ética, bioética, principios éticos, principios éticos y ética de la salud. La búsqueda se limitó al período comprendido entre 1970 y 2008. En la segunda etapa se realizó la lectura analítica de los textos seleccionados, organizados por temáticas en archivos digitales y en papel, tales como: Concepto de salud, Epistemología, Filosofía, Políticas en salud, Salud/enfermedad, Salud Colectiva, Bioética, Ética en salud, Principios éticos de salud. La tercera etapa correspondió al desarrollo de cada uno de los capítulos del trabajo, según se describe enseguida.

En el Capítulo I se presenta la delimitación del problema a investigar, se describe brevemente el campo de la SC y se discute a la ética de principios biomédicos como poco aplicable a este campo de saberes, aunque se retoma la propuesta de una ética principialista para desarrollar una ética de la SC.

Para la construcción del capítulo II, los materiales que resultaron de las lecturas sobre la evolución histórica del concepto de salud fueron organizados cronológicamente partiendo de la cosmovisión occidental griega hasta el inicio del siglo XXI. Éste apartado tiene como intención el mostrar las diferentes concepciones que la salud ha tenido en los diferentes momentos histórico-sociales.

El capítulo III versa sobre la evolución de la Salud Colectiva. Para construirlo se revisaron materiales documentales que comprendieron un período de 30 años y en los que se identificaron las transiciones conceptuales que los diferentes autores han dado a la SC, relacionando cada transición con los paradigmas de investigación propuestos por Guba y Lincoln (1998). La intención es hacer un acercamiento epistemológico al campo de interés.

En el capítulo IV se presenta un concepto resumido de SC. Este concepto se desprende de un análisis hermenéutico interpretativo<sup>2</sup> de las diferentes etapas por las que ha transitado la SC. La siguiente es la definición de lo que, con propósitos heurísticos, se entenderá en este documento como SC:

*“La salud colectiva es un campo de acciones y de conocimientos inter y transdisciplinarios en donde la interacción de las personas con las instituciones, en el proceso salud-enfermedad-cuidado, busca la construcción y conservación de la salud a fin de alcanzar una vida digna”*

---

<sup>2</sup> De acuerdo con Dilthey, la hermenéutica no es solo una técnica auxiliar para el estudio de la historia, es un método que permite fundamentar la validez universal de la interpretación histórica; se basa en un previo conocimiento de los datos de la realidad que se trata de comprender pero que a la vez da sentido a dichos datos por medio del proceso de comprensión (como método de las ciencias del espíritu). (Ferrater-Mora, 2004:1622-3)

Esta definición se complementa con una justificación de cada uno de los términos que la componen.

Los principios éticos propuestos para la SC se presentan en el Capítulo V. Inicialmente se presenta una revisión exploratoria de la información existente sobre una ética para la salud pública. Como se ha señalado, los principios formulados para la SC parten de la hermenéutica crítica propuesta por Adela Cortina para la construcción de una ética aplicada. Estos principios son los de: equidad, justicia distributiva, solidaridad, responsabilidad, subsidiariedad, precaución, participación, tolerancia y reciprocidad.

Finalmente se presentan los apartados correspondientes a las conclusiones, las perspectivas de trabajo y las limitaciones del estudio.



## CAPITULO I. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

### PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia la salud y la enfermedad se han concebido de acuerdo con los diferentes momentos históricos, el avance del conocimiento y la forma de pensamiento dominante en las sociedades; en éste devenir socio-histórico la ética no ha escapado a ello. En el caso específico de la ética médica, ésta se ha abordado como deontología médica y, en los últimos tiempos, como bioética para guiar la práctica médica.

Como ética médica, los antecedentes remiten alrededor de 1750 a. de C., en las sociedades arcaicas, en particular al Código del rey Hammurabi (Engelhardt, D., 2004), época en la que ya se legislaba sobre los honorarios profesionales y la responsabilidad civil del médico. No obstante que en aquellos tiempos el médico era tenido como un sacerdote, su actuar profesional estaba vigilado y sancionado por el Estado. Una de las fuentes más importantes de la ética médica desde la Antigüedad hasta nuestros días es el Juramento Hipocrático, que data de los s. V y IV a. de C. —y que probablemente no provenía directamente de Hipócrates, aunque se considera que reunía el espíritu hipocrático de dichos siglos— (Engelhardt, D., 2004). La ética médica que destila el **Juramento** ha sido considerada formalmente como religiosa. El médico era un servidor o sacerdote de la naturaleza. Sólo más tarde, cuando se recibió la influencia de las corrientes estoicas, también de origen naturalista, la filantropía sirvió de fundamento para que se le tuviera amor al arte de curar (Laín Entralgo, P., 2003).

A la fecha, el médico continúa practicando a la manera de los hipocráticos: con gran respeto por la vida humana, con el firme propósito de proporcionar beneficio, pero sobre todo con un exagerado instinto paternalista. La razón asiste a

Diego Gracia cuando afirma que el **Juramento** hipocrático ha sabido expresar perfectamente las características fundamentales del rol sacerdotal o profesional, que no solo ha sido el paradigma de la ética médica, sino de la ética profesional en cuanto tal, características que responden al estar dominado por el criterio de “beneficencia”, dándosele a esto una interpretación rigurosamente “paternalista” El enfermo o paciente continuó siendo tratado como un ser incapaz, sometido al criterio de un *dominador ilustrado*: el médico (Gracia, D. 1989).

Lo anterior sugiere que en la práctica médica ha existido la preocupación de regular el comportamiento ético de los médicos tanto en la relación médico-paciente como en la práctica de la investigación médica, como lo muestra la prescripción de Códigos de ética implementados para el médico, la enfermera y en general para los profesionales de la salud. En el caso de la investigación clínica se han prescrito Normas Internacionales, como la Declaración de Helsinki; y a nivel nacional, la Ley General de Salud y sus Reglamentos, así como la creación de Comités de Ética locales en las instituciones médicas y de investigación biomédica, lo cual no deja de ser meritorio por intentar establecer un orden moral.

La bioética actual es uno de los campos ampliamente reconocidos en torno a reflexiones éticas en el terreno de la salud y la biotecnología, y es entendida como una disciplina o subdisciplina dentro de la ética (Ferrer y Álvarez, 2003) o como una de las éticas aplicadas (Etxeberría, X., 2005). Es considerada por Ferrer con un nacimiento bilocalizado ya que Hellegers y Potter la dan a conocer casi al mismo tiempo.

La disciplina que hoy reconocemos como Bioética fue bautizada por Van Rensselaer Potter, famoso investigador en el campo de la oncología de la Universidad de Wisconsin en Madison. A Potter se le considera sin lugar a dudas el primero en acuñar el término *Bioética*. La bioética de Potter se propone identificar y promover los cambios óptimos para sostener y hacer prosperar al mundo civilizado; construir un puente entre la cultura de las ciencias naturales y la cultura de las

humanidades. En un sentido simplificador se dice que su bioética es sobre todo ecológica (Ferrer y Álvarez, 2003:62).

En enero de 1971 Potter publicó el primer libro con la palabra Bioética, "*Bioethics: Bridge to the Future*". En 1970 ya había utilizado el mismo término en un artículo titulado: *Bioethics: The science of survival*, en donde expresaba:

*"Hay dos culturas —ciencias y humanidades— que parecen incapaces de hablarse una a la otra y si ésta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente, podríamos fabricar un "puente hacia el futuro" construyendo la disciplina de la bioética como un puente entre dos culturas. Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos. La humanidad necesita urgentemente de una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida" (Potter, 1971:2).*

Potter entendió la bioética no como un simple saber teórico, sino como un cuerpo de conocimientos que, como tal, nos proporcionará pautas generales que indicaran cómo hacer un uso racional de la gran cantidad de conocimiento acumulado por las diversas especialidades del saber en la convivencia social. La bioética, según él, debía tener el papel de brújula que guiara las políticas públicas para conseguir el "bien social". Concebía a la bioética como ciencia de la supervivencia, para destacar los dos pilares básicos —*bio-ética*— sobre los que debía fundamentarse: el conocimiento científico, ordenado por la biología, y los elementos esenciales de las ciencias sociales y las humanidades.

En la actualidad la idea de Potter acerca de la bioética ha derivado en un reduccionismo (Quintanas, 2008), pues se le ha reducido a ética clínica y a una serie de medidas puntuales y aisladas que toman la forma de reglamentos y leyes, a pesar de tener una importancia innegable por aportar un debate en torno al saber y la práctica biomédica y mejorar algunos aspectos concretos de las políticas públicas.

Dentro de la bioética, una de las corrientes que ha hecho esfuerzos para resolver los conflictos que aparecen en el momento de la toma de decisiones en el área biomédica es la bioética de orientación principalista, basada en los cuatro

principios formulados por Beauchamp y Childress. La bioética principalista consiste en lograr un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta ante un dilema moral. Los cuatro grandes principios que propusieron Beauchamp y Childress son los siguientes:

***“Principio de beneficencia,** se refiere a la obligación del médico de proporcionar al paciente la atención que mayor beneficio pueda producirle.*

***Principio de no-maleficencia,** afirma la obligación del médico de no hacer daño intencionalmente al paciente, aunque él mismo lo pida.*

***Principio de autonomía,** tiene su origen en el reconocimiento de la persona humana como un ser individual dotado de racionalidad y libertad. En este principio también suelen incluirse los derechos de los pacientes al trato digno, a la confidencialidad de la información y la seguridad del anonimato. Este principio es el fundamento para el uso del consentimiento informado.*

***Principio de justicia,** con él se pretende que la decisión que se tome en relación con los enfermos parta de consideraciones estrictamente médicas, y de ninguna otra índole” (Beauchamp y Childress, 1999).*

Estos principios han tenido una gran difusión y aceptación tanto entre los académicos y filósofos de la salud como en el ámbito de los servicios médicos. Sin embargo, es claro que no siempre pueden responder a los problemas con los que se enfrenta el sistema de salud a escala de grupo y de sociedad, ni a los dilemas que se presentan durante la atención de tipo no personal, el diseño de los programas y la evaluación de las políticas sanitarias. De acuerdo con algunos autores, la bioética como tal no puede aplicarse para la solución de esta índole de problemas (Polo, F., 2004; Pérez, J., 2008; León, F., 2008)

La perspectiva de Beauchamp y Childress —que actualmente prevalece tanto en la práctica clínica como en la administración de los servicios de salud— requiere ser seriamente evaluada, a fin de que la ética se encuentre de nuevo en condiciones de participar de manera eficiente en la construcción de sistemas de salud organizados y estructurados con políticas de salud adecuadas para toda la sociedad, poniendo los servicios de atención al alcance de todas las personas, las que intrínsecamente merecen condiciones adecuadas para vivir en forma digna y gozar

de condiciones físicas que les permitan mantener adecuadamente su relación con el entorno.

En consecuencia, se requiere de una ética enfocada a abordar los problemas de las políticas de salud mirando a la sociedad en su conjunto para establecer estrategias que permitan alcanzar el bienestar de los diferentes grupos que la conforman, en una vida de convivencia dentro del respeto, la solidaridad, la participación, la responsabilidad, la tolerancia y la protección.

Actualmente encontramos que se reflexiona y escribe sobre diferentes parcelas en la bioética tales como: la feminista, la social, en la cuestión de los animales, la ecológica, etc. Además de las corrientes que se han desarrollado también se pueden identificar diversas teorías que han surgido dentro del mismo campo de la bioética, como la personalista, la principialista, la pragmática utilitarista, entre otras. Sin embargo, la idea inicial de Potter de crear un puente entre la biología, las ciencias sociales y las humanidades ha quedado olvidada y nuevamente habría que contextualizar los hechos que han llevado a dicho fraccionamiento.

Tanto la enseñanza como la práctica de la bioética se han reducido al ámbito hospitalario, nuevamente a la relación médico-paciente, a los problemas de toma de decisiones clínicas, a la legislación sobre trasplantes, donación de órganos, sida, aborto, vejez, eutanasia, genoma humano, clonación, reproducción asistida, ingeniería genética, entre otros, que si bien tienen implicaciones sociales, políticas y económicas, se siguen abordando desde la mirada de la ciencia positiva, que fracciona los fenómenos y sólo admite la objetividad en la búsqueda de la verdad. Esto limita el estudio de los fenómenos de salud y propicia la generación de conflictos y contradicciones, pues si en un origen la bioética se propuso construir un puente entre biología, ciencias sociales y humanidades, bajo esta óptica tal esfuerzo se diluye hasta casi perderse.

Adela Cortina señala otra postura posible para abordar los problemas de la bioética, al ubicar la importancia de la Ética Aplicada. La ética aplicada surge como respuesta a los problemas morales inéditos planteados por el actual nivel de desarrollo científico técnico, por el proceso de globalización en curso y por el pluralismo moral propio de las sociedades modernas democráticas inmersas en dicho proceso<sup>3</sup>. Dado que se ha tratado de acotar a la bioética con más precisión, se la ha llevado a tratar problemas relacionados con las ciencias de la salud y las biotecnologías y, al limitarla al uso de ciertos principios para orientar la búsqueda de respuestas para algunos de temas específicos, se enfrenta a la falta de fundamentaciones filosóficas, como por ejemplo en el concepto de **persona** (Cortina y Martínez, 2001).

En resumen, la reflexión ética sobre el quehacer del hombre en el campo de la salud actualmente se dirige casi exclusivamente al individuo —especialmente a la práctica clínica y a la investigación básica— sin haber desarrollado una forma de reflexión sistemática orientada al campo de actividades sanitarias conocido como salud colectiva.

De acuerdo con lo expuesto se puede aseverar que aún no existe una ética desarrollada sistemáticamente —y expuesta de manera explícita— que desde en el campo de la salud guíe las acciones dirigidas a los grupos, las colectividades o las sociedades, considerados en toda su complejidad histórica, política y cultural. La ética de la salud, tal como se ejerce actualmente a través de la bioética principialista de Beauchamp y Childress, es insuficiente para dar respuesta a esta necesidad. De ahí que la pregunta de investigación sea la siguiente:

---

<sup>3</sup> Una *sociedad pluralista* es aquella en la que hay distintos grupos, con distintos códigos morales... es justamente aquella en que no hay un código moral único. Conferencia "Bioética. principios y metas": jueves 8 de mayo de 2003 Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad de Chile. (Adela Cortina en la Universidad de Chile). Perspectivas Éticas. 1 de Mayo de 2003.

¿Cuáles son los principios éticos que deben guiar las acciones de la Salud Colectiva durante la búsqueda y conservación de la salud de las personas y grupos para lograr una vida digna?

## **OBJETIVOS**

### General:

Identificar, desde una perspectiva teórica, los principios éticos que permitan a las personas e instituciones alcanzar y/o conservar el bien salud a través de acciones emprendidas desde el campo de la Salud Colectiva.

### Específicos:

1. Proponer, con propósitos heurísticos, una definición que permita comprender qué es la Salud Colectiva.
2. Identificar los principios sobre los cuales pueda construirse una ética aplicada a la Salud Colectiva.



## **METODOLOGÍA**

Para el logro de los objetivos del presente trabajo se recurrió a los métodos y técnicas de investigación documental y de la hermenéutica interpretativa.

En una primera etapa se procedió a la revisión documental de las fuentes teóricas más importantes en el campo de la SC. Para ello se llevó a cabo una selección, clasificación y lectura de documentos recolectados a partir de las palabras clave: salud, salud pública, medicina social, salud colectiva, ética, bioética, principios éticos, y principios éticos para salud. El período de búsqueda quedó comprendido entre 1970 a 2008. En caso de requerirlo el período de búsqueda se amplió, como sucedió para el capítulo II.

La segunda etapa comprendió la lectura analítica de textos seleccionados, tales como diccionarios y enciclopedias especializadas, libros temáticos, artículos de revistas especializadas, conferencias, memorias de congresos y un gran acervo de hemerografía digital. Todos los materiales recuperados fueron organizados temáticamente en archivos digitales y en papel bajo los siguientes rubros: Concepto de salud, Epistemología, Filosofía, Políticas en salud, Salud/enfermedad, Salud Colectiva, Bioética, Ética en salud, Principios éticos de salud.

En la tercera etapa se llevó a cabo la revisión de la información existente sobre las éticas en el campo de la salud y una síntesis de la evolución histórica del concepto de salud; se analizó la evolución de la Salud Colectiva y su concepto; y se construyó —mediante un análisis hermenéutico interpretativo— una definición propia de lo que se puede entender como SC.

En la última etapa se seleccionaron, desde una perspectiva estrictamente teórica, los principios éticos propuestos para la SC. Para identificarlos y seleccionarlos también se recurrió a la hermenéutica crítica de Adela Cortina (2001:165).

## CAPÍTULO II. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

En este capítulo se trata de dilucidar qué es la salud. ¿Es la salud un bien?, ¿es un valor?, ¿si es un valor, qué tipo de valor?, ¿es la salud un equilibrio?, ¿es una mercancía?

Se espera llamar la atención sobre el impacto que posee el significado del concepto sobre el tipo, la magnitud y la orientación de las acciones de salud desplegadas por la sociedad en forma de intervenciones clínicas, programas sanitarios y políticas en salud.

Si bien se han realizado múltiples esfuerzos para dilucidar el significado del término *salud*, entre los especialistas no existe un acuerdo al respecto. Dicho asunto no es banal: si la atención médica y los sistemas sanitarios persiguen la *salud*, es fundamental tener claro en qué consiste. En las siguientes líneas se plantean los principales obstáculos enfrentados a la hora de concebir qué es la salud, así como las tentativas que los principales filósofos de la salud han realizado para resolver el problema.

Para empezar se presenta una breve descripción de la evolución histórica del concepto, así como su relación con la mentalidad de cada época.

### II.1 Origen etimológico de “salud”

Para el pensamiento clásico la palabra *salus*<sup>4</sup> proporciona inmediatamente una idea de su significado. *Salus* y *salvatio*, muy semejantes en latín (la u y la v, cuyos sonidos y grafía ahora distinguimos, eran una sola letra para los clásicos), significan

---

<sup>4</sup> Salus: salud, salvación, conservación. Salvatio, Salvación. Diccionario Latín – Español, Español –Latín. Ed Porrúa. 4ª. ed. 1999. p. 695.

ambas “estar en condiciones de poder superar un obstáculo” (obstáculo eminentemente físico, en el primer caso, y espiritual, en el segundo). De estas palabras latinas se derivan sus equivalentes castellanas salud y salvación. (Pardo, A., 1997).

El término castellano “salvarse” incluye el significado original de “superar una dificultad”, y se aplica tanto a dificultades naturales (v. gr. salvarse de un incendio), como a las sobrenaturales (v. gr. la salvación del alma). El término salud, sin embargo, ya no se encuentra ligado al significado de “superar una dificultad”, y en la actualidad se refiere particularmente al bienestar físico y corporal que se presenta cuando no existe una condición expresamente identificable que lo limite (denominada, por lo general, *enfermedad*). Aunque existe una gran variedad de definiciones sobre la salud, en general todas se limitan a repetir, ampliar y perfeccionar este supuesto. En todo caso, la mayoría de las definiciones y conceptos de salud se refieren a la enfermedad, más que a la propia salud.

A mediados del siglo veinte las instituciones internacionales dedicadas al acompañamiento de los países en su lucha por lograr mejores condiciones de salud —como la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la ONU— propusieron una definición que señala que la salud “es el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia”. Esta definición, como se ha señalado desde hace varias décadas, se refiere a una condición ideal, estática, absolutista, que carece de instrumentos operativos y que no considera que la salud es un proceso complejo, de naturaleza dialéctica.

En la búsqueda de una definición operativa capaz de integrar los complejos procesos que incluye la condición conocida como *salud*, los expertos han recuperado las distintas concepciones presentes a lo largo de los casi veinticinco siglos de actividades humanas realizadas en torno a la conservación, recuperación y fortalecimiento de la salud. Enseguida se presenta un resumen de este proceso histórico.

## II.2 La Grecia antigua

Las primeras explicaciones racionales sobre el carácter natural de la salud y la enfermedad fueron hechas por los filósofos griegos. Alcmeón de Crotona (500 a. de C.) incorporó a la medicina la teoría pitagórica de los contrarios, proponiendo que la salud consistía en la armonía entre lo caliente y lo frío, lo húmedo y lo seco, lo dulce y lo amargo. En este caso, la tarea del médico consiste en restablecer la armonía perturbada (Fischl, J., 2002). Esa escuela médica, sin embargo, todavía conserva algunos rasgos de pensamiento mágico derivados de la escuela pitagórica numérica.

Hipócrates (460 a 377 a. de C.) entendía que la causa de las enfermedades era la vida alejada de la naturaleza, y que la tarea del médico era devolver a los enfermos a esa vida. La naturaleza es la única que realmente puede sanar y el médico es su servidor. La importancia de ésta escuela radica en haber liberado a la medicina de los prejuicios mágicos que la habían dominado, y proceder en forma puramente racional en la curación de los enfermos (Fischl, J., 2002:37). El famoso juramento hipocrático muestra la alta moral de ésta escuela.<sup>5</sup>

Se puede interpretar que para Hipócrates, el estar sano era equivalente a estar vivo, y para ello se requería de llevar una vida mesurada en alimentos, bebida y descanso; es decir, se identificaba la causa o causas que rompían el equilibrio de su propia naturaleza y los médicos debían ayudar a restablecerla conforme a ella.

---

<sup>5</sup> << Juro por el médico Apolo, por Esculapio y todos los poderes de la salud y de la curación, en presencia de los dioses y diosas, el siguiente juramento, que procuraré cumplir fielmente: Daré siempre mis recetas para bien de los pacientes según mi ciencia y conciencia, y no dañaré nunca a nadie. Nunca procuraré a nadie un veneno mortal, aunque él me lo pidiera, ni aconsejaré nunca nada que pueda tener por consecuencia la muerte. Jamás procuraré a una mujer un medio para matar el fruto de su vientre, sino que guardaré siempre pura y diligente mi vida y mi arte médica. A fin de no poner en peligro los órganos viriles de la generación, no operaré nunca por mí mismo los cálculos vesicales, sino que dejaré ésta intervención a cirujanos facultativamente formados. En cualquier casa que entrare sólo la pisaré para bien de mis pacientes, y me abstendré de todo placer, especialmente de todo placer sensual con hombres mujeres, ora se trate de libres o de esclavos. Callaré sobre cosas de que tenga conocimiento por el tratamiento de mis pacientes y hasta sobre cosas discretas que conozca fuera de ese trato, y las guardaré para mí como un secreto sagrado. Si guardare este juramento, goce yo de mi vida y de mi arte médica ante todos los hombres y por todos los tiempos; mas si fuere perjuro, caiga sobre mí toda desgracia>>, tomado de Fischl, J. (2002). Manual de historia de la filosofía. Ed. Herder. España. p. 37.

Para Empédocles de Agrigento (490 a 430 a. de C.) las tres causas fundamentales de enfermedad son la sequedad (fiebre), la humedad (reuma) y la corrupción (sepsis) (Fischl, J., 2002:44-45). La salud es una armonía que, cuando se enfrenta a fuerzas externas, se pierde, y esa pérdida es la enfermedad. Empédocles liberó a la medicina del dogma de la existencia de una sola materia primigenia al contraponerle los cuatro elementos (tierra y fuego, agua y aire). Filistón finalmente los convierte en los cuatro humores (sangre, flema, bilis y bilis negra) y los cuatro temperamentos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico) (Fischl, J., 2002).

Galeno (129 a 199 d. de C.) opone al individuo absolutamente sano respecto al absolutamente enfermo, y consideraba que independientemente de lo buena que pudiese ser la constitución de un hombre, éste siempre estaba amenazado por dos vías de deterioro, una intrínseca y espontánea (como la edad avanzada) y otra extrínseca o accidental (como las amenazas del ambiente). Para protegerse de estos riesgos las personas debían observar las reglas marcadas por la higiene (Sigerist, H., 1998:26). Demócrito de Abdera (460 a 370 a. de C.) propuso la tesis de "las semillas morbosas", intuyendo la existencia de los microbios. Con este pensamiento se va perfilando por primera vez una tendencia causalista de la enfermedad (Museo virtual-Instituto de Salud Carlos III, 2009).

Aristóteles (384 a 322 a. de C.), en su libro VII de la Metafísica, señala que la salud es un bien no natural procurado por el hombre mismo, preparándolo para vivir bien y alcanzar la felicidad. Sin embargo, el verdadero mérito de Aristóteles en materia médica consistió en proporcionar un ordenamiento a los saberes generados por sus contemporáneos y dotarlos de fundamentos lógicos (Aristóteles, 2004:149-151)

### **II.3 La Edad Media**

Durante la Edad Media el conocimiento médico, como muchos otros saberes, sufrió un estancamiento cultural que culminó prácticamente hasta el Renacimiento. Aunque en Italia, España y el Medio Oriente existieron varias escuelas médicas medievales, la innovación más importante en esta época consistió en la generalización del pensamiento hipocrático y galénico, a partir del ordenamiento de las artes y ciencias propuesto por Aristóteles. Este fenómeno fue especialmente importante a partir del siglo XI, como consecuencia de la fundación de las universidades y la traducción de las obras de la ciencia antigua. No obstante, con el surgimiento de la escolástica como único de enseñanza, la prohibición de las disecciones y la hegemonía del pensamiento religioso como la única racionalidad legítima, el Occidente Medieval no desarrolló ningún conocimiento médico realmente novedoso (Mason, S., 1988:145-154).

En la Edad Media el concepto de enfermedad volvió a impregnarse de explicaciones mágico-religiosas. Implicaba la presencia de una relación entre un evento inicial (la causa) y otro final (la consecuencia), de carácter sobrenatural. Para la medicina medieval lo más importante era identificar la causa de la enfermedad (la falta o pecado) y un mecanismo eficaz para lograr su eliminación (la pena). La población aceptaba las enfermedades sin cuestionamiento alguno pues eran un mandato divino. En este momento de la historia la unión entre la Iglesia y el Estado era absolutamente lógica y necesaria, dado que la primera función del estado, como institución cuidadora del hombre, era la salvación de las almas. Más tarde, especialmente con el surgimiento de las grandes pandemias mundiales, el estado adopta también el papel de cuidador de los cuerpos, implantando medios de control para evitar que las enfermedades se conviertan en amenazas capaces de hacer desaparecer a la sociedad.

## **II.4 Edad Moderna**

El Renacimiento (siglo XV) consistió básicamente en un resurgimiento del pensamiento clásico greco-romano y una ruptura con el mundo medieval,

especialmente como consecuencia de una serie de extraordinarios avances en materia científica y humanística, como los de Copérnico, Galileo y sus contemporáneos y seguidores. En esta fase de la historia surgen la idea de una ciencia empírica; la visión cuantitativa de la naturaleza y el empleo del método inductivo.

En el campo de la salud aparece una visión mecanicista, que permite el desarrollo de grandes avances en materia de anatomía y fisiología humanas.

Descartes, considerado el padre del iatro-mecanicismo, diferenciaba el alma del cuerpo; consideraba a la primera como incorpórea, inmortal e infinita, y al segundo como corpóreo, mortal e infinito; la materia en movimiento explicaba toda la naturaleza, incluida la humanidad. El cuerpo era un mecanismo semejante a un reloj, que negaba la determinación atribuida a la naturaleza por Galeno y Aristóteles (Lindemann, 2001:88-91).

La teoría mecanicista predominó hasta 1700 y la medicina era considerada como el arte de emplear correctamente los principios físico-mecánicos, a fin de conservar la salud del hombre, o recuperarla si se había perdido.

Posteriormente, Stahl (1657 a 1734) expuso una versión diferente conocida como *animismo*. Según Stahl, el alma o *ánima* creada por Dios garantizaba el funcionamiento del cuerpo. Por lo tanto, el cuerpo no era una máquina, ni un horno químico, sino un organismo divino regido por el alma.

En el siglo XVIII se modifica el estatus de arte que asignado a la medicina, empieza a ser considerada como la *ciencia médica*, que busca explicar la complejidad de la vida, intentando determinar si era puramente mecánica (*material*) o si existía algo más. Culturalmente, este siglo es denominado como el siglo de la Ilustración, y se presenta como el período de calma que precedió a la tormenta clínica que se desencadenó en la década de 1790; no existe ninguna peculiaridad ni

teoría que represente a la medicina en la ilustración, pero se produjeron amplios e innovadores discursos médicos, que argumentaban que la planificación racional y la vigilancia incesante contra el oscurantismo y la insensatez redundarían en beneficio del hombre y de la sociedad.

En general todos creían (hombres y mujeres) que la acción del estado era esencial para conseguir cambios significativos y beneficiosos. En ese sentido, la Ilustración encajaba perfectamente en los esquemas mercantilistas para aumentar la productividad mediante una planificación meticulosa. Los filósofos conservaron su fe en Dios, y sólo algunos<sup>6</sup> rechazaron a Dios, aceptando plenamente las teorías materialistas y promoviendo “una idea radicalmente distinta de salud, que se consideraba la clave de la felicidad terrenal”. Dicha transformación de mentalidad se reflejó en los intentos por corregir las insalubridades del medio, aumentar las poblaciones y cultivar la mejor salud de la gente (Lindemann, M., 2001:91-92).

## **II.5 La revolución industrial**

En el siglo XVIII (1690 a 1760) surge en Inglaterra la Revolución Industrial. Dicho término indica el extraordinario cambio efectuado en la productividad —sobre todo en la rama manufacturera— que tuvo enormes efectos sobre el comercio, la agricultura y la población.

De acuerdo con Bernal, la historia convencional de la ciencia durante la revolución industrial se considera como un apéndice del vigoroso movimiento de repudio de la ciencia antigua que encabezaron Copérnico, Galileo y Newton. Sin embargo, mientras que en el siglo XVIII se habían resuelto los problemas de los griegos utilizando los nuevos métodos matemáticos y experimentales, los científicos del siglo XVIII emplearon esos métodos para resolver problemas que los griegos

---

<sup>6</sup> Como Helvetius (1715-1771) y el Barón de Holbach (1723-1789).



jamás se habían planteado, logrando que la ciencia quedara integrada firmemente al mecanismo productivo, a través de la ingeniería mecánica, de la química y de la electricidad; la ciencia fue desde entonces indispensable para la industria. No obstante, la ciencia siguió siendo una parte del conjunto de ideas erigidas en interés de las clases dominantes, o dicho de otra forma, la ciencia formaba parte integrante de la superestructura ideológica (Bernal, J., 1989:481-521).

## **II.6 La revolución francesa y la medicina social**

Esta forma de sociedad monárquica fue trascendental, pues en dicha época el pueblo era sometido por el monarca y por el temor a Dios. El rey pretendía que su poder derivaba de Dios, a quien únicamente debía cuenta de sus actos. Sus súbditos no tenían ningún derecho, pero sí el deber de obedecer; declaraba la guerra y hacía la paz; comandaba los ejércitos; determinaba los gastos y fijaba los impuestos; nombraba y destituía a los funcionarios y dirigía la administración entera.

El desarrollo de los medios proporcionados por la Revolución Industrial permitió a los médicos de los siglos XVII y XVIII usar nuevos recursos para la atención de las dolencias. A finales del siglo XVIII surge una nueva teoría, representada por Sydenham, denominada "Empirismo". Inicialmente este término era utilizado por los médicos para denigrar a quienes no tenían formación universitaria, pero en el siglo XVIII paso a tener significar el método científico "basado en la experimentación y la observación" (Lindemann, M., 2001:65-99).

Paulatinamente, los nuevos descubrimientos permiten la elaboración de explicaciones más potentes, y de prácticas médicas más efectivas. El desarrollo de los métodos de tinción de los tejidos orgánicos y el uso del microscopio, por ejemplo, permiten el desarrollo de la anatomía patológica y a fisiología moderna. Con Louis Pasteur (1822-1895) inicia la *medicina moderna*, caracterizada por tres ideas centrales:

1. El concepto de la enfermedad celular
2. La teoría del germen como productor de enfermedad, y
3. La teoría epidemiológica (Twaddle, 1974:29-38)

Durante este mismo periodo, en el que se está construyendo la ciencia moderna, Rudolf Virchow (1821 a 1902) critica los postulados de Pasteur. Virchow fue influido por el movimiento inglés que denunciaba las deplorables condiciones sanitarias de los trabajadores industriales. La medicina, señalaba Virchow, debía no sólo aliviar los efectos de las malas condiciones de salud sino transformar sus causas económicas, sociales y físicas. Fundó el periódico *Die medizinische Reform*, que se convirtió en una fuerza progresista de la medicina alemana. En este momento se conforma lo que será conocido como la primera *medicina social* (Sigerist, 1998:86-87).

Rudolf Virchow planteaba que la “medicina es una ciencia social”, y reconocía que era deber del estado velar por el bienestar físico de todos sus miembros. En consecuencia, tenía la obligación de adoptar previsiones para el fomento y conservación de la salud y para la normalización de las condiciones sanitarias alteradas (Sigerist, H., 1998). Junto con Virchow, los representantes de la medicina social fueron el francés Villermé; los ingleses Chadwick, Williamson y Pearse; y los alemanes Pettenkofer y Newman.

De acuerdo con Rosen (1985:77-162), el movimiento de la naciente medicina social constaba de tres principios fundamentales:

1. La salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad.
2. Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad, y la relación entre unas y otras debe estar sujeta a la investigación científica.

3. La sociedad debe dar los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y las medidas adoptadas deben ser tanto sociales como médicas.

Estas propuestas permitieron bosquejar una Ley de Salud Pública por la Sociedad Berlinesa de médicos en 1849 y más tarde crear las distintas sociedades de salud pública del mundo, que culminaron con la creación de la primera escuela de salud pública en la Universidad de Johns Hopkins en 1916.

Dado que la MS considera a la salud como un valor social, Rosen señala que es de interés saber de qué manera ese valor es definido por los grupos sociales, la naturaleza de los deseos de los diferentes grupos con respecto a la salud, y el grado en el que estos fines se logran o se frustran. Naturalmente (sigue Rosen) esto implica una comprensión de la jerarquía de valores de nuestra sociedad, y del lugar que ocupa la salud como valor en las diferentes clases sociales. De inmediato se hace evidente que un conocimiento de este tipo tiene implicaciones en campos tales como el cuidado médico, la nutrición y la educación para la salud.

## **II.7 Siglo XX**

Durante el siglo XX el desarrollo del saber biomédico se torna vertiginoso y aparecen las grandes medidas diagnósticas y terapéuticas que caracterizan a nuestra época. Una vez incorporados a la práctica médica los grandes descubrimientos del siglo XIX (la anestesia, la antisepsia, la cirugía efectiva, los primeros antibióticos, las vacunas, etc.), las ciencias médicas se diversifican y amplían con el desarrollo de la bacteriología, la inmunología, la toxicología, la farmacología, la medicina de trasplantes, la genética, etcétera. Aparentemente, es cuestión de tiempo la desaparición de los grandes problemas de salud de la sociedad.

No obstante, este desarrollo técnico y científico no termina con las patologías de la sociedad, y aunque muchos problemas disminuyen o son controlados (como algunas enfermedades infecciosas y agudas), otros se incrementan convirtiéndose en verdaderas epidemias (como los padecimientos crónicos y degenerativos).

Estos hechos hacen revivir los intensos debates observados durante el siglo XIX entre los representantes de la medicina social y las ciencias biomédicas, apareciendo nuevas discusiones en los terrenos sociológico y epistemológico.

En el terreno de la sociología, Talcott Parsons (1902 a 1979) sostiene que la enfermedad es “un estado de disturbio de las funciones normales del individuo como totalidad, incluyendo tanto al organismo como sistema biológico como a los ajustes personales y sociales que resultan de ello”<sup>7</sup> (Almeida Filho, 2001:754). Esta concepción nos da muestra de las relaciones funcionales entre sistemas y subsistemas. Por analogía podríamos inferir que para Parsons, la salud será el funcionamiento normal del individuo humano, lo que incluye su sistema biológico y su condición social.

En el campo de la epistemología de la salud, de acuerdo con Sandra Caponi (1997:287-307) Descartes, Nietzsche, Merleau-Ponty y Canguilhem deben ser considerados los pensadores que hacen de la salud un verdadero objeto de problematización filosófica.

Georges Canguilhem (1904 a 1995) propone revalorar las ideas prevalecientes en el campo de la medicina sobre el concepto de *normalidad*, sugiriendo que las normas bajo las cuales un organismo se desenvuelve siempre son el producto de un poder normativo previo. Afirma que la salud se ha entendido tanto como un concepto científico, un concepto vulgar y una cuestión filosófica. El concepto vulgar de salud es el que refiere a la salud como “margen de seguridad” o

---

<sup>7</sup> La traducción es nuestra.

posibilidad de enfrentar situaciones nuevas. La salud de cada quien depende del margen de tolerancia que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades del medio; por lo tanto, salud significa poseer una capacidad de tolerancia o seguridad, más que una capacidad adaptativa. Esto podría semejar el significado etimológico de *salus*: estar en condiciones de librar obstáculos.

Canguilhem rescata y discute las aportaciones de otros filósofos, quienes también han intentado aportar al concepto de salud. De ellos destaca a Daremberg, quien afirmaba que en un estado de salud no se sienten los movimientos de la vida. Para Diderot, una persona está sana, cuando ninguna parte del cuerpo nos instruye de su existencia y cuando alguna lo hace es porque estamos enfermos. Para Leibniz *“...el dolor hace conocer la importancia de la salud cuando estamos privados de ella”*. Para Kant... *“Uno puede sentirse sano, es decir, juzgar según su sensación de bienestar vital, pero jamás puede saber que está sano... La ausencia de la sensación... no permite al hombre expresar que está sano de otro modo que diciendo que está bien en apariencia”* de esta manera, refiere Canguilhem, Kant hace de la salud un objeto ajeno al campo del saber, pero esto se podría llevar a un enunciado más drástico: *no hay ciencia de la salud*. Si admitimos esto, entonces la salud es un concepto vulgar al alcance de todos (Canguilhem, 1978:49-67)

En su texto *“Lo normal y lo patológico”* plantea un amplio ejemplo de lo que concibe como salud:

*Si se reconoce que la enfermedad sigue siendo una especie de norma biológica, esto entraña que el estado patológico no puede ser denominado “anormal” de un modo absoluto, sino anormal dentro de la relación con una situación determinada. Recíprocamente, estar sano y ser normal no son cosas totalmente equivalentes, porque lo patológico es una especie de normalidad. Estar sano no es sólo ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esta situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma, que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas ... La salud es un margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio ambiente ... un medio ambiente definido por su devenir histórico ... la salud es un conjunto de seguridades y aseguramientos, seguridades en el presente y aseguramientos para el futuro ... existe un aseguramiento biológico que no es un exceso y que es la salud. La salud es un volante que regula las posibilidades de reacción. ... en las reacciones de tipo inflamatorio si la lucha*

*contra la infección fuera victoriosa inmediatamente, no habría inflamación. Si las defensas orgánicas fuesen inmediatamente superadas, tampoco habría inflamación. Si hay inflamación es porque la defensa anti-infecciosa es al mismo tiempo sorprendida y movilizada. Estar en buen estado de salud significa poder enfermarse y restablecerse, es un lujo biológico. ... el hombre solo se siente en buen estado de salud -y tal es la salud- cuanto más que normal -es decir adaptado al medio ambiente y a sus exigencias- se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida. ... El hombre sano no se escamotea frente a los problemas que le plantean las conmociones a veces sutiles de sus hábitos, incluso hablando fisiológicamente mide su salud por su capacidad para superar las crisis orgánicas con el fin de instaurar un nuevo orden. ... comprendemos que la salud sea para el hombre un sentimiento de aseguramiento con respecto a la vida que no se asigna por sí mismo ningún límite. **Yatere**, que dio origen a valor, significa en latín estar bien. La salud es una manera de abordar la existencia sintiéndose no sólo poseedor o portador sino también si es necesario creador de valor, instaurador de normas viales. De allí es seducción que todavía ejerce sobre nosotros la imagen del atleta, seducción de cuya exagerada admiración contemporánea por un deporte racionalizado sólo nos parece una entristecedora caricatura. (quizá se quiera objetar que tendemos a confundir la salud con la juventud. Sin embargo no olvidemos que la vejez es un estado normal de la vida. Pero en igualdad de edad, un viejo que manifiesta capacidad de adaptación o de reparación de los desgastes orgánicos que otro no manifieste, será sano...). (Canguilhem, G., 1978:149-154)*

Lo anterior lleva a reflexionar si a lo largo de la historia el concepto de salud ha transitado desde el concepto etimológico de *salvar obstáculos*, hasta considerarse como la armonía, el equilibrio, el bienestar físico, social y psicológico del cuerpo. Sin embargo, no tenemos una definición concreta, pues el hecho mismo de tratar de definirla ha llevado a los filósofos a referirse a ella como *algo que llama más la atención cuando se pierde, que cuando se posee. Desde este punto de vista, la salud no tiene contenido. La salud se puede considerar un conjunto vacío* (López, 2007).

Dentro de las contribuciones más relevantes sobre el aspecto epistemológico (y propiamente filosófico) de la salud se encuentra Hans-Georg Gadamer (1900 a 2002). Este filósofo alemán, en su texto *El estado oculto de la salud*, señala:

*Pensemos si tiene sentido preguntarse ¿Se siente usted enfermo?, resultaría casi ridículo que alguien preguntara a otro: ¿Se siente usted sano? La salud no reside justamente en un sentirse-a-si-mismo; es un ser-ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos ... se había señalado que el objeto, la resistencia y la objetivación están muy vinculados entre sí, porque constituyen los elementos rebeldes que se cuelan en la vida humana. Por ésta razón, lo más claro es imaginar la salud como un estado de equilibrio de la ingravidez, ya que en él los pesos se compensan. La perturbación del equilibrio sólo puede evitarse con un contrapeso. Pero todo intento por compensar la perturbación, a la vez, amenaza con una nueva pérdida del equilibrio en el sentido contrario... esto demuestra la peligrosidad que*

*está presente en toda intervención ... nos vamos aproximando cada vez más a lo que es, en realidad, la salud. La salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez. Todos la conocemos. Ahí está la respiración, el metabolismo, el sueño. Ellos constituyen tres fenómenos rítmicos que, al cumplirse, brindan vitalidad, descanso y energía. ... Es posible seguir analizando todas estas observaciones para reconocer, en el estado oculto de la salud, el misterio de nuestra vitalidad. Tal es la vida y así también alcanza a rozar la muerte. ... Heráclito decía: “La armonía oculta es siempre más fuerte que la evidente” ... la armonía de la salud muestra su verdadera fuerza al evitar que uno se altere como lo hace ante el dolor punzante o la paralizante locura de ebriedad, que evidencian o producen realmente una perturbación ... una armonía oculta, cuya recuperación es lo que importa y en la cual radican, en definitiva, el milagro de la convalecencia y el misterio de la salud. Esta armonía significa seguridad. (Gadamer, H. G., 2001:128-131)*

Podemos sintetizar que, para Gadamer, la salud es un proceso que marca el ritmo de nuestra vida, que nos permite realizar nuestras funciones de vida, que nos ayuda a vencer las adversidades y perturbaciones, pero que es algo que permanece oculto.

## **II.8 Finales del siglo XX, inicio del XXI**

En esta transición histórica, las concepciones de salud se han radicalizado, pues aparecen posturas desde la física cuántica hasta propuestas liberales enraizadas en las teorías de mercado. Para unos, la salud se puede apreciar como algo complejo donde se debe promover la unidad entre cuerpo y mente, como se muestra en estas ideas extraídas del texto de Dossey:

*En la era del conocimiento y de la carretera de la información; así como, de la cibernética, dentro de una economía globalizada se han dado también grandes cambios en el pensamiento, han surgido nuevos modelos para explicar la realidad, en el campo de la medicina nos vemos forzados a reconocer que la salud del ser humano es algo más complejo de lo que puede explicar el comportamiento de las moléculas, la nueva información se reduce a la importancia de la conciencia. ... La moderna teoría cosmológica sostiene que **todo** cuanto sucede en la tierra sufre el influjo de partes muy distantes del universo (Fred Hoyle). ... Las descripciones de la física cuántica relativas al ínfimo nivel, al mundo subatómico, han destruido la idea de la divisibilidad de la materia en partes distintas y separadas, y han llevado a la conclusión de que todas las “partículas” están fundamentalmente conectadas con todas las demás partículas del universo. ... en el campo de la investigación de las ciencias biológicas y el de las sociales la teoría de Prigogine (químico Belga, premio Nobel 1977) tiende un puente entre ambas, su teoría rompe con las*

*corrientes actuales del determinismo biológico, sostiene que el mundo de la física y de la biología no deben mantenerse apartados de los dominios —preñados de valores— de la experiencia humana. Para él es claro que su “ciencia del devenir” es una “física humana”; su teoría conocida como la de las “estructuras disipativas” sugiere repetidamente la imagen de que el orden surge del caos —y que sin caos no podrá surgir el orden—. ... hay razones para creer que nuestro cuerpo se alimenta de la enfermedad para crear su propia salud, de igual forma que las estructuras disipativas “se nutren de entropía”, o de desorganización, como sostenía Schrödinger, en su evolución hacia formas de complejidad creciente. Nuestro propio cuerpo guarda en su interior la sabiduría a lo largo de los incontables atentados a su integridad que ha tenido que superar. Desde la piel que lo recubre, hasta los leucocitos de la sangre que engullen a los microorganismos invasores, nuestro cuerpo sabe que es lo que tiene que hacer. ¿Cómo llegó a acumularse toda esa información en nuestro interior? Por medio de las continuas y repetidas perturbaciones sufridas a lo largo de nuestra ascensión evolutiva hacia una creciente complejidad. ... La teoría de las estructuras disipativas y el funcionamiento del sistema inmunitario muestran como éstos procesos están entrelazados entre sí, forman un todo complementario. El objetivo general de la salud puede formularse, ... hacer todo lo posible para facilitar que el cuerpo se adapte con éxito a las perturbaciones. ... El modelo de salud basado en la teoría de las estructuras disipativas se fundamenta en el principio de la unidad entre cuerpo y mente (Dossey, L., 1999)*

Otras tendencias miran la salud como un valor mercantil, en donde unos cuantos se privilegian con grandes ganancias basadas en el dolor y sufrimientos de los más. Con las políticas del Banco Mundial, sobre todo con el Programa *Invertir en Salud*, se han financiado iniciativas de atención gestionada que convierten a las instituciones sanitarias públicas y a las administraciones de seguridad social en organismos de gestión y/o titularidad privada, éstas nuevas políticas responden a la “demanda” económica de servicios en vez de a la “oferta” de servicios basada en la necesidad. En teoría, esta estrategia permitiría reducir los gastos fijos y que la gestión de los recursos sea más eficaz, y la financiación se dirigiría a los proveedores de asistencia, supuestamente de mejor calidad a través de la competencia. Sin embargo, ésta lógica socava la creencia en que la asistencia sanitaria es un derecho humano, y a través de *Invertir en Salud* se ha propugnado la idea de que la salud es un asunto personal y la asistencia sanitaria un bien privado (Iriart, C. y cols. 2004:143-158)

Consideramos que detrás de estas políticas emanadas de países poderosos, se esconde una concepción de salud como mercancía, lo cual parece coherente con los fines económicos que se perciben en el deseo de algunos gobiernos por privatizar las instituciones sanitarias y, en general, la atención a la salud.



Desde el terreno de la bioética se presenta un paralelismo en la concepción de salud como valor, pero en un sentido diferente al mercantilista; la salud no es un recurso o bien natural sino una posibilidad positiva de vida: La salud es valiosa porque nos capacita. El valor de la salud es su condición de oportunidad de vida, de capacidad para perseguir nuestros objetivos de vida e intervenir adecuadamente en el contexto social, aplicada esta idea en un contexto asistencial de servicios de salud, se vincula con el concepto de autonomía, dado que el paciente será autónomo en la medida en que tenga la capacidad de llevar a cabo sus deseos de orden superior (es decir en la medida en que tenga salud y sea consciente de la coherencia y razonabilidad de esas decisiones) (Seloane, 2006. Citado por Casado, A., 2008: 84-86) Es decir, que aunque la salud sea vista como un bien, es un bien que él mismo sujeto puede controlar para su emancipación de manera reflexiva, por lo que será necesaria la educación a nivel social de las dimensiones valorativas del cuerpo y de la salud.

Aun una breve descripción de la evolución del concepto de salud y de algunas posturas sobre su estatuto filosófico, como la presente, dan cuenta de cuáles serán los dominios deben profundizarse para comprender el fenómeno salud y/o enfermedad dentro del desarrollo de la ciencia y de las sociedades. Sin embargo, es claro que se trata de una tarea no concluida y que queda mucho por explorar, sobre todo si se considera que los intentos por mercantilizar este bien social, otorgándole un mero valor material, son cada vez más frecuentes y eficaces.

### CAPÍTULO III. SALUD COLECTIVA, EVOLUCIÓN Y CONCEPTO

Con la intención de ubicar el origen de la SC, en el presente capítulo se desarrolla un recorrido por las diferentes etapas y sucesos que llevan a la constitución de este nuevo campo de saberes. En este apartado se señalan desde los antecedentes históricos hasta las situaciones político-sociales que intervienen para modificar los programas de formación médica y la importancia de este personal en la sociedad, no sólo en el ámbito de la medicina clínica, sino desde una formación reflexiva, propositiva y militante en busca del bien común. Finalmente se presenta una propuesta de lo que, para este trabajo, se considerará como SC.

Inicialmente se realizó un análisis de los discursos sobre las definiciones de SC, tomando en cuenta dos ejes:

- a) Para el primero se siguió la propuesta de Guba y Lincoln<sup>8</sup> (1998) sobre los paradigmas de las investigaciones en Ciencias Sociales al hacer una revisión extensa de las tentativas de construcción de un paradigma en el campo de la SC.
- b) El segundo eje intenta identificar y describir qué corriente de pensamiento subyace en cada una de las definiciones sobre SC, ubicando el contexto histórico de los autores y relacionándolo con el paradigma prevalente en la

---

<sup>8</sup>. Enseguida se señalan algunos rasgos tomados de la referencia de Guba y Lincoln mismos que se consideraron para clasificar las definiciones revisadas. **Positivista**: Basado en relaciones de causalidad, mantiene una postura reduccionista y determinista, los valores no afectan los resultados, es experimental y manipulativa y sus resultados se consideran “verdaderos”. **Pospositivista**: Considera que la realidad debe someterse a un mayor examen crítico, sus descubrimientos probablemente sean verdaderos pero siempre refutables, es experimental y manipulativa modificada, se puede recolectar información situacional y emplear técnicas cualitativas. **Teoría crítica y otras**: Considera que la realidad virtual está moldeada por valores, está pendiente de descubrimientos de valores en la vinculación investigador/investigado, Su diálogo es dialéctico entre el investigador y sujetos de estudio, intenta comprender las acciones y descubrir conocimientos históricos y subyugados. **Constructivismo**: Considera a la realidad aprehensible de formas múltiples, intangibles fundamentadas social y experimentalmente; las construcciones no son absolutas, son informadas y/o sofisticadas; los descubrimientos son literalmente creados a medida que el investigador procede; las construcciones se interpretan a través de técnicas hermenéuticas y toma en cuenta la construcción ética del investigador. Guba y Lincoln, (1998). Pp. 202 – 207. Trad. por Everaldo Reyes Galicia

época. Como resultado, fue posible designar un “identificador” para cada una de ellas, quedando establecido de la siguiente forma: i) corriente mórbido-céntrica; ii) corriente socio-céntrica iii) corriente subjetiva, y iv) corriente antropolítica.<sup>9</sup>

Si bien esta clasificación puede parecer bastante arbitraria, este camino ha permitido sistematizar las diferentes corrientes y paradigmas que han permeado en este campo de conocimiento.

### **III.1 Génesis del campo de la Salud Colectiva**

A través de la lectura del texto de Carvalho y Lima (1992) se establece que dicho campo de saberes se origina como un movimiento social en Brasil, cuyo antecedente inmediato anterior al surgimiento de éste campo de saberes y prácticas denominado *Salud Colectiva* se propició por la apertura de la Historia Social como un parte aguas para los estudios de naturaleza histórica, y con ello se estableció desde la Historia un diálogo con las demás disciplinas que componen las ciencias sociales y sobre todo con las llamadas “humanidades”, como la Antropología, la Sociología y la Psicología. Los autores señalan que fue en 1930 cuando se fundó la revista francesa *Annales d'Historie Economique et Sociale* y fue dicho espacio desde donde se dió voz a esa necesidad de interactuar desde la historia con otras disciplinas.

Desde esta nueva visión de la Historia, se criticaba el establecimiento de relaciones mecánicas entre las acciones y la estructura económico-social; para poder llevar a cabo tales análisis la Historia Social toma de la antropología, su método; de

---

<sup>9</sup> 1) visión morbidocéntrica, centrada en la enfermedad y el individuo a un nivel fundamentalmente biológico,. 2) sociocéntrica, supone que es posible comprender el proceso salud-enfermedad sólo si se comprende su determinación social e histórica; trabaja fundamentalmente a escala macro y se basa en el materialismo histórico. 3) subjetiva, centra su atención en el estudio de la persona como el sustrato epistémico del proceso salud-enfermedad, sostiene que su abordaje requiere el uso de métodos que privilegien subjetividad-simbólico y 4) antropolítica, apenas en desarrollo, propone que la SC está destinada a integrar lo social con lo biológico, lo objetivo-subjetivo y lo político-simbólico.

la sociología el acervo de conceptos aplicables para el entendimiento de los fenómenos ocurridos en diferentes contextos, con lo que se propició una nueva corriente historiográfica. Para el tema de la salud visto desde esta corriente, se rescató y elaboró un discurso sobre las condiciones de vida de la población europea en el período de la Revolución Industrial; para ello fueron recuperadas las crónicas literarias, médicas o de las políticas producidas; con tales análisis se impuso un nuevo esquema explicativo del binomio *ciudad/enfermedad* (sobre las condiciones de la ciudad y su relación con la enfermedad), en donde se concibió la idea de la enfermedad como “*mal social*”. Carvalho y Lima (1992:125)

Las mismas autoras consideran que las simples asociaciones entre “*ciudad-cuestión social-enfermedad*”, no explicaban sino el origen de un “*dogma*” interpretativo producido por la experiencia subjetiva de las transformaciones capitalistas del siglo XIX, estructurada narrativamente por los médicos y sociólogos —los críticos sociales del período— quienes pudieron contribuir de forma significativa al análisis de la literatura, que también se desarrolló en Brasil, en torno a la temática de los orígenes de la MS y de las políticas de SP, de tal forma que el profundo conocimiento sobre la ciudad y lo urbano se complementa con el análisis de los espacios específicos que representan peligro de enfermedad y de desorden, por lo tanto el criterio de medicalización se vuelve imperativo, y es así que las instituciones, los hospitales, las escuelas, los cuarteles y las fábricas, entre otros, se ven bajo el tratamiento de la medicalización (Duarte Nunes, E., 1996:51-72)

Dadas las condiciones sociales del Brasil, con respecto a la producción de trabajo de los esclavos, no les fue significativo a los médicos intelectuales ubicarlo como un problema social y global, sino que se limitaron a mantenerlo para los trabajadores, y para que éstos pudieran trabajar en condiciones óptimas durante la realización de sus tareas. Es por ello que la instalación de la Medicina Social en Brasil fue la medicina del trabajo o del proletariado.

Carvalho y Lima refieren que a la medicina en el Brasil se le atribuyeron dos visiones institucionales contrapuestas con respecto al modelo de conocimiento médico; una, la de la *Asociación Imperial de Médicos (AIM)* influenciada por la “escuela francesa”, que se caracterizaba por la concepción miasmática<sup>10</sup> sobre el origen de las enfermedades; así como por el proyecto normalizador para la sociedad (considerando que las normas son siempre el producto de un poder normativo previo) que se expresaba como una articulación “saber-práctica médica”, dado que los intereses de la oligarquía agro-exportadora no se preocupaban por la salud de la fuerza de trabajo de los esclavos, sino mas bien se interesaban por la compra de nuevos esclavos de África cuando los que les trabajaban ya no producían (Carvalho y Lima, 1992:131). Así también, en el período de la constitución de la MS en Brasil, una vez que las causas de la enfermedad no se encontrarían en el cuerpo del individuo enfermo, sino en aquello que tuviera cerca, en el medio ambiente, o más precisamente en el medio urbano, los médicos de la Academia Imperial de Medicina le atribuirían mayor importancia al binomio *ciudad-enfermedad*, repercutiendo en la configuración de un proyecto de higiene y disciplina en relación al cuidado de los habitantes.

La segunda, la *Escuela Tropicalista Baiana*, orientada por una concepción experimental de la medicina, elegiría como cuestión central la investigación de agentes etiológicos específicos y la redefinición de la importancia de factores de naturaleza social en las condiciones de producción y reproducción de las enfermedades, además de intervenir de manera preventiva en la facilitación de la capacidad de “reproducción de la fuerza de trabajo” (Carvalho y Lima, 1992)

De acuerdo con Carvalho y Lima, durante las tres primeras décadas del siglo XX, la SP se constituyó como una práctica especializada y dirigida a las enfermedades de propósito colectivo, lo que llevó a la imposición de patrones

---

<sup>10</sup> Teoría miasmática fue una teoría formulada por Thomas Sydenham (1624-1689) y Giovanni María Lancisi (1654-1720). Según esta teoría los miasmas, que eran el conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, eran la causa de enfermedad. Actualmente se considera obsoleta, al haber sido suplantada por la teoría de gérmenes de la enfermedad.

específicos de recuperación de la salud. Dichos patrones eran definidos con base en los intereses de grupos dominantes internos o por la expansión del capitalismo en la escala internacional, como se puede leer en la siguiente cita:

*“Las políticas de salud pública se caracterizan, a partir del inicio del siglo, porque se articulan a los intereses económicos y políticos de las clases dominantes nacionales. Las prácticas sanitarias se dirigirán, fundamentalmente, al control de un conjunto de enfermedades que amenazaban a la manutención de la fuerza de trabajo y a la expansión de las actividades económicas en el espacio de la ciudad y en otras áreas del campo” (Luz Madel, citada por Carvalho y Lima, 1992:136)*

En América Latina durante la segunda mitad del siglo XX se retoman planteamientos médico-sociales del siglo anterior y se plantea como tarea esencial demostrar que el modelo de medicina hegemónica en su orientación clínica-hospitalaria y de salud pública estaba en crisis. Esa crisis de la acción sanitaria se extendía a nivel de generación de conocimientos pues no se lograban interpretaciones suficientes para comprender en todas sus dimensiones los problemas de salud de la población, lo que permitió o promovió el diseño de tres posgrados en Brasil, México y Ecuador, cuyo cuerpo teórico se orientaba a la búsqueda de explicaciones para abordar los problemas complejos de la realidad social, cuyas características centrales eran mantener una visión crítica y sostener una mirada histórica que supondría posibilidades de cambio (Garduño, AMA y cols., 2009:26-27)

Estas formas de llamar la atención hacia la salud de las personas fueron las que poco a poco llevaron a los cuadros del personal sanitario a reflexionar sobre un modelo más adecuado a las necesidades de la población y, desde el punto de vista de Almeida y Paim (1999), en el surgimiento de la SC al momento de discutirse hacia dónde re-dirigir la práctica de la SP, se precisaron dos posturas: la primera planteó la necesidad de elevar el nivel de la práctica de la SP, es decir, fortalecerse internamente. La segunda planteó la capacidad de resolver los problemas de la salud de la población a partir de profundos cambios en lo político y lo social, lo que llevó a la propuesta de una Nueva Salud Pública.

La postura de la Nueva Salud Pública consistía en contribuir a la solución de problemas fundamentales así como promover el surgimiento de un nuevo orden social que generara una nueva práctica y teoría, orientada:

- A elevar la eficiencia de los servicios de atención médica.
- No dejar fuera el tema de la salud ambiental.
- Situarla en el proceso de construcción del poder social.
- Establecer las estrategias de ejecución técnica de las acciones desde el cambio social.
- Transformar las prácticas de acuerdo a como las sociedades redefinan sus posiciones frente a la salud.
- Apoyar y favorecer la redistribución del saber y del poder mediante el proceso de descentralización, lo que permitirá la gestión en salud. (Almeida y Paim, 1999:14)

Paim y Almeida (1999:16) refieren que para poder incluir las iniciativas de la OPS y reevaluar la teoría y práctica de la salud pública, desde la Nueva Salud Pública, (conocida como el movimiento de renovación de la estrategia de “Salud Para Todos”) se hacía necesario y urgente discutir la cuestión de la salud en el ámbito *público-colectivo-social*. Sin embargo, la Nueva Salud Pública, que promueve la OPS, no deja de partir de un enfoque biologicista para dirigir las políticas de salud y se enfoca al movimiento de renovación de la estrategia “Salud Para Todos”.

El campo de aplicación de esta “Nueva Salud Pública” correspondía a las condiciones y respuestas con bases científicas de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento y, para delimitar este nuevo campo científico, se desarrolló una tipología de la investigación en salud en dos niveles: individual y sub-individual, en donde en relación al nivel poblacional se concentra la investigación biomédica y clínica y que toma como objetos de análisis las condiciones que corresponden a la investigación epidemiológica y las respuestas sociales frente a los problemas de

salud correspondientes a la investigación en sistemas de salud. (Frenk, J., 1992:75-93)

En este movimiento se propone la suma de nuevos temas y habilidades al campo de la SP que pudieran resultar en la formulación de reformas curriculares de las respectivas escuelas, así como reformas administrativas de las instituciones de salud. Así, se puede ver claramente que la propuesta se dirige a una política global de salud como componente directo de un cuerpo doctrinario elaborado en función de “RENOVACIÓN DE SALUD PARA TODOS”, tratando de buscar nuevas alianzas con organismos no gubernamentales y organismos de gobierno para enfrentar los problemas de salud.

Sin embargo, Almeida y Paim (1999) critican la visión de los consultores de la reunión convocada por la OPS y opinan que dicha comisión parece no darse cuenta de las dificultades específicas de la región de América Latina y el Caribe, la crisis no se advierte en el ámbito estructural, sino en el ámbito de las prácticas y en las instituciones, que si bien puede trascender en las reformas curriculares de las escuelas o instituciones de salud, con ello no se podrá lograr dar cuenta de una política de equidad, solidaridad y salud. Por ello se empiezan a desarrollar procesos de formación y capacitación sistemáticos, creativos e innovadores cuyos ejes fundamentales son la investigación y la articulación con los servicios de salud, y la producción de líderes sectoriales e institucionales pasa a constituirse como uno de los propósitos básicos de las nuevas instituciones académicas, inscribiéndose como un nuevo paradigma en el capítulo de las políticas de salud.

Siguiendo con Almeida y Paim (1999:17), quienes observan que, dadas las modificaciones del panorama político y social del mundo, en la problemática sanitaria ya no se puede continuar empleando los mismos modelos y premisas para resolver las condiciones de salud de la población, manifiestan que es necesario plantearse un nuevo paradigma que fundamente el campo de la práctica social y técnica, desde una construcción epistemológica que alimente el pensamiento y la acción, por lo



cual, para construir ese nuevo paradigma que revolucione a la SP, consideran que ha llegado el momento en que se presente la confluencia de tres temáticas: la reforma sectorial, la renovación de Salud Para Todos y la Nueva Salud Pública, contemplando la esfera doctrinaria, tanto la conceptual como la metodológica operativa.

Siguiendo con Almeida y Paim (1999:18), el caso de América Latina la emergencia del campo llamado *Salud Colectiva* permite la identificación de los puntos de encuentro para discutir la cuestión de la salud en el ámbito público-colectivo-social y lo que puede significar la oportunidad para incorporar el complejo “salud/enfermedad/cuidado”, aumentando la viabilidad de las metas de Salud Para Todos, mediante políticas saludables a través de mayor y más efectiva participación de la sociedad en las cuestiones de vida, salud, sufrimiento y muerte.

Para Duarte Nunes (1994:5), el nacimiento de la SC como proyecto data de la segunda mitad de los años cincuenta, su fase inicial que duró aproximadamente quince años se le denominó como “pre-salud colectiva” y está marcada por la instauración del proyecto preventivista. La segunda fase, que duró hasta el final de los años setenta, no solo se refuerza la idea preventivista sino también la perspectiva de una MS y, a partir de los años ochenta y a la fecha se va estructurando el campo de la SC.

Cuando se analiza la emergencia de un proyecto preventivista para América Latina en reuniones que se realizaron en Chile y en México, las reformas que se defendieron se encaminaron con un propósito pedagógico y no directamente relacionado con las prácticas médicas. Se incluyó en los programas de la carrera de medicina temas asociados a la epidemiología, ciencias de la conducta, administración de servicios de salud y bioestadística, con los cuales se buscaba reflexionar sobre el enfoque biologicista centrado en prácticas individuales y en el hospital, así también, se buscaba introducir una visión más completa del individuo, lo que originó el modelo de la “medicina integral” expresado como “*comprehensive*

*medicine*” en su versión latinoamericana y centrada en la medicina familiar integrada en el plano de la comunidad. En cuanto a los conocimientos, se centraba en conceptos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos y ecológicos; en el plano político-económico el proyecto preventivista se expresaba como “medicina comunitaria” (Duarte, N., 1994:6-7).

En los años setenta y bajo la declaración de la OMS acerca del fracaso en la transformación de las prácticas de salud bajo el enfoque preventivista, cuando en el mundo se vivía el final de la segunda guerra mundial y el aumento de la fuerza de trabajo sobre todo en el sector industrial, hubo que replantear el campo de trabajo en donde se trataba de lo preventivo y lo social, y no solamente enfocarse en la formación de profesionales. Momento en que se abriría la MS (expresión acuñada en Francia desde 1848) propiamente dicha y con ella se iniciaba un nuevo ciclo en cuanto a atención a la salud, y una propuesta de incorporar a los currícula de las escuelas de medicina la dimensión de lo social y por lo tanto de la inclusión de temas de economía y sociología de la medicina que se consideraban fundamentales para los cambios que se buscaban. Por lo que el objeto de la MS se entiende como “*el campo de prácticas y conocimientos relacionados con la salud como su preocupación principal el estudiar a la sociedad; así como analizar las formas ordinarias de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica*” (OMS, 1976, citado por Duarte Nunes, 1999:10)

Dentro de esta corriente de la MS las discusiones sobre las relaciones de salud-sociedad toman con fuerza el paradigma marxista y se apoyan también en la corriente estructuralista a través de Foucault y Levi-Strauss, así como desde el campo de la psiquiatría, con las discusiones de Basaglia, Castel, Laing y Cooper, por otro lado, también se asumía que la gran meta era garantizar, a través de la intervención del estado, la salud como un derecho inalienable para todos los individuos (Duarte Nunes, E., 1994:12)

En este nuevo escenario surge la necesidad de un nuevo paradigma que:

*“...intente redefinir la postura y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de hacer delimitaciones conceptuales, formar cuadros teóricos, en fin se trata de un movimiento a nivel de la producción de conocimientos que reformulando las investigaciones básicas posibilitarán la emergencia de la Medicina Preventiva, que defina como un objeto de estudio las relaciones entre lo biológico y lo psicosocial...establecer una disciplina que se ubique en los límites de las ciencias actuales” (Arouca, 1975. Citado por Duarte Nunes, E., 1994:13).*

Es entonces que en 1974 se inicia el programa de Maestría en Medicina Social del Instituto de Medicina Social en la Universidad del Estado de Río de Janeiro, con el cual se buscaba formar personal sanitario con conocimientos en las áreas de epidemiología, planeación y ciencias sociales, de tal modo que dichos conocimientos se interrelacionaran para permitir una acción polivalente, crítica y transformadora. Por lo tanto lo que se pretendía era un doble objetivo: la formación teórica y la crítica política y que prácticamente permaneció sin alteraciones hasta 1986, cuando se le substituyó por la Maestría en Salud Colectiva (Bezerra, Jr. y Sayyd, 1993. Citado por Duarte Nunes, E., 1994:14).

En 1975 la Maestría en Medicina Social en la UAM-X México, es pionera en dos sentidos, en que es el primer programa de posgrado creado en la Universidad de reciente creación y, por otro, es la primera experiencia de formación especializada de recursos humanos con una visión crítica, comprometida e integral en los procesos de salud-enfermedad/atención-cuidad, con base en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva de las ciencias sociales (Garduño, A. M. A., 2009:30-31).

En Brasil, durante 1978 tuvo lugar un encuentro de Escuelas de Posgrado en Salud Colectiva, donde se discutió sobre la necesidad de congregarse a través de una asociación, pues en ese momento ya se sentía el agotamiento de la orientación a la SP clásica y a la MS, por lo que en Diciembre de 1979 se concretó la creación de ABRASCO (Asociación Brasileña de Salud Colectiva), desde donde se propone:

- que la formación en el nivel posgrado se oriente a la creación de un proceso generador de análisis crítico hacia el sector salud con respecto a la realidad social en que se inserta;

- que sea potencialmente capaz de influir en el campo de la docencia, investigación y prestación de servicios
- que en los contenidos programáticos se establezca un equilibrio entre contenidos técnicos y teórico-conceptuales, entre lo biológico y lo social, entre lo operacional y lo crítico
- así como evitar tecnicismos y biologismos presentes en la tradición de la enseñanza en el campo de la SC. (ABRASCO, 1982. Citado por Duarte Nunes, E., 1994:16)

Finalmente, para Duarte Nunes la SC es:

*una corriente de pensamiento, movimiento social, en un conjunto de condiciones políticas e instituciones y práctica teórica, constituida en los límites de lo biológico y de lo social y cuya tarea es investigar, comprender e interpretar los determinantes de la producción social de las enfermedades y la organización social de los servicios de salud. (Duarte Nunes, E., 1994:12)*

Como se puede apreciar el surgimiento de la SC ha sido tocada por varios campos, desde la historia, la política, las teorías sociales marxistas, teorías sociológicas, la pedagogía, la propia biología y medicina, lo que la ha constituido como un objeto de estudio complejo, es por ello que los pasos que se siguieron para poder dilucidar a que nos referiremos cuando nos refiramos a ella (SC) fueron en una siguiente etapa a la presentación de su origen, a la exposición de las diferentes acepciones que los estudiosos de dicho campo han propuesto, lo cual sigue a continuación

### **III.2 Proceso de la construcción conceptual de la Salud colectiva**

En este apartado se expondrán las diferentes formas en que los autores proponen qué es lo que se debe entender y/o comprender por Salud Colectiva después de su transitar por la historia de su desarrollo. Dicha exposición se organiza tomando en cuenta dos ejes; uno el de la propuesta de Guba y Lincoln, acerca de los cuatro paradigmas de investigación en ciencias sociales: *positivismo*, *post-positivismo*, *teoría crítica* y *constructivismo* y, el otro, de las cuatro posturas teóricas que emanan

del propio desarrollo de las ciencia de la salud: postura mórbido-céntrica, socio-céntrica, subjetivista y antro-política.

### **III.2 1. Los paradigmas de la investigación en ciencias sociales**

Tomando en cuenta las creencias fundamentales de los cuatro paradigmas de investigación en las ciencias sociales, aceptados y alternativos, sintetizados por Guba y Lincoln (1998), quienes proponen entender como *positivismo* al que denota la “visión aceptada” que ha dominado el discurso formal de la ciencia por casi 400 años; el *post-positivismo*, como aquél que representa los esfuerzos de la últimas décadas para responder de una forma limitada a las críticas más agudas del positivismo (permanece esencialmente en el mismo conjunto de creencias básicas del positivismo); la *teoría crítica*, que es para los autores un término genérico que denota el conjunto de varios paradigmas alternativos, incluyendo además (pero sin limitarse) la investigación neomarxista, feminista, materialista y participativa, y que puede ser dividida en tres subdisciplinas: posestructuralismo, posmodernismo y la fusión de ambos; y, el termino *constructivismo*, que denota un paradigma alternativo cuya suposición divergente es el cambio de un realismo ontológico a un relativismo ontológico; es decir, sus realidades son más o menos “verdaderas”, en ningún sentido absolutas (Guba y Lincoln, 1998).

#### III.2.1.1 La concepción de la Salud colectiva dentro de la postura sociocéntrica que se ubica dentro del paradigma de la Teoría crítica

En el trabajo de Laurell (1982:7-25) se pueden identificar dos rasgos correspondientes a la Teoría crítica, uno referente a la ontología y el otro a la metodología; cuando la autora presenta el carácter histórico del Proceso Salud Enfermedad (PSE), cita que en la comprobación empírica, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el modo característico de

enfermar y morir de los grupos humanos, para lo que es necesario introducir el concepto de *perfiles patológicos*, es decir, que la explicación de tales cambios no está en la biología ni en la técnica médica sino en las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos. Consideramos que ésta aseveración corresponde a las características de la Ontología de la teoría crítica, dado que supone una realidad moldeada por valores sociales, políticos, culturales, étnicos, entre otros.

Laurell (1982) sugiere que, para demostrar el carácter social de la enfermedad, es necesario estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen la sociedad; es decir, al existir una articulación entre el proceso social y el proceso salud enfermedad (PSE), éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales. El carácter social del PSE se manifiesta empíricamente más claro en la colectividad que en el individuo, esto indica que nuestro objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo, un grupo construido en función de sus características sociales y sólo en segundo lugar de las biológicas. Para explicarlo se necesita de una teoría social que proporcione elementos teóricos para la construcción de los grupos, y no es el estructuralismo funcional en sociología el que resuelve el problema, sino el materialismo histórico; con ésta descripción acerca del proceso salud enfermedad, se puede identificar que la investigación requiere de un diálogo entre el investigador y los sujetos de estudio, ese diálogo debe ser dialéctico por naturaleza para transformar, característica ésta, de la metodología de la teoría crítica.

Por otro lado, el movimiento sanitario brasilero, inspirado en la SC, logra efectivamente enfocarse en la cuestión socio-sanitaria, considerando que los conflictos sociales fundamentales tienen como origen la concentración del poder económico y que las instituciones de salud son, en última instancia, resultado de determinaciones estructurales.

La SC coloca en la agenda sectorial el tema de la transformación del modo de producción capitalista, buscando, en esencia, la libertad al ser humano de las estructuras que lo oprimen.

En la SC se observan dos formas de comprenderla, una, como un campo de saberes, y la otra, como un movimiento ideológico, un movimiento que sin duda contribuyó grandemente a la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, así como a enriquecer la comprensión sobre los determinantes del proceso salud enfermedad.

De acuerdo con Carvalho, y en la búsqueda de una definición acerca de lo que entiende por Salud Colectiva, a continuación se muestra lo que para él significa:

*Salud Colectiva es una invención típicamente brasileña que surgió a finales de la década de los años setentas, con la intención de constituir un paradigma que permitiese una nueva articulación entre las diferentes instituciones del campo de la salud. Que actualmente abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas relacionadas en el campo de la salud involucrando desde las organizaciones que prestan asistencia a la salud de la población hasta instituciones de enseñanza e investigación, así como organizaciones de la sociedad civil. Comprenden prácticas, técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas. (Carvalho, S.R. Citado por L'Abbate, 2003:266)*

De acuerdo con Guba y Lincoln, ésta definición se podría ubicar en el paradigma de la Teoría Crítica, dado que menciona la comprensión, una serie de elementos para dar respuesta a la salud de la población, postura opuesta a la intención de los paradigmas positivista y post-positivista, que buscan la explicación de los fenómenos.

Asimismo, L'Abbate también hace referencia a la definición que aporta Donnangelo, citando:

*La salud colectiva debe ser entendida como una delimitación aproximada al campo de la salud no a través de definiciones formales, además debe considerarse como punto de partida, que la posición ocupada por la SC en el contexto de las prácticas sanitarias brasileñas se expresa actualmente como un conjunto de tendencias de ampliación y recomposición de su espacio de intervención o correspondientemente de su campo de saber y práctica. (Donnangelo, C. 1983. Citado por L'Abbate, 2003:267)*

Si Donnangelo plantea que esta postura de entender la salud y ocuparse de los problemas de la misma no debía ser la forma en cómo se le calificaba desde un enfoque biológico, podemos ubicar esta postura dentro del paradigma de la Teoría Crítica.

Burlandy y Bodstein (1998:543-554) señalan que en los años setenta, cuando prevalecía el paradigma basado en el enfoque biológico de la salud, surgieron dos aspectos que provocaron cambios sustantivos en la concepción de salud:

- 1) Movimiento de oposición político e ideológico, que permite la ampliación de la coalición política, misma que sustenta la creación del Sistema Único de Salud (SUS), pues en dicha época se presentaba en Brasil un proceso de redemocratización que los llevaría a la formación de una nueva república, y
- 2) El plano teórico en oposición a la medicina clínica de enfoque biologicista.

En el intento por encontrar su propia identidad, la Salud Colectiva en su inicio propone:

*“La comprensión de la integralidad del individuo y por tanto del sujeto/actor social, insertando al individuo en un contexto social buscando las manifestaciones del proceso salud enfermedad (así como en lo social) en su organismo”, (Burlandy y Bondstein, 1998) ...Con la intención de eliminar las desigualdades a través de políticas sociales más equánimes y eficientes (Novaes, 1988. Citado por Burlandy Bodstein, 1998:545).*

La que corresponde a una concepción política-ideológica.

Una década y media después, el movimiento gestado procura comprender, a nivel local de los servicios de salud, su relación con la vida cotidiana de la población usuaria; el enfoque ya no se centra sólo en el Estado, sino en la relación Estado-Sociedad. Para ello se hace uso de abordajes teórico-metodológicos poco comunes, por ejemplo el Psicoanálisis y la Técnica de Investigación Participante



Pensando en la Reforma Sanitaria, en las cuestiones técnico-operativas de los Servicios, en la Gerencia y Administración de los Servicios de Salud y en la Dimensión pedagógica-educativa, se llevó a cabo la reestructuración del sistema de salud, en donde participaron la sociedad civil organizada y la población usuaria. En este momento la salud era concebida como deber del Estado y derecho de la ciudadanía, —aunque como ya vimos con otros autores, el interés principal era la salud de los trabajadores—, es decir, antes del movimiento de la Reforma de Salud, en los servicios de salud se seguía una corriente hegemónica positiva, pero con el movimiento se pasó a una postura contra-hegemónica, apoyada en las ciencias sociales, principalmente de la antropología culturalista, la fenomenología y la corriente histórico estructural, en un marco conceptual-metodológico del materialismo histórico inspirado en el marxismo.

Esta postura contra-hegemónica ubicaba el objeto SC en los límites de lo social y de lo biológico, y propició el origen de dos líneas de investigación, por un lado la Epidemiología Social y por el otro la línea de las Políticas de Salud, organización de los servicios de salud y Prácticas en Salud.

En éste sentido se puede observar que a pesar del intento por cambiar el paradigma biologicista, aún en ésta nueva postura no se borra el valor de la ciencia positiva —lo que más adelante se presentará como un cierto post-positivismo o neopositivismo.

De acuerdo a Donnangelo y Pereira (citado por Burlandy y Bodstein, 1998:546), el cuerpo objeto de la práctica médica no es visto como un cuerpo sujeto, sino más bien como un cuerpo que tiene su positividad en el significado social, el ámbito biológico particular es redimensionado al plano colectivo, es decir se traslada el “cuerpo biológico” al “cuerpo social” (colectivo). El cuerpo es analizado desde la estructura de clases, en donde la clase dominante es la clase médica, pues se le identifica con los intereses de ella, y a los pacientes con la clase dominada, que es la clase trabajadora.

Tras quince años de producción en el campo de la SC, se incorporan cuestiones de índole epistemológico, redefine sus conceptos articuladores y rescata nuevas dimensiones analíticas (Dâmaso, (1989), citado por Burlandy y Bodstein, 1998:548), así como se reducen los análisis macroestructurales, y se dirigen ahora hacia un mayor refinamiento conceptual y metodológico, con la intención de ir a la búsqueda de aproximaciones más analíticas y menos militantes; es decir se acelera un proceso de complejización (Costa et al., (1989); Campos, (1991); Cohn et al., (1991), citados por Burlandy y Bodstein, 1998:548-549)

Se incluyen categorías como Cuidado, que gana un nuevo estatus teórico, pues no se le limita a los cuidados individuales sino al cuidado de los usuarios de los sistemas de salud, en suma con el cuidado político, que se sitúa en el plano del proceso estructural de formulación e implementación de políticas o en la dimensión de los servicios y sus usuarios.

Hasta aquí se muestra un desarrollo de la SC como la visión de un modelo desde las ciencias sociales, crítico al modelo de atención centrado en la salud como sólo un saber biológico, mismo que se subsume. Se puede decir que de acuerdo a las características propuestas por Guba y Lincoln (1998), la postura anterior se ubica en la *Teoría Crítica*, ya que se mantiene como una crítica, pero desde el estructuralismo, y se pasa a una postura conocida como pos-estructuralismo.

#### III.2.1.1.1 Etapa de transición: Salud Pública-Medicina Social-Nueva Salud Pública-Salud Colectiva

En la década de los ochenta, Paim, J. (1992) señala que en Brasil el desarrollo de un movimiento sanitario permitió a numerosos sanitaristas formados en la SC incorporarse a la administración estatal. Este movimiento sanitario se integró a los movimientos sociales y comenzaron a hacer presión sobre el poder legislativo y el ejecutivo, con lo que se logró establecer esta reforma en la Constitución Nacional

que se promulgó en 1988 y se orientó hacia la instalación de un Sistema Único de Salud (SUS).

Se puede decir que en esta época la SC entra en una nueva etapa, siguiendo a Paim y Almeida (1998) quienes analizaron los elementos principales del discurso de los movimientos ideológicos que permitieron la construcción del campo social de salud, particularmente a mediados del siglo XX, e incorporaron al mismo las propuestas de la OPS, organización que ya había propiciado un debate acerca de la teoría y práctica de la Salud Pública; también consideraron el contexto económico, político y social de los países latinoamericanos, encontrando que las profundas transformaciones en las esferas de la vida económica, cultural, social y política dieron como resultado la globalización de la economía, que trajo como consecuencia la transnacionalización empresarial, desterritorialidad de la fuerza de trabajo y desempleo estructural, entre otras. Así también, aumentó la desigualdad entre los pueblos, la exacerbación de conflictos étnicos, la agresión al medio ambiente, deterioro del espacio urbano, intensificación de la violencia y el no respeto por los derechos humanos (Macedo, C. G. (1992). Citado por Paim y Almeida, 1998:299-316)

El diálogo que se establece entre la SC con la SP y la MS permite una delimitación en cuanto al *campo de conocimientos*, ya que la SC contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en cuanto a su proceso social, investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social, analiza las prácticas de salud en su articulación con las demás prácticas sociales, procura *comprender* las formas como la sociedad identifica sus necesidades y los problemas de salud, busca su *explicación* y se organiza para enfrentarlos, por lo que en ésta perspectiva la SC puede ser considerada como:

*Un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinaria cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planeación/administración de salud y las ciencias sociales en salud... contempla el desarrollo de actividades de investigación sobre el estado sanitario de la*

*población, la naturaleza de las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo-enfermedad-daños, así como las intervenciones de grupo y clases sociales sobre la cuestión sanitaria (Ribeiro, 1991. Citado por Paim y Almeida, 1998:306).*

Y como ámbito de prácticas, Paim y Almeida consideran que la SC involucra determinadas prácticas que tienen como objeto atender las necesidades sociales de salud, así como instrumentos de trabajo de distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales y, como actividades, aquéllas centradas en los grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo profesional y del modelo institucional.

De acuerdo con lo anterior, Paim nos propone que la SC es:

*Un conjunto de prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la población civil y en los centros de investigación, que reciben información a través de distintas corrientes de pensamiento resultante de la suma o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. (PAIM, J.S. (1992). Citado por Paim y Almeida, 1998:308)*

Esta definición permite apreciar la superación del pensamiento biológico dominante con respecto a la salud, así como de una posición de no acatamiento a la clínica y de negación a la dependencia del modelo médico-hegemónico. Paim y Almeida consideran que representan elementos significativos para el marco conceptual de la SC, por lo que se hace necesaria una nueva positividad en la articulación de las dimensiones objetivas y subjetivas en el campo social de la salud; nuevamente se observa la alta valoración que los pensadores de la SC le asignan al campo de las ciencias sociales, sin negar la presencia e importancia de las ciencias biológicas, que se mantienen subsumidas.

De acuerdo con Guba y Lincoln (1998), esta propuesta también puede ubicarse dentro de la Teoría crítica, ya que mantiene una postura en contra de la visión hegemónica del modelo biologicista de la salud, aunque se dejan ver rastros de positivismo o neopositivismo.

En las propuestas con respecto a cómo definir y/o construir-reconstruir el campo de la SC hasta el momento descritas, resaltan dos aspectos: uno, en lo referente a la subjetividad, y el otro, con respecto a la positividad o, siguiendo con el análisis de los paradigmas de Guba y Lincoln, el reflejo de la postura *neopositivista o post-positivista* en el campo de la SC; para Ivo de Carvalho (1996)

*“la SC nació de la crítica al **positivismo**...a la salud pública tradicional, constituida a la imagen y semejanza de la tecnociencia y del modelo biomédico”*; sin embargo a pesar de dicho origen, más bien lo que se observa *es el recrudecer de un cierto neopositivismo, abogándose como método de trabajo versiones más o menos sofisticadas de la teoría de sistemas, como método de trabajo* (OPS, 1992; Barata y Barreto, 1996. Citados por: Campos, 2001a:124-126)

Si bien lo que Ivo de Carvalho propone tiene la intención de que el campo de la SC no pierda la objetividad en la construcción histórica, tanto en el campo profesional como práctica social, sí tiende a subestimar la importancia de los sujetos en dicha construcción y, por otro lado, se hipervalora la determinación social de los procesos salud enfermedad mientras se subestiman factores de orden subjetivo.

### III.2.1.2 La concepción de la Salud colectiva dentro de postura sociocéntrica en el paradigma post-positivista

Es conveniente aclarar que la intención de éste trabajo no es encasillar a los autores en una corriente determinada, sino más bien resaltar las diferentes etapas del proceso del transitar de éste nuevo campo llamado Salud Colectiva, y al mismo tiempo identificar los conceptos y teorías que le han permitido avanzar.

Por lo anterior, si la SC emerge como una postura contra-hegemónica a las formas en que se abordaba el fenómeno de la salud, difícilmente la cultura de la medición de la salud se podrá eliminar de un solo golpe, es por eso que los estudiosos del campo SC reconstruyen el campo teórico y práctico de dicha ciencia, como lo podemos observar a continuación.

Una de las acciones emprendidas por los integrantes del movimiento de SC es la formación de profesionistas, focalizándonos en la epidemiología, dado que por su naturaleza y finalidad se ubica en la corriente positivista. Los aportes de Barradas B. R. (s. a.), en uno de sus textos disponible en la página web de ABRASCO, de entre otros nos ofrece un documento donde detalla el desarrollo que ha tenido la formación de epidemiólogos en Brasil, y cita que a lo largo de los últimos 30 años se han llevado a cabo modificaciones en los programas de estudio para la formación de ellos, considerando que uno de los aspectos de mayor importancia para justificar su razón de ser es el concepto de *salud como valor en sí mismo y no simplemente como ausencia de enfermedad; es decir, la salud para ser considerada un componente básico de la calidad de la vida y, como tal debe ser estudiada por la epidemiología.*

Sigue la misma autora:

*La epidemiología, como otras disciplinas científicas poblacionales, que utilizan abordajes cuantitativos, encuentran en el recuento y en la categorización las herramientas fundamentales para la producción de conocimientos, y en los estudios empíricos inductivos encuentran la posibilidad de que a partir del análisis de los individuos, se puedan generar leyes universales (Barradas, B. R., 1998:21).*

Es decir, si

*la mayoría de los médicos e incluso algunos epidemiólogos están seguros de que la epidemiología es una disciplina que consiste en el manejo experto de técnicas útiles para prevenir y controlar enfermedades en el ámbito poblacional (López, M. S., 1998:389) y al definir su objeto, como “funciones de ocurrencia”, es decir, “la relación de una medida de ocurrencia a un determinante, o a una serie de determinantes” (Miettinen, 1985:24) logra su objetivo de formalización a través de una fórmula que posibilita la expresión matemática del objeto, al mismo tiempo en que amplía el propósito para abarcar cualquier problema que se refiera a las “funciones de ocurrencia”*

De acuerdo con lo anterior se puede apreciar que con la epidemiología se persigue la objetividad de las relaciones entre causa y efecto, con apoyo de herramientas estadísticas, y que con el empleo de métodos adecuados se podrá alcanzar la generalización para la interpretación de los fenómenos estudiados, con

las cuales se tomarán decisiones para la aplicación de soluciones en el ámbito sanitario.

Desde esta misma mirada sociocéntrica tenemos la propuesta de Pereira, quien entendiendo la SC como MS, la propone como:

*“...una ciencia histórico-social, que percibe las características de los seres humanos(enfermos o no) sobre todo como un producto de las fuerzas sociales más profundas, ligadas a una totalidad económico-social y que es necesario conocer y comprender para explicarse adecuadamente los fenómenos de salud y de enfermedad a los cuales ella se enfrenta...su objeto no es más el cuerpo biológico que el social...no se trata solamente de individuos, sino de sujetos sociales, de grupos y clases sociales” Pereira (1986). Citado por Matumoto S y cols., 2001:30)*

En dicha propuesta observamos la tendencia a pensar a la SC como una ciencia, para este autor dentro de una postura marxista, que a final de cuentas trata de encontrar explicaciones a los fenómenos de salud y enfermedad, por lo tanto se puede evidenciar que claramente se ubica en la visión sociocéntrica y positivista.

Con respecto a la visión neopositivista en la Salud Colectiva, se puede decir que esta idea de sólo establecer relaciones causa-efecto se ve rebasada. De acuerdo a lo que refiere Guimarães y cols., la epidemiología clásica pasa a ser considerada social, en la que se identifican dos funciones primordiales:

- a) *como disciplina científica, su objeto principal es la producción de conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad en la dimensión colectiva analizando la distribución de los procesos y sus determinantes en la sociedad y*
- b) *en cuanto a la práctica en salud, su misión es garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo en la dimensión social principalmente a través de actividades de promoción de la salud y prevención y control de las enfermedades (Guimarães y cols., 2001:324)*

Al reflexionar Barradas sobre las diferencias entre los dos enfoques que muestra la epidemiología tradicional con la social, se reconocen dos conceptos: el de causa y el de determinación social.

El concepto de *causa*, en la versión uni o multicausal necesita de la identificación de eventos independientes relacionados a través de una relación unidireccional, necesaria, específica y capaz de generar y desechar intereses. Tales características son raramente observadas en los procesos biológicos y sociales, ya que los mecanismos de causalidad se asemejan a los fisiopatológicos.

El concepto de *determinación* se ajusta más hacia la comprensión de procesos sociales complejos, por lo tanto no necesita el aislamiento de las variables ni de la noción de la independencia entre ellos. Tampoco se basa en la idea de un vínculo necesario, genético y específico. En la perspectiva de las diversas variedades de determinación, los límites no siempre están claros, no tienen vínculos unidireccionales y la mayoría de las relaciones son contingentes, o sea no son ni necesarias ni suficientes en sí mismas. Desde el punto de vista metodológico, uno de los principales desafíos para la epidemiología social está en la elaboración de estudios poblacionales que permitan considerar de manera adecuada los efectos contextuales y los efectos en su composición. Desafío principal que tiende a dejar abiertas tanto las definiciones de diseños apropiados de investigación como el nivel de anclaje de dichos estudios, ya sea en el nivel colectivo, o en la dimensión individual; otro desafío será el de la medición de los aspectos sociales, ya que no se tiene la seguridad de que los conceptos e instrumentos de evaluación sean correctos para el estudio de los determinante sociales, como los son para el abordaje de la “epidemiología de factores de riesgo” y en la que no se sabe si se infringen presupuestos teóricos. Tal vez las técnicas de análisis disponibles sean insuficientes para el estudio de los problemas complejos y de las interacciones entre las varias dimensiones a ser consideradas, por lo que se hace necesaria una profunda formación en epidemiología con una cooperación mayor con matemáticos y otros científicos, sin embargo, a pesar de las dificultades señaladas, el compromiso histórico de la epidemiología seguirá avanzando en el desarrollo de nuevas teorías, nuevas estrategias de investigación y nuevas herramientas de análisis que permitan orientar las intervenciones sociales en el campo de la salud y para la formulación de



políticas públicas basadas en el reconocimiento de los derechos de la ciudadanía, en la garantía de las libertades democráticas y en la búsqueda de la felicidad humana (Barata, R. B, 2005:15-6)

Un reflejo de la postura anterior en la definición de SC se puede leer en Ribeiro, quien señala que:

*la SC puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinaria cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud. [este campo de conocimiento] contempla el desarrollo de actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, la naturaleza de las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños; así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria. (Ribeiro, (1999). Citado por: Almeida N. y Paim, J., 1999:21)*

Es decir, que en el terreno hasta aquí revisado sobre el avance de la SC, a pesar de las críticas al paradigma positivista no se ha descartado el uso de sus herramientas, como las que ofrece la epidemiología, pues la postura demanda la necesidad de identificar los determinantes que estén involucrados en la comprensión del proceso salud enfermedad, pero precisamente como determinantes, no como causalidad, cuidando además que los resultados de sus análisis se interrelacionen con otras disciplinas para poder alcanzar decisiones reflexivas y fundamentadas desde un enfoque social.

Otro personaje que se podría inscribir dentro de ésta misma corriente es Breilh, J. quien señala que:

*La salud colectiva reúne un poderoso arsenal de instrumentos para la comprensión de los procesos determinantes de la salud de todos los grupos sociales... el aporte desde la Epidemiología Crítica Latinoamericana ha sido el desarrollar un sistema de categorías y una propuesta metodológica que permitan entender todas esas dimensiones de la determinación de la salud inscritas en los modos de vida típicos de cada grupo. ...En la medida en que un sistema social como el presente instituye la proliferación y profundización de formas de inequidad y el consiguiente deterioro de los derechos humanos en esos modos de vida de los trabajadores, entonces se instituyen mecanismos de deterioro de su salud, que afectan sistemáticamente los patrones fisiológicos y las normas de reacción genética de los organismos y funciones fisiológicas de sus integrantes, apareciendo entonces patrones de*

*morbilidad y un sobre-envejecimiento en esa población. Por el contrario, cuando se abren posibilidades de disfrute de una equidad que permite la satisfacción de los derechos, con lo cual se potencian los soportes personales y familiares, así como las defensas y posibilidades fisiológicas, entonces se eleva la calidad de vida fisiológica y genética, y aparecen patrones de salud mental y física, así como mejores índices de sobrevivencia. La vida y la salud de los(as) trabajadores(as) dependen de ese movimiento entre los procesos que nos protegen y los que nos deterioran, y el desarrollo de todos ellos depende de la capacidad de disfrute de los derechos humanos...En definitiva, creemos que podríamos aplicar a la discusión sobre el monitoreo lo que dijéramos para la epidemiología en general: ...la Epidemiología Crítica va en busca de una nueva visión de la ciencia, de lo que es el conocimiento duro y de lo que es una intervención eficaz; no quiere ser apenas un nuevo arreglo de viejas ideas y fórmulas funcionalistas, vestidas con el ropaje seductor de una tecnología de punta. (Breilh, J., 2003a; Breilh, J., 2003b)*

Esta postura de continuar con el apoyo de la epidemiología para la identificación de determinantes de la salud viene a ser toda una nueva propuesta que intenta lograr la comprensión del proceso salud enfermedad intervención, con ideas innovadoras, y con el uso de un lenguaje no dominante, en donde todos los actores que intervienen en el proceso tengan las mismas oportunidades de participación tanto en la detección de los problemas, como la búsqueda y aplicación de soluciones.

Una definición que podría integrarse a las anteriores, es la del Instituto de Salud Colectiva (2005) que refiere:

*“la Salud Colectiva es una expresión que designa un campo de saber referido a la salud como fenómeno social y, por lo tanto de interés público”...el objeto de investigación y las prácticas en SC comprenden las siguientes dimensiones:*

- *el estado de salud de la población, esto es condiciones de salud de grupos poblacionales específicos y las tendencias generales del punto de vista epidemiológico, demográficos, socioeconómico y cultural*
- *los servicios de salud, abarcando el estudio de procesos de trabajo en salud, investigaciones sobre la organización social de los servicios y*
- *la implementación de políticas de salud, como una evaluación de planes, programas y tecnología utilizada en la atención a la salud*
- *el saber sobre la salud, incluyendo investigaciones históricas, sociológicas, antropológicas y epistemológicas sobre la producción de conocimientos en éste campo y sobre las relaciones entre el saber científico y las concepciones y prácticas populares de salud, influenciadas por las tradiciones, creencias y cultura general”*

*Desde el punto de vista del conocimiento, la SC se articula en una triple o triada interdisciplinaria compuesto por la: Epidemiología, Administración y Planeación en Salud, y las Ciencias Sociales en Salud, con un enfoque transdisciplinario que involucra disciplinas*

*auxiliares como la Demografía, Estadística, Ecología, Geografía, Antropología, Economía, Sociología, Historia y Ciencias Políticas, entre otras.*

*En cuanto a la práctica, la salud colectiva propone un nuevo modo de organización de los procesos de trabajo en salud que enfatiza en la promoción de la salud, la prevención de riesgos y daños, reorientación de asistencia a pacientes, y la mejoría en la calidad de vida, privilegiando cambios en los modos de vida y en las relaciones entre los sujetos sociales involucrados en el cuidado de la salud de la población.*

Es con estas propuestas que podemos dar muestra de que algunos actores dentro de la SC centran el campo de saberes y prácticas desde un enfoque sociológico, político, sin dejar de lado la objetividad que le puede dar el campo de una epidemiología crítica.

### III.2.1.3 La concepción de Salud colectiva dentro de la –subjetividad- en el paradigma de la Teoría crítica

Lo subjetivo constituye un elemento más para complejizar la necesaria construcción del campo SC. Pasando a otra producción que ha tenido lugar en la construcción de éste campo de saberes y prácticas, se refiere a la consideración y reflexión sobre el sujeto y la subjetividad, pues con la idea de seguir en una dimensión de mayor integración de la salud, Paim y Almeida (1998) enuncian la importancia de la valoración de la dimensión subjetiva de las prácticas de la salud. Como se puede leer en el apartado anterior, la epidemiología trata de encontrar la objetividad de las relaciones entre causa y efecto; surgen las críticas sobre el asunto, una de las críticas proviene de Campos:

*“Para algunos, la SC estaría construyendo una especie de meta-discurso supuestamente capaz de construir saberes y procesos concretos de producción del salud. Más aún, ella abastece de meta-explicaciones autosuficientes sobre toda la triada salud, enfermedad, atención. ...se identifica una tendencia a hipervalorizar la determinación social de los procesos salud-enfermedad, descalificando los factores de orden **subjetivo** y biológico...al criticarlo, con relevancia, parece que la SC tiende a adoptar la misma postura totalitaria y disciplinaria...la SC no será un saber entre otros...sino el **saber**...; [tampoco se trata] que en salud se opere sin objetividad... se trataría, al contrario, de recuperar la vieja dialéctica, verificar en qué medida éstas posiciones y sus polos operan en un régimen de contradicción o de complementariedad. Así la promesa de objetivación aséptica se contraponen a la subjetividad de los agentes sociales en todas las fases del proceso Salud-enfermedad-*

*intervención... reconociendo que la SC es un saber constitutivo y esencial a todas las prácticas en salud se admite también que se producen conocimientos, políticas, valores relevantes para la salud a partir de otros campos, como el de la clínica o de la rehabilitación...” (Campos, G.W., 2001a:168-169)*

Es decir que, si bien en la práctica sanitaria se deberán tomar en cuenta datos de índole objetiva, existen otros aspectos que no debe dejar de dimensionarse, como son los factores de orden subjetivo, pues el estar sano o enfermo no es lo mismo en todos los contextos socioculturales por lo que, dentro de un mismo ámbito social, y en el contexto de una región sociocultural específica, pueden encontrarse distintas maneras y modos de «atender y padecer» las enfermedades.

Galende llama la atención sobre la construcción de la subjetividad y sobre comprenderla dentro de la SC:<sup>11</sup>

*Construir una subjetividad en salud que pueda pensar en términos más complejos (aún cuando más racionales), que los valores de la salud, la percepción y evaluación de los riesgos de la enfermedad, las maneras de preservar una y luchar contra la otra requiere de la construcción de significaciones sociales y culturales que no son naturales al pensamiento espontáneo de las personas...Este conjunto de significaciones, valores, comportamientos y prácticas específicas, que llamamos salud, en sociedades y culturas más primitivas, por ejemplo, establecían una misma subjetividad entre el curandero, el brujo y los individuos de la comunidad. Esa subjetividad, está constituida por un conjunto de representaciones y afectos que funcionan para la producción de sentidos en los que el sujeto orienta su acción, significaciones a partir de las cuales construye su relación con los semejantes y el mundo material que habita, junto a valores e ideales también adquiridos por [los otros]... Tanto el cuerpo propio, como los otros con quien se relaciona y las cosas del mundo material, le son aprehensibles y comprensibles solamente por medio del lenguaje... Este “mundo” de afectos y de representaciones que llamamos subjetividad es la existencia misma, de él dependen las relaciones que el individuo construya con su cuerpo, con los otros con quien se relaciona y con su mundo material... de creencias compartidas y comportamientos acordes a ella, es la razón de su eficacia para los individuos o absurdas para la comprensión de una razón externa a la misma... (Galende, E. 2004:121-144)*

Campos (2001b:124-126), regresando a él, llama la atención con respecto a la subjetividad que se da en las relaciones de los diferentes actores del campo de la salud y que no deberían dejar de considerarse en la implementación de propuestas de trabajo:

---

<sup>11</sup> Sc, El autor usa el concepto de Salud comunitaria.

*En el medio de la acción del médico, del enfermero, del psicólogo o del sanitarista siempre hay otro que está directamente implicado. Hay un cruce de subjetividades en un contexto esencial: es un momento especial y angustiante para aquellos que son objeto de la atención... En el trabajo de la salud siempre hay una subjetividad de otro directamente implicada.” (Campos, 2001b:124)*

Es decir, que esas representaciones de cada uno de los sujetos que interactúan/interactuamos en el objeto salud-enfermedad-atención no se pueden dejar de lado, pues en gran medida impactan en las respuestas, cuando interactuamos con los otros, ya sea de quienes demandan atención en servicios de salud o bien por parte de los trabajadores de la salud; eso repercute obviamente en la calidad de los servicios. En otro orden, la subjetividad del sujeto enfermo como individuo también deberá ser comprendida explícitamente, ya que su respuesta para proveerse de cuidados dependerá de su propia historia y de la forma en que le signifique su propia vida. No cabe duda que este enfoque sobre no ignorar a la subjetividad representa un gran reto para quienes reconstruyen el campo de la salud, los que trabajan en servicios de salud y para los individuos que están en busca de recuperar o restablecer su salud para evitar el regreso a las posturas acrílicas del modelo hegemónico de la medicina.

En el caso de la SC, en donde se aboga por una profunda reforma de las instituciones de salud con la intención de alterar la relación entre agentes productores y la población necesitada de atención a la salud, habrá que diseñar e implementar nuevos patrones de compromiso, de campos de competencia y de responsabilidad para los profesionales de la salud. Pues la *defensa de la vida* debiera ser un trazo distintivo de los servicios de salud que los distinga de los establecimientos de comercio, o de educación, o de la misma área política. Producir salud es la misión de las instituciones de salud, el trazo que los legitimaría socialmente, el “valor de uso” del trabajo sanitario, el objetivo mayor de cualquier sistema de salud (Campos, 2001b:127-128); en todas estas relaciones están presentes las subjetividades.

En la nueva propuesta de Salud Pública Alternativa, como le llama Edmundo Granda a la SC,

*“...la Salud pública alternativa tiene la necesidad de aproximarse primero a la vida y al sujeto con el fin de liberarse de aquella atadura que la obligaba a mirar nada más que objetos alopoiéticos cifrados por enfermedad y muerte, los que debían ser “exorcizados” por una salud pública científicista y normativa montada sobre el aparato Estatal...Ante la complejidad de la acción-conocimiento...entonces recurrir a aquella doble hermenéutica que nos habla Mario Testa, comenzando por la hermenéutica cero centrada en el lenguaje para luego pasar a una hermenéutica uno donde las distintas lógicas científicas dan buen cuenta de los requerimientos del conocer-hacer...la salud pública alternativa nos está enseñando que no es posible supeditar todo el conocimiento de la compleja problemática a modelos explicativos matemáticos sino que es fundamental su simbiosis con modelos comprensivos que posibiliten la recuperación de lo humano..., la propuesta de la epidemiología de los modos de vida, los modelos de fragilización y la etnoepidemiología que presenta Naomar Almeida en La ciencia tímida, posibilitaría a la Salud pública alternativa interpretar la enfermedad como un proceso histórico, complejo, fragmentado, conflictivo, dependiente, ambiguo e incierto... permitiendo...la proyección de una acción más previsional que predictiva. Por lo tanto para Granda, la SC como campo de conocimientos en constante desarrollo constituye en primer lugar, un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones...en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no sólo como descuento de enfermedad...es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables...” (Granda, E., 2004:14-8)*

Para cerrar éste apartado se considera pertinente incluir la propuesta de Campos (2001), con respecto a cómo se puede entender la CS:

*Para un pensamiento dialéctico la SC será una parte del campo de la salud...como una matriz en que la SC fuera una parte con distintos planos de inserción, de los cuales, al menos dos: La SC, un movimiento intelectual y moral; y la SC, un núcleo, una concentración nuclear de saberes y prácticas...en dónde el núcleo será el apoyo a los sistemas de salud, a la elaboración de políticas y a la construcción de modelos, a la producción de **explicaciones** para los procesos salud/enfermedad/intervención...su rasgo más específico, las prácticas de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades...las características del núcleo de saberes y prácticas de salud...¿su fisonomía!...tal vez sea ¿su concentración en problemas de salud con repercusión colectiva? O quizá, ¿un cierto modo de operar, un modo de intervención centrado en la promoción y en la prevención? De cualquier modo no es el todo sino una parte. Una parte dinámica y con una inserción e interferencia en el campo de la salud, por lo menos en dos planos. En el plano horizontal en que saberes y prácticas de la SC forman parte de los saberes y prácticas de otras categorías y actores sociales. Así todas las profesiones de salud, las nucleadas en la clínica o en la rehabilitación, o en el cuidado,*

*todas, en alguna medida deben incorporar en su formación y en su práctica elementos de la SC...la inserción vertical...con un área específica de intervención. Un área especializada y con valor de uso propio diferente a la clínica o de otras áreas de intervención. Un espacio que para que se institucionalice necesitará de definiciones formales. Su agente,...sanitarista como un agente de Salud Pública, profesionales con liderazgo ocasional, conforme los problemas y programas en cuestión, que trabajen en un equipo interprofesional...con un papel específico. Actuando en proyectos verticales...hacia la promoción y coordinados por sanitaristas...en realidad, sería conveniente combinar...tanto la socialización de saberes y prácticas como el asegurar especialistas capaces de producir saberes más sofisticados sobre la salud pública y de intervenir en situaciones más complejas” (Campos, 2001:175-177)*

Con respecto a la propuesta de Campos, podemos observar que la SC no puede quedar al margen del paradigma biomédico, por eso menciona la necesidad de producir modelos explicativos del proceso salud/enfermedad/intervención, se debe tratar de aportar conocimiento nuevo, y al mismo tiempo si se quedara sólo con lo biológico y subjetivo, dejaría fuera la parte que pudiera complementar las explicaciones del comportamiento de su objeto; al parecer la idea se centra en integrar saberes que puedan ayudar a repensar sus prácticas sin ignorar los aspectos biológicos de los agentes biológicos, el funcionamiento de los servicios de salud, los tratamientos farmacológicos, la cultura, el entorno social, entre otros.

#### III.2.1.4 La concepción antropolítica de la Salud colectiva dentro del paradigma constructivista

Dado que continuamos con la clasificación de paradigmas propuesta por Guba y Lincoln, corresponde enseguida el paradigma *Constructivista*, en el cual insertamos la propuesta de la postura *antropolítica* en la que consideramos se ubica actualmente la SC.

La respuesta a estas necesidades de conocimiento exige que la investigación en salud enfoque los problemas en todas sus dimensiones y niveles de análisis, e incorpore los extraordinarios avances de las diversas disciplinas de lo biológico y de lo social. La osadía de buscar aprehender los problemas de salud en toda su

complejidad es lo que permite seguir desarrollando el instrumental teórico y metodológico en este campo, así como fundamentar las intervenciones con pruebas científico-técnicas rigurosas y sólidas, refiriéndose a la necesidad de abordar desde aristas diferentes lo que se llama Salud Pública.

*Mediante este proceso de ampliación de sus temas, disciplinas y enfoques, la salud pública está logrando desarrollarse en la dirección de un nuevo paradigma que incluye, al menos, cuatro elementos clave: la transdisciplinariedad, esto es, la capacidad de construir puentes entre campos disciplinarios distintos; la complejidad, es decir, el desafío que supone lograr un conocimiento efectivo de totalidades complejas sin recurrir a abstracciones simplificadoras; la pluralidad, o sea, una actitud de apertura que rechaza las presuposiciones monolíticas, los monopolios del pensamiento y las aproximaciones controladas, y, finalmente, la praxis o necesidad de que los hallazgos de la ciencia cristalicen en la práctica y de que las explicaciones se den con el propósito de identificar puntos sensibles donde las intervenciones tengan mayor impacto (Pellegrini, F. A., 1999:220)*

La complejidad de los problemas de salud señalados obliga a adoptar una concepción de la investigación en salud que rechace la reducción de lo complejo a lo simple como única estrategia posible en ciencia; por el contrario, debe adoptar una postura que busque unir la simplicidad y la complejidad, superando el dilema entre el pensamiento reduccionista, que no ve más que los elementos, y el pensamiento globalizador, que no ve más que el todo (Morín, 1983. Citado por: Pellegrini, F. A., 2000:47)

A través de la ampliación de sus temas, disciplinas y enfoques, el desarrollo de la investigación en salud deberá dirigirse hacia un nuevo paradigma que incluya, al menos, cuatro elementos clave. La *transdisciplinariedad*, entendida como la capacidad de transitar y de construir puentes entre campos disciplinarios distintos; la *complejidad*, es decir el desafío que supone lograr un conocimiento efectivo de totalidades complejas, sin recurrir a abstracciones simplificadoras; la *pluralidad*, que implica una actitud de apertura que rechaza los presupuestos monolíticos, los monopolios de pensamiento y las aproximaciones controladas, y, finalmente, la *praxis* o necesidad de que los hallazgos de la ciencia se cristalicen en la práctica y de que



las explicaciones se hagan con el propósito de identificar puntos sensibles en los cuales las intervenciones tengan mayor impacto (Pellegrini, F. A., 2000:48)

Almeida-Filho, N. (2006:124) se propone dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Cómo se ha intentado la construcción de la *nuova scienza* en la práctica teórica y metodológica en el campo de la SC?, ¿en qué medida las investigaciones conducidas en las disciplinas que componen este campo han incorporado elementos de los abordajes teóricos de la complejidad?

Dado que el interés de varios autores en el campo de la SC ha defendido la necesidad de nuevos paradigmas para el abordaje de diferentes cuestiones de investigación, en la ciencia contemporánea se han propuesto tendencias alternativas de inter-articulación de varios elementos epistemológicos y metodológicos; lo que demanda categorías epistemológicas propias como parecen ser: *la complejidad, nuevos modelos teóricos como la teoría del caos y nuevas formas lógicas de análisis, como por ejemplo los modelos matemáticos no lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes*, mismas que son aplicadas y difundidas con la finalidad de fomentar una producción científica que alimente un posible paradigma nuevo, es Almeida quien asume la propuesta de la teoría de la complejidad de Morín y considera al objeto salud-enfermedad como un objeto complejo, del que se arriesga a decir que *el objeto salud-enfermedad es simultáneamente estructural, sistémico, prototípico, causal y probabilístico*, y que para su abordaje se habrá de sumar *la proposición de transdiscipliniedad como el proceso para la práctica de transformación de la “ciencia normal” en “ciencia revolucionaria”, en respeto a la terminología kuhniana y emerjan nuevos paradigmas en el campo científico y nuevas estrategias de acción en el campo de la práctica social* (2006:137-8;142)

Al parecer Almeida vislumbra la necesidad de trabajar en un nuevo paradigma con la participación tanto de las prácticas sociales, así como sumar nuevas y viejas teorías para llevar a la misma SC a un nivel de ciencia compleja o ¿quizá a proponerla como un metaparadigma o como un discurso?

Como se ha podido observar a lo largo de esta exposición, el llegar al punto de precisar de que los diferentes actores/autores definan válidamente que es la SC, aún no se ha logrado; sin embargo, elaborar la propuesta de una ética de la SC obliga necesariamente a realizar esta búsqueda, para tratar de responder si al referirse a ella se le consideraba un campo de saberes, o un campo de acciones, una disciplina o meta-disciplina, una ciencia o un paradigma, como se muestra adelante en este trabajo se le considera como campo de acciones y conocimientos, sin embargo, aún la discusión sobre el asunto no se ha agotado y quedan como cuestiones que deben de seguir su discusión.

A continuación se expone la propuesta de comprensión del concepto Salud Colectiva a través de una revisión de las diferentes aportaciones de autores, militantes y críticos de dicho campo.

Para ello, en primer lugar se llevó a cabo una revisión documental que se enfocó hacia la búsqueda de los orígenes de la SC, razones de su surgimiento, logros alcanzados, identificación de sus principales representantes y sus aportaciones, identificación de las diferentes definiciones del campo por las que se ha transitado. En segundo lugar, elaborar varias versiones para finalmente presentar una propuesta de la forma de comprensión de la SC y, en tercer lugar, hacer una breve descripción de los elementos que la conforman. Misma propuesta que dejamos a su consideración para pasar posteriormente al siguiente capítulo, donde se presenta la propuesta de principios éticos para la SC.

A finales de los años sesenta, en América Latina se vivían transformaciones en la producción y en las condiciones de vida y trabajo, que implicaron un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y accidentes de trabajo. Iriart y cols. señalan que se vivía un momento de grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte, se hicieron evidentes las relaciones entre clase social y problemas de salud, así como las inequidades en el acceso a los servicios de salud. Aunque el desarrollo de la tecnología médica estaba en auge, el acceso a dicha tecnología era limitada y

se mostraba que las condiciones de salud de la población no mejoraba aunque se tuvieran más y mejores servicios médicos. Es en esa época que se produce la corriente de pensamiento de la medicina social, se desarrollan centros de investigación y docencia, se promueve la publicación de investigaciones de autores como el sociólogo argentino Juan César García, quien hizo aportaciones relevantes sobre la educación médica, ciencias sociales en medicina, sobre los determinantes de clase social en los resultados de salud-enfermedad, entre otros. Figuran también, María Isabel Rodríguez médica salvadoreña, Miguel Márquez, médico ecuatoriano quienes además de dar impulso a la Medicina Social consiguieron apoyo financiero de la OPS para el desarrollo de investigaciones, reuniones científicas, publicación de libros, concesión de becas de formación. Resultado de la reuniones conocidas como Cuenca I y II que se llevaron a cabo en Ecuador marcaron el rumbo del movimiento de la medicina social. El apoyo financiero de la OPS fue importante para establecer y consolidar uno de los primeros programas de posgrado que se creó con esta perspectiva: la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, de la Ciudad de México y de la Universidad Federal de Río de Janeiro (Iriart, C., y cols., 2002:129)

Mientras tanto los grupos de intelectuales brasileños en esa misma época también iniciaron con la formación de recursos humanos en el tópico de la Medicina Social y en el propio terreno de la Salud Colectiva (SC). El campo de la SC no es un terreno exclusivo de la medicina, es un campo en construcción, transdisciplinario, en el que cada uno de los miembros de la sociedad, cada una de las instituciones (no sólo de salud) estamos en deuda con la construcción de nuestra propia forma de vida, es decir, todos compartimos de una u otra forma nuestra capacidad de responsabilizarnos por hacer un mundo en armonía. Esto es, tornar una mirada de la persona en su integralidad consigo misma y con su entorno, con los otros, no sólo aislarla y reducirla en su sufrimiento, dolor o necesidad.

### III.3 Aproximaciones desarrolladas para la derivación del concepto Salud colectiva

Como resultado de la revisión que abarcó desde 1982 a 2005, en la que se pudieron identificar tres principales corrientes subyacentes de lo que consideramos como las etapas del proceso de evolución de la SC.

Dentro de los elementos identificados en las propuestas del concepto de SC que se presentaron en los apartados anteriores, se puede destacar que son identificables las características de: campo de saberes y prácticas, proceso salud-enfermedad-atención o cuidado, interdisciplinariedad, epidemiología crítica, planeación en salud, política de salud, determinantes de la producción socio-biológica de las enfermedades, comprender e interpretar, prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, organización social de servicios de salud, subjetividad y colectivos humanos, entre otros.

En una primera aproximación se propuso a la SC como:

*un campo de conocimientos producidos por la transdisciplinariedad que en búsqueda de la explicación y comprensión de su objeto: salud-enfermedad-intervención, retoma las interacciones del sujeto con su entorno; así como la de los grupos poblacionales en sus diversos espacios, para que de forma integral se logre la participación activa de sujetos-colectividades en las respuestas a sus demandas-necesidades y alcancen una vida digna; a través de la construcción de políticas efectivas apoyadas en las instituciones.*

Esta propuesta, al ser expuesta ante un grupo de expertos, fue criticada por ser extensa e imprecisa en cuanto a distinguir los límites que podrían definir a dicho campo de saberes, así como el uso del elemento “intervención” perteneciente a una propuesta que no clarifica las aportaciones de la SC en cuanto a la interacción entre instituciones y población. Posteriormente, la definición se propuso de la siguiente manera:

*La Salud colectiva es un campo de conocimientos transdisciplinarios y acciones, que buscan la explicación y comprensión del objeto salud-enfermedad-cuidado retomando las*

*interacciones complejas del sujeto con su entorno y las de los grupos poblacionales con su momento histórico para el alcance de una vida digna a través de la construcción de políticas de salud, generadas con la participación de los sujetos-colectividades en las respuestas a sus demandas-necesidades.*

Si bien, como se ha afirmado, la SC es un campo de saberes en construcción, con miras al objetivo general de este trabajo se propone finalmente que:

*La SC es un campo de acciones y conocimientos inter y transdisciplinarios en donde la interacción de las personas con las instituciones en el proceso salud/enfermedad/cuidado busca la construcción y conservación de la salud, para alcanzar una vida digna.*

### **III. 4 Justificación de los términos de la propuesta de concepto Salud Colectiva**

En seguida se tratará de aclarar y/o justificar algunos términos de la propuesta anterior, dado que es nuestra intención delimitar sus alcances y proveerlos de una mejor comprensión de los mismos.

#### **III.4.1 Campo de acciones y conocimientos**

Se dice que es un *campo de conocimientos y acciones*, porque aún no se ha concretado su estatus como ciencia de acuerdo a la postura de Kuhn, para quien es el conjunto de teorías, de valores y de las técnicas de investigación que es aceptada por una determinada comunidad científica (Abbagnano, N., 2008:792-3)

La SC latinoamericana se ha forjado como un campo de importante producción científica e implementación de propuestas innovadoras para la práctica de la salud, ha configurado sus objetivos/conceptos/acciones bajo una lógica social preocupada por los sistemas solidarios de protección y promoción de la salud de las colectividades y de la vida humana. Un proceso contra-hegemónico de esa naturaleza, sólo se podía llevar a cabo modificando las prácticas y escenarios de acción porque la implementación de las nuevas formas de acciones requería la coherencia de ideas nuevas y un trabajo de reconceptualización. En particular el

trabajo epistemológico ha penetrado en la compleja problemática de diferentes disciplinas, desentrañando los fundamentos y modelos teóricos que las sustentan, sus elementos metodológicos, las perspectivas sociales de sus propuestas técnicas, permitiendo de esa manera trabajar visiones nuevas, menos centradas en un empirismo funcional y más orientadas a un quehacer ligado a las metas de equidad y de reivindicación de tesis solidarias para la salud (Breilh, J., 2003:74-5)

Este desarrollo de la SC como campo de saberes coincide con la crítica de Bourdieu hacia lo que en su momento se constituía como “ciencia”, argumentaba que no estaba de acuerdo con la concepción de ciencia, en primera instancia, porque detectó el problema de la ruptura de la confianza ciega en la ciencia, una confianza sustentada en la también rechazada creencia sobre una ciencia donde primaban la distancia personal y la objetividad, resultando totalmente irrelevantes aspectos como la imaginación, la pasión o lo fortuito; para resolver dicha situación propone la *reflexividad*, es decir, el análisis que el mismo sujeto de conocimiento debe realizar sobre sí mismo y, la *objetivación* que ha de autoaplicarse aparte de la ya considerada objetivación y que por sistema se realiza sobre el fenómeno o parte de la realidad que se adopta como tema de estudio.

Bourdieu describe con detalle el campo científico (restricciones de entrada y salida, o bien derecho de admisión) y las relaciones de fuerzas, tensiones y presiones que se establecen en él, la distribución de los distintos impulsos, las alianzas y coaliciones que suceden en su interior (al más puro estilo de una “guerra simbólica”, su interacción con el medio, su capital simbólico y su gestión del mismo, etc. Dentro de esta caracterización densa que lo que sea el campo científico, queda bien delimitada la noción de *habitus* científico, esa suerte de *camisa del alma* del científico de la que se van derivando poco a poco el “oficio, la intuición, el sentido práctico, el olfato propios de aquél.

Para Bourdieu el campo científico posee su propio *nomos*, su espacio propio de tensión entre posibilidades y disposiciones, sus dinámicas y estáticas, sus

coordinadas, sus juegos de poder y sus arbitrajes, sus éxitos y sus caídas... y su lucha es, por tanto, regulada, así como los sujetos de ésta asumen roles diferenciales; roles que se transforman en función de las innovaciones que realizan los propios científicos. La ciencia entonces resulta un “inmenso aparato de construcción colectiva usado de modo colectivo” así como la verdad y la objetividad en cada campo científico constituye un producto social del mismo (Bourdieu, P., 2003:105-107)

La SC al emerger como un movimiento ideológico que pretende transformar su realidad en beneficio de la mayoría de los grupos o colectividades, al reconocer que en los modelos de atención a la salud anteriores a la SC no se tienen beneficios tangibles en el perfil sanitario de la población, promueve una nueva perspectiva de atención a los mismos, cuestionando y llevando a la reflexión el mismo concepto de *salud*, tratando de evitar el incurrir en situaciones semejantes, actitud que permite a los actores desarrollar una actividad reflexiva, con conciencia social, sin perder de vista lo subjetivo de la realidad y de los participantes de la misma, encauzando a algunos de sus ideólogos a proponer la necesidad de crear algo novedoso como la “*Sanología*”<sup>12</sup>, rompiendo con las estructuras dominantes para continuar un trabajo en conjunto de todos los actores que participan del fenómeno.

Con respecto a considerar a la SC como un campo de conocimientos científicos identificamos a: Almeida N. y Paim J., 1999; Fleury, 1985; Ribeiro, 1991; Canesqui, 1995; Campos, 2000; Carvalho, 2002; Donangelo, 1983; Nunes, 2005; Instituto de Salud Colectiva, 2005.

---

<sup>12</sup> “...O tal vez, en un proceso de construcción histórica, será necesario inaugurar una nueva ciencia para ese nuevo/bello objeto complejo? Se podría bautizar de Sanología. Tomado de: Almeida, N. (2000: 233)

### III.4.2 Inter y Transdisciplinaria

El saber científico y hegemónico ha sido un procedimiento de exclusión, primero por oposición al saber de la religiosidad y de la escolástica medievales, y segundo, con respecto al saber cotidiano, pues se consideraba al saber científico como al único capaz de conducirnos al conocimiento “verdadero”, es así como se llegó a la delimitación de saberes en disciplinas altamente especializadas.

Por otra parte, lo interdisciplinar es un esfuerzo indagatorio de mayor ambición que multidisciplinar, porque se trata de la unión de saberes frente a un tipo de problemas que requieren para su solución o comprensión de un conjunto de disciplinas independientes sin crear lazos indisolubles entre ellas. En palabras de Morín (1982:311), *la interdisciplinariedad no llega a controlar las disciplinas como la ONU no controla a las naciones. Cada disciplina intenta primero hacer reconocer su soberanía territorial, y, al precio de algunos flacos favores, las fronteras se confirman en lugar de hundirse.*

Si bien entonces la interdisciplinariedad se puede entender como una habilidad y práctica para combinar e integrar actores, procesos conceptuales, elementos y valores de variadas disciplinas, en la SC la interdisciplinariedad será la búsqueda orientada a la exploración desde ciertas disciplinas para abordar los distintos vértices de los fenómenos relacionados con la salud y profundizar sobre el conocimiento de ellos, como lo es el caso de la identificación, descripción de determinantes sociales en algunos problemas de salud y de atención a la misma.

Entender lo transdisciplinario como el desvanecimiento de los linderos de las disciplinas, el abatir el enclaustramiento de las estructuras propias de cada disciplina para adquirir una nueva dinámica que englobe sucesivamente nuevas cuestiones y actores sociales e institucionales con la intención de expandir el conocimiento científico, tecnológico, social, y que todo ello tenga una consecuente injerencia en la



vida de cada persona, entonces es este intercambio micro y macro el que se busca interactúe en el campo de la SC con un fin específico (Marteleto, R. M., 2007).

Le llamamos *transdisciplinaria* al considerar que una parte del objeto de la SC es la salud y dado que la salud se ubica en la interfaz de lo biológico y social, si bien, ésta parte del objeto central de interés se hace complejo, en el sentido de que la tradición en el empleo de los métodos de las ciencias de la salud o ciencias médicas ha sido aislar los objetos para su estudio generalmente tratando de encontrar las relaciones de causalidad lineal y con ello la corrección del daño, para después dictar las políticas que un grupo privilegiado considera relevantes para el control, justificando todos esos procesos las funciones de las instituciones.

Estas interacciones no se darán únicamente en el nivel del campo de saberes, también es necesaria la interrelación entre las diferentes instituciones no sólo de salud, pues la relación interinstitucional permitirá establecer relaciones multidisciplinarias, y algunas veces interdisciplinarias, lo cual permitirá interactuar para participar en el objeto salud/enfermedad/cuidado con la intención de mantener y o conservar la salud.

Al considerar como transdisciplinaria a la SC, se pretende la interrelación-integración de otras disciplinas que pueden ayudar en el proceso, y avanzar hacia una nueva propuesta que perdure y logre efectividad en la búsqueda de mejores condiciones de vida, esto a través del reconocimiento y reincorporación de las disciplinas que sean requeridas, sin priorizar unas sobre otras y tomando en cuenta las que sean necesarias, formado grupos creativos con capacidad de integración para alcanzar la finalidad de la SC, lo cual representa un gran reto para quienes llevan a cabo trabajos de investigación específicos en el campo de la SC, pues este reto consistiría en la construcción de nuevas metodologías: integrales, transdisciplinarias, sistematizadas, que admitan la participación equilibrada tanto de los investigadores como de los actores investigados. Así como de quienes toman las decisiones, mismos que tienen un gran reto por delante para cumplir un papel de

responsabilidad ante el ejercicio de sus funciones, sin dejar de integrarse en los grupos de trabajo.

La transdisciplinariedad se deberá promover desde los niveles educativos en la formación de los recursos humanos<sup>13</sup> que participen en el campo de la SC, si esto no se da, difícilmente lograremos crear una nueva ciencia y con mucha dificultad se podría alcanzar una vida digna.

### **III.4.3 El proceso *salud/enfermedad/cuidado***

El objeto de estudio de este campo ha cambiado de acuerdo a las experiencias y reflexiones de los diversos autores. Por ejemplo, Pereira (1986) refiere que el objeto de la SC *no es más el cuerpo biológico que el social*; Laurell (citada por Almeida, 2000:104) lo ha identificado como el *proceso social salud-enfermedad*; Breilh y Granda con el *proceso salud/enfermedad*, considerando rigurosamente la dimensión colectiva y la concepción de clase social (citados por Almeida, 2000:104). Las categorías *proceso salud/enfermedad/atención* (Iriart, C., y cols., 2002), *proceso salud-enfermedad-intervención* (Campos, G. W., 2000a:219), y *proceso salud/enfermedad/respuesta social* expresan hechos histórico sociales que atañen a los colectivos humanos (López y Peña, 2005). El de *salud/enfermedad/cuidado* es propuesto como objeto de promoción (Paim y Almeida, 1998:300)

Paim y Almeida (1998:313), en un trabajo conjunto, discuten la necesidad de crear un nuevo paradigma para la salud, así también señalan la importancia de reconstruir el objeto de la SC, ya que consideran que forma parte de una nueva familia de objetos científicos, objeto totalizador y complejo.

---

<sup>13</sup> Formación de *Agentes “anfíbios”*, (es el término que emplea Almeida) con etapas sucesivas de entrenamiento-socialización-culturización en los distintos campos científicos que estructuran el campo de las prácticas que llamamos Salud Colectiva. Almeida Filho, N. (2006:140)

La integral:

*“...salud/enfermedad/cuidado puede ser referida tanto como un tejido de puntos sensibles o metáforas de representación social de enfermedades, tanto como estructuras epidemiológicas, cadenas de causalidad o relaciones de producción de riesgo... La lógica que debe predominar en tales objetos es una lógica múltiple y plural que no se puede expresar en forma codificada, sino solamente se puede reconocer por sus efectos. Paim y Almeida (1998:313)*

En el caso de Almeida (2000), esta propuesta responde a la larga trayectoria de vida académica en el campo de la epidemiología y de trabajo cercano a los problemas de la población brasileña. Considera que su misma actividad y búsqueda de respuestas lo han llevado a borrar fronteras disciplinarias para incursionar en el estudio de la Antropología, enfocándose en últimas fechas al problema epistemológico de la SC, mismo que le ha permitido concebir la necesidad de proponer un nuevo paradigma o una nueva ciencia de la salud.

Recordando y reconociendo las valiosas críticas de autores como Breilh, Granda y Laurell sobre el modelo hegemónico de salud, en el que prevalecía el enfoque biológico y una postura reduccionista, Almeida (2000), no obstante, considera que sin duda se lograron avances en la visión de la salud pública y medicina social; hoy en día no coincide con ellos, por lo menos en tres puntos:

- 1) Sus posturas se adhieren implícitamente a una epistemología internalista y polarizada, en la medida que admiten una superioridad formal y funcional del objeto sobre el método;
- 2) Tanto Breilh como Laurell hacen una crítica radical al concepto de “riesgo”, elemento clave para la epidemiología contemporánea, empleando las nociones de “perfil epidemiológico de clase social” y el de “nexo biopsíquico” que igualmente son insatisfactorias, teórica y metodológicamente, pues no se muestran capaces de sustituir el concepto de riesgo como una herramienta conceptual para expresar el carácter colectivo del proceso salud/enfermedad y

- 3) en el caso de los tres autores citados, las bases de sus modelos teóricos operan una reducción de la complejidad social a una única dimensión de la vida social. Almeida piensa que aunque vehementemente luchaban contra el *monocausalismo*, finalmente tropezaron y cayeron en el *monodeterminismo*; Breilh con la categoría de clase social; Laurell, con la de proceso de trabajo.

Almeida (2000:173-180), a partir de su propio trabajo de investigación epidemiológica no dejaba de imaginarse que habría nuevas formas de abordajes epistemológicos para las llamadas ciencias de la salud y especialmente para la epidemiología; él mismo deseaba formar una nueva ciencia, a la que bautizó como *Etnoepidemiología*, de la que se auxilió para hacer investigación transcultural en salud, perspectiva que inició con una auto-reflexión, en la que se trataría de reconocer el carácter socio-histórico de la propia Epidemiología, en el que primariamente se pasaría por la exploración de alternativas para la investigación sobre los determinantes sociales de la salud basadas en una referencia espacio- población más concreta; sin embargo, no se podían alcanzar ciertas especificidades del proceso salud/enfermedad/cuidado como objeto científico pues los investigadores y estudiosos del campo disciplinar no comprendieron que no se trataba de crear modelos explicativos con *cierta intromisión* de variables socioculturales, sino que más bien se trataba de concebir la pertinencia de los fenómenos de salud/enfermedad para los procesos sociales del cuidado a la salud como una totalidad etno-epidemiológica.

Retomando la propuesta de Almeida después de algunos años de trabajo y maduración del campo, del que podemos decir que al proponerlo para la Etnoepidemiología se ha trasladado a la SC, ya que el mismo autor considera a la primera como una parte central de la SC, y nos define al objeto *salud/enfermedad/cuidado*:

*“...el objeto salud/enfermedad/cuidado es uno de esos objetos heurísticos complejos, plurales y sensibles a los contextos, que sólo se definen en su configuración total, pues la*

*aprehensión [por separado] de cada uno de sus elementos y dimensiones no nos da acceso a la integralidad de dicho objeto...” (Almeida, F. N., 2000:234)*

Es decir, en la cotidianeidad de nuestras vidas, la salud-enfermedad-cuidado no se puede desagregar, porque si una persona está enferma, la intención es que se le restituya su estado físico a través de cuidados, de atención. En niveles macros, si las estadísticas sanitarias muestran altos índices de ciertas enfermedades, las políticas sanitarias o de otra índole que guarden relación con ciertos determinantes sociales y económicos deberán dirigirse hacia la disminución de dichas estadísticas, a través de los sistemas de atención a la salud, pero no de forma lineal y autocrática, sino con la intervención, participación e interacciones de diversas instituciones, así como de las propias personas que lo requieren o no, pues la idea sería que aquéllas que no estén enfermas (o aún enfermas) participen también del cuidado de los otros y, aún más allá, sería necesario reflexionar no sólo en la restitución del estado biológico de la población, sino en las acciones preventivas, precautorias, de protección que perduren a los largo del tiempo.

La construcción-deconstrucción de este objeto que podemos adoptar para la SC nos debe permitir la búsqueda, obtención, generación y aplicación de conocimiento socializable y socializante para que se puede llegar a consolidar como parte medular de una nueva visión de concebir y ejercer la salud, como una forma de vida de calidad, no aislada y asignada sólo a unos cuantos, en la que a través de nuevos métodos todos podamos ser partícipes del mismo y, como lo señala Almeida (2006:125), con éste objeto complejo<sup>14</sup> se arrije a un paradigma científico alternativo inherente a los procesos concretos de la naturaleza, la sociedad y la historia.

---

<sup>14</sup> Objeto complejo, cuya atribución de complejidad es que forma parte de un sistema de totalidades parciales y a su vez tenga la capacidad de incorporar totalidades parciales de diferentes niveles jerárquicos, que en su forma de objeto heurístico, sea sometido como modelo a funciones de determinación no lineal, metodológicamente tendrá la capacidad de ser aprehendido en múltiples estados de existencia, dado que opera en distintos niveles de la realidad y por último, será multifacético, blanco de diversas miradas, fuente de múltiples discursos, extravesando los recortes disciplinares. Por lo que para construirlo serán precisas operaciones transdisciplinarias de síntesis, así como recurrir a la polisemia de distintos recursos disciplinares. (Almeida, 2006)

El término salud/enfermedad/cuidado, se referirá a un complejo que tanto quien lo padezca como quien lo atienda (ya sea personal sanitario o instituciones u organizaciones), a nivel individual y/o colectivo, comprenda que las acciones a emprender para su atención-prevención no se analizarán ni resolverán en forma aislada sino comprendidas dentro de un momento histórico, social y físico determinado así también por la propia subjetividad de quienes intervienen en el proceso.

#### **III.4.4 Salud**

De acuerdo con las características propias del surgimiento de la SC como un movimiento social, crítica de los modelos hegemónicos de atención a la salud y a la salud pública normativa y, sobre todo a las bajas respuestas de solución de estos modelos de “salud” en la mejora de las condiciones generales de la población, se considera necesaria una propuesta que retome estas reflexiones para la construcción y conservación de la misma.

Es Juan César García<sup>15</sup> quien propuso que las características de la MS latinoamericana son fundamentalmente cuatro: a) el compromiso político con el cambio; b) la salud-enfermedad-servicios como hecho social; c) la importancia de la ciencia en la construcción de la disciplina; y, d) la responsabilidad del Estado en el campo de la salud y sus servicios.

Por su parte Samaja, J. (2004:31-36) en su disertación sobre la epistemología de la salud, señala lo común que tienen los saberes sobre salud y les denomina como nociones nucleares, son:

##### i) Salud (normalidad)

---

<sup>15</sup> Juan César García (1932-1984). Médico, sociólogo y crítico argentino se le considera el pionero latinoamericano de la propuesta sobre la relación de las ciencias sociales y la salud en el sentido de que éstas explican los determinantes en el proceso de salud-enfermedad-atención.

- ii) Enfermedad (patología)
- iii) Curación (terapéutica)
- iv) Preservación (prevención)

Dado que todos estos conceptos están relacionados directa o indirectamente con cosas y procesos causales, también están relacionados con valores (y por ende, con representaciones y con sujetos que las producen e interpretan). La salud tiene que ver con el cuerpo y con su fisiología (con el organismo: con sus órganos, sus procesos causales físico-químicos y con sus variables y sus constantes fisiológicas). Pero también tiene que ver con evaluaciones; con interpretaciones, con preferencias, con signos y con decisiones, es decir con alimentos y provisiones; tiene que ver con refugios y abrigos, con el dolor y el bienestar, etcétera. La salud, en un sentido amplio pertenece al orden del ser (cosas y causas), pero también al orden del deber ser (con representaciones o significados. Por todo esto, la salud es una especie de bien. *La salud es el bien del mundo social* (2004:36)

Esta argumentación de Samaja tiene una estrecha relación con la escuela que considera *los valores diferentes de los bienes*, en la que Max Scheler distingue los valores de los bienes, porque mientras los primeros son esencias eternas, los segundos son variantes e históricos, además que es en los bienes donde los valores se hacen reales, los bienes no agotan los valores ni se destruyen cuando son destruidos los bienes (Polo, F., 2004: 104). La propuesta sobre bienes y valores de esta escuela permite hacer una analogía con respecto a la salud como bien de vida, donde el valor vida estará en relación con el bien salud, aunque la salud como bien se agote o deteriore, la vida seguirá teniendo valor.

Y proponer que *salud* para los teóricos de la SC no corresponde a comprenderla desde la *teoría sociobiologicista*, que busca encontrar desde la biología, explicaciones a comportamientos de los seres humanos, y con ello determinar que existe una explicación del comportamiento social del sujeto basado en los genes que

regulan el comportamiento, sino más bien encontrar una comprensión de la salud como un bien de vida.

### III.4.5 El término *vida digna*

Después de las revisiones y análisis de las diferentes propuestas de los autores sobre sus visiones acerca de lo que para cada uno ellos significa la SC, se puede interpretar que en el trasfondo se persigue que a través de la búsqueda de la salud como proceso u objeto complejo, sus actividades se enmarquen en la convivencia humana en términos democráticos, de igualdad, responsabilidad, participación y reciprocidad, respeto a los derechos humanos y condiciones que garanticen nuestra libertad a la vida en plenitud, a disfrutar, preferencias políticas, religiosas, entre otras y, quizá en términos más filosóficos, en lograr el “proyecto de la felicidad”, comprendido como:

*“...una experiencia de carácter singular y personal, en referencia a la validación democrática de valores que puedan ser públicamente aceptados como favorecedores de esas experiencias y de lo que parece tratarse cuando se discute la humanización de la atención a la salud como una propuesta “política” – incluyendo a las instituciones del estado, más no necesariamente limitada a ellas... Por eso nosotros no nos alejamos mucho de aquello que otros filósofos han tratado con respecto a la felicidad y que muestran la indisociabilidad de las ideas de felicidad, racionalidad y vida en sociedad...” (Ayres, R., 2006:52-53)*

Las dos concepciones tradicionales de dignidad las encontramos, una, con Pico de la Mirándola y, la otra, en Kant. Para el primero, cuya percepción del *hombre* es el considerarlo el “centro del universo” y, por lo tanto, lo convoca a ganarse el ser, literalmente: *tener que hacerse a sí mismo*. Es decir, que la libertad de ser le otorga al hombre el poder de auto-determinarse, porque casi todo en él, depende de su decisión y de su elección, por ello el ser humano es *digno* porque es dueño absoluto de su existencia; a pesar de las múltiples influencias y determinaciones, el hombre tiene el poder de conducir su propio ser. Por su parte Kant, coincide en gran medida con el concepto anterior, aunque hace énfasis en el trato que hemos de darnos unos a otros: el respeto básico que nos merecemos en tanto que somos *personas*.



Es decir, en la medida en que el hombre descubre en su razón la idea de libertad se hace autónomo y, en consecuencia, busca auto-determinarse, y por lo tanto existe para sí, es un “fin en sí mismo” y no un medio para la satisfacción de los fines de alguien más.

El respeto a su libertad tiene que ser irrestricto, nadie puede determinarlo, nadie puede imponerle un proyecto de vida ajeno al que él quiera asumir; de hacerlo, se le estaría cosificando (Sagols, L., 2006:47-50). Aunque es conveniente resaltar que en este ejercicio de la libertad individual se puede hacer daño a sí mismo y a los otros.

Las ideas anteriormente expuestas con respecto a la dignidad coinciden con lo que busca la propuesta presentada de SC: la participación de todos, con sus saberes y actitudes, en el afán por lograr una mejor forma de vida, basada en el respeto hacia lo humano y hacia todo lo que interactué con él.

Es decir, la construcción del nuevo paradigma de salud estaría rescatando el sentido humanista del ser, en una parte esencial como lo es la dignidad, dignidad que como personas debemos de reconocer y hacer valer por nosotros mismos y para con los otros, y dado que la salud es el resultado de las acciones del proceso complejo de salud/enfermedad/cuidado, interactuando en constante movimiento con todos los factores que constituyen la vida humana, el mantenimiento y el logro de esos factores deberán estar al servicio de la persona para lograr la autonomía, la libertad abierta y creativa en las diferentes situaciones a las que se deba enfrentar, *porque estar sano significa tener sentido de la vida que abarca la salud, enfermedad y muerte* (Boff, L. 2002:118). En esta construcción de una vida digna, está presente el cuidado, el cuidado no como un

*“conjunto de procedimientos técnicamente orientados para el buen éxito de un cierto tratamiento [sino el cuidado como]: un constructo filosófico, una categoría con la cual se quiere designar simultáneamente “una comprensión filosófica y una actitud práctica frente al sentido que las acciones de salud adquieren en las diversas situaciones en que se las reclama””* (Ayres, R., 2006:54-55)

Una categoría que trasciende lo cotidianamente aceptado como la atención que se recibe en los servicios de “salud”, o como práctica esencial de la enfermería, una categoría que tal vez a más de uno les parezca idealista, para otros, tal vez compleja, pero hacia la que vale la pena dirigir nuestros esfuerzos, como la que nos presenta Boff:

*...El cuidado es lo que da fuerzas para buscar la paz en medio de todo tipo de conflictos. Sin el cuidado que rescata la dignidad de la humanidad condenada a la exclusión, no se inaugurará un nuevo paradigma de convivencia.*

*...El cuidado... permite... dar prioridad a lo social sobre lo individual y a orientar el desarrollo hacia una mejora en la calidad de vida de los seres humanos y de los demás organismos vivos. El cuidado hace que surja un ser humano complejo, sensible, solidario, amable y conectado con todo y todos en el universo...Sin el cuidado, el ser humano se volvería inhumano. Boff, L. (2002:156)*

Si bien Victoria Camps propone la idea de vida de calidad, consideramos que podríamos retomarla y reubicarla en el sentido de vida digna, pues si una vida de calidad

*“...depende de donde estemos y con quien nos comparemos... depende de las necesidades que uno tiene o siente como tales, y sabemos que las necesidades no son, a su vez, realidades inamovibles ni medidas objetivas de las que podamos derivar un conjunto de bienes básicos e indiscutibles... Los criterios que la determinan son situacionales, históricas, culturales y, finalmente subjetivos...incluso en situaciones económicas y culturales bastante similares,...No obstante, hay unos mínimos para la vida de calidad, que son los mínimos de la justicia. Los derechos sociales indican cuales son los bienes a los que todos tienen derecho, y aunque podamos discrepar sobre las implicaciones políticas exactas del derecho a la educación o a la protección de la salud, ahí están esos valores como ideas reguladoras y marco referencial si lo que se nos ofrece como protección a la salud o como educación es realmente lo que se nos debería de garantizar...una vida de calidad, es...la forma de **vida digna**... que merece ser vivida, es el abandono del valor absoluto dado a la vida por el pensamiento religioso o pseudoreligioso, esto es, el que hace derivar el valor de la vida de la voluntad de un creador divino, ...o bien subordina ese valor a una ley natural inexorable... la vida tiene un valor objetivo, fundamental pero no absoluto.” (Camps, V., 2001:70-72)*

Entonces el alcanzar una vida digna, que como consideramos, es el fin último de la SC, se logrará al alcanzar estas interacciones entre disciplinas que en algunos casos borrarán sus propios linderos de conocimientos para investigar y resolver problemas relacionados con el complejo objeto salud/enfermedad/cuidado para así construir y conservar la salud, en donde los bordes de lo biológico y lo social

interactúan el diversos sentidos, siempre con la idea de alcanzar esa forma de vida que dignifique la vida de los seres humanos.

A partir de la incorporación del término de vida digna, se derivará a la propuesta ética, una ética que puede ser de principios, la cual se justificará y precisarán y desarrollarán algunos de los principios que pueden ser coherentes con la propuesta del concepto de la SC.

### III.4.6 Persona

Otro término que se introduce en el concepto de SC es el de *persona*, cuya definición etimológica proviene de dos raíces; una, del griego *prósoopon*, empleado en el teatro y que significa tanto máscara como actor y, la otra, del verbo latino *personare*, que significa *resonar, sonar a través de*, esta acepción etimológica proviene de la costumbre del teatro clásico de caracterizar a los actores con una máscara o careta, con la que se distinguía a los diversos personajes; la voz del actor *resonaba* a través de la máscara, "*personabat*", de ahí el nombre de persona. Este significado teatral pasó, sin olvidarse de su origen, al derecho romano (Torralba R. F., 2005:317)

Persona, en el derecho romano, era quien tenía su representación ante la ley, es decir, un sujeto de deberes y derechos, de acuerdo a la definición jurídica de la persona. En esta concepción, los esclavos no eran personas, se disponía de ellos como de cualquier objeto propio. Por la influencia de la naciente iglesia católica, que propiciaba la igualdad específica de todos los hombres, el término *persona* se aplicó a todos los *individuos de la raza humana*, mismo que se conserva actualmente en el lenguaje común (Quiles, I., 1980:7-8).

Torralba F. presenta tres grandes perspectivas de lo que es persona a lo largo de la historia del hombre y de la evolución de su pensamiento, es así que nos refiere la perspectiva Teológica, la Ontológica y la Personalista.

En la Perspectiva teológica se entiende como persona al ser teomorfo (el misterio de la Trinidad), creado a imagen y semejanza de Dios, cuyo origen y destino es divino; la persona es el núcleo de la Antropología bíblica, de cuya vida no se puede disponer libremente pues se le considera como una realidad sagrada. Su corporeidad, como expresión de la naturaleza teológica, es concebida como *vestigium Dei* (huella de Dios).

Dentro de esta perspectiva se ubica Besave Fernández del Valle, para quien la dignidad de la persona descansa en ella como tal por el hecho de considerársele un ser teomórfico, la dignidad humana se relaciona intrínsecamente con la idea de aceptación incondicional Dios-Persona (ser humano). Otro es José Bullón, para quien la dignidad humana se funda en la: Creación, Redención y Escatología<sup>16</sup>, es decir, al encontrar al ser humano como persona, quien se ha de encontrar a sí mismo a través del encuentro con Dios. Edith Stein, filósofa alemana, descubre en el ser humano una imagen de la trinidad de Dios. Dice que Dios es amor, y el amor no es posible si no existen al menos dos. Por eso Stein concluye que la persona debe amarse a sí misma, con lo cual se comprendería el mandamiento: Amar al prójimo como a uno mismo.

Peter Kemp, considera que el ser humano es irremplazable, lo que le confiere una dignidad superior a cualquier otro ser, por lo tanto debe preservarse y respetarse.

En la actualidad se puede identificar que persiste esta visión de considerar por encima del hombre a una deidad, aunque a veces las creencias religiosas son seguidas con cierta devoción que impide reflexionar sobre las mismas, por ejemplo, si sucede un desastre en una comunidad aislada en donde la pobreza, con todo lo que ello implica, es lo privativo, encontraremos que las personas creen que Dios se

---

<sup>16</sup> Escatología, doctrina referente al destino o fin último del universo y humanidad.

lo envía como prueba de su fortaleza de fe y entonces actuaran con cierta resignación, en espera de la siguiente prueba.

En torno la perspectiva ontológica, Torralba, F. señala que a la persona se le considera como *substantia*. Se retoma la definición de Boecio: la *persona* es un ser que tiene una dignidad intrínseca por el hecho de ser una substancia individual de naturaleza racional. Dentro de esta corriente ontológica se pueden distinguir dos posturas, una, que considera a la persona de acuerdo a la definición de Boecio y, la segunda, representada por Santo Tomás.

Dentro de la postura boeciana, la persona como substancia o esencia, no se refiere a lo aparente del ser humano sino a lo que subsiste o permanece más allá de los cambios y transformaciones. Ricardo de san Víctor, quien se ubica dentro de esta corriente, sustituye substancia individual por incomunicabilidad<sup>17</sup>.

La postura representada por Tomás de Aquino recupera la definición de Boecio y sustituye la expresión de substancia por la de subsistencia, persona como subsistencia espiritual: considera a la persona en el plano metafísico como una substancia que no se apoya en ningún otro ente, que tiene un alma individual, creada directamente por Dios. Dentro de esta visión se ubica a Duns Scoto, quien refiere que para llegar al misterio de la persona se deberá partir del ser, el ser como una relación Trascendental —aportación que impactará a una de las corrientes dentro del personalismo—, él subraya la independencia de una persona con relación a la otra, misma que se fundamenta en la incomunicabilidad de cada una.

Roberto Andorno parte de que el principio sustancial se puede encontrar en potencia, por lo que para él, el ser persona se aplica a todo ser humano, aún cuando

---

<sup>17</sup> Incomunicabilidad, no se refiere a que no pueda comunicarse con sus semejantes, sino es un rasgo esencial de su ser, afirma que hay un núcleo interior en el ser humano que no puede ser comunicado, que no puede ser expresado, una suerte de misterio que no puede ser revelado *ad extra*. Torralba, F. p. 352.

no haya desarrollado todas sus potencialidades, o más aún, nunca las llegue a desarrollar, o bien las haya perdido irremediablemente.

Andorno (1997:84-95), mantiene una postura ontológica en la concepción de la persona, y además sugiere elegirla para resolver problemas bioéticos, para él, es necesario considerar el elemento corporal como constitutivo del ser de la persona, es decir entender persona como individuo perteneciente a la naturaleza humana, con potencial para desarrollarla y, de esa manera, no se dejaría fuera a nadie considerado como ser humano pleno o en potencia.

La tercera perspectiva, llamada Personalista, señala que persona es constitutivamente una *relación*. Torralba, F. considera como sus representantes a Ludwig Feuerbach (alemán) y Soeren Kierkegaard (danés). Las raíces de esta corriente se remontan a la filosofía medieval y a la comprensión de persona en relación con Dios. En cuanto a la dignidad de la persona dentro de esta corriente, se puede decir que lo que la hace digna en el conjunto del mundo no es su ser, sino su capacidad relacional, su estructura abierta, por medio de la cual no sólo se es capaz de establecer relaciones con las entidades exteriores sino también consigo misma, y llegar de este modo a ser consciente de sí —que como ya vimos con Andorno, se puede considerar como una postura reduccionista—. Duns Scoto es el primero en expresar la concepción de persona como relación trascendental, como ya se mencionó en la postura ontológica.

Heidegger lanza una crítica a la concepción sustancialista de persona y, a partir del método fenomenológico, desarrolla una ontología fundamental, desde donde afirma que ser persona tampoco puede reducirse a ser un sujeto de actos racionales sometidos a ciertas leyes. La persona no es una cosa, no es una sustancia, no es un objeto; para Heidegger, la persona se da siempre como ejecutora de actos intencionales ligados por la intención de un sentido.

Desde la perspectiva personalista-relacional, la persona es esencialmente una relación que se configura a partir de la relación *ad intra* o *ad extra*, el Núcleo es la relación. Al plantear la configuración *ad intra–ad extra*, como las formas en las que se establecen las relaciones, Torralba, F. (2005:361-373) ubica dentro de la relación *ad intra*, a Kierkegaard y a Feuerbach. Para el primero, *ser humano* es igual que persona y dice que lo sustantivo en el ser humano es el espíritu, considerando al espíritu como el Yo. El Yo es una relación consigo mismo, por lo tanto el hombre es una síntesis. El hombre como una relación con su propio Yo, significa ser autoconsciente, es decir, conocedor del propio Yo.

Para Feuerbach, lo que hace la diferencia entre el hombre y el animal es la relación del primero consigo mismo, por lo que es capaz de tener conciencia y capacidad de obrar libremente. El hombre no es un ser particular, como el animal, es universal; libertad y universalidad se extiende a todo el ser del hombre. Persona es: razón-conocimiento, voluntad–energía de carácter y corazón-amor. Esta filosofía personalista influyó en Max Scheler, Martin Buber, Romano Guardini, Gabriel Marcel, de Lavelle y otros.

En cuanto a la relación *Ad extra*, se refiere a lo que hace posible el encuentro con el tú y con el otro. Por lo que a Heidegger se le ubica dentro de esta corriente, pues considera a la persona como un encuentro con el otro. Para Buber, la persona aparece cuando entra en relación con otra persona. La persona como encuentro yo-tú. En el personalismo buberiano, la persona se define como un *mitsein*, es decir, como un *ser-con*. La relación que se establece es de reciprocidad. A Karl Jaspers también se le ubica en esta corriente, pues para él, el ser humano es constitutivamente finito, no se siente perfectamente instalado en esa finitud así que tiende a lo infinito, a lo que está más allá de los límites de su naturaleza y no puede dejar de ser lo que es.

Hume (1992:22-23) propone una teoría que intenta explicar el hecho de que las personas preservan su identidad a través del tiempo; esta teoría afirma “*que la*

mente o el Yo es un haz de percepciones unidas por relaciones de semejanza y de causalidad, relaciones que descubrimos por la memoria"; es decir las personas no tienen una identidad perfecta sino imperfecta, porque cambia constantemente la sucesión de nuestras diferentes percepciones. En cuanto a la palabra *relación*, en filosofía se le significa como algún asunto particular de comparación sin un principio de enlace.

Según Hume<sup>18</sup> son siete las cualidades que hacen que los objetos admitan comparación, y por las que se producen las ideas de la relación filosófica y que pueden ser consideradas como los orígenes de toda relación filosófica. En general refiere estas características a objetos, sin embargo en el caso de la identidad imperfecta, la que le atribuye al hombre, nos hace pensar que habrá que explorar dentro del pensamiento filosófico esta aportación de Hume hacia la idea de persona como una relación o relaciones.

Para Martínez, Huerta (2004:35-38) el personalismo surge en 1930 como un movimiento cuya afirmación central es la existencia de personas libres y creadoras, en Francia surge con Emmanuel Mounier y, en Alemania con Max Scheler. Para esta corriente el *hombre es persona*, a diferencia de los anteriores, que se le concibe como relación. Su origen está en el campo teológico, al igual que la corriente mencionada anteriormente, pues la concepción de persona se desarrolla desde lo divino.

Las características que ponen de relieve el contenido esencial de la persona, de acuerdo a Mounier, son: Persona significa: ser único, es decir, un ser singular,

---

<sup>18</sup> Las cualidades que señala Hume, son: 1ª. Semejanza, sin la que no puede existir relación filosófica pues ningún objeto admitirá una comparación más que cuando tenga con otros algún grado de semejanza. 2ª. Identidad, aplicada a su sentir estricto a los objetos constantes e inmutables, sin examinar la naturaleza, fundamentalmente de la identidad personal. De todas las relaciones es la más universal, por ser común a todo ser cuya existencia tiene alguna duración. 3ª. Espacio y tiempo, las relaciones más universales y comprensivas, que son el origen de un número infinito de comparaciones. 4ª. Cantidad o número, todos los objetos que admiten cantidad y número pueden ser comparados, es otro origen muy fecundo de las relaciones. 5ª. Cuando dos objetos cualesquiera poseen la misma cualidad en común, los grados en que la poseen forman la quinta especie de relación. 6ª. Relación de oposición, queda a primera vista considerada como una excepción de la regla de que ninguna relación de cualquier género puede sustituir sin algún grado de semejanza. 7ª. Causas o efectos, séptima relación filosófica, considerada como una relación natural.



inconfundible e insustituible; ser comunicativo (sobre todo por la palabra) y comunicable (por el amor); ser íntimo, con interioridad; valioso en sí mismo, digno, respetable por sí, y no por lo que hace o tiene; comprensivo, con capacidad de discernir lo verdadero de lo falso; ser autónomo, libre, dueño de sí; abierto, orientado u ordenado al encuentro con el otro; un ser que condensa el universo, ser activo, capaz de “evolucionar sin transformarse”, de progresar sin modificarse, de crecer conservándose; ser alguien y no algo, un quien y no un qué, una presencia y no un objeto o cosa; amable (digno de ser amado) y amante; autorrealizable, está en sus manos hacerse a sí mismo, perfeccionarse, decidir su porvenir; autotrascendente, capaz de ir más allá de sí, de moverse para ir siempre más lejos, de proyectarse. “La persona es, en definitiva movimiento hacia un transpersonal, la persona, al comunicarse se eleva y se transforma”, para Mounier, es imposible definir a la persona, solo es posible describirla (Mounier, E., 2005).

Otro personalista es el francés Jacques Maritain (2002). El movimiento filosófico más asociado con Maritain es el personalismo, enraizado en el pensamiento de Santo Tomás de Aquino, el cual asume al ser humano como un participante en el ser subsistente, Dios.

Bajo el análisis crítico de Arturo Díaz (2006), el concepto de persona en Maritain se constituye de individualidad y espiritualidad, el ser humano es igual que persona y la persona se constituye en un todo. El ser humano se forma de una raíz ontológica primaria que es Materia, y que corresponde al *cuerpo*, a este nivel se puede decir que ello conforma al individuo; cuando a este individuo se le suma la espiritualidad (espíritu) tendremos la personalidad, que es una integración en el Yo generoso, y por tanto somos *personas* en cuanto somos espíritu y cuerpo, no como dualidad, sino en una misma unidad.

Esta forma de organizar a la persona como individualidad y personalidad ha dado origen a dos filosofías sociales, una fundada en la dignidad de la persona humana, y otra fundada en la superioridad del individuo o del bien privado. La

distinción entre individualidad y personalidad adquiere importancia en el sentido de la necesidad de reafirmar el valor de la persona humana y, por otro lado, al ser justamente persona, reclamar para sí un bien social acorde a su verdadera condición.

En cuanto al asunto de la dignidad de la persona, Díaz, propone excluir el aspecto teológico y explica la dignidad de la persona en clave filosófica, es decir, a partir de la afirmación de la trascendencia, de la posibilidad de traspasar los límites de la materialidad y considerando la condición de espiritualidad del ser humano, al menos en el reconocimiento de sus capacidades esenciales: conocer, amar, y ser libre para realizar su vida. Por ello propone que la

*dignidad del hombre está...en el desarrollo de su ser personal, tanto como individuo e integrante de una sociedad, como sujeto poseedor de personalidad y creador de su propia historia. En otras palabras, la dignidad de la persona radica en la conquista de la libertad, tanto para sí de manera individual, como para el conjunto de la sociedad, de forma comunitaria. Aquí se funden los dos aspectos de la dignidad humana, y un proyecto auténticamente humanista no puede dejar de reconocer a ambos...dignificar la persona es dignificar sus condiciones vitales, permitiendo que realice una auténtica vida social (Díaz, 2006).*

Dado que el planteamiento de persona dentro del concepto de SC se hace desde la interacción de la primera con las instituciones y con el proceso salud/enfermedad/cuidado, es claro que ni la perspectiva teológica ni deontológica son convenientes para la forma de comprender “persona”, más bien adoptaremos la postura en tanto personalista-relacionista, al parecer esta propuesta humanista de reconocer la dignidad de la persona como la conquista de la libertad, y que pueda alcanzar a disfrutar de condiciones vitales óptimas que le permitan crear su propia historia y convivencia con sus semejantes y entorno, que toma en cuenta tanto al ser individual como al ser colectivo, podría ser considerada como el fin de la Salud Colectiva, alcanzar una *vida digna*.

### III.4.7 Lo colectivo

Otro concepto que se trata de identificar es el de “colectivo”, y, siguiendo con L'Abbate (2003), quien nuevamente retoma a Donnangelo, se encuentra que lo colectivo se aplica porque los movimientos sociales que se desarrollaban en la época de los setenta, en Brasil, eran movimientos en los cuales el aumento de los trabajadores con derecho a la asistencia médica preventiva se convirtió en una nueva necesidad de atención y de investigación que demandaba el uso de teorías, métodos e instrumentos de las ciencias sociales, y principalmente de la marxista, por lo que en esa época los trabajos de investigación producidos eran estudios epidemiológicos sobre el proceso salud enfermedad de la población y estudios de política de salud, en los que se destacaba las investigaciones sobre las prácticas y sobre el trabajo en salud, lo que llevó a las comunidades académicas a la necesidad de repensar los nombres como se conocían el campo de la salud: “policía médica”, “medicina social”, “salud pública”, “medicina preventiva”, “medicina comunitaria”, “salud comunitaria”, concepciones que suponen diversidades teóricas, históricas e ideológicas, y no consiguen abarcar el campo de la salud en toda su extensión.

Por eso Donnangelo —continúa L'Abbate—, debido a los múltiples significados de la palabra “colectivo” en el ámbito de la ciencias sociales y que reproducen una gama de posibles connotaciones asumidas por dicha noción: *colectivo/conjunto de individuos; colectivo/interacción entre elementos; colectivo como conjunto de efectos o consecuencias de la vida social; colectivo transformado en social como campo específico y estructurado de prácticas*; es así como en los años setenta empieza a ser utilizado para nombrar reuniones, cursos, departamentos e instituciones de investigación y, finalmente, se retoma para nombrar a la Asociación Brasileña de posgrado en Salud Colectiva/ABRASCO; instancia que asume el compromiso de formar recursos humanos y producir conocimiento que contribuya a superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en toda la sociedad brasileña. Con el tiempo este movimiento trasciende la frontera de Brasil y se desarrolla en otros países de América Latina lo que permite la creación de la Asociación Latino

Americana de Escuelas de Salud Pública/ALAESP, la que se liga con la Organización Panamericana de Salud (OPS).

Considerar el nombre SC en lugar de MS es estar en la búsqueda de un nuevo paradigma que proponga una visión diferente a la de asociar el termino salud al de medicina solo se le tome en cuenta como la parte de lo curativo, la intención es no perder de vista que hablar de salud; es pensar y actuar en dimensiones complejas y que el camino para el cambio tal vez será largo.

## **CAPITULO IV. Principios éticos para la salud colectiva**

En un sincero deseo de que a lo largo de este trabajo se haya comprendido que existen vacíos más o menos importantes y trascendentes en el desarrollo epistemológico del concepto de salud, así como una incipiente madurez por la minoría de edad de un campo en construcción como lo es la SC, es nuestra pretensión que en este apartado se perfilen los principios éticos que puedan servir de faro a las interacciones entre personas e instituciones que buscan la construcción y/o conservación de la salud, a diferencia de una ética médica, que sólo se ocupa del cuerpo y del individuo.

Este capítulo se organiza en cuatro apartados. En el primero se hace una breve descripción de las diferencias entre ética y moral; en el segundo se retoma la concepción de Salud Colectiva; en un tercer momento se presenta la propuesta de la Ética Aplicada de Adela Cortina que se utiliza para la identificación y selección de principios para la SC; y en el cuarto y último punto se presentan tales principios.

### **IV.1 Ética y Moral**

Considerada la ética como una rama de la filosofía cuyo objeto es la reflexión sobre lo moral, la cual es nombrada también como Filosofía Moral (Cortina, A., 2007:29), sus raíces etimológicas nos remiten al vocablo griego *ethos*, que significaba “residencia”, “morada”, “lugar donde se habita”, primeramente fue usado, sobre todo en poesía, con referencia a los animales, para aludir a los lugares donde se criaban y encontraban, como sus pastos y guaridas; después, se aplicó a los pueblos y a los hombres en el sentido de su país, pero la acepción más usual del vocablo *ethos*, la que atañe directamente a la Ética, significa también “modo de ser” o “carácter” (Aranguren, J. L., 2001; Aranguren, J.L. Ética, parte 1ª, cap. II, citado por Cortina, A.,

2001:162) por lo tanto, se puede decir que el saber llamado “ética” tendrá por objeto el *carácter*, el modo de ser desde el que los hombres enfrentamos la vida, pero no el temperamento con el que nacemos, sino el modo de ser del que vamos apropiándonos a lo largo de nuestra vida. “Cuando...esta apropiación acontece mediante la repetición de actos que generan hábitos (virtudes o vicios), los cuales a su vez son de nuevo principio de actos,...el *ethos* es carácter impreso en el alma por hábito y de nuevo, a través de los hábitos, fuente de actos” (Cortina, A., 2001:162).

El *ethos* será esa segunda naturaleza que sólo los hombres podemos adquirir a partir de la primera, recibida sin responsabilidad de nuestra parte, y a su vez “el suelo firme, el fundamento de la *praxis*, la raíz de que brotan todos los actos humanos” (Aranguren, J, L. 2001:21)

Los términos “moral” y “ética” tienen un significado muy parecido porque el vocablo latino “*mos*”, del que deriva *moral*, significa también un modo de vida del que nos hemos apropiado, tanto en el nivel de los sentimientos, como en el de las costumbres y el carácter (Aranguren, J, L. 2001:24).

Protágoras sostenía que el progreso de la sociedad no sólo se basaba en la capacidad técnica de los hombres, sino también en su sentido de la *moralidad*, misma que permitió el desarrollo de la vida política y la convivencia ciudadana, *moral*, que comprende *aidós* y *díke*, “pudor” y “justicia”, fundamento básico para la convivencia y por tanto, para la civilización (Camps, V., 2002:35-79).

En una revisión más moderna del uso del sustantivo de “moral”, Guariglia (1996:11-13) distingue tres esferas de significación de lo moral:

- i) que abarca todos aquellos aspectos que han influido decisivamente en la conformación de los ideales intramundanos de conducta humana en el curso histórico del desarrollo, por ejemplo, los disciplinamientos de ciertas corrientes religiosas para el dominio de nuestro cuerpo;

- ii) el carácter imperativo de sus recomendaciones, sea por el peso de la autoridad, de una tradición o por el libre ejercicio de convicciones subjetivas, se puede sintetizar con la pregunta *¿Qué debo hacer?* y,
- iii) la estrecha conexión de lo moral con la moralidad de una acción, entendiéndolo por ello su carácter de obligatoriedad o prohibición.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que lo moral se relaciona con las acciones humanas en la convivencia intra y extrapersonal.

Entonces, etimológicamente, e incluso atendiendo al significado que damos en el lenguaje ordinario a expresiones como “valores morales”, “valores éticos”, “normas morales”, “normas éticas”, los vocablos ética y moral son prácticamente idénticos. Sin embargo, la historia de los saberes que se ocupa de forjar el *carácter* en sus diversas modalidades ha consignado como necesaria la distinción entre, al menos, dos niveles de reflexión y lenguaje: el nivel de la vida cotidiana, en el que los hombres viven desde antiguo con referentes morales, y el nivel de la filosofía moral, que reflexiona sobre la moral vivida en la vida cotidiana, llamada ética.

La distinción entre moral y ética, como filosofía moral, se hace necesaria, puesto que se trata de dos niveles de reflexión diferentes, dos niveles de pensamiento y lenguaje acerca de la acción moral. Así, retomando a Cortina y Martínez, se denomina:

*“...como “moral”, a ese conjunto de principios, normas y valores que cada generación transmite a la siguiente en la confianza de que se trata de un buen legado de orientaciones sobre el modo de comportarse para llevar una vida buena y justa. Y, “Ética” como la disciplina filosófica que constituye una reflexión de segundo orden sobre los problemas morales. La pregunta básica de la moral, sería: ¿Qué debemos hacer? Y, la cuestión central de la Ética: ¿Por qué debemos?” (Cortina, A. y Emilio Martínez, 2001:22).*

Es decir, la moral forma parte del vivir de los hombres aunque no sean instruidos en filosofía y la ética se da en un nivel de reflexión que requiere de aprendizaje y lenguaje propios y especializados.

En este trabajo, en el que se intenta exponer una propuesta de “*Ética de la Salud Colectiva*”, es conveniente aclarar las diferencias entre ética y moral, ya que aunque no se presentará exactamente una propuesta acabada de una Ética, en el sentido de una teoría completa de reflexión sobre la disciplina citada, si se considera un primer paso para reflexionar sobre la moral de los actores que interactúan en dicho campo de saberes.

La SC como campo de saberes que surgió como un movimiento social, se caracterizó por denunciar las desigualdades que se suscitaban en el sistema de atención a la salud brasileña, porque a pesar de la existencia de la de Salud Pública institucionalizada, ésta no resolvía los graves problemas de salud a los que se enfrentaba la población, es por ello que desde un enfoque de pensamiento diferente, perciben y abordan la *salud*, no como un fenómeno biológico sino como un fenómeno social, el cual no se reproduce en forma aislada sino como un fenómeno complejo, o mejor dicho, como lo anota Duarte Nunes, la SC *constituida en los límites de lo biológico y lo social*, marcando como sus desafíos:

*“...investigar, comprender e interpretar los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización social de los servicios de salud” fundamentándose en la “interdisciplinariedad como posibilitadora de la construcción de un conocimiento ampliado de salud...” (Nunes, E., 1994; Matumoto, S. y cols., 2001)*

Como resultado de la revisión de las diferentes propuestas de comprenderla y que abarcó desde 1982 a 2005, se plantea de la siguiente forma:

*La SC es un campo de acciones y conocimientos inter y transdisciplinarios en donde la interacción de las personas con las instituciones en el proceso salud/enfermedad/cuidado busca la construcción y conservación de la salud para alcanzar una vida digna.*

Si el cuidado rescata la dignidad de la humanidad y la dignidad es un atributo intrínseco de las personas, esas características del cuidado, como dar prioridad a lo social sobre lo individual, ayudaran a orientar la construcción de una mejor vida tanto en los seres humanos como en el entorno en donde vivimos.



Si la dignidad pertenece a todo hombre por el hecho de serlo, entonces se halla indisolublemente ligada a su naturaleza racional y libre. Por ello, toda persona resulta merecedora de un respeto fundamental, con independencia de sus condiciones singulares: todos los hombres útiles o inútiles, de cualquier étnia, desarrollados o no, hombres justos o injustos, respetuosos o no, honorables o autoenvilecidos hasta la máxima depravación; todos los hombres tienen estricto derecho a ser tratados como personas; por consiguiente no hay momentos privilegiados en el surgimiento de la dignidad personal (Melendo, T. y Millán P. 1996:174).

Si de manera implícita encontramos que dentro del concepto de dignidad de la persona se encuentran valores como el respeto, la libertad, la tolerancia, la justicia, entonces podemos decir que para que las personas construyan y conserven una vida digna, deben ser y hacer de la práctica de estos valores una forma de vida, es decir, reconstruir un *ethos* que los lleve a la convivencia respetuosa consigo mismos, con los otros y con su entorno.

#### **IV. 2 Principialismo y Ética aplicada**

Partir del principialismo es retomar a Hume con la idea de que los principios darán lugar a una mediación ante un conflicto, pues los hombres que se basan en una moral donde el sentimiento es la norma para extraer desde la razón conclusiones que serán muy diferentes, para llegar a dichas conclusiones el *Principialismo* evita la intransigencia de una normativa rígida, siempre y cuando se establezcan buenas razones para el accionar (Hume, 2004)

En la búsqueda del mundo moral, Kant cuestiona en el siglo XVIII las teorías de las virtudes no sólo por las deficiencias de las mismas sino porque la configuración social moderna las hacía imposibles. Kant buscaba una moral de principios puros y *a priori*, es decir, que no derivaran de la experiencia, como

sucedía con las virtudes, para ello requiere de un mundo de leyes ideales que obligaran de modo imperativo, y que pudieran dominar el SER patológico, por lo que empieza estableciendo principios puros conocidos como imperativos categóricos, entendidos como las leyes que todo SER racional se da a sí mismo (Polo, F., 20004:101).

Ubicar la propuesta de este trabajo en una ética de principios, es con la intención de encontrar una conducta apropiada o valiosa que contenga principios para la acción, que fueron definidos por Kant, como “*determinación universal de voluntad*” con carácter general y sobre todo marcan el límite más allá del cual no se puede ir; es decir, establecen lo que está dentro de lo aceptable así como lo que ha de quedar fuera. Los principios no son definitivos, sino son “*mandatos óptimos*” que tienen que ver con las circunstancias del caso, con lo tolerable, con lo contingente. Definen conductas válidas y, además cumplen un papel insustituible en la deliberación y razonamientos prácticos para justificar decisiones, plantean alternativas, definen estilos de conducta, etc. Una ética que hable de principios solo podrá mantener una relación secundaria, indirecta, mediata, por lo que habrá más de una respuesta correcta para resolver la situación práctica en discusión (López de la Vieja, 2000:19-24)

En el campo de la salud, a nivel individual y colectivo la dimensión ética tiene una relevancia especial al estar en juego la vida de las personas y el respeto a su dignidad como elementos centrales, por ello es necesaria la reflexión ética en cuanto al cuidado directo de la persona vulnerable y vulnerada en su condición física, así como en la gestión de los servicios de salud y también en las políticas de salud u otras políticas sociales vinculadas con el bienestar de la población.

Además de una Ética de principios se tomará en cuenta la propuesta de las Éticas aplicadas de Adela Cortina, es decir, una ética centrada de modo explícito en campos concretos de la actividad humana, una ética a la que le interesa diseñar los valores, principios y procedimientos que los afectados deberán tener en cuenta para

que sean los directamente involucrados en los diversos casos, quienes desde el diseño reflexivo de la ética aplicada tomen decisiones concretas (Etxeberría, J., 2002:192)

Las distintas actividades se caracterizan, por los bienes que sólo a través de ellas se logran, por los valores que en la persecución de esos fines se revelan y por las virtudes cuyo cultivo se exige. Las diferentes éticas aplicadas tienen por tarea, averiguar qué virtudes y valores permiten alcanzar a cada caso los bienes internos.

Con respecto a la cuestión de los valores, cuyo surgimiento tuvo lugar en la Escuela de Baden (s. XVIII con los neokantianos), en un contexto que configura un mundo a partir de ideales que expresan intereses propios, donde todo es interpretado según el individuo, libre para escoger sus fines y medios, momento en el que la Filosofía política moderna mostraba al hombre con un frío realismo: egoísta, ambicioso y violento y, la teoría y práctica de la Ciencia, reduce la realidad a lo cuantificable y medible; todo ello trascendió en la comprensión de que la felicidad a la que aspira el hombre, de acuerdo a la ética y política aristotélica no tenían características cuantificables y por ello fue condenada a ser considerada como un simple ideal subjetivo u objetivo, es así, como la visión naturalista de moral y valores pasaron a ser cualidades secundarias que existen en las cosas o ideales eternos y, todo lo que era una virtud pasó a ser un valor. Al ser los valores como ideales, ya no requerían depender de las condiciones sociales, sino de estructurarlos idealmente para luego orientar la existencia humana, es decir, cuando la justicia era una práctica, y por lo tanto una virtud, se desvaloriza y pasa ser valorada su idealidad (justicia como valor), ya no importa ser justo sino respetar el ideal de la justicia (Polo, F, 2004.103)

Así el mundo científico se quedó con lo objetivo y objetivable; el político, con el hombre de intereses egoístas y; el arte, la religión, la moral y otras expresiones humanas, con los valores ideales e individuales. Entre los rasgos sobresalientes de las diferentes escuelas estudiosas de los valores llama la atención aquélla que

considera *los valores diferentes de los bienes*, Max Scheler distingue los valores de los bienes, porque mientras los primeros son esencias eternas, los segundos son variantes e históricos, además que es en los bienes donde los valores se hacen reales, los bienes no agotan los valores ni se destruyen cuando son destruidos los bienes (Polo, F., 2004: 104). La propuesta sobre bienes y valores de esta escuela permite hacer una analogía con respecto a la salud como bien de vida, donde el valor vida estará en relación con el bien salud, aunque la salud como bien se agote o deteriore, la vida como tal seguirá teniendo valor.

A continuación se describen los valores de *libertad, igualdad y fraternidad* que desde la modernidad se han hecho relevantes en el campo de la ética y que bien pueden ser tomados en cuenta como significativos para las éticas aplicadas, y la sociedad los podría compartir para los fines que se persiguen en la SC, dichos valores son citados por Polo Santillán (2004) siguiendo las líneas trazadas por A. Cortina y Martínez (2001):

**El valor de la libertad**, en tres significados posibles, a) Participación (libertad positiva), los ciudadanos pueden participar más de los asuntos públicos sin verse afectados por una democracia de tipo representativa; b) Libertad no inferencial (libertad negativa), es una libertad moderna y de origen liberal, busca sentirse independiente para realizar sus propias elecciones individuales, y que se debe considerar como otra dimensión de la libertad para hacer frente a la arbitrariedad del poder político; c) Libertad como autonomía, contextualizada en condición de autenticidad, no puede estar centrada en el individuo y sus deseos, sino incluir otros elementos de reflexión, como los contextos sociales y culturales en los que vive y de los que depende, así como la responsabilidad ante los demás.

**La igualdad**, en tres acepciones: a) Igualdad de todos los ciudadanos ante la ley; b) Igualdad de oportunidades, con la intención de compensar las desigualdades naturales y sociales de nacimiento y, c) Igualdad en ciertas prestaciones sociales, que han sido universalizadas, gracias al estado social de derecho.

**La fraternidad**, que hace referencia a la solidaridad en dos extensiones: a) Grupal, en la que los grupos sociales comparten el mismo interés y de ellos depende el éxito de la causa común y b) Universal, solidaridad con todos los seres humanos por interés en ellos mismos, por ejemplo ayudar a las personas en casos de desastre (Polo, F., 2004:144-6).

Los principios como “mandatos óptimos” traducen a normas lo que dice el punto de vista moral, ese punto que está por encima —pero no al margen— de formas de vida y de contexto. Por lo tanto los principios no son absolutos, no ignoran las contingencias o la situación real de los agentes<sup>19</sup>.

Los principios morales no dicen qué prácticas, qué valores, qué conductas habrá que adoptar en cada situación. Tan sólo establecen las premisas de la discusión, algo así como un marco general a fin de encontrar las mejores razones para la acción. Y, dado que se dice que el campo de la SC es aún un campo en construcción, se considera que una ética de principios puede de inicio ser la guía de las acciones que dentro de ella se emprendan y pretendan.

El considerar la *vida digna de las personas* como el fin último de la SC, nos lleva a proponer el inicio de la construcción de una ética para ella, para lo que se ha considerado la propuesta de Ética Aplicada de Adela Cortina, desde la cual se proponen un conjunto de principios, que a diferencia de la Teoría principista o principialista de Beauchamp y Childress, cuyo origen —en opinión de Diego Gracia— la argumentan y la elaboran desde la ética de la responsabilidad en su obra,

---

<sup>19</sup> En un primer momento se toma como Agente o “Sujeto” a la persona que ejecuta la acción; en el caso de “sujeto”, a la persona o cosa que obra y tiene poder para producir un efecto (Ferrater-Mora, 2004:72-3). En cuestión de agente moral, que es el sentido que se emplea en este trabajo, se comprende como tal a las entidades auto-reflexivas y racionales, personas y no seres humanos que destacan como poseedoras de una importancia especial en las discusiones éticas, con derechos morales seculares de tolerancia y no pueden ser utilizadas sin su consentimiento. Se distingue a las personas porque tienen capacidad de tener conciencia de sí mismas, racionales y de preocuparse por ser alabadas o censuradas, lo que a su vez posibilita la existencia de la comunidad moral (Engelhardt, T., 1995:152-5)

*Principios de ética biomédica*<sup>20</sup>, con una orientación hacia la regulación de la práctica y la investigación médica clínica (UAM-X, 2006).

Intentar fundamentarla desde la Ética Aplicada, dado que si se considera que el objeto central de la SC es el proceso salud-enfermedad-cuidado, y dado que este proceso ocurre en la vida, entonces es pertinente que en el ámbito de la vida cotidiana, donde están presentes los problemas éticos, existan principios que nos guíen en la reflexión de los actos para la adecuada toma de decisiones.

El seleccionar a la Ética Aplicada como punto de referencia se debe a que es considerada como una ética que surge en respuesta a los problemas morales inéditos planteados por el actual nivel de desarrollo científico técnico, así como por el proceso de globalización en curso y por el pluralismo moral<sup>21</sup> (Cortina, A., 2003) propio de las sociedades modernas democráticas inmersas en dicho proceso, y a la que se le caracteriza porque tiende a aportar un canon para aquellas conductas humanas no consideradas por la ética tradicional, tales como: regulación de las relaciones del hombre con la naturaleza, de las relaciones entre los extraños morales<sup>22</sup> que conviven en esas sociedades pluralistas y de las relaciones entre las generaciones presentes y las futuras.

---

<sup>20</sup> La ética de la responsabilidad propuesta por Max Weber, como respuesta a la Ética de la convicción a la que criticaba porque la consideraba más emocional, pues, considera sus valores más emocionales y, en su mayor parte irracionales. Que aunque desempeñan un papel fundamental en nuestras vidas, necesitan ser controlados por la razón y como fundamentalmente están dirigidos por los valores, necesitan ser orientados no sólo por los valores sino por fines. Por eso es que Weber, propone una ética de la responsabilidad, fundada en lo racional con la idea de que al proponerse fines racionales se buscarían los medios adecuados para la consecución de esos fines, por lo tanto se basa en el binomio medios-fines, esta ética de la responsabilidad justifica siempre los fines de las acciones y los medios para utilizarlos a la vista de circunstancias concretas y habida cuenta de las consecuencias previstas. Gracia, G. D. En: Principios de ética biomédica de Beauchamp, L. T. y James F. Childress. Masson. España. 1999. Pp. IX-XV.

<sup>21</sup> Una *sociedad pluralista* es aquella en la que hay distintos grupos, con distintos códigos morales. Una sociedad pluralista es justamente aquella, en que no hay un código moral único. jueves 8 de mayo de 2003 Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad de Chile. (Adela Cortina en la Universidad de Chile). Publication: Perspectivas Éticas.

<sup>22</sup> "*extraños morales*", personas que tienen distintas concepciones de la vida buena, distintos ideales en lo que respecta al bien y a la felicidad, distintas creencias religiosas, distintas ideas políticas y filosóficas; en suma, personas que pertenecen a diversas tradiciones y que —a diferencia de lo que sucedía en las sociedades pre-modernas— demandan tajantemente condiciones de igualdad.

Dicha ética —debido a las condiciones mismas de su surgimiento— se caracteriza por lo que podríamos considerar como una vocación procedimental; vale decir que centra su reflexión en la búsqueda no de fundamentos, sino de procedimientos para la solución de los conflictos morales surgidos a partir de los dos procesos antes mencionados y en las condiciones de posibilidad de la aplicación de dichos procedimientos a situaciones concretas. Debido a esta vocación se trataría de una ética que —junto al momento aristotélico de la aspiración a la vida buena y al momento kantiano del deber, con la pretensión de universalidad que los marca a ambos— debería incluir un momento consecuencialista, que necesariamente supone excepciones en la aplicación de la ley, un momento que podríamos denominar de "sabiduría práctica", caracterizado por la prudencia.

Se trataría, pues, de una ética que integra teleología, deontología y responsabilidad, y que, si bien no centra su reflexión en el nivel de los fundamentos, reconoce su enraizamiento en la tradición ético filosófico occidental.

La ética aplicada tiene como condición de posibilidad la definición consensuada de ciertos mínimos morales compartidos por y vinculantes para todos los extraños morales que conviven en las modernas sociedades democráticas.

Finalmente, habría que destacar que la ética aplicada pareciera estar llamada a llenar una carencia; vendría a remediar por un lado el desfase entre la reflexión ética, la normativa moral y la capacidad de prever y, por otro, los alcances de la acción humana profundamente modificados como consecuencia del poder que el desarrollo científico técnico ha puesto en manos del hombre (Escríbar W., A. 2004).

Cortina presenta un recorrido de los diferentes momentos de desarrollo de las Éticas, las diferentes propuestas éticas desde las cuales se estudian y reflexiona sobre lo moral (Cortina y Martínez, 2001), después de ello, concluye que mientras no se haya resuelto el problema de encontrar un fundamento racional desde el cual arbitrar orientaciones comunes en el terreno de lo moral, seguiremos con el "*vals de*

*la éticas*”, término que retoma de Etchegoyén (Cortina, A., 2001), es decir, si bien existen varias propuestas para abordar la reflexión de lo moral, cada una corresponde y responde en cierto sentido a las necesidades propias de cada contexto, región, grupo, y momento histórico, es por ello que si lo que importa a la Ética es la *vida feliz*<sup>23</sup> —pero como esta no puede ser igual a todos los hombres—, entonces se desplaza hacia el ámbito del deber, con lo cual se puede situar a la ética a la mitad del camino entre *felicidad* y *deber*, *absolutismo* y *relativismo*, *utopismo* y *pragmatismo*; es decir, esto corresponde a lo que se conoce como ética dialógica, que pretende fundamentar la moralidad, incorporando la dimensión pragmática del lenguaje (Cortina, 2007) y de ese lenguaje prescriptivo, la ética proporciona un canon mediato para la acción por medio de un proceso de fundamentación que exprese la racionalidad práctica.

Por lo que competiría a la ética de la SC considerar ese proceso dialógico para poder establecer una argumentación práctica que lleve al buen entendimiento entre los actores involucrados, sean personas, grupos y/o instituciones y que como resultado de dicho diálogo se encuentren los caminos para construir el valor *vida digna*.

En lo referente a las éticas procedimentales, Cortina señala que éstas pretenden ocuparse de lo universalizable en el fenómeno moral; éstas precisan apoyarse en un valor, y consideran a éste como el elemento valioso que permite enlazar principios y actitudes, porque el interés por un valor motiva a determinadas actitudes, engendran hábito y virtud (Cortina, A., 2003), por ello si lo que persigue la SC es la construcción y conservación de la salud sociobiológica para una vida digna, entonces desde las éticas procedimentales enlazaremos con principios que motiven actitudes que puedan engendrar hábitos y virtudes para que en su conjunto los actores de la SC construyan ese tipo de vida.

---

<sup>23</sup> La autora nos hace la diferencia entre una ética cuyo interés es una *vida feliz* y una ética preocupada por diseñar una *vida buena*, de ésta última, se encarga la ética de las virtudes.



Cortina y Martínez (2001:160-5) señalan que si desde la ética procedimental se expresa la racionalidad desde el punto de vista de una voluntad racional como *lo que todos podrían querer* —lo que se puede identificar con lo que cualquier persona desearía si adoptase la perspectiva de la igualdad y universalidad—, entonces la idea sería situarse en el lugar de cualquier otro, querer lo que cualquier otro podría querer y defender intereses universalizables; sin embargo, nos llaman la atención sobre la desventaja que esto podría representar: que se trate de una ética individual, la que será insuficiente porque la buena voluntad personal puede traer malas consecuencias para la colectividad, por lo tanto desde las Éticas Aplicadas —en las que es más importante la inteligencia que la buena voluntad— será necesario transitar de la lógica de la acción individual a la acción colectiva, es decir, “moralizar” las instituciones y las organizaciones, de tal forma que los resultados sean provechosos. Entonces, desde este punto de vista el pronunciamiento de ciertos principios permitiría encauzar las acciones para el logro de ciertos fines.

Cortina y Martínez elaboran un nuevo modelo de ética aplicada, conocido como hermenéutica crítica, dentro de la cual ubican tres momentos: 1) el momento kantiano o marco deontológico; 2) el principio procedimental de la ética del discurso y, 3) el momento aristotélico o Ética de las actividades sociales.

En el momento kantiano o marco deontológico se trata de descubrir en los distintos ámbitos la peculiar modulación del principio común, ya que cada campo tiene una innegable especificidad y por eso hay “una melodía” común a ellos, pero expresada en muy diferentes versiones, lo que nos llevará a practicar la interdisciplina con la que se podrán atender tanto a “la melodía” como a las versiones. Tarea que tanto el ético como los especialistas de cada campo buscarán: qué **principios** de alcance medio; qué **valores** se podrían perfilar en dicho ámbito y cómo **deberán aplicarse dichos principios y valores** en los distintos contextos, todo ello desde la interdisciplinariedad. Situación que precisamente nos ocupa en la propuesta de una ética para la SC.

El principio procedimental de la ética del discurso lo proponen como una orientación de trasfondo, lo cual significa que necesitamos contar con otras tradiciones éticas para componer el modelo de aplicación pues en la ética aplicada, un solo modelo de ética es insuficiente para orientar las decisiones de los mundos interactuantes, como el político y económico, médico, ecológico o, simplemente, la convivencia ciudadana, por lo que será necesario tener en cuenta los diferentes modelos en el momento oportuno, aunque el elemento regulador será la ética del discurso, porque ésta hunde sus raíces en la acción comunicativa y constituyen el *medio de coordinación* de las restantes actividades humanas.

El momento aristotélico o Ética de las actividades sociales trata de descubrir las máximas y valores que son exigidas por el reconocimiento de cada persona, evitando caer en una ética individual, por eso la importancia de moralizar a las instituciones y las organizaciones cuyos productos sean beneficiosos. Es preciso que en estas relaciones de instituciones y organizaciones esté presente un vínculo profundo, como sucede en los campos: sanitario (medicina y enfermería), de la investigación biotecnológica, la economía, la empresa, la ecología, los medios de comunicación, las organizaciones e instituciones sociales y las actividades profesionales y oficios; en los cuales la raíz más profunda es que se trata de *actividades sociales*, realizadas por sujetos humanos: la *vita activa*. Cortina, A. y Emilio Martínez (2001:160).

### **IV.3 Principios propuestos para la Salud Colectiva, desde los momentos deontológico y aristotélico de la Ética aplicada**

Retomando las ideas anteriores, el primer paso sería preguntarse: ¿Por qué generar una Ética de la Salud Colectiva? A esto podemos responder lo siguiente:

Como personas tenemos intrínsecamente derecho a merecer respeto y a gozar de condiciones adecuadas para vivir en forma digna, así como de condiciones

físicas que nos permitan mantenernos relacionados con nuestro entorno en todas las dimensiones necesarias para vivir una *vida feliz*, razón de la ética.

Por otro lado, nuestra condición de seres capaces de razonar nos destina a: 1) a vivir en sociedad con otros hombres; 2) a cultivarnos a través de las artes y las ciencias; 3) a civilizarnos; 4) a moralizarnos, y 5) a hacernos activamente dignos de la idea de humanidad, considerada modelo de nuestras acciones (Martíarena, O., 2009:194-195)

Tenemos derecho a darnos a nosotros mismos una “economía del goce”, a llevar una “dieta del alma” como arte de la distracción voluntaria; a apreciar y disfrutar la diversidad humana, y a seguir las reglas de la sabiduría: pensar por nosotros mismos e imaginarnos en el lugar del otro cuando se dialoga con él. Como ciudadanos del mundo tenemos derecho a ser libres y esa libertad debe ser usada participando en la progresiva organización de los seres humanos para su bienestar (Martíarena, O., 2009).

En síntesis, el ciudadano del mundo es una formación que encierra tres elementos que se complementan: exige conocimientos precisos, conduce a la constitución de un ciudadano libre, y orienta en el uso de su libertad.

Si la sociedad actual promueve la desigualdad y el empobrecimiento de las mayorías, modelos políticos que no permiten reflexionar sobre la situación que se vive ni levantar la voz para participar en el cambio, entonces se requiere motivar nuevos valores y virtudes en las personas para construir una moral que responda a nuestra necesidad de vivir una vida digna, que rescate la esencia del ser humano.

Tomando como referente la propuesta de Adela Cortina con respecto a la Ética Aplicada y partiendo de su concordancia parcial con Apel acerca de que la ética tiene dos partes: la parte A, que se encarga de la fundamentación (o principio de la ética del discurso) y mediante la reflexión trascendental de que *toda persona debe*

*ser tratada como un interlocutor válido, al que hay que tener siempre en cuenta cuando se trata de decisiones que le afectan; y una parte B, que es la parte de la aplicación, considerada por Apel como la parte de la responsabilidad. Para Apel —a diferencia de Kant, quien defendía una ética de la convicción— la ética de la responsabilidad siempre debe tomar en cuenta las consecuencias; en este sentido debe mediar entre la ética del discurso —que sería la de la racionalidad comunicativa— con la racionalidad estratégica (sin perder de vista que se debe ser cuidadoso en la forma como se aplica, pues si una persona actúa comunicativamente con transparencia, en algún contexto especial puede poner en riesgo su vida y la de los demás).*

Sin embargo, Adela Cortina manifiesta su desacuerdo con Apel al caracterizar la parte B como estrategia, porque la aplicación de los principios no es en forma directa, sino más bien es la parte A la que debe dar sustento a la parte B para la acción, porque el punto de partida siempre son las actividades humanas. Por ello es útil la hermenéutica crítica, que siempre funciona de una manera circular, es decir, no necesariamente se parte de lo teórico, sino de la actividad, porque en la ética aplicada se trata de resolver problemas reales, por lo que no necesariamente se parte de supuestos.

Adela Cortina resume su propuesta sobre la hermenéutica crítica en los siguientes seis pasos:

1) *Determinar claramente el **fin específico**, el **bien interno** por el que cobra su sentido y legitimidad social.*

En este trabajo el fin específico es que la población alcance una vida digna a partir del bien salud.

2) *Averiguar cuáles son los **medios** adecuados para producir ese bien en una sociedad moderna.*

En el caso de la SC, los medios son los conocimientos inter y transdisciplinarios, así como las instituciones que directa o indirectamente intervienen para modificar el proceso salud-enfermedad-cuidado.

3) *Indagar que **virtudes y valores** es preciso incorporar para alcanzar el bien interno.*

Se parte de una definición que considera que “una virtud es una cualidad humana adquirida, cuya posesión y ejercicio tiende a hacernos capaces de lograr aquéllos bienes que son internos a las prácticas y cuya carencia nos impide efectivamente el lograr cualquiera de tales bienes (MacIntyre, 1987:237).

Algunas de las virtudes que, para los fines de este trabajo, se pueden enunciar son la justicia, la tolerancia, la prudencia.

4) *Descubrir cuáles son los valores de la **moral cívica** de la sociedad en la que se inscribe y qué derechos reconoce esa sociedad a las personas.*

En cuanto a los valores se encuentran la libertad, la igualdad, la fraternidad. Los principales derechos son el derecho a la vida, el derecho a la integridad física, el derecho a la salud y el derecho a una vida digna.

5) *Averiguar qué valores de justicia exige realizar el principio de la ética del discurso, propio de una **moral crítica universal**, que permite poner en cuestión normas vigentes.*

En este caso se consideraron a la justicia distributiva y la equidad, fundamentalmente.

6) *Dejar la toma de decisión en manos de los **afectados** que, con la ayuda de instrumentos de asesoría, ponderarán las consecuencias sirviéndose de criterios tomados de distintas tradiciones éticas.*

Los afectados no son solamente las personas en tanto pacientes y enfermos, sino en general las poblaciones y sus miembros, considerados tanto individualmente como en su papel de integrantes de grupos sociales construidos orgánica e históricamente.

En cuanto al momento aristotélico de la ética aplicada, es necesario tomar en cuenta que se parte de la actividad social, es decir de la actividad de la que queramos ocuparnos. En el caso de la SC dichas actividades corresponderían a todas aquéllas que giran en torno al proceso salud-enfermedad-cuidado, a la búsqueda y conservación de la salud sociobiológica, misma que puede ser considerada como una actividad colectiva porque distintas personas participan para conseguir el bien interno de la actividad, que es lo que le da sentido y legitimidad.

Las actividades colectivas que podemos identificar en torno al proceso salud-enfermedad-cuidado son:

- La identificación de los determinantes sociales que rozan directa o indirectamente al objeto de la SC, para prevenir, controlar o investigar todo lo relacionado con la salud-enfermedad-cuidado.
- El diseño de políticas que promuevan la igualdad en los cuidados para el logro de la salud sociobiológica.
- La promoción de la participación de todos los actores sociales de la SC en el alcance del bien común.
- La promoción de interacciones intra e interinstitucionales de instancias que guarden relación con el proceso salud-enfermedad-cuidado.
- El avance del conocimiento teórico-epistemológico, técnico, tecnológico, científico, histórico y cualitativo de las relaciones entre determinantes sociales y biológicos que están presentes en el proceso salud-enfermedad-cuidado.

Retomando las actividades arriba mencionadas podemos sugerir que, para la SC, en el llamado momento deontológico o kantiano los **principios** de alcance medio pueden ser: *protección, precaución, responsabilidad, solidaridad, tolerancia y participación, justicia distributiva*, algunos de los cuales proponen López y Tetelboin (2006). Los **valores** que se podrían perfilar son: *participación*, como la capacidad para tomar parte en situaciones en que se requiera de aporte; *prudencia*, como la capacidad de actuar de acuerdo a un pensamiento recto y verdadero; *respeto*, como la capacidad de reconocer los derechos de los demás y los deberes propios; *responsabilidad*, como la capacidad de dar cuenta de los actos propios, así como los que nos son asignados; *solidaridad*, como la capacidad de actuar frente a la necesidad ajena para el bien del grupo, *equidad*, como una igualdad que sea valiosa para la vida y la dignidad humana, mismos que se considera quedan englobados en el gran valor que se ha mencionado anteriormente como la finalidad que persigue la SC.

#### **IV. 3. 1 Significado de *principios y valores***

Antes de continuar con el desarrollo de cada uno de los principios enunciados, abriremos un paréntesis para la cuestión de los principios. En una valiosa síntesis Abbagnano (1974) presenta un recorrido de los diferentes sentidos de cómo se ha empleado dicho término, por algunos entendido como el punto de partida y el fundamento de un proceso cualquiera; para Platón, como causa de movimiento o fundamento de la demostración; Kant propone que principio es toda proposición general, aún inferida por inducción de la experiencia, que puede servir como premisa mayor en un silogismo. Sin embargo, el que guarda un sentido de mayor interés para la ética, es el considerar el principio como *lo que con su decisión determina movimientos o cambios*.

En la filosofía moderna y contemporánea se señala que, la noción de principio tiende a perder su importancia, pues incluye la noción de un punto de partida privilegiado y no relativamente privilegiado, situación que en las ciencias no lo hace muy aceptable.

Poincaré observó que un principio no es más que una ley empírica, sustraída al control de la experiencia mediante oportunas convenciones y por razones de comodidad, por lo tanto, un principio no es ni verdadero ni falso sino solamente cómodo, idea con la cual se coincide pues la propuesta que se desea elaborar no pretende ser un código deontológico, sino llevar a todos los participantes del campo de la SC a reflexionar sobre sus actos desde estas enunciaciones que llamamos principios.

Atienza y Ruíz (1991), indagando acerca de los aportes de los principios a la explicación y justificación en el ámbito jurídico, señalan, entre otras cosas, que existen varios tipos de principios que van desde dotarlos de un sentido de norma general a estipularlos como obligación de cumplimiento para lograr determinados fines. Dentro del ámbito jurídico y fáctico, los principios son mandatos de

optimización que se caracterizan porque pueden ser cumplidos en diversos grados y porque la medida ordenada de su cumplimiento no sólo depende de las posibilidades fácticas, sino también de las jurídicas (1991:108).

En ese mismo ámbito jurídico, los principios, como el resto de las pautas de ordenamiento jurídico, deben servir no sólo para resolver el problema de qué hacer, sino también el de cómo justificar lo que se ha hecho o se va a hacer, esto es la toma de decisiones jurídicas; en cambio para quienes se encuentran fuera del ámbito jurídico, para la gente en general, los principios no constituyen más que guías para la acción (Atienza y Ruíz, 1991:116-117), esto último —considerar a los principios como guías— es también coincidente con la propuesta que se desea plantear, pero en el sentido de guías de reflexión antes que de decisión para la acción.

Nuevamente en el ámbito del derecho, Dworkin define a los principios como el estándar que ha de ser observado, no porque favorezca o asegure una situación económica, política o social que se considera deseable, sino porque es una exigencia de la justicia, la equidad o alguna otra dimensión de la moralidad, un principio enuncia una razón que discurre en una sola dirección, pero no exige una decisión en particular, un principio es tal que los funcionarios deben tenerlo en cuenta, si viene al caso, como criterio que les determine a inclinarse en uno u otro sentido (2002: 72; 76-77)

En el terreno de la ética, López de la Vieja (2000:19-20) refiere que si todo argumento necesita premisas, la ética necesita principios, ya que éstos indican algo que debe hacerse, una conducta apropiada o valiosa que hay que adoptar: principios como razones para la acción, los principios pueden tener influencia o autoridad directa o indirecta.

En una relación directa, los principios definen conductas válidas y buscan cumplir un papel importante en la deliberación y razonamientos prácticos, ya que nos ayudan a conocer lo que realmente nos importa. Dan coherencia, sistematizan todos



los elementos de lo que se denomina “problemas prácticos” y, mientras más difíciles sean estos problemas, mayor interés tiene el encontrar principios que dibujen líneas precisas. Los principios establecen un filtro, un límite cuyo significado teórico ayuda a que los individuos sean los responsables de sus decisiones y sus actos, incluyendo los errores. La coherencia de un principio se caracteriza porque dibuja una línea fundamental, introduce generalidad, da coherencia y sistematiza las acciones. Es decir, define lo que es aceptable y lo que no puede serlo, traza líneas entre lo correcto y lo incorrecto, entre lo bueno y lo malo, entre lo digno y lo indigno. Es la función básica de los principios morales trazar líneas maestras para las conductas (López de la Vieja, M. T., 2000: 25-27).

En el sentido jurídico no consideramos los principios, pues no se trata de comprenderlos como dictados de las decisiones que se deben seguir, sino más bien en el sentido en que López de la Vieja nos los describe: como líneas que en primer lugar permitan la deliberación y el razonamiento acerca de los problemas prácticos; para el caso que nos ocupa, del proceso salud/enfermedad/cuidado que busca la construcción y conservación de la salud y, a través de ello, identificar qué es lo que en el fondo se busca solucionar, y que en estas delimitaciones de lo aceptable-no aceptable, correcto-incorreto, bueno-malo, los actores, instituciones u organizaciones sean quienes a partir de actos reflexivos tomen-compartan decisiones para elegir las conductas a seguir.

Con respecto a la cuestión de los valores, cuyo surgimiento tuvo lugar en la Escuela de Baden (s. XVIII con los neokantianos), en un contexto que configura un mundo a partir de ideales que expresan intereses propios, donde todo es interpretado según el individuo, libre para escoger sus fines y medios, momento en el que la Filosofía política moderna mostraba al hombre con un frío realismo: egoísta, ambicioso y violento y, la teoría y práctica de la Ciencia, reduce la realidad a lo cuantificable y medible; todo ello trascendió en la comprensión de que la felicidad a la que aspira el hombre, de acuerdo a la ética y política aristotélica no tenían características cuantificables y por ello fue condenada a ser considerada como un

simple ideal subjetivo u objetivo, es así, como la visión naturalista de moral y valores pasaron a ser cualidades secundarias que existen en las cosas o ideales eternos y, todo lo que era una virtud paso a ser un valor. Al ser los valores como ideales, ya no requerían depender de las condiciones sociales, sino de estructurarlos idealmente para luego orientar la existencia humana, es decir, cuando la justicia era una práctica, y por lo tanto una virtud, se desvaloriza y pasa ser valorada su idealidad (justicia como valor), ya no importa ser justo sino respetar el ideal de la justicia (Polo, F, 2004:103)

Así el mundo científico se quedó con lo objetivo y objetivable; el político, con el hombre de intereses egoístas y; el arte, la religión, la moral y otras expresiones humanas, con los valores ideales e individuales. Entre los rasgos sobresalientes de las diferentes escuelas estudiosas de los valores llama la atención aquélla que considera *los valores diferentes de los bienes*, Max Scheler distingue los valores de los bienes, porque mientras los primeros son esencias eternas, los segundos son variantes e históricos, además que es en los bienes donde los valores se hacen reales, los bienes no agotan los valores ni se destruyen cuando son destruidos los bienes (Polo, F., 2004: 104). La propuesta sobre bienes y valores de esta escuela permite hacer una analogía con respecto a la salud como bien de vida, donde el valor vida estará en relación con el bien salud, aunque la salud como bien se agote o deteriore, la vida seguirá teniendo valor.

A continuación se describen los valores de *libertad, igualdad y fraternidad* que desde la modernidad se han hecho relevantes en el campo de la ética y que bien pueden ser tomados en cuenta como significativos para las éticas aplicadas, y la sociedad los podría compartir para los fines que se persiguen en la SC, dichos valores son citados por Polo Santillán (2004) siguiendo las líneas trazadas por A. Cortina y Martínez (2001):

**El valor de la libertad**, en tres significados posibles, a) Participación (libertad positiva), los ciudadanos pueden participar más de los asuntos públicos sin verse

afectados por una democracia de tipo representativa; b) Libertad no inferencial (libertad negativa), es una libertad moderna y de origen liberal, busca sentirse independiente para realizar sus propias elecciones individuales, y que se debe considerar como otra dimensión de la libertad para hacer frente a la arbitrariedad del poder político; c) Libertad como autonomía, contextualizada en condición de autenticidad, no puede estar centrada en el individuo y sus deseos, sino incluir otros elementos de reflexión, como los contextos sociales y culturales en los que vive y de los que depende, así como la responsabilidad ante los demás.

**La igualdad**, en tres acepciones: a) Igualdad de todos los ciudadanos ante la ley; b) Igualdad de oportunidades, con la intención de compensar las desigualdades naturales y sociales de nacimiento y, c) Igualdad en ciertas prestaciones sociales, que han sido universalizadas, gracias al estado social de derecho.

**La fraternidad**, que hace referencia a la solidaridad en dos extensiones: a) Grupal, en la que los grupos sociales comparten el mismo interés y de ellos depende el éxito de la causa común y b) Universal, solidaridad con todos los seres humanos por interés en ellos mismos, por ejemplo ayudar a las personas en casos de desastre (Polo, F., 2004:144-6).

Los principios como “mandatos óptimos” traducen a normas lo que dice el punto de vista moral, ese punto que está por encima —pero no al margen— de formas de vida y de contexto. Por lo tanto los principios no son absolutos, no ignoran las contingencias o la situación real de los agentes<sup>24</sup>. Los principios morales no dicen qué prácticas, qué valores, qué conductas habrá que adoptar en cada situación. Tan sólo establecen las premisas de la discusión, algo así como un marco general a fin

---

<sup>24</sup> En un primer momento se toma como Agente o “Sujeto” a la persona que ejecuta la acción; en el caso de “sujeto”, a la persona o cosa que obra y tiene poder para producir un efecto (Ferrater-Mora, 2004:72-3). En cuestión de agente moral, que es el sentido que se emplea en este trabajo, se comprende como tal a las entidades auto-reflexivas y racionales, personas —y no sólo seres humanos— que destacan como poseedoras de una importancia especial en las discusiones éticas, con derechos morales seculares de tolerancia y no pueden ser utilizadas sin su consentimiento. Se distingue a las personas porque tienen capacidad de tener conciencia de sí mismas, racionales y de preocuparse por ser alabadas o censuradas, lo que a su vez posibilita la existencia de la comunidad moral (Engelhardt, T., 1995:152-5)

de encontrar las mejores razones para la acción. Y, dado que se dice que el campo de la SC es aún un campo en construcción, se considera que una ética de principios puede de inicio ser la guía de las acciones que dentro de ella se emprendan y pretendan.

Una vez considerados los elementos filosóficos fundamentales sobre las diferencias entre ética y moral; sobre las características de la hermenéutica crítica, así como sobre la naturaleza de los valores y los principios éticos, en el siguiente apartado retomaremos la tarea de conformar la lista de principios que es deseable o ineludible aplicar durante el desarrollo de las actividades de la SC.

#### **IV. 4 Principios propuestos para la Salud Colectiva**

Como pretendemos haber demostrado, la salud Colectiva demanda una ética de principios que no se enfoque exclusivamente al nivel biomédico, clínico e individual que surge durante la relación entre dos personas —como es el caso de la relación entre el médico y su paciente o el investigador y el investigado— sino sobre todo al análisis de los contextos en los que nacen, se desarrollan y mueren las personas agrupadas como seres relacionados socialmente (y que incluyen a las instituciones, los programas, las políticas de salud y las poblaciones) y a las características económicas, políticas y culturales que convierten a cada contexto en un contexto específico. En otras palabras, proponemos una ética nueva para la SC, que supere y complemente a la bioética actual.

La salud colectiva —este nuevo campo de práctica social de tan reciente emergencia que aún no se define con precisión— con propósitos heurísticos es definida en este trabajo como *el campo de acciones y conocimientos inter y transdisciplinarios enfocado al proceso salud-enfermedad-cuidado que busca la construcción y conservación de la salud con el propósito de alcanzar una vida digna no sólo del individuo sino de los grupos.*

Antes de referir específicamente los principios que podrían ser aplicados a la ética de la SC se presentan algunas propuestas hechas en este sentido para campos disciplinarios cercanos a la SC, como es el caso de la Salud Pública (SP) y la Medicina Social (MS). Dentro del primer campo se ha definido a la ética de la SP como:

*Los principios y valores que ayudan a guiar las acciones entre los actores del sistema de salud pública, que están diseñados para promover la salud y prevenir lesiones y enfermedad en la población. Los valores principales que ella incluye son la planeación de la salud de la población, seguridad y bienestar; así como la equidad en la distribución de servicios y el respeto de los derechos humanos de los individuos y de los grupos (Gostin, L., 2003)*

Desde este punto de vista —que parece estar basado en una postura claramente normativa— son las instituciones, las autoridades, los gobernantes quienes desde sus atribuciones de funcionarios desarrollan y dictan los principios éticos, para que la sociedad los acate, sin retroalimentación, bajo la idea de que la protección de la salud será un bien para los grupos o colectividades. Aunque se reconoce la influencia de los factores sociales y económicos en la salud de las personas, es el Estado quien genera las políticas y los procedimientos a seguir en materia de SP.

En los *Principles of the Ethical Practice of Public Health* se considera que los principios éticos de la práctica de la SP son aquellos que la sociedad puede llevar a cabo de manera colectiva para asegurar condiciones saludables para la gente; se proponen doce principios (ver Tabla No. 1) dentro de los que subyacen valores y creencias tales como: el derecho que todas las personas tienen a gozar de un nivel de vida adecuado, solidaridad, seguridad, confianza en las instituciones, la transparencia (sin ocultar información), la rendición de cuentas, la fiabilidad, la reciprocidad, la colaboración, la sustentabilidad, la contribución de la población al discurso político, la prevención, protección, participación activa y promoción de la salud. (Public Health Leadership Society, 2002).

Como se presenta en el párrafo anterior los principios que propone la *Public Health Leadership Society* (PHLS) se refieren a las restricciones que se imponen ante las libertades individuales para prevenir la extensión de enfermedades infecciosas entre la población, tales como el principio de eficacia, el de necesidad, el de reciprocidad, el principio de prevención del daño, el de restricción de los medios y el de transparencia, todos ellos pensados siempre en el sentido del deber hacia la comunidad y alejados del individualismo.

Tabla No. 1. Principios de la práctica ética de la salud pública

- 1. La salud pública debe tratar principalmente las causas fundamentales de la enfermedad y los requisitos para la salud, apuntando a prevenir resultados adversos cuando se pierde la salud.*
- 2. La salud pública debe alcanzar la salud de la comunidad de una manera que respete los derechos de los individuos en la comunidad.*
- 3. Las políticas sanitarias públicas, los programas y las prioridades se deben desarrollar y evaluar con los procesos que aseguren la misma oportunidad para cada uno de los miembros de la Comunidad.*
- 4. La salud pública debe abogar y trabajar para el empoderamiento de los miembros de la Comunidad desde el derecho al voto, apuntando a asegurarse de que los recursos y las condiciones básicas necesarias para la salud sean accesibles a todos.*
- 5. La salud pública debe buscar la información necesaria para ejecutar las políticas y los programas eficaces que protegen y promueven la salud.*
- 6. Las instituciones de salud pública deben proveer a las comunidades de información que sea necesaria para las decisiones sobre políticas o programas y deben obtener el consentimiento de la comunidad para su puesta en práctica.*
- 7. Las instituciones de salud pública deben actuar a tiempo con la información que tienen así como de acuerdo a sus recursos y, por el mandato dado a ellas por el público.*
- 8. Los programas de salud pública y las políticas deben incorporar una variedad de acercamientos que anticipen y respeten valores, creencia, y culturas diversas de la comunidad.*
- 9. Los programas y las políticas de salud pública deben ser aplicados de una forma que la mayoría realcen el ambiente físico y social.*
- 10. Las instituciones de salud pública deben proteger el secreto de la información que puede traer daño a un individuo o a una comunidad si éste se hace público. Las excepciones se deben justificar con base a la alta probabilidad del daño significativo que se puede ocasionar al individuo o a otros.*
- 11. Las instituciones de salud pública deben asegurar la capacidad profesional de sus empleados.*
- 12. Las instituciones de salud pública y sus empleados deben hacerse llegar de colaboraciones y afiliaciones de maneras que promuevan la confianza del público y la eficacia de la institución.*

Fuente: Principles of the Ethical Practice of Public Health, Version 2.2 © 2002 *Public Health Leadership Society*

La PHLS sostiene que para el logro de dichos principios se debe hacer un análisis profundo de los factores causales del fenómeno sobre el cual se va a decidir la acción o acciones, se reconozca la necesidad de equilibrio entre el individuo y la población, dirigiendo la voluntad política a que emprenda proyectos ambiciosos, es decir que se busquen diferentes caminos para de reducir la pobreza y se promueva

la búsqueda de mecanismos que posibiliten el mayor acceso a los servicios médicos y, finalmente, se de reconocimiento de la justicia social para el progreso sostenido. Si bien esto ha funcionado por varias décadas, no quiere decir que sea la única manera de proteger a la sociedad; es necesario promover cambios para que la población participe de manera más activa y propositiva.

Los principios arriba mencionados guardan mayor relación con la intención de éste trabajo y esta propuesta comparte la mayoría de ellos.

Otra propuesta que existe al respecto de la ética de la SP es la de Vélez y Maya, en la que señalan que la SP es: *una ciencia, un conjunto de conocimientos que tienen la practicidad, por lo que es lógico que debe de apoyarse en la ética para que promueva el desarrollo humano.* (Vélez y Maya, s. a.) Dichos autores están de acuerdo en que los principios propuestos por Beauchamp y Childress no responden a las necesidades de la SP. Además coinciden en que si bien la salud es un derecho —lo que implica que el Estado tiene el deber de crear las condiciones necesarias para que la población pueda tener buena salud— los ciudadanos también tienen el deber de conservarla, así como cuidar el medio ambiente, contribuir al financiamiento de los servicios de salud y adoptar estilos de vida que no comprometan su propio bienestar, el bienestar de los otros y que tampoco contribuyan a elevar los gastos de la atención.

Aunque Vélez y Maya intentan incluir como acto de responsabilidad a todos los implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de salud, esta propuesta sigue siendo vertical, pues se insiste en que son los salubristas quienes deben tener una sólida formación humana en la atención a pacientes; también deben tener claridad en los valores éticos involucrados en el desempeño de sus actividades, en su responsabilidad para administrar eficientemente los recursos, es decir, atender con calidad al mayor número de personas y al menor costo sin buscar el beneficio de grupos específicos a costa de dejar desprotegidos a otros sectores; y deberán tener una gran conciencia social de ayuda a la comunidad.

Nuevamente las interrogantes respecto a dichas situaciones no se pueden resolver desde la ética médica pues ¿en dónde quedan la participación y la responsabilidad de los actores sociales más numerosos en el proceso salud enfermedad, aquéllos que se supone son la razón del existir y actuar de las instituciones llamadas de salud?

Schramm y Kottow (2001:951) manifiestan que la ética de principios se refiere a los lineamientos éticos que se establecen en una interacción entre individuos (como sucede en la relación médico-paciente) o en la del investigador-sujeto de investigación, lineamientos que para la SP actual son inadecuados e insuficientes, ya que las relaciones que se dan en este campo son de prestador de servicios-usuarios, por lo que el modelo de principios de Beauchamp y Childress se puede considerar como *insuficiente* para resolver los dilemas a los que se enfrenta la SP.

Schramm y Kottow (2001:953-4) proponen el principio de protección como un fundamento del *Estado mínimo* que reconoce en la SP la obligación de vigilar la integridad física y patrimonial de sus ciudadanos. En este caso se entiende como protección a la actitud de dar resguardo o cobertura a las necesidades esenciales que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender a otras necesidades o intereses, siendo sus características: *gratuidad*, sin asumir a priori una actitud protectora; *vinculación*, como compromiso irrenunciable y *cobertura*, de acuerdo a las necesidades entendidas desde el afectado. El principio de protección también ofrece la posibilidad de una evaluación ética de acciones destinadas a cubrir necesidades sanitarias impostergables, efectivamente sentidas por la población.

Edmundo Granda sugiere que para proponer una ética en las prácticas de la salud es necesario retornar a una filosofía y práctica que proporcionen mayor peso a la salud y a la vida, sin olvidar los desarrollos científicos y tecnológicos que se tienen alrededor de la enfermedad. Propone pensar en la vida y la salud como una realidad cultural, ética y veraz que se produce en nuestro andar diario, cotidiano, con un fuerte compromiso en relación a la vida. Para ello será necesario que la ética



construya ciudadanos de un nuevo tipo, que permitan confiar más en el progreso cultural que en las normas jurídicas (Granda, 2009).

En el ámbito de los servicios de salud es fundamental comprender que se trata con sujetos enfermos, donde la prioridad que se otorga a las herramientas científico-tecnológicas debe establecer un diálogo permanente con la ética, con la cultura propia del paciente, con las prácticas tradicionales de comportamiento y con aquellas que guarden relación con su cosmología, es decir, se debe hablar de una ética de atención a los pacientes donde se les considere en relación con el todo, pues el ámbito de la salud no se restringe al cuidado del cuerpo enfermo que proporcionan los servicios de atención médica.

A continuación presentamos un fragmento que desde nuestro punto de vista puede representar el pensamiento de Granda con respecto a la ética, una ética para la vida, para una vida que se viva en libertad y en la aceptación y convivencia de la diversidad, en una sociedad democrática.

*“En el campo de la democracia, la ética tiene un papel fundamental en su empeño por buscar la síntesis, siempre inestable, de esta antinomia existente entre individuo y sociedad, entre subjetividad y objetividad, entre mundo de la vida y sistema. La ética constituye el eje permanente del empeño puesto por la democracia que busca que la objetividad estructurada en cuanto sociedad gane subjetividad expresada como libertad y felicidad con el fin de lograr una democracia...no...[por el consenso ni la participación sino por el respeto a las libertades y a la diversidad]” (Granda, 2009:108)*

Al comparar este pensamiento con las propuestas anteriores puede observarse que va más allá de la emisión de prescripciones y normas para la convivencia de los individuos en la sociedad: Se trata de una propuesta reflexionada desde la crisis de la modernidad pero pensando en que es posible rescatar la esencia humana si construimos un ciudadano que —haciendo uso de todo lo que tiene en estas sociedades tan desiguales— pueda llegar a un punto en el que su interés coincida en alcanzar una vida en libertad, responsable y respetuosa del otro.

Finalmente, López y Tetelboin (2006), al igual que Vélez y Maya, y que Schramm y Kottow, coinciden en que los principios de la bioética clásica planteados por Beauchamp y Childress son aplicados sin dificultad a la práctica clínica, pero en cambio son difíciles de operar al momento de sustentar la reflexión y la toma de decisiones en los terrenos de la SP, MS y la SC. Para comprender de dónde surge la dificultad señalada, estos autores proponen considerar que el objeto de estudio y transformación de la medicina clínica es la enfermedad —y más específicamente el cuerpo enfermo— en tanto que la MS y la SC centran su atención en la salud de los grupos sociales, determinados históricamente como sujetos colectivos. En este caso, las condiciones de salud emergen de la naturaleza de cada sociedad, de la misma manera en que se conforman los grupos sociales y se construyen las relaciones que los individuos establecen entre sí y con la naturaleza. La SC posee un carácter esencialmente político, pues en el fondo propone acciones encaminadas a modificar las condiciones de apropiación de los beneficios sociales, que están determinados por la posición de cada grupo social con respecto al ejercicio del poder político y económico.

Adicionalmente debe subrayarse que para la SC la salud es un atributo humano, un bien común, un bien de vida al cual todos los individuos de una sociedad tienen derecho, que no puede abandonarse a las leyes del mercado. En consecuencia, el Estado está obligado a producir bienes y servicios sanitarios para que la población pueda tener acceso a ellos y promover que la sociedad en su conjunto alcance una vida digna.

Bajo las premisas anteriores surgen una serie de preguntas relacionadas con los valores en la prestación de servicios, el pago por recibir dichos servicios, la responsabilidad de quienes manejan los bienes, la práctica de la ética en la investigación de dicho campo, la toma de decisiones en las políticas a seguir en materia de salud, determinar quiénes son los actores/sujetos que deben participar. Estas respuestas no se podrán encontrar desde los principios éticos biomédicos propuestos por Beauchamp y Childress; sin embargo, la propuesta de este trabajo

también coincide en una serie de principios que intentarán dar respuestas a las demandas de necesidades de la sociedad en su conjunto y específicamente a los problemas que se observan a nivel de políticas de salud y de los servicios de atención a la salud; a partir de las propuestas de López y Tetelboin y PHLS, pues los primeros plantean la necesidad de desarrollar nuevos principios formulados básicamente desde la ética política y enuncian los principios de: solidaridad, responsabilidad, precaución, protección y participación. Los segundos pretenden encontrar formas para reducir la pobreza y promover mecanismos para que la población tenga acceso a los servicios de atención a la salud a partir de los principios que se presentan en la Tabla No. 1.

Enseguida se presentan los principios éticos que, desde nuestra perspectiva, pueden y deben ser aplicados durante la generación de saberes y el desarrollo de las intervenciones que genéricamente se conocen como Salud Colectiva, y que hemos bosquejado en la definición propuesta al inicio de este apartado. La exposición de cada principio es breve y sólo incluye un panorama general de su origen en el campo de la salud y los fundamentos que justifican su incorporación en el listado propuesto.

#### **IV.4.1 Principio de Equidad**

Equidad no es lo mismo que igualdad. La equidad implica valorar las desigualdades desde una idea de justicia. Ubicando el concepto dentro del campo de la salud, equidad básicamente significa *la disposición de reconocer igualmente el derecho de cada uno a partir de sus diferencias*; principio que en parte será responsable por la instrumentalización del derecho a la salud (Hernández-Alvarez, 2008).

El surgimiento del debate en torno a la equidad en el mundo occidental se presenta en las últimas dos décadas. Los movimientos sociales, especialmente aquéllos que luchan contra la discriminación racial y de género, fueron sus principales precursores. Infelizmente, el principio cayó en cierto desuso como

consecuencia de los abusos conceptuales que sufrió. Recientemente, bajo otra visión, es reanimado particularmente por las discusiones en salud en la ONU que desde marzo de 1997 se hicieron al revisar las metas de la OMS para el programa “Salud para todos en el año 2000”. El concepto de equidad fue retomado con vigor y pasó a ser la palabra clave para la salud al finalizar el siglo veinte (Canales, 2001:30).

La equidad, o sea, el reconocimiento de necesidades diferentes en sujetos también diferentes para alcanzar derechos iguales, es el camino de la ética práctica de cara a la realización de los derechos humanos universales, representado en éste debate por el acceso a la salud. La equidad es el principio que permite resolver las distorsiones en la distribución de la salud, al aumentar las posibilidades de vida de importantes grupos de población (Garrafa, V. y cols., 1997).

Se considera que la equidad es la base ética que debe guiar el proceso de la toma de decisiones para el destino de los recursos. Para el caso de la SC, éste principio, asociado a los principios de responsabilidad (individual y pública), participación y justicia, promueve el valor del derecho a la salud al aumentar las posibilidades de vida digna de la población.

#### **IV.4.2 Justicia distributiva**

A lo largo de la historia del pensamiento político, las teorías de la justicia se empeñan en rescatar a la razón práctica para la solución de cuestiones públicas, ligadas a una teoría de la democracia y mirando a la sociedad desde el punto de vista de la igual ciudadanía; es decir, las teorías de la justicia se preocupan por identificar los criterios públicos para evaluar, desde el punto de vista impersonal, los éxitos de las distribuciones políticas en tanto que afectan a nuestras vidas como conciudadanos (Di Castro y Diertelen, 2005)

La idea de justicia distributiva nace con Aristóteles. En su *Ética*, la caracteriza como la subclase de justicia que se manifiesta en la distribución de cargas, bienes materiales o cualquier otra cosa que pueda dividirse entre quienes toman parte en el sistema político. La distingue de otra subclase, la justicia conmutativa o reparadora, la cual se relaciona de una manera más específica con situaciones en las que una persona ha sufrido una ofensa de otra persona y exige, por lo tanto, una reparación. La concepción aristotélica de justicia distributiva entiende que cada integrante de un sistema social determinado debe recibir cargas y bienes en la proporción adecuada a sus méritos. Por lo tanto, si las personas no son iguales, tampoco deberán serlo sus retribuciones (Spinelli, H. y cols., 2002)

En el caso de John Rawls, en su libro *Teoría de la justicia*, considerado el nuevo paradigma en el ámbito de la Filosofía política, propone una justicia distributiva que beneficie a los individuos que se encuentren en situación de desventaja, lo que implica que los individuos deben tener garantizadas las condiciones de una igualdad de oportunidades equitativa. Dentro de los conceptos generales de la justicia incluye dos principios:

1) Principio de libertades iguales, cada persona tiene derecho al más amplio esquema de libertades básicas compatible con un esquema similar de libertades para todos; así como igualdad de oportunidades sobre igualdad de recursos.

2) Principio de diferencias, se toleran las diferencias naturales siempre y cuando se encaucen para el beneficio del individuo en la peor situación dentro de un marco de respeto a principios y normas de prioridad que le permitan alcanzar bienes sociales básicos (Di Castro y Diertelen, 2005:9; Trejo y Jones, 1993).

La propuesta de Rawls es criticada, entre otros, por A. Sen, para quien la igualdad no se debe dirigir a los bienes sociales básicos sino al conjunto de capacidades básicas que le permitan al individuo realmente elegir en libertad y participar en la vida social de una comunidad para construir su propio destino. Según Sen, se deben prefigurar condiciones externas para que el sujeto desarrolle su autodeterminación (Trejo y Jones, 1993).

Cada una de las propuesta de la práctica de la justicia, tuvieron en su momento histórico la justificación de su proceder, así también lo recordamos en el marxismo con tendencias socialistas y comunistas, para el primero, correspondía la distribución acorde a las condiciones de producción y citan “a cada cual según su contribución laboral” o en el caso del comunismo, “de cada cual su capacidad, a cada cual su necesidad”, la distribución se daba en el sentido del modo mismo de producción y procuraban la autorrealización individual.

*La justicia distributiva sobre la que se funda el intercambio democrático, debe reconocer que aún cuando la naturaleza no nos dote de las mismas condiciones y que, por lo tanto, no se tengan iguales condiciones, y que por lo tanto no haya iguales puntos de partida, es una obligación del Estado democrático construir las condiciones para que se tenga un mismo punto de llegada* (Cisneros, 2004:22). Propuesta con la cual se coincide en que el punto de llegada es alcanzar un vida digna a través de la construcción de la salud, con la salvedad de que no habrá que dejar como único responsable al Estado, sino que deberán ser acciones en donde intervengan otras instancias no necesariamente públicas y que además se requerirá de participación activa de la población en forma organizada, tanto para la identificación de necesidades como para la toma de decisiones.

Otra forma de proponer el principio de justicia distributiva es en cuanto a que los riesgos y beneficios de las acciones de salud deben distribuirse entre los miembros de la sociedad de manera tal que los logros de la sociedad reduzcan las diferencias entre las personas (López, M. S., 2010), mismo que se puede entender como una respuesta de las acciones emprendidas en donde efectivamente se busca la igualdad de oportunidades y la tolerancia de las diferencias para beneficio de los individuos y de la sociedad, como lo propone Rawls.

#### **IV.4.3 Principio de solidaridad**

Etimológicamente la palabra solidaridad tiene raíces latinas *–in solidum–*, compacto firme, estable. Conceptualmente la solidaridad establece una responsabilidad que es compartida mancomunadamente por determinados sujetos vinculados a una tarea o acción concreta. De tal forma que los dos pilares en los que se asienta la solidaridad son, por un lado, la pluralidad de sujetos *unidos* y, por el otro, la *indivisibilidad* de los compromisos asumidos (Velasco de, J., 2003:186-7)

En una perspectiva histórica, la solidaridad ha tenido diferentes interpretaciones como valor ético, en la filosofía política del Iluminismo, con Jaques Rousseau, la solidaridad se comprendía como la capacidad de mantener la unión de una colectividad integrada de individuos aislados, como fue el caso en la Revolución Francesa, en donde la idea de fraternidad se contrapuso al individualismo de la burguesía, y corresponde a lo que hoy se puede entender como solidaridad.

Camps (1996) entiende que la solidaridad es una ley de la naturaleza, un sentimiento irrefutable de adición al grupo y a la especie. Dentro de la sociología, Durkheim se refiere a la solidaridad como un concepto importante para designar las fuerzas que mantienen unidos a los miembros de una colectividad; se presenta en dos forma, una solidaridad mecánica que se caracteriza por compartir ideas comunes, costumbres, creencias, hábitos y, la otra, orgánica, en la que se comportan de manera interdependiente como en un organismo. En el individualismo liberal, al final del siglo XIX, se desarrolló la corriente llamada “solidarismo”, cuyo interés radicaba en buscar un equilibrio entre el individualismo liberal y el colectivo marxista, postura promovida por la iglesia católica interesada en el derecho a la igualdad. Tanto la doctrina social de la iglesia como la teología de la liberación entendían a la solidaridad auténtica como la solidaridad entre desiguales que buscaba las transformaciones estructurales que corrigieran las asimetrías existentes. A finales del siglo XX, Berlinguer y Carvalho, entre otros, hablan de *solidaridad crítica* como un valor que debe guiar a la ética de la responsabilidad, pues la solidaridad crítica pretende construir, a través de la práctica de la solidaridad, una sociedad más igualitaria, sólida e inclusiva. (Selli y Garrafa, 2006; Gafo, 1997)

La Solidaridad, entendida como un valor propio de la persona, que tiene su origen en la dignidad independientemente de normas, reglas o creencias, *en su práctica debe establecer una relación horizontal entre las personas e instituciones, centrada en la idea de imparcialidad, es decir que su motivación para la acción sea el bien del otro*; así como en la idea de beneficio mutuo, entendida como reciprocidad.

En esta propuesta de solidaridad para la SC, el intercambio se dará entre comunidades morales distintas, por lo cual este principio se vinculará con los de tolerancia, participación, responsabilidad, justicia, reciprocidad entre otros. La solidaridad como principio en la SC transformará la organización de la vida social, sus relaciones, sus instituciones, sus estructuras, con el deseo de que se convierta en un modo de ser, un modo de comprendernos como seres humanos, en donde seamos unos para los otros en reciprocidad.

#### **IV.4.4 Principio de responsabilidad**

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española<sup>25</sup>, responsabilidad es “Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal”; añadiéndose que la responsabilidad es: “la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho aceptado libremente”

De acuerdo con Arrieta y de la Cruz<sup>26</sup>, el núcleo del significado de la responsabilidad radica en la necesidad obligatoria de reparar, satisfacer o responder ante las consecuencias generadas por una acción aceptada libremente; necesidad que presupone, a su vez, la capacidad del sujeto para asumir dicha respuesta.

---

<sup>25</sup> Vigésima primera edición, de 1992.

<sup>26</sup> Arrieta, Heras Begoña y Cristina de la Cruz Ayuso. La dimensión ética de la responsabilidad social. Universidad de Deusto. 2005. España. P. 21.



Conocer y aceptar las consecuencias de un hecho, o responder ante las consecuencias generadas por una acción, son los puntos coincidentes de las dos propuestas anteriores para comprender la responsabilidad. Es decir, los sujetos capaces de reflexionar sobre una acción asumen las consecuencias de sus actos.

Sin embargo, Ingarden (2001) propone establecer una distinción entre las cuatro diferentes situaciones en las que se presenta el fenómeno de la responsabilidad:

- Primera: uno **tiene** la responsabilidad de algo o, dicho de otro modo, **es** responsable de algo. En este caso la responsabilidad pesa sobre el agente, pues se vuelve responsable de una acción tan pronto como la ha emprendido y realizado, se queda responsable de ella quiéralo o no. En este caso quien es responsable de la acción es todo hombre que en el momento de obrar es consciente de ello, que posee todas las facultades “normales” indispensables para el dominio de la situación. Así también debe poseer la facultad de cualificación con la naturaleza de lo que ha de ser responsable. Lo mismo sucede para la comunidad, quien se convierte en un nuevo sujeto de responsabilidad en los ámbitos anteriormente descritos.
- Segunda: uno **asume** la responsabilidad de algo. En este caso el agente toma la responsabilidad como una forma de responder de ese valor y puede justificar su acto. Cuando alguien es responsable de una acción, pesa sobre él el deber de asumir la responsabilidad, así como la aceptación de la exigencia por el incumplimiento de su responsabilidad.
- Tercera: uno es **hecho** responsable de algo. En este caso no tiene que seguirse la aceptación de la responsabilidad, aunque constituya su natural consecuencia. Se exige una investigación previa del hecho real, que puede liberar al agente de la responsabilidad o bien llevarlo a “hacerse responsable”
- Cuarta: uno **obra** responsablemente. Se puede obrar sin preocuparse en general de qué es de lo que se puede hacer responsable. Independientemente de los daños ocasionados pueden reconocerse una culpa o un mérito por su obrar (Ingarden, R., 2001)

Debido a las diferentes formas de responsabilidad, Schramm y Kottow (2001) sugieren que este principio de responsabilidad para la Salud Pública, por su inaplicabilidad, se podría sustituir por el principio de protección. Situación con la que no coincidimos dado que las acciones que se emprenden en la interacción entre personas y proceso de salud/enfermedad/cuidado, la responsabilidad se deberá adjudicar a los actores en cualquiera de las variaciones que puedan incurrir, pues desde el mismo solicitante de servicios de atención a la salud hasta los políticos y tomadores de decisiones de alta dirección deberán responder de sus actos tanto para el reconocimiento del mérito como para el error.

Para gozar de la capacidad de llevar a cabo una acción de la cual se pueda reclamar responsabilidad o se pueda exigir la reparación del daño, es necesario que se dé una *conditio sine qua non*, que es el **poder** al menos en potencia (Jonas, H. 1995:162-3). Así, para fijar responsabilidades tanto a los sujetos como a las organizaciones, se tiene que ser conscientes de cuáles son los efectos que está en su poder producir, hasta dónde llega ese poder y acerca de qué puede modificar o influir en el orden de los acontecimientos.

Para el caso del individuo, él es responsable siempre de sí mismo, y él es por lo tanto quien tiene que rendir cuentas a título individual. En la organización, quien es propiamente responsable es quien tiene poder para ordenar la acción y para decidir las estrategias a seguir; es decir, a mayor poder de decisión, mayor responsabilidad, por lo tanto quien no tiene poder para decidir, ni para modificar el curso de las acciones, no puede ser considerado responsable en sentido pleno.

Como segunda condición se tiene, la libertad de elección, la libertad que acompaña a la acción es una condición tan indispensable y necesaria como el poder previo que requiere la responsabilidad.

Para que haya libertad es indispensable que el sujeto tenga en sí mismo el principio de la acción, es decir, que él mismo haya decidido llevar a cabo la acción;

siguiendo a Aristóteles (2000), el principio de acción radica en el sujeto siempre que éste no se vea obligado, impelido o forzado por una causa externa o interna que no pueda de ninguna manera dominar, si dicha acción no la domina ni la decide, entonces la causa no reside en él, sino en una fuerza u obligación que él no puede dominar ni evitar.

El núcleo del significado de la responsabilidad radica en la necesidad obligatoria de reparar, satisfacer o responder ante las consecuencias generadas por una acción aceptada libremente; necesidad que presupone, a su vez, la capacidad del sujeto para asumir dicha respuesta. Para fijar responsabilidades tanto de los sujetos como de las organizaciones se tiene que ser ante todo conscientes de cuáles son los efectos que está en su poder producir, hasta dónde llega ese poder y acerca de qué pueden modificar o influir en el orden de los acontecimientos.

El principio de responsabilidad podría referirse ante todo a los deberes de los grupos dirigentes o gobernantes, conforme a una jerarquía intuitiva que asigna mayor responsabilidad a quien supuestamente tiene más saber y poder. Ello sólo sería razonable si los poderes públicos tomaran decisiones desde el punto de vista de la justicia distributiva y de políticas compensatorias.

En el entendido de que estamos dirigiendo estos principios a las acciones que reclame la construcción y conservación de la salud y, dado que esto dependerá tanto del progreso de la ciencia y la tecnología, así como de factores psicosociales y culturales, todo esto apunta a la necesidad de un replanteo en cuanto a contenidos de esta responsabilidad; las decisiones que emanen de forma individual como colectiva deberán orientarse a todos los seres humanos, sin distinción de nacionalidad, raza, género, educación, condición económica o social. Todos los seres humanos tienen derechos que reclamar de todos sus congéneres en este campo.

#### IV.4.5 El principio de subsidiariedad

El principio de subsidiariedad en su expresión actual tiene su origen en la Doctrina Social Católica; fue formulado por el Papa Pio XI en la encíclica *Quadragesimo Anno*, en 1931, dentro del contexto de la lucha contra el totalitarismo. La encíclica de Pio XI retoma las ideas de León XIII, quien en la encíclica *Rerum Novarum* 40 años antes formuló los principios de la Doctrina Social de la Iglesia Católica.

En la encíclica *Quadragesimo Anno* el principio de subsidiariedad es formulado así:

*"Como no se puede quitar a los individuos y dar a la comunidad lo que ellos pueden realizar con su propio esfuerzo e industria, así tampoco es justo, constituyéndose un grave perjuicio y perturbación de recto orden, quitar a las comunidades menores e inferiores lo que ellas pueden hacer y proporcionar y dárselo a una sociedad mayor y más elevada, ya que toda acción de la sociedad, por su propia fuerza y naturaleza, debe prestar ayuda a los miembros del cuerpo social, pero sin destruirlos y absorberlos"* (ITAM, 1992a)

De acuerdo al DRAE (2009), subsidiariedad se refiere a la prestación pública asistencial de carácter económico y de duración determinada. No se refiere solamente al reparto de competencias entre los diferentes niveles jerárquicos y/o funcionales de una estructura social, sino que constituye la expresión de un determinado concepto participativo de todos los grupos de dicha estructura.

En una primera aproximación el principio de subsidiariedad es de necesaria aplicación en la política social, *tiene por objeto el reparto y la limitación de las competencias para la ordenación de los grupos sociales. Además, ordena las relaciones de las sociedades intermedias.*

La subsidiariedad supone, en primer término, el reconocimiento de la autonomía de cada colectivo de la estructura para establecer sus objetivos y decidir los procesos con los que intenta alcanzarlos, pero también implica diálogo y participación de todos los miembros (individuales y colectivos) del grupo social en la definición de los objetivos globales, en el diseño de las estrategias para conseguirlos,

en su ejecución y en su evaluación, así como el respeto de los instrumentos de autorregulación y correplamentación.

La subsidiariedad expresa una concepción del hombre, de la sociedad y del universo. Como principio de organización social incluye primero una prohibición: todo lo que cada uno puede realizar por sí mismo y con sus propias fuerzas no debe ser transferido a otro nivel. Pero tiene sobre todo un sentido positivo: cuando la capacidad de una acción comunitaria se revela insuficiente no debe ser asignada automáticamente a aquellos de sus miembros que la realicen eficientemente, a costa de su bienestar. Al contrario, esta comunidad más amplia deberá ayudar y sostener a la comunidad deficiente. Desde su nivel superior debe restaurar la capacidad de acción de la comunidad que resulta momentáneamente insuficiente. Es aquí donde se revela la etimología del término subsidiariedad: subsidio (*subsidium*), auxilio (cf. Constantinesco, 1, p. 212), que significa ayuda o soporte y no sustitución (ITAM, 1992b)

La relevancia de éste principio para la SC es de gran trascendencia, pues significa que cuando una comunidad no tiene una capacidad de acción suficiente —y esta capacidad es necesaria para el logro y mantenimiento de su salud— ésta deberá ser tomada a cargo de una comunidad más grande, lo que representa una garantía para las poblaciones vulnerables.<sup>27</sup> A las acciones emprendidas se les dará seguimiento con responsabilidad de las partes intervinientes; del mismo modo, su desarrollo deberá darse dentro del respeto, solidaridad, autonomía, protección, justicia y participación activa y reflexiva, y en sociedades con democracias participativas.

---

<sup>27</sup> El término “**poblaciones vulnerables**” se usa para referirse a las necesidades de protección especial que deben tener ciertos grupos humanos cuando ingresan a una investigación clínica. Estos grupos que requieren especial protección son frecuentemente los niños, pacientes que sufren demencia, o disminución del juicio, prisioneros, etc. Por ejemplo el Código Federal de regulaciones 45cfr 46 en investigación de Estados Unidos, identifica como grupos que requieren protecciones adicionales a grupos de sujetos que son susceptibles de ser vulnerables a coacción o influencia indebida, como en el caso de niños, prisioneros, mujeres embarazadas, personas incapacitadas mentalmente, personas de escasos recursos económicos o sujetos con educación deficiente. Tomado de: Agueda Muñoz del Carpio Toia. Curso de Especialización en ética de la investigación. 2009. FLACSO. Argentina.

#### IV.4.6 Principio de precaución

Surge de una situación histórica concreta: la crisis ecológica de los años sesenta y setenta del siglo XX, afectando a seres humanos y ecosistema, se define como el proceso de toma de decisiones, aunque basado en conocimientos científicos disponibles para evitar daños, sin embargo, frecuentemente se desarrolla en condiciones de ignorancia e incertidumbre. En su origen el principio de precaución se refería a:

*“solo deberán comercializarse productos de los que sepamos, con razonable certeza [no con una posible incertidumbre total], que no son nocivos [o bien que resulten absolutamente necesarios y no disponemos de alternativas, por lo que conscientemente decidimos aceptar los riesgos a pesar de todo]” (Reichmann, J. y Ticken, 2002:8)*

Corresponde a un principio recogido del juramento hipocrático *primum non nocere* que significa “no hacer daño”; en la actualidad se plantea explícitamente en una actitud precautoria, se dirige a la cuestión de los criterios para la toma de decisiones políticas —no anticientífica ni hostil a la tecnología— cuando la ciencia no ofrece una respuesta unívoca o bien existe conflicto entre diferentes expertos y, ante la ausencia de certidumbre, se busca adoptar medidas eficaces y proporcionales para evitar el riesgo de daños o daños graves e irreversibles (Reichmann, J. y Ticken, 2002).

Si bien este principio se enfoca a la protección de personas y del medio ambiente, existe un vacío en los que no se aplicaría, como es el caso del ámbito social. Sin embargo Green y Kohler (2002:15) dan una aplicación más amplia del principio de precaución original: *“En el mundo moderno no sólo los principios ambientales representan problemas irreversibles y de extrema gravedad: también las decisiones económicas y sociopolíticas pueden entrañar graves riesgos, y conducir a situaciones irreversibles”*. Por lo tanto, en todo tipo de decisiones que implique la toma de decisiones económicas y socio-políticas, se deberá contar con la certeza de que no entrañará graves riesgos o situaciones irreversibles.

La propuesta Green y Kohler coincide con la de la Comisión de las Comunidades Europeas (2000), pues *si bien la decisión de invocar o no el principio de precaución será una decisión que se ejercita cuando la información científica es insuficiente, poco concluyente o incierta, y cuando hay indicios de que los posibles efectos sobre el medio ambiente y la salud humana, animal o vegetal pueden ser potencialmente peligrosos e incompatibles con el nivel de protección elegido; políticamente se ha aceptado el principio de precaución como estrategia de gestión de los riesgos en diversos ámbitos.*

La misma Comisión de las Comunidades Europeas propone como componentes del principio de precaución:

- La identificación de efectos potencialmente peligrosos que se derivan de un fenómeno, de un producto o de un proceso de los riesgos de diversos ámbitos.
- Una evaluación científica de los riesgos que, debido a la insuficiencia de los datos, a su carácter no concluyente o a su imprecisión, no permite determinar con una certeza suficiente el riesgo en cuestión.
- La elección de la respuesta que debe darse en determinada situación es una decisión política, que está en función del nivel de riesgo «aceptable» para la sociedad que debe soportar el riesgo.
- Por lo tanto, las medidas no deben basarse en un fundamento arbitrario. El recurso al principio de precaución no se traduce necesariamente en la aprobación de actos finales destinados a producir efectos jurídicos, que pueden ser objeto de un control jurisdiccional.

En el caso de la SC, es necesario tomar en cuenta este principio ya que habrá que proteger a la población, tanto de los riesgos que entrañe el desarrollo

tecnológico en el medio ambiente y la salud humana, como de las diferentes políticas sociales y económicas que tengan injerencia en el proceso salud/enfermedad/cuidado. Este principio guardará una estrecha relación con los principio de participación, justicia y responsabilidad, así como con las virtudes de respeto, prevención, obligación de saber e informar y obligación de compartir el poder.

#### **IV.4.7 Principio de participación**

Dentro de un modelo democrático existen sistemas políticos en los que se deposita el derecho y la responsabilidad de las decisiones públicas que les corresponden a los ciudadanos, para ello necesitan estar informados y así poder *participar* en un proceso deliberativo y arribar a la toma de decisiones.

Desde el criterio de participación se pueden identificar dos corrientes teóricas de la democracia; primero, la teoría participacionista de la democracia que busca lograr la mayor participación del pueblo y, segundo, la teoría elitista de la democracia que concibe a la participación como el medio para la generación de líderes (Silva, J.A.M., 1995)

En la clasificación de Roberto Saba, el primer modelo corresponde a la democracia pluralista, en la que se percibe la democracia como una arena de negociación política, en donde ser exitoso en el juego implica lograr imponer el interés personal por sobre el de los demás. El segundo modelo, de la democracia deliberativa, se construye sobre la idea de la preferencia en un proceso político de deliberación y toma de decisión, en este proceso todos pierden un poco para que todos ganen un poco (Saba, P.R., 1999)

De acuerdo a estas propuestas de democracia ubicaremos el principio de participación en la teoría participacionista de Silva y en la democracia pluralista de



Saba, porque si en sentido estricto participación significa “tomar parte en persona”, esto implica tomar parte en forma voluntaria y activada por el propio sujeto (Sartori, G., 1965)

Silva Jiménez (1997:115) presenta a John Stuart Mill como uno de los creadores del principio de participación como tal. Mill invoca la existencia de dos principios en la democracia: el principio de la participación y el de la competencia; sobre el primero dice: *...busca que la participación de cada ciudadano sea tan amplia como sea posible porque con su participación los ciudadanos apelan a la necesidad de proteger los intereses de cada ciudadano y de mejorar su educación e inteligencia política, lo que se logra a través de la experiencia otorgada por la participación política.*

Retomando las ideas de Mill para proponer el principio de participación para la SC, podemos decir que la participación de cada ciudadano será necesaria porque con la participación los actores de la SC se apelará a la necesidad de ser escuchados y tomados en cuenta para proteger los intereses de cada ciudadano y de construir y conservar la salud sociobiológica a través de la experiencia dada por su participación política.

#### **IV.4.8 Tolerancia**

Tolerar procede del verbo latino “*tolerare*”, que quiere decir aguantar, soportar, resistir, sufrir, consentir, permitir, etc. Etimológicamente entonces el que tolera aguanta, soporta, sufre, permite, etc. De acuerdo con su origen etimológico, el acto de la tolerancia presupone la existencia de razones para no admitir una acción, por lo que es posible distinguir entre una tolerancia positiva y una tolerancia negativa. La tolerancia positiva, se refiere a hacer un esfuerzo para reconocer las diferencias y comprender al otro, es decir, no sólo se trata de soportar al otro, sino que, además, se reconoce su derecho a ser distinto; esta segunda acepción nos lleva a

comprender el problema ya no como cuestión de tolerancia sino como problema de igualdad o de discriminación; la negativa, se identifica con su origen etimológico e histórico, que precisamente pone énfasis en soportar y permitir un sistema de creencias que en principio no es compatible con el nuestro; nos solicita restringir algunas de nuestras creencias (Martínez de, P. J., 2001; DRAE, 2009:2189)

Desde el ámbito jurídico o, mejor dicho, desde la Filosofía Jurídica y Política, el referirse a la tolerancia como principio es cuestionable debido a que no se puede ignorar su antecedente histórico, el cual se aplicaba a la aceptación de credos religiosos diferentes al propio y a la aceptación de diferencias étnicas y culturales. En general, tolerar trata del reconocimiento al derecho a la singularidad y a la divergencia, por eso, reclamar tolerancia para el ciudadano que es diferente es emprender un paso atrás en la garantía de sus derechos. Es decir, en la actualidad hablar de tolerancia es debatir en torno a los derechos de los individuos que constituyen las minorías, eso que hoy llamamos tolerancia se refiere a uno de los elementos que entran en la institucionalización moderna de la igualdad jurídica, por lo tanto ese interés de exigir su institucionalización jurídica desaparece allí donde están garantizadas la igualdad y las libertades (Lucas de, J., 1992; Fetscher, I., 1999)

Sin embargo, en el terreno de la ética, López de la Vieja lo propone como uno de los tres principios o líneas maestras para la conducta, y precisa que a título de principio prescribe de forma muy general: *que personas o grupos diferentes han de coexistir y actuar de forma cooperativa. Pese a tener creencias, características u opiniones diferentes, pues no se necesita tolerar lo que es igual o semejante* (2000:235).

Es esta delimitación formal de la tolerancia la que nos lleva a una tolerancia práctica; es decir si la tolerancia es un principio de fronteras borrosas entre igualdad, libertad, justicia, solidaridad, lo cierto es que tolerancia se refiere al respeto a las diferencias y pretende desempeñar un papel relevante para formar acuerdos en la esfera privada y en la esfera pública, en intervenir para conseguir igual respeto y

consideración, tanto a nivel de ciudadano como de grupo, que ambos sean tratados como iguales, es decir que reciban la misma atención y respeto, llegar a una forma satisfactoria de integración; para el caso de la SC, el principio de tolerancia correspondería a esa búsqueda de alcanzar una vida digna para todos en el entendido de una búsqueda hecha desde el respeto a las diferencias de la observancia de conductas y preferencias, en el respeto de la heterogeneidad de las sociedades plurales, construyendo sus propias reglas de cooperación, e intervenir para integrar a individuos y grupos en el alcance y/o mantenimiento de la salud sociobiológica en forma equilibrada.

Aunque se presentan en forma separada cada uno de los principios, en la práctica es imposible que se den de forma aislada, por ejemplo, en el caso de la tolerancia, para que ésta se dé debe tener como antecedente el principio de reciprocidad, como sentencia: *dar para recibir*, como un principio elemental de intercambio democrático y, a su vez, este intercambio estará basado en la justicia distributiva que se funda en el reconocimiento de que aún cuando la naturaleza no nos dote de las mismas condiciones y que, por lo tanto, no se tengan iguales condiciones, es una obligación del Estado democrático construir las condiciones para que se tenga un mismo punto de llegada (Cisneros, I., 2004).

#### **IV.4.9 Principio de reciprocidad**

La noción de reciprocidad equivale a la noción de correspondencia mutua, que puede ser de conceptos, proposiciones, cosas, personas, etc. Tal correspondencia mutua equivale a una comunidad, termino mediante el cual se designa asimismo la reciprocidad, cuando se trata de reciprocidad de acción (Ferrater-Mora, 2004).

Principio de reciprocidad es el principio de la relación universal de las cosas en el mundo, principio por el cual constituye toda una comunidad un todo organizado (Abbagnano, N., 2008).

Desde el orden jurídico para Góngora (s.a.), el principio de reciprocidad exige una condición esencial, la de la identidad, pero esta identidad consiste no en que se reconozca a la ley consigo misma, sino en que sea reconocida por todos. Es decir, que todos admitan que esa ley es para uno mismo y para el otro y por tanto que el otro reconozca mi derecho y yo reconozca el mismo derecho para él. Es decir, toda ley implica derechos y obligaciones, en el sentido en que si una ley me da derecho, yo debo reconocer que tengo la obligación de reconocer el mismo derecho en otra persona. Este es el principio elemental de RECIPROCIDAD, que nos permite reconocernos a todos en ella, y que le da Identidad y que nos da la identidad frente a ella, pues para la ley, todos somos iguales. Así mismo, la moral de un individuo que admite el principio de reciprocidad conlleva al compromiso, y del compromiso a la responsabilidad en un ambiente de empatía.

Retomando las propuestas anteriores para formular el principio de reciprocidad para la SC, considerando las condiciones de las diferencias entre individuos y grupos, este principio buscará que *la correspondencia mutua en la solución a los problemas para lograr la construcción y conservación de la salud sociobiológica lleve al compromiso mutuo, en primer lugar en sentirnos identificados con nuestras necesidades y nuestras realidades para poder alcanzar ese compromiso, más racional que afectivo, y que nos conducirá a la responsabilidad;* pues si el compromiso es más afectivo que racional no se dará la reciprocidad, pues estarán de por medio intereses acomodaticios, de conveniencia y, sobre todo, desiguales. Por ello también será necesario que se tenga la información suficiente y necesaria para compartir y discutir antes de la toma de decisiones.

## DISCUSIÓN

Los estudios dentro del posgrado de Salud Colectiva como la trayectoria que se siguió para el desarrollo de éste trabajo, permitieron descubrir cómo es que se miraba a la salud desde un paradigma de índole crítico, diferente al paradigma hegemónico de origen biologicista. Éste último como una forma natural de entender la salud como lo hemos aprendido en las universidades, la definición clásica de la OMS “*la salud es el equilibrio biopsicosocial del individuo*”, ese descubrimiento de mirar a la salud como una evolución histórica desde los griegos hasta el inicio del siglo XXI, y observar que no es un concepto acabado que sigue en movimiento; así también estudiarlo como un proceso social, o mejor dicho en el borde entre lo biológico y social desde una revisión epistemológica como la que desarrolla Canguilhem, G. con sus ideas sobre lo normal y lo patológico, refiere que el estado patológico no siempre puede ser denominado anormal y el estar sano no es ser solo normal, pues existe la posibilidad de tolerar infracciones a la norma, más bien la salud es un sentimiento de aseguramiento con respecto a la vida; o las reflexiones de Gadamer, G. sobre la salud que la entiende como el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez, que nos permite realizar nuestras funciones de vida, pero es algo oculto, que sólo cuando lo perdemos nos damos cuenta que lo teníamos. Además de las reflexiones filosóficas epistemológicas también desde un enfoque sociopolítico se pudo reflexionar acerca de la salud como un bien material, con el cual se puede hacer negocio, y por supuesto es la industria farmacéutica cobijada en las sociedades capitalistas que mantiene un negocio que si bien se rige bajo las reglas del mercado y de la sociedad no deja de ser escandalosa la ganancia que se distribuyen a unos pocos. Desde el punto de vista político también se observó como la salud es un elemento importante en los discursos políticos sobre todo en los países llamados subdesarrollados donde el tipo de democracia con el que se cuenta es representativa y es una política unívoca, en la que se limita la participación activa y permanente de todos los

miembros de la sociedad. Finalmente, el recorrido por los diferentes enfoques de entender lo que es salud, permite ubicar a la salud como un *bien de vida*, es decir, si las personas tenemos valores y principios éticos de forma inherente y los dirigimos a la conservación de dicho bien, entonces tendremos que recuperar esa esencia humana que resultara coherente con la propuesta de este trabajo en la búsqueda del fin que se persigue en la construcción de una ética para la SC.

Es conveniente resaltar que el asociar la salud a lo médico ha sido una larga tradición y que al cambiar la lente con la que se le observa se perciben otros ángulos, como es el que permiten las ciencias sociales, la historia, la filosofía, pues la salud/enfermedad/cuidado como proceso no escapan de una historicidad, costumbres, hábitos, subjetividad, entre otros, por ello el organizar la evolución de la SC con la propuesta de Guba y Lincoln (1998) permite resaltar todas las dimensiones por las que se le ha estudiado y ubicar a la SC como un campo de saberes complejo, trandisciplinar por lo que la ética que debiera formularse para ella es una ética diferente a la ética médica, porque la ética médica se centra en el cuerpo y en la persona, y la ética de la SC se enfoca a una ética para el grupo y la sociedad.

La SC es el otro tema que también poco a poco se fue develando en cuanto a su desarrollo no sólo en Brasil sino en varios países de América Latina, identificar a que se le llama SC, dado que es un campo de conocimientos de reciente emergencia, llevo a encontrar que no surgió como una disciplina como tal, sino más bien fue un movimiento social originado en Brasil, cuyo antecedente se remite a la crítica a las políticas de salud pública por grupos de intelectuales, quienes se dieron cuenta que a pesar de la existencia de programa de dicha índole la población no contaba con mejoras en el bienestar de la salud, así también se tuvo la influencia de los movimientos sociales en Europa y se desarrollo la Medicina Social. Un hallazgo que se considera relevante es la diferencia entre Salud pública y Medicina Social o SC, es que para la primera aunque tiene en el centro de su atención a la población mantiene una postura paternalista, autocrática, normativa, y con una visión biologicista de salud, lo que limita lo que se busca promover con la MS o SC, que es

el bienestar de la mayoría de forma participativa, solidaria y responsable, con la idea de recuperar el bienestar de la población.

Entrando a un análisis crítico de las diferentes formas como se le ha propuesto entender a la SC, se ubicaron dentro de dicho campo tres corrientes de pensamiento: la sociocéntrica, la subjetiva y la antropolítica; en la primera se observa una fuerte tendencia a comprender al proceso salud-enfermedad desde el materialismo histórico; en la subjetiva, se trata de rescatar la subjetividad de las personas en el proceso de salud-enfermedad para integrarlo a la parte objetiva y, en la antropolítica, se intenta explicar el proceso complejo salud/enfermedad/atención desde la teoría de la complejidad de Morín.

A partir de la identificación de las diferentes corrientes de pensamiento de la SC se deriva una concepción de lo que será la SC para proponer los principios éticos, y como se ha anotado en el capítulo IV, se fue justificando cada uno de los términos considerando que los que le dan especificidad al concepción de SC son el de campo de conocimientos desde la perspectiva de Bourdieu, el concepto de persona y el de vida digna, rescatar el concepto de persona desde una propuesta personalista relacional da la oportunidad de dejar atrás el concepto de sujeto que es ampliamente empleado en las concepciones recuperadas de SC sobre todo en la de origen sociocéntrico, el considerar personas a los agentes morales se puede establecer una comunicación más cercana con los valores y principios éticos.

Finalmente, en la búsqueda de cómo justificar una ética de principios de la SC, llevo a encontrar propuestas desde diferentes enfoques como fue el caso de los principios éticos biomédicos de Beauchamp y Childress, propuesta que para la SC no aplicaba para la finalidad que se buscaba, también se encontraron los 12 principios éticos para la Salud Pública, con los cuales se coincidió con algunos de ellos, sin embargo la propuesta a la que se afilió este trabajo fue a la de López y Tetelboin, quienes desde la ética política proponen los principios de: solidaridad, responsabilidad, precaución, protección y participación.

En esta propuesta se parte que los valores que debe cultivar la población son los de libertad, igualdad y fraternidad. Y los principios éticos para que se conviertan en una práctica de los actores de la SC son: equidad, justicia distributiva, solidaridad, responsabilidad, subsidiariedad, precaución, participación, tolerancia y reciprocidad.



## CONCLUSIONES

- Dada la trascendencia que tiene la salud como bien de vida de las personas y que tanto para mantenerla y conservarla el Estado ha creado instituciones para proveer de servicios de atención a la salud, es necesario que exista un marco ético, como es el caso de los nueve principios propuestos, para que tanto la población que necesita resolver sus necesidades como los agentes de cuidados se muevan dentro de ellos.
- El proponer los nueve principios, por definición no obliga a los agentes morales a seguirlos, sin embargo, si se observa el valor de su aplicación en la convivencia cotidiana, seguro nos hará mejores personas y por lo tanto una mejor ciudadanía y sociedad; recuperar la esencia humana.
- El observar desde fuera las condiciones del comportamiento de las personas en sociedad y lamentar que sucedan situaciones que no nos agradan, nos hará cómplices en la preservación del daño moral individual y/o colectivo.
- Específicamente en la persecución de un trato digno en la atención que se debe brindar en los servicios de salud, es necesario que tanto los funcionarios como la población demandante reconozcan y apliquen los nueve principios éticos.
- Tanto la ética de principios como la ética aplicada son valiosas propuestas para promover una ética cívica, no sólo para el caso de la SC.
- La revisión epistemológica, filosófica y sociológica del concepto de salud brindó una mejor comprensión del problema.

- La revisión de la evolución de la SC permitió detectar la influencia de las corrientes del pensamiento de las comunidades científicas en un tema modesto.
- El análisis socio-histórico de salud mostró que aún se tiene que seguir reflexionando en él.

## **PERSPECTIVAS**

- Como productos de ésta investigación se puede decir que se abren varias líneas de investigación; en el terreno epistemológico se hace necesario continuar en la labor de construcción del significado de SC, así como de salud.
- En el campo de la ética y en la medida en que se avance en el desarrollo epistemológico se podrá hacer una aplicación de la Hermenéutica crítica más acabada para continuar con el desarrollo o modificación de los principios éticos para la SC
- Difundir y divulgar la propuesta de los nueve principios éticos para las instituciones de atención a la salud
- Promover una investigación de corte empírico para valorar la aceptación o no de dichos principios y así poder validarlos.
- Proponer a las autoridades, hacedores de políticas y tomadores de decisiones el acercamiento a estos principios para que los apliquen y promuevan con la intención de mejorar los servicios de salud.

## LIMITACIONES

- El realizar una propuesta teórica limita valorar el impacto que se pueda alcanzar con ella, sin embargo antes de actuar es importante reflexionar, sirva pues este trabajo como una reflexión previa a lo que queda por hacer.
- A pesar del período de búsqueda de material documental quedaron fuera actores importantes en la historia de la SC, lo cual no fue intencional, pues en el transcurso de esta investigación siguieron apareciendo materiales documentales de gran valía, por ejemplo en el 2009 sale a la luz la revista *Public Health Ethics*, como la primera revista revisada por expertos internacionales para concentrarse en un análisis sistemático de los problemas morales en salud pública y medicina preventiva. Contiene artículos originales, revisiones y estudios de casos sobre la naturaleza de la salud pública y los conceptos relacionados (por ejemplo, la población, público, comunidad, prevención); los debates de los valores en la salud pública y cuestiones éticas en relación con todos los aspectos de la política de salud pública y la práctica.
- El no contar con una propuesta más acabada de lo que significa la SC limita la propuesta, sin embargo se intentó formular una propuesta para comprender a lo que se le llama SC.
- La falta de comprensión de temas filosóficos por no contar con una formación formal en el campo y no haberse cultivado más en ese terreno restringe el análisis de la información presentada.

## OBRAS CONSULTADAS:

- Abbagnano, N. (1974). *Diccionario de Filosofía*. México: FCE.
- Abbagnano, N. (2008). *Diccionario de filosofía*. México: FCE.
- Adela Cortina en la Universidad de Chile. Publication: Perspectivas Éticas. Consultado el de Mayo de 2003. [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32442869\\_ITM?email=manrique\\_nava@hotmail.com&library=](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32442869_ITM?email=manrique_nava@hotmail.com&library=)
- Almeida Filho, Naomar. (2000). *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Almeida Filho, N. (2001). *For a General Theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes*. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. jul-ago 17(4):754.
- Almeida Filho, Naomar. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva. Evaluación de conceptos y Aplicaciones. *Salud Colectiva*; 2(2), 123-140
- Almeida, F. N. y Paim, J. (1999). *La Crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médicos Sociales. 75:3-30.
- Andorno, Roberto. (1997) ¿Persona-Substancia o Persona-Conciencia? Un debate en torno a una noción central de la bioética. *Rev Persona y Bioética*. no. 1 Consultado en <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/issue/view/102/showToc>
- Aranguren, J. L. (2001). *El principio etimológico*. En: *Ética*. España: Alianza Editorial.
- Aristóteles. (2000). *Ética Nicomaquea y Política*. México: Porrúa.
- Aristóteles.(2005). *La gran moral*. Libro primero, capítulo II, División de los bienes. Elaborado por Patricio de Azcárate. Consultado en <http://www.filosofia.org/cla/ari/azc02013.htm>
- Aristóteles. (2004). *Metafísica*. México: Porrúa.
- Arrieta, Heras Begoña, Cristina de la Cruz Ayuso. (2005) *La dimensión ética de la responsabilidad social*. España: Universidad de Deusto.
- Atienza, M. y Juan Ruíz Manero. (1991). Sobre principios y reglas. *Rev. Doxan*. no.10. Consultado en

[http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/public/12482196462352624198846/cuaderno10/doxa10\\_04.pdf?portal=4](http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/public/12482196462352624198846/cuaderno10/doxa10_04.pdf?portal=4)

- Ayres, J. R. C. M. (2006). *Cuidado e Humanização das práticas de saúde*. En: Ferreira Suely Deslandes(Coord.). *Humanização dos cuidados em saúde*. Brasil: Fiocruz. Coleção Criança, mulher e saúde.
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. México: Siglo XXI.
- Barber Strong, B. *Democracy*. Estados Unidos: University of California Press. 1984,
- Barradas Barata, Rita. (1998). Epidemiologia e saber científico. *Rev Bras Epidemiol*, 1(1), 14-27.
- Barradas Barata, Rita. (s. a.) *Formação em epidemiologia no brasil*. Consultado en: <http://www.abrasco.org.br/GTs/Formacao%20em%20Epidemiologia%20no%20Brasil.pdf>
- Barata, Barata, Rita. (2005). Social Epidemiología. *Rev Bras Epidemiol*. 8(1), 7-17.
- Beauchamp, L. T. y James F. Childress. (1999). *Principios de ética biomédica de Masson*. España: Masson.
- Berlin, Isaiah. (2004). *Conceptos y categorías. Ensayos filosóficos*. México: FCE.
- Bernal, D. John. (1989). *Ciencia e Industria*. En: La ciencia en la Historia. México: UNAM: Nueva Imagen.
- Boff, Leonardo. 2002. *El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra*. España: Trotta.
- Breilh, J. (2003a). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora. e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Breilh, J. (2003b). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(4), 99-114.
- Burlandy, Lucine y Regine Cele de A. Bodstein. (1998) *Politica e saúde coletiva: reflexao sobre a Producta científica (1976-1992)*. Cuadernos de Saúde Pública. 14(3), 543-554. Duarte Nunes, E. (1994). *Saúde Coletiva: Historia de uma idéia e de um conceito*. Saúde e Sociedade 3(2):5-21. Consultado en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>
- Campos, G.W.S. (2001a). *Salud Pública y Salud Colectiva: campo y núcleo de saberes y prácticas*. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar.

- Campos, G.W.S. (2001b). *Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud*. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar.
- Camps, V. (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. España: Crítica.
- Canales, F. y cols. (2001). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. **México**: Limusa: OPS-OMS.
- Canguilhem, Georges. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Caponi Sandra. *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. Hist. cienc. saude-Manguinhos [publicación periódica]. 1997; 4(2): 287-307. Consultado el 21 de abril de 2010 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701997000200006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200006&lng=en). doi: 10.1590/S0104-59701997000200006
- Carvalho, M. A. R. de; Lima. T V. (1992). O argumento histórico nás análise de Saúde Coletiva. En: S. Fleury (Ed) *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro. Río de Janeiro: Relume-Dumara.
- Carvalho Pinto, Ione. (2001). *Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem*. Cad. Saúde Pública. 17(1), 233-241.
- Casado, A. (2008). *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*. España: CSIC: Plaza y Valdés.
- Cisneros, H. I. (2004). *Tolerancia. El desafío de nuestro siglo*. México: Porrúa. España: CSIC: Plaza y Valdés.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2000). Comunicación de la comisión sobre el recurso al principio de precaución. Bruselas.
- Cortina, Adela. (2003). Conferencia “Bioética. principios y metas”: Universidad de Chile. *Perspectivas Éticas*. Consultado en [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32442869\\_ITM?email=manrique\\_nava@hotmail.com&library=](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32442869_ITM?email=manrique_nava@hotmail.com&library=)
- Cortina, Adela. (2001). *Ética aplicada y democracia radical*. España: Tecnos.
- Cortina, Adela. (2007). *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. España: Tecnos.
- Descartes. (2006). *Meditaciones metafísicas*. Sexta. En: Descartes... México: Porrúa.

- Di Castro, E. y Paulette Dieterlen. (comp.) (2005). *Debates sobre justicia distributiva*. México: IIF. UNAM.
- Díaz, A. (2006). La concepción de la persona en Jacques Maritain. Desde la noción del individuo a la libertad Personal. *Polis Revista de la Universidad Bolivariana*. 5(15). Consultado en: <http://www.revistapolis.cl/15/dia.doc>
- Diccionario Latín – Español, Español –Latín. (1999). 4a ed. México: Porrúa.
- Dossey, Larry. (1999). *Tiempo, espacio y medicina*. España: Kairós.
- DRAE. (2009) *Diccionario de la Lengua Española*. H-Z. México.
- Duarte Nunes, E., (1996). *Revisión de estudios historiográficos sobre la Salud Pública brasileña*. Lull, v. 19(51-72) Consultada en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=62170>
- Dworkin, R. (2002). *Los derechos en serio*. España: Ariel. Cortina, Adela. (2003). *Ética sin moral*. España: Tecnos.
- Engelhardt, von Dietrich. (2004). *Ética médica: estructura, desarrollo y difusión*. En: Dietrich von Engelhardt y cols. *Bioética y Humanidades médicas*. Buenos Aires: Escríbar W., A. (2004). *La ética aplicada, sus condiciones de posibilidad y exigencias a las que responde*. [Revista de Filosofía](http://www.articlearchives.com/society-social-assistance-lifestyle/ethics/1102446-1.html). (versión electrónica) <http://www.articlearchives.com/society-social-assistance-lifestyle/ethics/1102446-1.html> Biblos.
- Espósito, R. Immunitas. (2005). *Protección y negación de la vida*. España: Amorrortu.
- Etxeberría, X. (2005). Capítulo 6. *Éticas aplicadas*. En: *Éticas de las profesiones*. España: Desclée de Brouwer.
- Ferrater Mora, J. (2004). *Diccionario de Filosofía*. Q-Z. Barcelona: Ariel.
- Ferrer, J. J. y Juan Carlos Álvarez. (2003). *Para fundamentar la bioética*. España: Universidad Pontificia de Comillas. Ed. Desclée de Brouwer
- Fetscher, I. (1999). *La tolerancia. Una pequeña virtud imprescindible para la democracia*. España: Gedisa.
- Fischl, J. (2002). *Manual de historia de la filosofía*. España: Herder.
- Fort, M y cols. (2006). *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. España: Paidós (Controversias).
- Frenk, J. (1992) *La nueva salud pública*. En: Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPS



- Gadamer, Hans-Georg. (1999). *Verdad y método*. (vol. 1) España: Sígueme.
- Gadamer, Hans-Georg. (2001). *El estado oculto de la salud*. España: Gedisa.
- Gafo, J. (1997). Los principios de justicia y solidaridad en bioética. *Rev. Persona y Sociedad*. 11(3)
- Galende, E. (2004). *Debate cultural y subjetividad en salud*. En: Hugo Spinelli (comp.). *Salud Colectiva, cultura, instituciones y subjetividad; epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar
- García, Gual Carlos. (2002). *Los sofistas y Sócrates*. En: Victoria Camps. *Historia de la ética*. 1. de los griegos al renacimiento. España: Crítica.
- Garduño, A. Ma. A. y cols. (2009). La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. En: María del Consuelo Chapela y Adalberto Mosqueda (comps). *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años*. México: UAM-X.
- Garrafa, V. y cols. (1997). *Saúde Pública, Bioética e Equidade*. 5(1) Disponible en: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v5/saudepub.html>
- Góngora, O. S. (s. a.). *La cultura jurídica latinoamericana. El principio de reciprocidad entre los mexicanos*. México: BUAP-ICSyH. México.
- Gostin, Lawrence O. (2003) *Public health ethics: tradition, profession, and values*. *Acta bioeth.* [periódico en la Internet]. Consultado el 06 de mayo de 2009 en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2003000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000200004)
- Gracia, Diego. (1989). *Fundamentos de Bioética*. España: Eudema.
- Gracia, Diego. (1999). Citado en: *Principios de ética biomédica de Beauchamp, L. T. y James F. Childress*. España: Masson.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud pública hoy? *Rev. Cubana Salud Pública* 30(2).
- Guba, Egon G., Yvonna S. Lincoln. (1998). *Chapter 6. Competing paradigms in Qualitative Research*. En: *The landscape of qualitative research, Theories and Issues*. De Norman K. Denzin and Ivonna S. Lincoln.
- Granda Ugalde, Edmundo†. (2009). *El sujeto, la ética y la salud*. En: *La Salud y la vida* (vol. I, pp. 97-109). Ecuador
- Guimarães y cols. (2001). A pesquisa em epidemiologia no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 35(4), 321-40

- Guba, Egon G. and Yvonna S. Lincoln. (1998). Chapter 6. Competing paradigms in Qualitative Research. En: *The landscape of qualitative research, Theories and Issues*. De Norman K. Denzin and Ivonna S. Lincoln. Pp. 202 – 207. Trad. por Everaldo Reyes Galicia.
- Hernández-Alvarez, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev. Salud Pública*. 10 (1), 72-82 supl.
- Hirschberger, Johannes. (1974). *Historia de la filosofía*. Tomo I. España. Herder.
- Hume, David. (1992) *Tratado de la naturaleza humana*. México: Porrúa.
- Ingarden, R. (2001). *Sobre La responsabilidad. Sus fundamentos ónticos*. España: Caparrós.
- Instituto de Salud Colectiva. Consultado el 03 de diciembre de 2005 en [http://www.isc.ufba.br/isc\\_saude.asp](http://www.isc.ufba.br/isc_saude.asp). Copernic basic ver 2001.
- Iriart, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 12(2).
- Iriart, Celia, Howard Waitzkin y Emerson Merhy. (2004). *Las HMO en el exterior: La atención médica gestionada en América Latina. Capítulo 6*. En: El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público. España: Paidós-Controversias.
- ITAM, (1992a). Estudios.filosofía-historia-letras. Otoño. Disponible en: [http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras30/notas2/sec\\_2.html](http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras30/notas2/sec_2.html)
- ITAM, (1992b) Adonis/Jones. Estudios.filosofía-historia-letras. Otoño Disponible en: [http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras30/notas2/sec\\_3.html](http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras30/notas2/sec_3.html) p.183.
- Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. España: Herder.
- Kraus, A. (2003). Ciencia y autonomía. Sección Política. La Jornada. México, D. F. 18 de junio. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2003/06/18/022a2pol.php?origen=opinion.php&fly=1>
- L'Abbate, S. (2003). *A análise institucional e a saúde coletiva*. Ciencia & Saúde Coletiva. 8(1), 266.
- Laín Entralgo, Pedro. (2003). *Historia de la medicina*. España: Masson.

- Laurell, A. C. (1982). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Rev Latinoamericana de Salud. n. 2 México: Nueva Imagen.
- Lindemann, Mary. (2001). *Medicina académica*. En: Medicina y Sociedad en la Europa Moderna. 1500-1800. España: Siglo XXI .
- López de la Vieja, M. T. (2000). *Principios morales y casos prácticos*. España: Tecnos.
- López de la Vieja, M. T. (2000). *Cap. IV. Tolerancia en la esfera pública*. En: Principios morales y casos prácticos.
- López, A. O. y Florencia Peña Saint-Martín. (2005). *Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano*. En: Enrique de la Garza Toledo (coord.) Capítulo de “Tratado de Sociología”. México: UAM-Iztapalapa. En prensa.
- López, Moreno Sergio. (1998). *Acerca del estatuto científico de la epidemiología*. Salud Pública Méx, 40(5)
- López, Moreno, Sergio. Comunicación personal. Universidad Autónoma Metropolitana-X. Junio de 2007.
- López Moreno, Sergio, Carolina Tetelboin H. (2006). *Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud*. En: ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección a la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. OPS, UNAM, UAM-X. <http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/documentos/cvsp/hsm/a25.pdf>
- López Moreno, Sergio. (2010) *Seminario de ética*. México: UAM-X. México Marzo-Abril de 2001.
- Losse, John. (1981). *Introducción histórica a la filosofía de la Ciencia*. España: Alianza Universidad.
- Lucas de, J. (1992). ¿Para dejar de hablar de la tolerancia?. *Rev. Doxa*. 11, 117-126
- Luz, Madel. *Medicina e Orden Política Brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. Tomado de: Carvalho y Lima. (1992). O argumento histórico nãs análisis de Saúde Coletiva. En: S. Fleury (ed) *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara.
- Mardones, J. M. y N. Ursua. (2001). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. 2a ed. México: Ediciones Coyoacán.
- Marías, J. (2003). *El Renacimiento*. En: Historia de la Filosofía. España.

- Maritain, J. (2002). *Los derechos del hombre. Cristianismo y democracia*. Consultado en:  
[http://books.google.com.mx/books?hl=es&id=9Z\\_G3J8gEEUC&dq=Jacques+Maritain+Los+derechos+del+hombre&printsec=frontcover&source=web&ots=qx8MtB7Hv&sig=aU55nELGjiMN\\_eBofnVkMgSTRT8#PPA16,M1](http://books.google.com.mx/books?hl=es&id=9Z_G3J8gEEUC&dq=Jacques+Maritain+Los+derechos+del+hombre&printsec=frontcover&source=web&ots=qx8MtB7Hv&sig=aU55nELGjiMN_eBofnVkMgSTRT8#PPA16,M1)
- Marteleto, R. M. (2007). Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(003), 576-579. Consultada en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Martiarena, O. (2009). Cap. 3 *La formación del ciudadano del mundo*. En: La formación del ciudadano del mundo. La antropología pragmática de Kant como arte de vivir en una sociedad cosmopolita. México: Alia.
- Martínez H., M. (2004). *Ser persona*. México: Plaza y Valdes.
- Martínez de, P. J. (2001). *Tolerancia y derechos fundamentales en las sociedades multiculturales*. España: Tecnos. Matumoto, Silvia, Martins Mishima, Silvana,
- Marzano, M. (2010). *La muerte como espectáculo. La difusión de la violencia en internet y sus implicaciones éticas*. Ensayo. México. Tusquets.
- Mason, Stephen F. (1988). *Historia de las ciencias. I. La ciencia antigua. La ciencia en oriente y en la Europa medieval*. México: Alianza Editorial.
- Matumoto, S y cols. (2001). *Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem*. Cad. Saúde Pública, 17(1), 233-241.
- Melendo, Tomás, Millán Puelles, Lourdes. (1996). *Dignidad: ¿Una palabra vacía?* España: EUNSA.
- Morín, E. (1982). *Ciencia con conciencia*. España: Anthropos.
- Mounier, E. (2005). *El personalismo*. México: Maica.
- Museo virtual de la sanidad en España. Instituto de Salud Carlos III. Consultada en marzo de 2009 <http://wwwold.isciii.es/museo/crono/ea/eaad023.html>.
- Nunes, E. (1994). *Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito*. Saude Soc. [versión electrónica]. vol. 3, no. 2, pp. 5-21. Consultado el 27 de marzo de 2009 en <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12901994000200002. ISSN 0104-1290

- Organización Mundial de la Salud (1976). Citado por Duarte Nunez, E. (1994). *Saúde Coletiva: Historia de uma idéia e de um conceito*. Saúde e Sociedade 3(2):10. Consultado en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>
- Pardo, A. (1997). *¿Qué es la salud?* Rev de Medicina de la Universidad de Navarra. 41(2):4-9. Consultada en <http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html#nota1#nota1>
- Parsons, T. citado por Almeida Filho, N. (2001). *For a General Theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes*. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. jul-ago 17(4):754.
- Pignarre, P. (2005). *El gran secreto de la industria farmacéutica*. España. Gedisa.
- Pintor Ramos, A. (2005). *Jean Jaques Rousseau. Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres y otros escritos*. España: Tecnos.
- Paim, J. S. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica*. En: Organización Panamericana de la Salud (Ed.). *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPS. Publicación Científica No. 540
- Paim, J. S., Naomar de Almeida Filho (1998). *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Rev. Saúde Pública, 32(4), 299-316.
- Pellegrini Filho, A. (2000) *Ciencia en pro de la salud. Notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS. Publicación Científica y Técnica No. 578
- Pellegrini Filho, A. (1999). *La violencia y la salud pública*. Rev Panam Salud Publica [version electrónica]. Consultado el 14 de mayo de 2009 [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891999000400005&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400005&lng=en). doi:10.1590/S1020-49891999000400005.
- Potter, v. R. (1971). *Bioethics, Bridge to the Future*. New Jersey, Estados Unidos: Prentice Halls: Englewood Cliffs.
- Public Health Leadership Society. (2002). *Principles of the Ethical Practice of Public Health*. /sin fecha/ <http://www.apha.org/NR/rdonlyres/1CED3CEA-287E-4185-9CBD-BD405FC60856/0/ethicsbrochure.pdf>
- Quiles, Ismael. (1980) *La persona Humana*. Buenos Aires: Ediciones Desalma.

- Quintanas, Anna. (2008). *V. R. Potter: una ética para la vida en la sociedad tecnocientífica*. Sinéctica. Rev Electrónica de Educación. ITESO. N. 30. Febrero-Julio.  
[http://saturno.sc.iteso.mx/portal/page/portal/Sinectica/Revista/SIN32\\_04/sin32\\_quintanas.pdf](http://saturno.sc.iteso.mx/portal/page/portal/Sinectica/Revista/SIN32_04/sin32_quintanas.pdf)
- Ramírez, E., (2006). La estafa del seguro popular. Rev Contralínea. 1<sup>a</sup>. quincena. Febrero. Disponible en:  
[http://www.contralinea.com.mx/archivo/2006/febrero/htm/estafa\\_seg\\_popular.htm](http://www.contralinea.com.mx/archivo/2006/febrero/htm/estafa_seg_popular.htm)
- Reichmann, J., Joel Ticken (coord.) (2002). *El principio de precaución*. En: Medio ambiente y salud pública: de las definiciones a la práctica. España: Icaria.
- Rosen, George. (1985). *¿Qué es la medicina social? Un análisis genético del concepto*. En: De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI.
- Saba, P. R. (1999). Participación ciudadana, democracia deliberativa y políticas públicas. *Rev. Perspectivas Bioéticas*. 4(7-8), 140-149.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Argentina. Lugar Editorial.
- Sartori, G. (1965). *Aspectos de la democracia*. México: Limusa-Wiley.
- Schramm, F. R., Miguel Kottow. (2001). *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*.
- Sagols, L. (2006). *Interfaz bioética*. México: UNAM: Fontamara.
- Sánchez Torres, Fernando (1998). *Temas de ética médica*. INET Colombiana. /sin fecha/  
<http://www.encolombia.com/etica-medica-indice.htm>
- Schramm, F.R., y Kottow M. (2001). *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. Cad. Saude Pública, RJ, 17(4):949-956.
- Selli, L. y Volnei Garrafa. (2006). Solidaridade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. *Rev. História, Ciências, Saúde*. 13(2)
- Sigerist, Henry. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI. México.
- Silva, J. A. M. (1995). Hacia una democracia participativa. Notas sobre la teoría elitista de la democracia. *Rev. de Derecho (Valdivia)*. 6, 111-121

- Silva, J. A. M. (1997). Hacia una democracia participativa (parte II). Teoría participacionista de la democracia. *Rev. de Derecho* (Valdivia). 8(1), 113-122.
- Spinelli, H. y cols. (2002). *Equidad en salud: Teoría y praxis*. Consultado en <http://www.unla.edu.ar/departamentos/desaco/carreras/maestrias/epidemiologia/archivos/publicaciones/equidadydesigualdades/cedes.pdf>
- Tomás de Aquino. *Summa Teológica. Cuestión 50. Sobre el sujeto de los hábitos*. Consultada en <http://www.hjg.com.ar/sumat/index.html>. Junio de 2009
- Tomás de Aquino. *Summa Theologiae*, I-II<sup>ae</sup>, q. 50, a. 1, c. Citado por: Antonio Pardo. ¿Qué es la salud?, Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra. Artículo publicado en Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 1997; 41(2):4-9. Consultado en <http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html#nota1#nota1>
- Trejo, G. y Claudio Jones (coords.). (1993). *Criterios de justicia distributiva*. En: Contra la Pobreza. Por una estrategia de política social. México: Cal y Arena: Centro de Investigación para el Desarrollo. Consultado en <http://www.cidac.org/es/modules.php?name=News&file=article&sid=663>
- Torrallba R., F. (2005). *¿Qué es dignidad humana?*. España: Herder.
- Twaddle, A. (1974). *The concept of health status*. Soc Sci & Med V. 8. Inglaterra
- Universidad Autónoma de México. Unidad Xochimilco. (2006). *Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud*. En: ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección a la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. Consultado en <http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/documentos/cvsp/hsm/a25.pdf>
- Velasco de, J. M. (2003). *Génesis y significado de la solidaridad*. En: La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica. España: Universidad de Deusto.
- Vélez Correa, Luis A. y José M. Maya Mejía. (s. a.) *Ética y Salud Pública*. [http://www.lalibriariadelau.com/catalog/archivos\\_pdf/cib\\_pdf/salud\\_publica\\_tomo\\_1.pdf](http://www.lalibriariadelau.com/catalog/archivos_pdf/cib_pdf/salud_publica_tomo_1.pdf)
- Wright, von Georg Henrik. (1979). *Explicación y comprensión*. España: Alianza.