

Introducción

La salud pública evoluciona bajo el influjo de transformaciones en las condiciones de salud y la prevalencia de enfermedades en las poblaciones, y que han sido estudiadas como transiciones demográficas y epidemiológicas. Instituciones y políticas dedicadas al fomento de la salud y a intervenciones preventivas y terapéuticas de enfermedades, se entienden mejor recurriendo a lo expresado por Sigerist [2008]:

“Desde cualquier ángulo que abordemos estos problemas [de salud pública], una y otra vez encontramos que la higiene y la salud pública, igual que la medicina en general, no son sino un aspecto del conjunto de la civilización de la época, y son determinadas, en un amplio grado, por las condiciones culturales de su tiempo.”

Desde su estructuración más sistemática a partir del siglo XVII, la salud pública ha tenido tres grandes giros, enfrentando nuevas prevalencias de enfermedades poblacionales: las epidemias que asolaron Europa con especial fuerza entre los siglos XV y XVII, las enfermedades infecciosas marcadas por el nacimiento de la bacteriología en el siglo XIX, y el actual predominio de afecciones crónicas, degenerativas, por algunos llamadas “de origen humano”. Hay quienes hablan de un incipiente cuarto giro epidemiológico consistente en la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas y del nuevo cariz que ellas toman al im-

plantarse en organismos modificados por las enfermedades degenerativas, sus predisposiciones y sus condicionantes -diabetes, obesidad- [Oishansky y Aula 1986; Roger y Hackenberg, 1987]. Agenda y estrategias de la salud pública, además de ser modificadas por cambios epidemiológicos, son influidas por realidades políticas y socioeconómicas que han evolucionado desde el reemplazo de los imperios por los Estados-nación, la hegemonía de la tecnociencia, y la globalización del mundo actual. Estos factores gestaron tres etapas características de la salud pública:

Perfil epidemiológico	Estrategia de medicina y salud pública
Enfermedades epidémicas	Política médica y biopolítica
Enfermedades infecciosas	Búsqueda de la causa vera terapia específica
Enfermedades degenerativas	Nueva Salud Pública

Los procesos epidemiológicos, civilizatorios y culturales están sólidamente ligados a progresos socioeconómicos y tecnocientíficos que ocurren en regiones más desarrolladas y, en forma más diferenciada, entre estamentos poblacionales marcados por grandes disparidades e inequidades en una misma sociedad. En sociedades de desarrollo rezagado y desigual, se observa la convivencia de un paradigma sanitario infeccioso junto con la presencia creciente de afecciones crónicas, degenerativas, progresivas y resistentes a esfuerzos terapéuticos. El enfoque eminentemente social

de la salud pública destaca que no se trata de una disciplina universal, puesto que su perspectiva responde a las realidades de la sociedad donde opera. Una observación que parece trivial, pero que es necesario destacar en el estudio de la así llamada "Nueva Salud Pública", en tanto es una realidad que proviene y florece en ciertas sociedades y se presenta como un cuerpo extraño en otras.

En el "Nuevo Folio N° 2" [2010], fue abordado el nacimiento de la salud pública orientada por el desarrollo de la biopolítica; en el presente texto se reflexiona sobre el impacto que ha significado el vuelco hacia la Nueva Salud Pública. En el curso de la segunda mitad del siglo XX, y en forma acelerada en recientes decenios, se viene

instalando una salud pública de contornos tan propios e inéditos, que obligan a repensar esta disciplina social desde sus fundamentos tanto epistémicos como políticos [Weed, 2002]. Por su contemporaneidad y activo proceso de desarrollo, la Nueva Salud Pública no puede aún ser aquilatada con la mirada de un observador externo. Tal vez por eso este texto sea apresurado y posiblemente hubiese sido preferible postergarlo hasta detectar la decantación de los procesos y la orientación de sus efectos. Mas ha sido experiencia histórica inquietante el mantenerse como testigo presencial pero mudo, cuya voz emerge tardíamente, cuando el pasado es escombros, el presente se ha vuelto impenetrable y el futuro se insinúa con matices sombríos y trazos demasiado gruesos para ser modificables.

El encuadre sociológico

La evolución de la salud pública y las tendencias que emergen desde los últimos decenios del siglo pasado caracterizándola como “nueva”, requieren ser estudiadas a tres niveles: el más amplio de la sociología del Estado, el propiamente de la salud pública, y la práctica médica y sanitaria como lo más cercano a la realidad social. El presente texto introduce los aspectos sociológicos, se concentra en el tema de la Nueva Salud Pública, dejando solo esbozada su repercusión en el ejercicio contemporáneo de la medicina, un tema cuya trascendencia será elaborada en un próximo Nuevo Folio.

Importantes textos de sociología concuerdan que al término de la II Guerra Mundial los países europeos iniciaron, o ampliaron, ambiciosos programas de compromisos de un Estado social que en algún momento pretendió incluso ser un Estado de Bienestar. No fue éste un movimiento universal, ya que los EE.UU. en ningún momento abandonaron su preferencia por políticas neoliberales que circunscriben las tareas del Estado a algunos asuntos federales encauzados en lo sanitario al manejo de brotes epidémicos y, desde 2001, al tema del bioterrorismo; en lo asistencial, existen los programas de coberturas mínimas de Medicare y Medicaid, habiendo sido abortados los intentos de reforma que proponían ampliar la asistencia médica a sectores de escasos recursos. Para los países menos desarrollados de Occidente, el Estado social ha sido una aspiración de las políticas so-

cialistas, pero anatema para regímenes de derecha y las dictaduras militares.

Son, asimismo, los sociólogos quienes reseñan acuciosamente la erosión de los compromisos sociales adoptados por el Estado, así como el estancamiento de programas sociales más robustos en países menos desarrollados, en cuyo camino se han interpuesto las políticas neoliberales, las limitaciones económicas y la falta de una voluntad política consecuente. De Alan Touraine [1985] viene el reclamo de la pérdida de límites entre espacio público y ámbito privado, generado por una tendencia biopolítica a disciplinar y reglamentar áreas de la vida individual que solían ser de resorte personal. Zygmund Bauman [2003] ha escrito latamente sobre la liquefacción de la modernidad, es decir, su pérdida de estructura y delimitaciones, con la consecuencia de llevar al ciudadano tardomoderno a un estado de incertidumbre, inseguridad y desprotección. Por su parte, Robert Castel reflexiona y escribe sobre el colapso de las tradicionales relaciones entre individuo y colectividad, y la pérdida de compromiso del Estado por cumplir su “función de garante de la cohesión social” [Castel, 2010].

Tal como la salud pública, también la seguridad social se fue gestando teniendo el trabajo productivo como referente, las respectivas tareas siendo asumidas sin recelos por el Estado gracias a una comunidad de intereses entre el capital industrial -interesado en una fuerza productiva eficiente-, y la po-

blación trabajadora preocupada de contar con condiciones laborales estables, seguras y razonablemente pagadas. El Estado fue exitoso en su tarea de instituir “[L]a seguridad obligatoria...[como] un extraordinario medio para asociar trabajo y protecciones sin inmiscuirse en las relaciones de producción” [Ibid]. Sin embargo, fue produciendo irritaciones y desasosiegos cuando esta no intervención debía violada, puesto que las políticas económicas de inspiración keynesiana llevan a tomar decisiones tanto en la esfera económica del flujo de dinero como en la social referida al gasto público y al consumo. El ámbito de acción de los gobernantes incorpora todas las intervenciones necesarias para la “interdependencia social”, que “no pueden ser realizadas por completo sino por intermedio de la fuerza gubernamental.” [Duguit 1908, citado en Castel, 2010].

El Estado social ancla en tres pilares: su relativa autonomía, la consistencia del estatuto de empleo -legislación laboral-, y la robustez y extensión de los servicios públicos. Las modificaciones que sufre el capitalismo al quedar entregado a la globalización minaron estos tres fundamentos y erosionaron el Estado social. La mundialización interceptó los procesos productivos y los trasladó a naciones con mano de obra barata y carente de seguridad social que, por razones de competitividad y presiones internacionales, no recibe apoyo del Estado huésped para mejorar las remuneraciones y las protecciones. Las naciones afectadas se doblegan ante las exigencias del mercado y adaptan su “jurisdicción pública” a los criterios predominantes del lucro. Los

países desarrollados, por su parte, sufren cifras altas y persistentes de desempleo y la reducción de su propio estatuto laboral, facilitado por la desafiliación gremial de los trabajadores que ven externalizarse sus fuentes de empleo.

Aduciendo excesiva complacencia de los asalariados premunidos de protecciones sociales y defensas jurídicas, los Estados sociales cedieron ante las exigencias de frugalidad propuestas por el capitalismo internacional, sintiéndose económicamente obligados y moralmente justificados en reducir sus coberturas e imponer una política de ayuda proximal -dirigida expresamente a las necesidades específicas de personas individualizadas-, sometiendo a los beneficiarios a la participación autoresponsable en materias de su protección social, lo que Castel ha denominado “el imperativo de participación de los usuarios.” La idea de la participación social no ha de ser confundida con la participación individual en el autocuidado individual propiciado por la Medicina Preventiva (*vide infra*). El énfasis puesto en la participación social en décadas pasadas, ha puesto de manifiesto que el asunto es complejo, dándose la paradoja que en el área de la salud es donde menos exitosa ha sido. De ningún modo ha de concluirse que el proyecto de participación social ha de ser abandonado sino, por el contrario, merece mayor estudio [Fassin, 2008].

El Estado que pasivamente acogía y cuidaba de los estamentos sociales que la ley le asignaba, se transforma en un activo seleccionador que discrimina entre los despo-

seídos que han de recibir ayuda y aquellos que deben asumir responsablemente parte, o la totalidad, de sus cuidados y resguardos. Los derechos del ciudadano siguen en pie, pero se ven maculados por el deber de atenderlos personalmente. Más allá de la desprotección generada, produce esta política un doble efecto: por un lado intenta favorecer, fragmentaria e incompletamente, a los más necesitados que carecen de la posibilidad de cubrir sus requerimientos esenciales; por el otro, el Estado reduce sus compromisos y descarga sus responsabilidades en los propios beneficiarios, que dejan de ser tales al ser obligados a ser empresarios de su propia seguridad social. Los servicios sociales centrales quedan cir-

cunscritos a actividades que por su carácter masivo solo pueden ser acometidas desde el poder ejecutivo nacional, y la cobertura queda reducida a cubrir en forma mínima a aquellos individuos que han perdido, o nunca tenido, la inserción social que los distingue como ciudadanos.

En este giro hacia la desprotección y pérdida de resguardo que afecta a ciudadanos y marginados, se inscribe la Nueva Salud Pública con su propuesta de descentralizar y reducir las políticas sanitarias, y transformar los derechos de salud -o a protección de salud, o asistencia médica-, en los deberes de autocuidado.

Policía médica

Tanto la salud pública preventiva como la asistencial tuvieron una inspiración biopolítica, en el sentido de reconocer que la salud de la población era factor económico fundamental para resguardar la productividad y afianzar el poder político. En 1931 Henri Sigerist había destacado que la salud pública controlada como "Policía Médica" -*Medicinishe Polizey* dej. Frank- [Carroll, 2002], y ejercida en nombre y a beneficio del monarca absoluto, constituía una modalidad de "higiene desde arriba", que se fue complementando con la "higiene desde abajo" consistente en medidas de salud pública planificadas por las gentes del pueblo que han de "ayudarse a sí mismas y pueden hacerlo porque son razonables." [Sigerist, 1960]. Mas debió reconocer que la sensibilidad social que Frank desplegaba en sus escritos quedaba opacada por la lealtad que en sus diversos cargos como funcionario público debía guardar al absolutismo reinante y sus políticas autoritarias.

La policía médica era un conjunto de acciones gubernamentales para imponer ciertas medidas higiénicas consideradas necesarias para romper el círculo vicioso entre pobreza y enfermedad, donde el concepto de policía se refería tanto a labores administrativas para el mejor funcionamiento de la sociedad urbana, como a la imposición autoritaria de medidas consideradas sanitarias. Las prácticas de la policía médica consistían en inspección y vigilancia, información, colección de estadísticas -datos numéricos para el Estado-, e intervención

directa con mayor o menor énfasis autoritario y empleo de fuerza. La policía médica, como la policía que combatía el crimen sobre todo contra la propiedad, operaba con una meta común que vinculaba seguridad, salud y protección, combatiendo ofensas y molestias que fuesen lesivas, inconvenientes o dañinas, y desarrollando una única estrategia que combinaba autoridad policial con acciones caritativas, para lograr salud, orden y seguridad [Carroll, 2002]. Con diverso nombre -policía sanitaria, medicina política, medicina estatal, salud pública-, se desarrolla "una ciencia mediante la cual la medicina y sus ramas colaterales se vuelven subalternas a la construcción, elucidación, y administración de leyes para la preservación de la salud pública" [Ryan 1993, citado en Carroll, 2002].

En suma, la policía médica es una política de Estado para imponer ciertas normas y disciplinas destinadas a proteger la salud poblacional con el explícito propósito de proporcionar mano de obra robusta y confiable que, a partir de la Revolución Industrial, se vuelve fundamental para el florecimiento del capitalismo neoliberal. Más Estado a medida que la economía neoliberal se consolida parecería una contradicción, hasta reconocer que el mercado libre se sustenta en base a un intervencionismo continuo, centralmente organizado y controlado, del mismo modo que "para garantizar salud y seguridad, se requiere un poder policial para desarrollar sistemas reales de salud pública." [Ibid]. Esta pro-

funda paradoja persiste en la Nueva Salud Pública, que busca reducir las funciones sanitarias del Estado mediante leyes que las regulan: ley de ISAPRES, acuerdos internacionales sobre patentes farmacéuticas (TRIPS +), regulación de la reproducción humana, programas de vacunación. Del mundo conservador provienen voces de alarma: “La visión moderna simplemente invoca la idea del bien común (o del in-

terés público), para permitir la regulación estatal de cualquier materia de negocios o de la vida social, que afecte a una fracción substancial de la comunidad” [Epstein, 2003]. Esta “policía” médica, al igual que en épocas anteriores, se debate en permanente tensión entre el bien común y los intereses particulares de grupos y corporaciones, con una clara tendencia a privilegiar a estos últimos.

La nueva agenda de la salud pública

Uno de los textos que inició el análisis y la crítica de la Nueva Salud Pública fue la tesis doctoral de Sergio Arouca, quien a mediados de los años 1970 la presenta con el título de "El dilema preventivista" [2003].

Hacia mediados del siglo pasado se desgranaban desde la Higiene un conjunto de actividades sanitarias enfocadas sobre los individuos, creando una medicina concebida como ciencia de clínicos para clínicos, que se despliega en el "campo marginal de salud pública y medicina" [Miller 1942, citado en Arouca 2003]. La emergencia de esta nueva orientación, denominada Medicina Preventiva, se nutre de 3 vertientes: a) La higiene desarrollada a la vera del "capitalismo y la ideología liberal"; b) La preocupación en EE.UU. por los crecientes costos de la medicina y el temor de un sistema médico estatal o socializado como se iba instalando en Europa sobre todo al término de la II. Guerra Mundial; c) La redefinición de responsabilidades médicas a la luz de una activación del discurso sobre derechos y acceso a atención médica. Las Escuelas de Medicina, lideradas por las de EE.UU., crean Departamentos de Medicina Preventiva e incorporan la asignatura al currículo de enseñanza médica, a fin de "desarrollar y mantener en el estudiante una actitud de enfoque preventivo que ha de primar en toda actividad médica." [Arouca, 2003; Rodrigues da Silva, 2003].

El ámbito de la Medicina Preventiva decididamente no es de "una medicina estatal o

socializada, sino de la práctica médica privada" [Tobey 1942, citado en Arouca, 2003]. En nombre de la Asociación Médica Americana queda confirmado que "[H]ay un especial requerimiento a la profesión médica por desarrollar algún método por el cual las grandes posibilidades de la medicina moderna en diagnóstico, tratamiento, y prevención puedan alcanzar a todos. Esta función, se cree, debe ser desarrollada por la profesión médica y no por forma alguna de Medicina Estatal" [Fishbein 1947, citado en Arouca, 2003]. El médico ha de ser tutor y aval de la Medicina Preventiva: tutor porque su tarea es enseñar a sus pacientes conductas y estilos de vida saludables relacionados con "actividades que son de directa responsabilidad del individuo en la prevención de enfermedad y la protección de la salud propia y la de su familia." [Smillie, 1947 citado en Arouca 2003].

Es así como una visión liberal de la medicina, con escasa ingerencia del Estado y una orientación predominantemente mercantil, ha asignado a la Medicina Preventiva una función crucial en el encuentro clínico y ha resistido las ideas de fusionar o siquiera asociarla con un concepto de Medicina Social, término que en países como EE.UU. es escasamente usado, en comparación con el matrimonio conceptual entre Medicina Preventiva y Medicina Social que se celebra en naciones latinoamericanas, notablemente Cuba que la proclama como doctrina oficial, o Brasil que funda los primeros "Departamentos de Medicina Preventiva y

Social" (Campinas 1974). También en Chile se habla de Medicina Social como orientación de la salud pública, y de prevención como una de sus tareas fundamentales.

Con la Medicina Preventiva se inician cambios substanciales en el entendimiento de conceptos como salud y enfermedad, en el análisis de factores de riesgo de enfermedades, de responsabilidad por el cuidado de salud -idea que a su vez es fluida-, las

tareas indelegables de la salud pública, la función del médico y, asunto de importancia central, las repercusiones sobre la equidad en salud. Tal como la Medicina Preventiva nace desde un planteamiento de intereses políticos, financieros y profesionales, así también queda en evidencia que la bioética ha de desempeñar un rol esencial en el análisis y la crítica de esta profunda reformulación de la salud pública.

Salud y enfermedad

La noción de salud individual es escurridiza y muy diversa, desde la escueta definición del cirujano Rene Leriche, recogida con aprobación por George Canguilhem [1984], "salud es el silencio de los órganos", hasta la ampulosa oferta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que habla de un estado de bienestar físico, psíquico y social. Esta última, aunque posteriormente modificada, sigue siendo una proclamación de orden político que carece de realidad en el mundo sanitario. El silencio de los órganos es, manteniendo el símil, un asunto de audiometría y sensibilidad perceptiva. Los huesos humanos pueden ser clínicamente silenciosos, pero ruidosos al examen de densitometría, y los perfiles bioquímicos pueden anunciar desviaciones de la norma que el cuerpo vivido -nuestra consciencia del propio organismo- no registra. Ingresan a la terminología médica términos como predisposición, condición pre-clínica, enfermedad latente -oculta-, carga genética, utilizados para elaborar anuncios de morbilidad que carecen de toda precisión en el tiempo, siendo inciertos en la probabilidad que ocurran y en la posibilidad de evaluar y anticipar los eventos que puedan acelerar, postergar, mitigar o evitar la enfermedad.

Enfermedad es, asimismo, una condición del organismo individual que contiene elementos objetivos, pero también se somete a una construcción y evaluación social. Ejemplo característico es definir salud mental en forma negativa, es decir, como

la ausencia de manifestaciones de malestar psíquico, desorden conductual, o dificultades de adaptación, que llevan a diagnósticos como dislexia, déficit atencional, y cajones de sastre como fibromialgia, stress, depresión e infelicidad; al mismo tiempo, son desterradas etiquetas diagnósticas otrora utilizadas como histeria o neurastenia. Consecuencia inevitable es que estos estados considerados [pre]mórbidos son entregados al cuidado médico, produciendo una "medicalización" y una "farmacologización" de los más diversos avatares de la vida, como ya lo notara hace 35 años Ivan Illich [1977].

Fenómeno interesante de medicalización es el que se produce en Brasil a comienzos del siglo XX, cuando el país se debatía en acerbas discusiones sobre nacionalidad, inferioridad racial, diferencias étnicas, pobreza y aislamiento de la población rural. La conclusión sumaria fue la denuncia en 1916 que "Brasil es un inmenso hospital", sus males sociales son producto de la alta prevalencia de enfermedades como malaria y la tripanosomiasis americana -enfermedad de Chagas-, justificando la necesidad prioritaria de iniciar campañas de saneamiento que culminaron en un acelerado desarrollo de la salud pública a nivel federal. Todo este proceso es relatado bajo el muy apropiado título "Condenado por la raza, absuelto por la medicina", mostrando la complejidad multifacética del concepto de medicalización [Lima y Hochman, 2005].

La utilización de los conceptos de salud y enfermedad se vuelve aún más opaca al ser aplicada a nivel poblacional. ¿Existe la salud poblacional y cómo se determina? Y la enfermedad social, ¿se define por la relación entre individuos sanos y enfermos, o es enferma la sociedad que alberga grupos humanos sumidos en miseria y desesperanza, o aquella donde hay altos niveles de agresividad y delincuencia?

La confusión de conceptos fundamentales a las prácticas sanitarias y médicas, aguzada por nuevos criterios como felicidad/infelicidad, permiten a la Nueva Salud Pública elaborar sus propios parámetros y programas, sentar objetivos definidos ad hoc donde el análisis de mercado es más respetado que la deliberación sobre necesidades sanitarias sentidas por la población.

De la profilaxis a la prevención

Revisando la historia de la salud pública, se tropieza con una peculiaridad semántica que no parece del todo inocua. La salud pública contemporánea habla, y mucho, de prevención, siendo cada vez más infrecuente el uso del sinónimo profilaxis [Gutzwiller y Jeanneret, 1999]. Para detectar en qué momento ha sido preferible suplantar lo que parecían ser dos términos análogos, ambos aparentemente significantes de acciones que evitan la aparición de enfermedades y sus consecuencias, cabe recurrir a un texto clásico de historia de la salud pública, cuyo índice ilustra la sustitución: "Prevención: *ver* profilaxis." La salud pública profiláctica reseñada por Rosen [1993] se refiere a las medidas que contra la lepra, la viruela y la malaria se tomaban para proteger a los sanos de las miasmas y de mecanismos desconocidos de contagio que hasta el siglo XIX eran tenidos por los causantes de la difusión de epidemias infecciosas.

Leyendo la literatura narrativa de Daniel Defoe ("Diario del año de la peste", 1722) y Albert Camus ("La peste" 1947) se confirma la preocupación sanitaria por la propagación de la peste y el contagio de los sanos, en desmedro de acciones médicas terapéuticas para los afectados. La salud pública fue profiláctica en tanto su preocupación esencial era evitar la propagación

de enfermedades mediante el aislamiento de los afectados. El énfasis de la profilaxis estaba en resguardar la indemnidad de los sanos, siendo de máxima prioridad marginal, más que cuidar, a los enfermos recurriendo a la policía médica para disciplinar e imponer medidas coercitivas y punitivas. En tanto no se conocía la etiopatogenia de las afecciones que asolaban las poblaciones europeas, la salud pública se ceñía por las reglas de sentido común que han constituido la estrategia tradicional de la epidemiología: aislamiento, cuarentena, identificación de modos de contagio, y destrucción de los puentes de contacto entre apestados y sanos.

Con el nacimiento de la bacteriología y los comienzos de una atención médica pública, fue la salud pública evolucionando hacia una disciplina preventiva en la medida que iba desplegando esfuerzos por no solo evitar enfermedades sino también paliar sus efectos y mitigar sus consecuencias, como lo indica la clasificación en prevención primaria, secundaria y terciaria. La hospitalización de los afectados servía de aislamiento, pero su función principal era brindar un mejor control médico, al punto que la internación pierde justificación si solo aísla sin ofrecer beneficios terapéuticos.

Desarrollo de la prevención

Prevenir significa poseer y aplicar una herramienta específica y efectiva que limita o evita la amenaza de efectos indeseables. En lo sanitario, la prevención presupone reconocer una amenaza patogénica, individual o poblacional, y evitar que se despliegue como enfermedad o epidemia. El concepto tan específico de prevención sanitaria es producto del enfoque científico-natural de la medicina decimonónica y, sobre todo, de la idea prevalente que toda enfermedad, entendida como entidad nosológica definida, obedece a una causa determinante -la causa vera-, cuya identificación permitiría diseñar una terapia específica. El nacimiento de la bacteriología, las investigaciones de Louis Pasteur y la identificación de microorganismos patógenos mediante los postulados de Robert Koch, fueron hitos que alimentaron la concepción monocausal de enfermedades y la búsqueda de agentes terapéuticos específicos o “bala mágica” que fuese eficaz para destruirlos. La confirmación de este enfoque fue dada por Paul Ehrlich y su descubrimiento en 1910 del Salvarsán como tratamiento eficaz de la sífilis [Porter, 1996], triunfo de la medicina sobre una enfermedad cuya prevalencia y severidad se constituía en un problema de salud pública. Lo que la medicina ganaba en poder terapéutico, lo perdía la salud pública, pues un tratamiento eficaz y accesible desmotiva la prevención.

El triunfo preventivo más llamativo de la salud pública fue el desarrollo de una vacuna

eficaz contra la viruela, y su aplicación universal, campaña que culminó con la erradicación de esta enfermedad en 1977. Para la sociología médica queda establecido que el triunfo médico y sanitario se producía sobre una enfermedad que no respeta barreras socioeconómicas, de manera que reyes y poderosos proveían de alicientes a la investigación que la mera prevalencia entre los pobres no lograba estimular. Este fenómeno se reproduce en la actualidad con la indiscriminada infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuya investigación cuenta con recursos y esfuerzos que faltan, por ejemplo, en enfermedades endémicas y epidémicas propias de países pobres, como la malaria o el dengue.

La constelación histórica de salud pública y prevención a nivel poblacional de una enfermedad cuya prevalencia y severidad requieren acciones específicas para enfrentarla, implica el compromiso del Estado en la búsqueda de medidas preventivas eficaces y su implementación equitativa. Esta constatación explica por qué, cualquiera sea su inspiración filosófico-política, el Estado siempre mantiene la responsabilidad de prevención sanitaria para enfermedades de carácter epidémico. Lo que varía, y es motivo del presente análisis, es que la agenda de la salud pública puede ser ampliada, al incorporarla a las acciones contra el bioterrorismo, o ser drásticamente reducidas como ocurre en la Nueva Salud Pública.

Prevención en la Nueva Salud Pública

La Medicina Preventiva explícitamente reduce las tareas preventivas de la salud pública, que queda a cargo de la prevención primaria (neutralizar la aparición y diseminación de enfermedades), dejando la prevención secundaria (detección precoz y mitigación de alteraciones producidas por la enfermedad) y la prevención terciaria (limitar las consecuencias y secuelas de enfermedades, y evitar recaídas), lo cual significa convertir la prevención sanitaria en un acto médico-clínico. En la salud pública europea, queda especificado que la prevención tiene aspectos personales y psicosociales que actúan mediante información y promoción, y aspectos estructurales orientados hacia factores ambientales que influyen en conductas humanas [Gutzwiller y Jeanne- ret, 1999]. Estas especificaciones de la labor preventiva se han ido deslizando desde el ámbito público al privado, de manera que los factores estructurales, tanto ambientales como sociales, se constituyen en una realidad frente a la cual las personas son individualmente susceptibles. La indagación de factores de riesgo se incorpora al acto médico y las respuestas preventivas se entremezclan con intervenciones terapéuticas. Las funciones diagnósticas y terapéuticas de la medicina clínica se tiñen de este nuevo encargo preventivo, que traslada gran parte de las tareas tradicionales de la salud pública a su nueva versión que, en rigor, no debiera llamarse Nueva Salud Pública sino nueva medicina preventivo-terapéutica. Allí donde la salud pública desarrolla y mantiene programas de promoción y educación, hacien-

do un llamado colectivo a cultivar hábitos y estilos de vida saludables, sus efectos son inciertos, pues dependen “del interés de los individuos, quienes deben tener el tiempo y los recursos financieros que permitan su participación.” [Yen y Syme, 1999]. Al asumir funciones preventivas a nivel individual, el médico ya no se limita a ser el profesional que acoge y cuida a la persona enferma que, al solicitar sus servicios, se convierte en paciente.

El sentido común mantiene viva la frase *cliché*, “más vale prevenir que curar”, detrás de la cual se esconde la Nueva Salud Pública para que pase desapercibido cómo las así llamadas prevenciones secundarias y terciarias, así como la prevención primaria basada en conocimientos probabilísticos y cargadas de incertidumbres, pueden terminar provocando ingentes costos posiblemente innecesarios porque el individuo no iba a enfermar, o pueden provocar problemas iatrogénicos que son más graves que la eventual enfermedad. Basta recordar el hallazgo de que las hijas de madres con cáncer de mama tienen una predisposición genética a enfermar del mismo mal si son portadoras del gen BRCA I y BRCA II. La conclusión de varios centenares de mujeres ha sido que más vale la amputación mamaria bilateral en edad joven como preventivo, que arriesgar un eventual cáncer mamario cuya probabilidad aparición en estas circunstancias no supera el 20%, o sea, de cada 5 mujeres genéticamente marcadas, 4 se habrían amputado en vano.

Merece mención una corriente que propuso amalgamar las funciones sanitarias del Estado con los postulados de la Medicina Preventiva, generando un modelo denominado "concepto de campo de salud" *-health field concept-*, en el cual la salud es un ámbito central flanqueado por cuatro áreas equidistantes: predisposición genética, comportamiento individual y estilo de vida, servicios de salud, circunstancias ambientales. Este modelo, propuesto por

el Ministro de Salud de Canadá [Lalonde, 1974] y que tenía mucha afinidad con los documentos de la OMS (Ottawa 1986), no pudo contraponerse a la medicalización de la salud pública como había sido su intención, ni evitar que la implementación práctica de sus propuestas fuese muy fragmentaria, en gran medida quedando en sugerencias vagas e indeterminadas [Pomerleau y McKee, 2005].

Epidemiología del riesgo

La epidemiología ha ido cambiando de paradigma a lo largo del tiempo, modificando su perspectiva en un proceso que no tiene la limpidez esquemática que las definiciones y clasificaciones pretenden otorgarle. El diverso grado de desarrollo socioeconómico lleva a que ciertas tendencias como las enfermedades infecciosas primen en el interés de las sociedades menos desarrolladas. En una misma nación conviven estamentos solventes cuyas preocupaciones epidemiológicas se refieren a enfermedades crónicas que coexisten con focos infecciosos y grupos poblacionales que mantienen bolsillos endémicos de enfermedades parasitarias y bacterianas. También es efectivo que no debe entenderse los cambios de paradigma en el sentido de Thomas Kuhn, en que un modo de entender la realidad es reemplazado por otro, pues los ciclos epidemiológicos tienden a recurrir y entremezclarse.

Dentro de las denominaciones y taxonomías propuestas, es ilustrativo el ordenamiento presentado por Susser y Susser [1996], al describir la evolución de la epidemiología en cuatro eras, cada una desarrollada en su propio paradigma. Al esquema propuesto cabe agregarle una quinta categoría correspondiente al desarrollo de un enfoque epidemiológico acorde con los lineamientos conceptuales y prácticos de la Nueva Salud Pública. Los cuatro primeros períodos corresponden a una epidemiología poblacional de dimensión social, en tanto que la categoría agregada ilustra la epidemiología privilegiada por la cultura neoliberal contemporánea.

PERÍODO	PARADIGMA EPISTÉMICO
1. Estadísticas sanitarias	Disposiciones ambientales. Miasma
2. Enfermedades infecciosas	Teoría de gérmenes. Bacteriología
3. Enfermedades crónicas	Caja negra. Sistemas complejos
4. Eco-epidemiología	Cajas chinas. Ecosociología
.....	
5. Epidemiología de riesgo	Asociaciones poblacionales. Factores de riesgo internalizados.

Los objetivos tradicionales de estudio de la epidemiología son la causa -mecanismo- y distribución -diferencias poblacionales- de enfermedades. La tan buscada monocausalidad de las patologías ha debido ser abandonada a medida que se fue reconociendo la multiplicidad y compleja interacción de factores que determinan enfermedad, o contribuyen a su gestación, desencadenamiento y evolución. El organismo humano enferma por causas externas, que son ambientales y socioeconómicas, y por mecanismos internos que ocurren a nivel genético, vale decir, molecular y sub-molecular. Pobreza, desnutrición, inequidad social, falta de acceso a servicios sociales y a cobertura de necesidades básicas constituyen el conjunto de los llamados "factores determinantes" de salud, cuya determinación está tanto en la influencia directa que tienen sobre salud y enfermedad, como por ser entendidos como refractarios a cambio. En países menos desarrollados, donde el discurso político incluye el anhelo de más equidad social, los factores socioeconómicos deben ser considerados más bien como condicionantes

cuya influencia se modifica a medida que la nación se desarrolla, además de verse influidos por vaivenes políticos.

La multicausalidad no ha de entenderse como un proceso de concatenación lineal donde cada efecto es causa del próximo evento. Más bien, se produce un enjambre de causas necesarias, suficientes y factores de confusión, que diversos epidemiólogos han interpretado como una red causal, otros como una caja negra, cajas chinas, o una estructura de múltiples niveles que para algunos tiene carácter de complejidad. Al interior de estos modelos, las causas interactúan de modos intrincados que escapan a ordenamiento y cuantificación, de modo que el lenguaje del determinismo causal debe ser reemplazado por uno probabilístico, donde la elaboración de datos es difícil y la interacciones de diversos factores no permite una interpretación causa-efecto de orden determinista. La epidemiología se vuelve probabilística, inmersa en incertidumbres, y debilitada en su capacidad de predicción y en la precisión de sus recomendaciones.

El pensamiento causal probabilístico a nivel de condicionantes ecológicas naturales y sociales, sintetizado por algunos autores como eco-epidemiología, otros planteando una teoría ecosociológica [Susser 1998; Krieger, 2008], tiene consecuencias para la salud pública. Mientras más confirmada queda la relación entre desarrollo socioeconómico, carga de enfermedad y equidad en cuidados de salud, más se define la injerencia del Estado y la influencia de políticas gubernamentales en estos macrofactores: "En la mayoría de los países, las fuentes principales

de financiamiento [para la epidemiología] provienen de los gobiernos o de instituciones voluntarias que tienen escaso interés, o simpatía, por estudios de factores socioeconómicos y de condicionantes de salud." [Pearce, 1996]. Tal vez la más crasa negativa de atender los problemas sociales provenga de Margaret Thatcher, Primera Ministra conservadora de Gran Bretaña entre 1979 y 1990, al proclamar que "no existe algo así como la sociedad, solo hay familias e individuos".

Pensadores como Amartia Sen y Martha Nussbaum hablan de individuos y poblaciones desempoderadas, carentes de los elementos básicos para ejercer las capacidades que les permitan libremente gestionar su sobrevivencia y su inserción social para desarrollar un proyecto de vida, y que no podrán dejar atrás su miseria a menos que el Estado provea servicios e instituciones sociales que otorguen coberturas mínimas de otro modo inalcanzables para los desposeídos [O'Neill, 1998].

En un mundo occidental donde reina el neoliberalismo y la globalización, el rol del Estado es reducido, muchas de sus funciones y tareas son transferidas a los vaivenes del mercado y a la valoración en términos de oferta y demanda. Poca atención se da al hecho que ciertos servicios sociales como educación y salud no pueden convertirse en objeto de transacción mercantil porque involucran necesidades básicas cuya cobertura no es negociable, menos aún en naciones con poblaciones desmedradas que no están en condiciones de negociar y pagar por los bienes primarios requeridos para sobrevivir. En un tal clima político, no es de extrañar

que la Nueva Salud Pública provenga de un país cuya lealtad siempre ha sido hacia la medicina liberal y en desmedro de una salud pública más que mínima. Preocupa y llama a cautela que la medicalización de la salud pública haya sido acogida por naciones con tradición de un robusto compromiso del Estado tanto en las labores preventivas de la salud pública, como en el desarrollo de una salud pública asistencial destinada a cubrir desde los poderes públicos las necesidades sanitarias esenciales.

A fin de facilitar el traslado de tareas desde la salud pública al ámbito médico y al mercado de lo sanitario, la epidemiología tiende a abandonar el estudio de los factores socioeconómicos que influyen en salud y enfermedad, reconociendo su importancia pero afirmando que se trata de un ámbito político de muy difícil abordaje y que se encuentra fuera de las competencias de la salud pública.

Voluntad política e intereses económicos apoyan la tendencia de la salud pública a sustraerse de tareas públicas que convocan al Estado a disponer recursos y proponer políticas públicas que busquen influir sobre los determinantes sociales en beneficio de una mejora poblacional de niveles de salud, fortaleciendo de este modo el escenario de la medicalización de prevención secundaria y terciaria. La Medicina Preventiva se provee de un amplio y muy sensible arsenal diagnóstico a fin de pesquisar las manifestaciones más precoces de enfermedad y los matices más finos de predisposiciones. Los hallazgos son considerados factores de riesgo para el individuo afecta-

do, en base a que la epidemiología poblacional había detectado factores externos y asociaciones estadísticas con estados mórbidos, entregando al médico las herramientas necesarias para detectar la presencia de estos factores en el individuo y decretarlo en estado de riesgo.

A la indolencia o impotencia de la salud pública frente a los hallazgos de la epidemiología que estudia y revela factores potencialmente patogénicos en el medio ambiente natural y social, responde la clínica con una acuciosa respuesta terapéutica frente a los estados de riesgo detectados en el individuo, ahora paciente, que se somete a medicaciones y cirugías preventivas, y a recomendaciones de conductas y estilos de vida saludables. El individuo en quien se detectó un factor de riesgo estadísticamente probable pero en ningún caso determinante, se vuelve cliente perenne de una Medicina Preventiva que lo convierte en paciente y cliente del mercado médico. El reclutamiento de los individuos es persuasivo, en absoluto impositivo, dejando en claro que su incorporación a los "beneficios" de la Medicina Preventiva es voluntaria y de su exclusiva responsabilidad.

El Estado deja de ser responsable por la salud de la ciudadanía, más allá de las tareas sanitarias indelegables como higiene, protección contra epidemias, o situaciones de emergencia con consecuencias en salud -terremotos, intoxicaciones colectivas, catástrofes laborales-. La responsabilidad de mantenerse sano y prevenir en lo posible toda enfermedad queda anclada en los individuos: la autoresponsabilidad y el autocui-

dado, dos lemas de la Nueva Salud Pública, introducen aspectos morales en la Medicina Preventiva que la medicina científico-natural había logrado desterrar.

Los factores de riesgo identificados como asociaciones estadísticamente significativas son producidos, o presentados, como consecuencia de entregarse libremente a hábitos y estilos de vida poco saludables. El obeso que ingiere más calorías de las que su vida sedentaria consume, el hipertenso que ingiere excesos de sal, el niño que se fascina con la promoción televisiva de alimentos “chatarra”, golosinas y bebidas hipercalóricas, son todos culpables de comportamientos malsanos que adoptan libre e irresponsablemente. El individuo identificado como de riesgo es conminado a cuidarse a sí mismo, lo cual incluye adoptar todas las medidas preventivas que el médico le sugiere y comportarse, en suma, como un enfermo en ciernes y no como una persona sana con probabilidades inciertas de enfermar. La autoresponsabilidad es, al mismo tiempo, un descargo para el Estado que ha dejado de asumir tareas sanitarias y, por cierto, de la medicina que aconseja y apoya pero no necesita responder ni por la certeza de su saber, ni por los efectos indeseables que pudiesen ocurrir.

La epidemiología queda del todo exonerada, pues proporciona información verídica, aunque envuelta en incertidumbres, y continúa acumulando conocimientos en el área de su predilección: estudios poblacionales para unos, epidemiología molecular para otros. Falta asumir la responsabilidad frente a la tarea más importante que plantea el escenario de los niveles de riesgo,

cual es la investigación sobre los factores que los unen, la forma como interactúan y la relación que pueda establecerse entre probabilismo poblacional y susceptibilidad individual. La falta de atención a este eje problemático perpetúa la paradoja de prevención plantada por Geoffrey Rose [1985]: las medidas preventivas a nivel poblacional son de escasa utilidad para los individuos. Y la consecuencia pragmática de esta falta de correlación es que las políticas sanitarias continúan empantanadas en el sempiterno problema moral de requerir disciplina e imposiciones para desarrollar eficazmente programas que los individuos resienten como una coartación de su autonomía y eventualmente una invasión de su privacidad.

La epidemiología probabilística ve su discurso impurificado por incertidumbres, por lo cual en rigor no es una buena consejera de programas preventivos, si se recuerda que la prevención es la respuesta específica y eficaz a una amenaza claramente identificada. Cuando hay amenaza de epidemia de cólera, las autoridades sanitarias conocen las medidas eficaces a tomar para coartar o mitigar el brote. En cambio, al anunciarse una posible epidemia o pandemia de un virus gripal, es posible que se carezca de información para diseñar un programa de vacunación apropiado, como ocurrió con la erróneamente anunciada pandemia por virus A(H₁N₁) (2009-2010). Dadas estas incertidumbres, lo que se erige es más bien un programa inspirado en la precaución que, supuestamente, es una respuesta adecuada cuando la desinformación impide una campaña sólidamente fundamentada en conocimientos científicos.

Efectos socioeconómicos de la Nueva Salud Pública

El Estado tiene la obligación primaria de proteger a sus subditos en acciones y programas que no produzcan discriminaciones, debiendo tender a un orden social justo. En sociedades de avanzado desarrollo industrial, la equidad consiste en asegurar la igualdad de oportunidades, removiendo los obstáculos, y la enfermedad es el más notorio, que pudiesen impedir el acceso equitativo a las posibilidades de desarrollo personal [Daniels, 1996]. En sociedades de menor desarrollo, donde predomina una desigualdad socioeconómica que obsta-

culiza el acceso a servicios básicos y a la cobertura de necesidades primarias, se produce una inequidad en salud agravada por disponibilidades muy dispares a servicios médicos y de cuidados de la salud. El rol protector del Estado debe hacerse cargo de estas injusticias básicas, para lo cual ha de desarrollar una salud pública más robusta y abarcadora, en oposición a impulsos de la Nueva Salud Pública que traslada al mercado lo que era función estatal, aumentando así las inequidades en salud y la desprotección de los estamentos más desposeídos.

La ciudad saludable

A fines de los años 1980 la OMS comienza a promover la idea de ciudad saludable, elaborada desde el prisma de la modernidad confiada en la racionalidad y el positivismo científico, para detectar y resolver problemas urbanísticos, sociales, medioambientales y sanitarios. La ciudad es vista como un organismo dotado de normas fisiológicas y desvíos patológicos susceptibles de estudio científico. Su funcionamiento debe ser planificado para lograr un "cuerpo" social eficiente, susceptible de reparación frente a los "siempre cambiantes requerimientos de la vida", un planteamiento improbable por cuanto la sensibilidad a los fenómenos de la vida solo son captados por la epistemología científica a nivel biológico. La fibra retórica queda en evidencia al leer que la ciudad ha de ser "competente para permitir a sus habitantes usarla para su beneficio...", y debe quedar en claro que ello no se logrará a menos que la ciudad sea capaz de educar a la ciudadanía." [Duhl 1986, citado en Petersen y Lupton 2000].

El concepto funcionalista alberga una expertocracia que promueve la participación individual con miras a beneficios propios y de su entorno. La búsqueda de equilibrio, estabilidad y armonía permite desatender, incluso justificar y perpetuar, inequidades de género, etnia y niveles socioeconómicos [Haraway 1991], diferencias que, al ser consideradas naturales, son moralmente aceptables. La estrategia fundamental del proyecto "Ciudades Saludables" se apoya en la salud comunitaria e individual, a

lograr mediante un renovado concepto de salud pública cuya ambiciosa meta había sido "Salud para todos en el año 2000" -posteriormente "Salud 21"-, basada en el planteamiento básico de la OMS que la salud de todos será alcanzada por las personas mismas. La descentralización de los cuidados de salud que dan consistencia a la Nueva Salud Pública, "poniendo la salud en la agenda de todos los gestores políticos -policy makers-, dirigiendo su atención a las consecuencias en salud de sus decisiones y la aceptación de sus responsabilidades en salud... El objetivo ha de ser que la toma de decisiones saludables sea la más fácil de la decisiones para estos gestores, así como [para los individuos]" (sic en la Carta de Ottawa, OMS 1986) [Peterson y Lupton 1998]. La ciudad, la comunidad, el barrio son los espacios más apropiados para comprometer al ciudadano en la prosecución de su salud y bienestar: "la comunidad entera debe ser movilizadada y los esfuerzos de todos los sectores y departamentos han de ser combinados y enfocados." [Tsouros 1990, citado en Petersen y Lupton 2000].

La idea de comunidad es lo suficientemente vaga y polisémica, como para permitir toda clase de manipulaciones políticas. Es definida, en relación con los documentos de Alma Ata, como una asociación de "miembros ligados en grados diversos por características económicas, sociales y culturales comunes, así como por intereses y aspiraciones comunes." "El comunitarismo, -escribe Didier Fassin [2008]- apela a la

‘autorresponsabilización’ de los individuos que... se pretende sean usuarios instruidos y autónomos... [E]l comunitarismo tiende a poner de manifiesto la diversidad y diferencia entre los individuos que componen el grupo.”

La simbiosis conceptual entre ciudad saludable y la crisis ecológica que comenzaba a ser detectada y temida, identificó los estilos de vida como causa común de deterioro a nivel ambiental, comunitario e individual. La ciudad saludable es una mezcla que invoca el compromiso individual, a tiempo que proclama metas holísticas de conservación y cuidado del medio ambiente, así como perfeccionamiento de servicios urbanos -transporte, comunicaciones, trabajo social-. El lenguaje holístico tiende a la autosatisfacción retórica, depende en gran medida del clima político reinante y se ve limitado por falta de recursos en tal medida que su puesta en marcha queda reservada para países con economías solventes. Las políticas económicas de la globalización, la creciente dicotomía socioeconómica Norte-Sur, y el imperio de un capitalismo que mantiene relaciones de inequidad y jerarquías de poder, convierte el discurso ético-político en un programa teórico llevado por expertos convencidos “que los problemas pueden ser resueltos recurriendo a políticas de consenso y a la ingeniería de condiciones sociales y, muy concretamente, estimulando a los individuos para manejar su propia relación con riesgos” [Peterson y Lupton 2000].

La ciudad saludable se desarrolla a través de una planificación urbana ideada y reali-

zada por la comunidad que es pensada, sin definición ni delimitación, como la unidad sociopolítica encargada de llevar a la práctica una estrategia enfocada a satisfacer las necesidades ciudadanas en forma sustentable y respetuosa de los cuidados del medio ambiente. La comunidad opera mediante la participación activa de los ciudadanos que asumen los deberes de orientar su autonomía en la prosecución de un estilo de vida que sea saludable, cooperativo con las necesidades de los demás, y respetuosa de cuidar y cultivar el medio ambiente. La participación ciudadana, a su vez, requiere campañas de promoción y educación, estimulando una indeseable escisión entre expertos y legos, que fácilmente cae en el cultivo de un lenguaje científico divorciado de las necesidades sentidas por la población. Se produce un círculo vicioso por cuanto se recurre a la opinión experta para evaluar la forma de integrar a la ciudadanía en la participación de decisiones políticas locales, iniciando discusiones entre mediadores abocados a analizar por qué consistentemente se detecta un hiato entre las teorías de participación ciudadana y el fracaso de los esfuerzos por hacerla realidad.

Tanto la participación ciudadana como la deliberación política y las estrategias propuestas para desarrollar la ciudad saludable, se inspiran en modelos de buenas prácticas, que también son propuestas por las instituciones sanitarias. Los expertos proveen evidencias científicas, estadísticas y teorías de acción, transformando su objeto de estudio en realidades naturales -la epistemología pasa de ser un modo de observación a una revelación de realidades-

así fomentando el status quo, al sentar "desde arriba" lineamientos básicos y disponibilidades de recursos, y determinando a los responsables de los resultados. Cada individuo es gestor del cuidado de su salud y de prevenir su deterioro hacia estados patológicos.

El empoderamiento ciudadano enfrenta la oposición práctica del poder económico nacional y global; como en todo proceso de socialización, la educación ciudadana tiene un efecto estabilizador más que emancipador, y los beneficios de mejor información y asesoría son cosechados por quienes ya están en situación de privilegio para aplicar provechosamente la instrucción recibida, en tanto los desposeídos y aquellos que están sumidos en la solución de problemas impostergables por tener y mantener una fuente de ingresos necesarios para sobrevivir, quedan a la vera como mudos testigos de los esfuerzos promocionales que los incitan a adoptar estilos de vida saludables, pero para ellos inalcanzables.

La ciudad saludable es un proyecto cargado de elucubraciones teóricas alejadas de contextos locales. Si bien pregonada como panacea universal, han sido muy pocas las ciudades que logran desarrollar exitosamente un modelo participativo gracias a contar con una larga tradición democrática -Sheffield, Inglaterra-, o por adoptar una política de descentralización como reacción a una larga y paralizante dictadura -Barcelona, España- [Smith 1991, citado en Petersen y Lupton, 2000]. Queda en evidencia que el proyecto de ciudades saludables es muy dependiente de realidades contextuales en una misma ciudad teniendo impactos muy variables en diversos distritos y barrios. Esta disparidad es el producto inevitable de políticas locales que carecen de un sustento central que subsidie sus esfuerzos. Es difícil imaginar un proyecto de ciudad saludable en centros urbanos populosos y pobres, como son frecuentes de encontrar en las naciones del Tercer Mundo.

Bioética y Nueva Salud Pública

La tradición filosófica enseña que el fundamento de toda ética es la justicia mas, a poco andar, puede notarse que justicia es un concepto cuya falta de definición la relega a ser una entelequia retórica muy evocadora, pero carente de anclaje en la realidad. La justicia distributiva, que la retributiva es menos materia de ética que del derecho, solo puede cumplir el papel semántico de representar una realidad si queda especificado el bien a distribuir, se determina el universo de los beneficiarios, y son presentados los criterios según los cuales se propone la distribución. El razonamiento político en cuanto es una teoría sobre el ordenamiento social, ineludiblemente tiene por base un concepto de igualdad: "Una reivindicación es política en tanto sea portadora de una exigencia de reconocimiento de la igualdad de los seres parlantes, igualdad constantemente contradicha por el orden social que le atribuye a cada uno una función diferenciada según una organización jerárquica" [Nordman, 2010]. La política, podría decirse, tiene por objeto su propia desaparición, por cuanto si la "igualdad de no importa quién con no importa quién" [Ranciére, 2007], llegara a suceder, no tendría la política más que decir. La política es utopía, diferenciándose de la política contingente o policia que es gobierno en tanto atiende la "distribución jerárquica de los lugares y las funciones" [Ibid]. La diferencia entre teoría política y propuesta de acción *-policy-*, lleva en español a confusiones entre conceptos y prácticas, pero confirma que el tema de la jus-

ticia pertenece y queda relegado al ámbito teórico de la política.

La bioética se ha dejado tentar a utilizar la justicia como eje de su discurso, construyendo edificios conceptuales bajo etiquetas como "principio de justicia", "justicia sanitaria", "equidad en salud", que han tenido más presencia académica que en el mundo social. La pleitesía rendida al principio de justicia no es del todo inocua, porque en tanto florece el solaz académico con el tema, se mella la sensibilidad a una realidad que muestra cómo la humanidad se debate en injusticias cada vez más impactantes, tanto en la comparación entre naciones y regiones, como al interior de las sociedades nacionales. En el mundo de la salud, las inequidades de cargas de enfermedad y de medidas preventivas contra ellas, el dispar acceso a servicios médicos, el desequilibrio de las investigaciones pertinentes a la gravedad y extensión de morbilidades a nivel poblacional -la brecha 90:10 y el problema de las enfermedades desatendidas o *neglected diseases-*, han sido demostradas, toleradas y naturalizadas como realidades que dependen de desigualdades socioeconómicas reconocidas como determinantes que a su vez son resistentes al cambio.

La bioética ha emprendido caminos que la alejan de problemas sociales. Desde la academia, se enfrasca en deliberaciones teóricas empeñadas en encontrar principios morales universales que no encuentran aceptación en la pluralidad cultural

de hodierno. Por otra parte, ha privilegiado “problemas regulatorios y asuntos de preferencias y derechos individuales”, relegando dilemas prácticos que son de relevancia social [Callahan, 1999]. Hay un paralelismo con la Nueva Salud Pública que también se ha concentrado en el individuo y desatendido los problemas sanitarios de pertinencia colectiva. Una bioética en salud pública, aún en ciernes, ha de acometer la tarea de centrar su reflexión en lo público de la salud y en lo social de la ética.

Recién a fines de la década pasada se inicia una crítica a la bioética basada en justicia, a cambio de un impulso por desarrollar una ética de protección que se propone intermediar por los desposeídos, los vulnerados, los marginados y todos aquellos sometidos a condiciones de desempoderamiento que les impide asegurar su sobrevivencia, insertarse en sociedad y desarrollar proyectos de vida. En el ámbito de la salud pública, la ética de protección se ha propuesto dar solidez ética a los programas y políticas sanitarias para su mayor efectividad y para subsanar la brecha entre implementación colectiva y autonomía individual [Kottow, 2007].

Siendo una ética aplicada, la bioética no es política ni puede ser utópica. Su inspiración no proviene de una ética filosófica fundamentada en justicia -como es el kantianismo elaborado por Rawls-, sino más bien de una sociología que osa decir que “[U]na democracia moderna no implica la igualdad estricta de las condiciones sociales porque es, y seguirá siendo, fuertemente estratificada. En cambio, exige la fuerza

de la protección” [Castel 2010]. Y agrega: “¿Cómo podrían defenderse los derechos mínimos y las protecciones necesarias para el ejercicio de la ciudadanía social si no fuera en nombre del Estado?”

Al centrar su discurso en la protección, Castel cita a Durkheim cuando se pregunta, “¿Cómo es posible que, al tiempo que se vuelve más autónomo, el individuo depende más estrechamente de la sociedad? ¿Cómo puede ser a la vez más personal y más solidario?” Si bien planteada por uno de los pioneros de la sociología, la inquietud de Durkheim renace en la actualidad como un lamento ético enunciado por una bioética que ve la desagregación de lo colectivo, la autonomía desamparada del individuo, y la ausencia de vínculos integradores de un proyecto colectivo de bien común.

La Nueva Salud Pública caduca el contrato tradicional de la salud pública desarrollado en función de las tareas colectivas por robustecer los cuidados de salud y la prevención o mitigación de enfermedad. La epidemiología ha fortificado esta tendencia porque, habiendo reconocido la trascendencia de los “determinantes socioeconómicos”, ha sido flácida en investigar causalidades en el ambiente social, en comparación con su dedicación al ambiente físico y a su eficiente estudio de la clásica tríada de huésped, agente y medio ambiente, que con notable éxito aplicara al estudio de enfermedades infecciosas. En su lugar instala un llamado a la acción individual, a la reducción del Estado como garante de protección de la población, y su reemplazo por una Medicina

Preventiva insertada en el encuentro clínico singular donde el individuo en tanto sujeto de derechos se transforma en changador de deberes consigo mismo. El derecho a salud se desvirtúa en el deber de llevar una vida saludable.

La protección, que histórica, social y éticamente es un derecho que los ciudadanos pueden reclamar a sus gobernantes, se convierte en una desprotección que es tanto mayor mientras menos recursos personales dispongan los individuos. Una bioética basada en la protección, y en la obligación del poder de asistir a los desposeídos -orientando el *poder sobre* en un *poder para-*, no puede sino sentirse profundamente vulnerada por el desamparo ciudadano que propicia la Nueva Salud Pública.

La arena del conflicto se traslada del ámbito público que ha desertado de sus obligaciones, al espacio privado donde el individuo queda desarticulado del colectivo y debe bregar por su subsistencia y su salud en un piélagos de condicionantes externamente determinadas e inmodificables. La bioética enfrenta la tarea de ayudar al individuo a recuperar sus derechos de ser resguardado contra avatares que lo amenazan por falta de protección de una salud pública desmembrada en sus tareas colectivas. Reconoce, asimismo, que hay tareas colectivas que solo pueden ser emprendidas por un Estado robusto que proteja los intereses de la ciudadanía y evite la intromisión indebida de influencias políticas y económicas internacionales [Reich, 2002].

Inserción de la bioética en prácticas sanitarias

De lo hasta aquí analizado se deduce que la salud pública es una práctica social vulnerable a condicionantes políticas y socioeconómicas demasiado potentes para ser resistidas por ella. Como señala Sigerist, la salud pública es producto de las "condiciones culturales de su tiempo" y, quiéralo o no, ha de orientarse por la filosofía política neoliberal, cuando no libertaria, que reina indiscutida en la tardomodernidad vigente. La bioética, que se va ganando un lugar en la reflexión sobre el quehacer de la salud pública, ha de reconocer su impotencia por ser escuchada en el concierto de la globalización económica, política y cultural. Su enfoque, concordante con la ética que se ocupa del ser humano en tanto individuo, ha de deliberar en un escenario propuesto por la Nueva Salud Pública: el individuo cuyos vínculos sociales se han debilitado, convirtiéndolo en un agregado monádico, una singularidad que se suma al colectivo en vez de relacionarse con él.

En el nivel sanitario, la salud pública colectiva deja el lugar a la medicina personal e individual que vende asesoría, sumerge a las personas en una rotativa de pesquias diagnósticas, un caleidoscopio de medidas más precautorias que preventivas, y en recomendaciones de conductas y estilos de vida sugeridos por padrones elaborados por la investigación epidemiológica, que ofrece datos y estadísticas sin dar con la fórmula que relacione números con personas, datos colectivos con testimonios individuales; faltan estudios que "caractericen

el ambiente social o develen el mecanismo por el cual las características [socioeconómicas de un área geográfica] afectan estados de salud". Priman los estudios que detallan asociaciones sin lograr identificar los mecanismos causales que dificultan la distinción entre los efectos de comportamientos individuales y el impacto de circunstancias contextuales [Yen y Syme, 1999].

Esquemático pero ilustrativo resulta pensar que la epidemiología investiga causas y distribución de enfermedades a nivel poblacional, entregando sus resultados a la Nueva Salud Pública que los utiliza en alimentar la fusión de Medicina Preventiva y medicina clínica. La incongruencia reside en recolectar datos colectivos y luego insertarlos en programas individuales, convirtiendo la prevención poblacional en una mercancía. Ante todo en países con grandes inequidades socioeconómicas, la salud pública debe no solo pesquisar los problemas de salud y enfermedad a nivel poblacional, sino abocarse asimismo a hacer realidad la prevención y mitigación de enfermedad a escala social, amén de asumir la asistencia médica para todas las personas que carecen de recursos y acceso a los servicios médicos que requieren. Todo esto está implícito en el constitucionalmente anclado "derecho a salud" o "derecho a protección de la salud", un derecho que, bajo una denominación vaga y equívoca, se refleja en el afán de la bioética por acompañar a la salud pública en ser un servicio público efectivo encargado de recuperar la protec-

ción sanitaria que la ciudadanía precisa [Farmer y Campos, 2004].

El giro de perspectiva que la bioética ha de emprender consiste en reflexionar sobre el mismo foco que ha sido nuclear para la Nueva Salud Pública: el acecho de predisposiciones, desviaciones de valores y funciones estadísticamente establecidas como normales, la búsqueda de factores de riesgo internalizados para convertir al individuo en blanco de medidas preventivas, la medicalización de la prevención y la aplicación de programas que, por diseñarse sobre la base de probabilismos e incertidumbres, más bien deben ser considerados como precautorios que preventivos. La medicalización de desviaciones de normas estadísticas propone comportamientos individuales de acuerdo a padrones elaborados por un pensamiento causal probabilístico fra-

mentado e incompleto. Falta del todo una vinculación convincente entre datos colectivos y existencias individuales, así como una anticipación de la real patogenicidad de predisposiciones y factores de riesgo, información que ha de ser científicamente recolectada para dar a la salud pública la capacidad de promover salud con convicción, prevenir enfermedades con medidas técnicamente efectivas y moralmente vinculantes, engarzadas en programas de acceso y factibilidad indiscriminados.

Porque la Nueva Salud Pública y la Medicina Preventiva han reformulado los conceptos básicos de salud, enfermedad, prevención y tratamiento, es que la bioética ha de participar en una deliberación que recorra los fundamentos de la salud pública y de la práctica médica.

Conclusión

Las premisas de la Medicina Preventiva, que constituye el núcleo de la Nueva Salud Pública, rediseñan todos los aspectos de la salud pública, tanto en lo referente a políticas sanitarias como a la orientación de la investigación epidemiológica. La investigación clínica se concentra en desarrollar sofisticadas técnicas terapéuticas, estudiar enfermedades en virtud de su potencial de mercado más que por su pre-valencia y carga, transformando el conocimiento y sus productos en mercancía. Se privilegia la investigación genética, el desarrollo de medicamentos que ocupen nichos del mercado, y la farmacogenómica, dando impulso a una medicina personal de alto costo, con desatención de problemas poblacionales e influencias ambientales y sociales. Naciones menos desarrolladas mantienen la convicción que su realidad socioeconómica no puede prescindir de una sólida salud pública preocupada en asegurar asistencia médica a la población, más allá de sus tareas tradicionales de higiene, prevención de enfermedades y promoción de salud. Estas tareas se ven dificultadas por políticas neoliberales que apoyan la privatización de servicios, compitiendo con la medicina pública, abultando los costos de equipamiento médico, manteniendo altos precios de medicamentos y defendiendo patentes de productos farmacéuticos contra la competencia de genéricos. Estos factores tienen directa influencia en la formación de médicos y el modo como se practica la medicina, visto que influencias económicas, así como

la privatización de la enseñanza superior, tienden a desincentivar los compromisos con el servicio público.

Sumariamente, las características de la Nueva Salud Pública son:

- Salud y enfermedad están bajo la influencia de potentes factores ambientales, económicos, socioculturales.
- Estos factores son difíciles de identificar y aislar, su presencia es detectada a nivel poblacional y su relación con salud/enfermedad es asociativa y probabilística más que causal determinista. Constituido como contextos de riesgo ambiental y social, el énfasis preventivo se vuelca hacia el individuo, pesquisando predisposiciones y susceptibilidades que se convierten en factores de riesgo personal.
- El pensamiento determinista de las causas de enfermedad es reemplazado por un concepto probabilístico que tiene relevancia poblacional solo indirectamente relacionada con el individuo.
- El médico debe acopiar conocimientos científicos acerca de estos factores y los procesos biológicos de salud y enfermedad, incorporando la prevención en su actividad clínica.

- Promoción y educación en salud se vuelven parte del encuentro clínico entre médico y paciente. El cuidado de la salud y la prevención de enfermedades son de responsabilidad individual.
- La bioética en salud pública reconoce una creciente desprotección sanitaria de los ciudadanos, una restricción de sus derechos a salud que son reemplazados por el deber de autocuidarse, y una mercantilización progresiva de la medicina que agrava las inequidades en cuidados de salud, prevención y tratamiento de enfermedades.

Referencias

- Arouca S. (2003). *O dilema preventivista*. Sao Paulo Fundação Editoria UNESP y Río de Janeiro Editora FIOCRUZ, 2003.
- Bauman Z. (2001). *En busca de la política*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Callahan D. (1999). *The social sciences and the task of bioethics*. *Daedalus* 128:275-294.
- Canguilhem G. (1984). *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI.
- Carroll PE. (2002). Medical police and the history of public health. *Medical History* 46:461-494.
- Castel R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Daniels N. (1996). *Justice and justification*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Epstein RA. (2003). Let the shoemaker stick to his last: a defense of the "old" public health. *Perspect Biol Med* 46:S138-S159.
- Farmer P, Campos NG. (2004). Rethinking medical ethics: a view from below. *Developing World Bioethics* 4:17-41.
- Fassin D. (2008). Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la aparición comunitaria en salud. En Menéndez EL, Spinelli HT. (eds.) *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires, Editorial Lugar.
- Gutzwiller F., Jeanneret O. (eds.) (1999). *Sozial- und Präventiv-mezizin. Public Health*. 2ª ed. Bern, Huber Verlag 1999.
- Haraway D. (1991). *Simians, cyborgs and women: The reinvention of nature*. New York, Routledge.
- Illich I. (1977). *Medical Nemesis*. New York, Bantam Books.
- Kottow M. (2007). *Ética de protección*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia/ UNIBIBLOS.
- Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Government of Canada.
- Lima NT, Hochman G. (2005). Condenado por la raza, absuelto por la medicina: el Brasil descubierto por el movimiento médico-higienista de la Primera República. En Armus D. (compilador). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires, Editorial Lugar.
- Nordman C. (2010). Bourdieu/Rancière. *La política entre sociología y filosofía*. Buenos Aires, Nueva Visión.

- Olshansky SJ, Ault AB. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Mem Fund Q* 64:355-391.
- O'Neill O. (1998). *Towards justice and virtue*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pearce N. (1996), Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *Amer J Pub Health* 86:678-683.
- Peterson A, Lupton D. (2000). *The new public health*. London, Sage Publications.
- Pomerleau J, McKee M. (2005). *Issues in public health*. Berkshire, Open University Press.
- Porter R. (ed.). (1996). *The Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rancière J. (2007). *En los bordes de lo político*. Buenos Aires, Ed. La Cebra.
- Rodrigues da Silva G. (2003). *Préfacio*. Ver Arouca 2003, pp. 13-20.
- Reich MR. (2002). Reshaping the state from above, from within, from below: implications for public health. *Soc Sci Med* 54:1669-1675.
- Rose G. (1985). *Sick individuals and sick populations*. *Int J Epidemiology* 14:32-38.
- Rosen G. (1993). *A history of public health*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Sigerist H. (1960). *On the sociology of medicine*. New York, MD Publications
- Sigerist H. (2008). *Historia y sociología de la medicina*, 3ª. ed. Santiago, Editorial Universidad Bolivariana.
- Susser M. (1998). Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peer-ing into the future. *J Epidemiol Community Health* 52:608-611.
- Susser M, Susser E. (1996). Choosing a future for epidemiology. I. Eras and paradigms. *Am J Public Health* 86:674-677.
- Touraine A. (1985). An introduction to the study of social movements. Citado en Cohen JL, Arato A. (2002). *Sociedad Civil y teoría política*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Weed DL. (2002). Philosophical basis for public health. En *Encyclopedia of public health*. <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/philosophical-basis-public-health>. Accesado 05-03-2011.
- Yen IH, Syme SL. (1999). The social movement and health: a discussion of the epidemiological literature. *Annu Rev Public Health* 20:287-308.