

## 3.12 Sociedad, Estado y enfermedad.



La Salud Pública está conformada por un conjunto de disciplinas científicas y técnicas que operan a través del Estado y, de forma creciente, a través de la sociedad civil, lo que la convierte en uno de las formas de intervención específicas del Estado Moderno y fija su origen en las primeras formas de expresión del mismo

**Autor: Ferran Martínez Navarro**

*Profesor Emérito de la ENS en Epidemiología*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Martínez Navarro F. Sociedad, Estado y enfermedad [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 3.12. Disponible en: [direccion url del pdf](#).



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen:**

La Salud Pública se presenta como uno de los componentes propios de las administraciones públicas en las sociedades democráticas. Sus funciones se desarrollan desde el aparato del Estado, y se manifiesta mediante actividades encaminadas a mejorar la salud de la población, y garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, al desarrollar políticas asistenciales – sanitarias y sociales- y científicas facilitando el acceso de los ciudadanos a los beneficios que se deriven de ese conocimiento. Su grado de desarrollo está determinado por la capacidad del Estado para conseguir una sociedad más equitativa a través de sus funciones redistributivas, reguladoras y participativas.

La construcción de la salud pública es un proceso complejo caracterizado por las orientaciones, tensiones y variaciones que se manifiesta en las formas históricas que asume la reproducción

1. Introducción.
2. Conceptos básicos
3. Salud pública y sociedad.
4. Salud Pública y ciencia.
  - 4.1. La perspectiva médica de la enfermedad.
  - 4.2. La enfermedad desde la perspectiva de la salud pública,
5. La práctica de la salud pública.
  - 5.1. Salud Pública. Modelos
  - 5.2. Orientación y niveles de intervención de la salud pública.
  - 5.3. Las funciones esenciales de la salud pública
  - 5.4. Las áreas de conocimiento.
  - 5.4. El ejercicio profesional y sus competencias.

Conclusiones

Referencias bibliográficas

social en cada formación social y que se manifiesta en: a) el reconocimiento de la ciudadanía, como valor político y legal del individuo, garantizando su derecho a la salud; b) el desarrollo de las instituciones sociales, científicas, políticas y sindicales que participan en el proceso de organización y orientación de los servicios públicos; c) el desarrollo de las formas de participación social en el proceso de toma de decisiones

Y es que salud pública es un componente básico del estado, especialmente del Estado de Bienestar, el cual considera a la salud como un derecho de los ciudadanos y al conocimiento científico como un bien social, debiendo dotarse de capacidad para aplicar, en beneficio de la comunidad, los conocimientos científicos en las políticas y estrategias sociales y de salud

## Introducción

La Salud Pública está conformada por un conjunto de disciplinas científicas y técnicas que operan a través del Estado y, de forma creciente, a través de la sociedad civil, lo que la convierte en uno de las formas de intervención específicas del Estado Moderno y fija su origen en las primeras formas de expresión del mismo. Esta vinculación, sobre la que existe un consenso general, se manifiesta con diversos matices de acuerdo

con la diferente percepción histórica del papel del Estado. La simple lectura de las definiciones más paradigmáticas elaboradas en el siglo XX y en lo que va del XXI son una clara expresión de esta vinculación. Revisemos algunas de ellas:

1. *"la ciencia y arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para: el saneamiento del medio; el control de las infecciones transmisibles; la educación de los individuos en higiene personal; la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad"* (Winslow 1920).
2. *"Un esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, competencias, y creencias dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de la población a través de acciones colectivas y sociales "*. (Last 1983)
3. *"Es un sector político-técnico del estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes... es en la práctica del sector salud y no en el deber ser teórico de una disciplina donde se debe localizar a la salud pública"* (Menéndez 1992).
4. *"el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas"* (SEE-SESPAS 2002).
5. *"es la intervención colectiva, tanto del estado como de la sociedad civil, orientada a propagar y mejorar la salud de las personas"* (OPS 2002).
6. *"el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y*

*promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales". (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003)*

7. *"Es un proceso de movilización y contratación -local, regional, nacional, internacional- para asegurar las condiciones de salud de la población" (Detels and Breslow 2005).*
8. *"la Salud Pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad. para prevenir la enfermedad así como proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales. (Ley 33/2011, general de Salud Pública)*

Su lectura nos aporta una visión histórica de la evolución del concepto de salud pública, dominando en general un eclecticismo de base, al limitarse a la mera descripción de los servicios y actividades de la salud pública destacando tres aspectos básicos: (a) la creación de un "mecanismo social" que asegure la salud de los ciudadanos; (b) el valor de la comunidad como copartípe – con el Estado- en su organización; (c) la aplicación de estrategias colectivas de prevención de la enfermedad y la promoción y restauración de la salud.

La definición de Winslow(1920) responde al proceso histórico de construcción de la salud pública en los EE.UU de América, y su claridad y concreción guió a la mayoría de las definiciones expuestas, que son reformulaciones de la citada definición, excepto las de Menéndez (1992) y la de Detels y Breslow (2005). Para el primero, la Salud Pública está guiada por la "acción de gobierno" y por las "condiciones socio-económicas dominantes" situando su aplicación en un contexto político y social concreto e histórico, aspectos que las otras definiciones no aportan. Para los segundos, se trata de profundizar en la democracia participativa al situar a la sociedad civil en un plano de corresponsabilidad con el Estado, y observarse un progresivo desplazamiento de

*La Salud Pública aparece así como uno de los componentes propios de las administraciones públicas en las sociedades democráticas.*

*Su grado de desarrollo está determinado por la capacidad del Estado para conseguir una sociedad más equitativa a través de sus funciones redistributivas, reguladoras y participativas.*

su responsabilidad - como garante y vigilante de la salud de la comunidad- a la sociedad civil mediante los “*procesos de movilización y contratación*” que incluyen Detels y Breslow, en su definición.

La Salud Pública es, pues uno de los componentes propios de las administraciones públicas en las sociedades democráticas. Sus funciones se desarrollan desde el aparato del Estado, y se manifiesta mediante actividades encaminadas a mejorar la salud de la población, y garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, al desarrollar políticas asistenciales – sanitarias y sociales- y científicas facilitando el acceso de los ciudadanos a los beneficios que se deriven de ese conocimiento. Su grado de desarrollo está determinado por la capacidad del Estado para conseguir una sociedad más equitativa a través de sus funciones redistributivas, reguladoras y participativas. Actualmente, existe un amplio consenso acerca del contenido del núcleo central de la Salud Pública:

- a. un cuerpo doctrinal que explica la enfermedad como proceso biológico y social;
- b. la población y la comunidad como objeto de su acción para promover, proteger y recuperar su estado de salud;
- c. un conjunto de disciplinas científicas centrales (epidemiología, administración y gestión de los servicios de salud, promoción y protección de la salud, medicina preventiva, ciencias sociales y del comportamiento) que aportan la evidencia científica para el ejercicio de las competencias específicas de la salud pública;
- d. elementos conceptuales, metodológicos y operativos que garantizan su capacidad de análisis e intervención a través de procesos asistenciales, sociales, económicos y políticos;
- e. operar a través de servicios vinculados al sector público, mediante acciones de gobierno basadas en la evidencia científica y los principios éticos.

Cuadro 1

Actualmente, existe un amplio consenso acerca del contenido del núcleo central de la Salud Pública:
a. un cuerpo doctrinal que explica la enfermedad como proceso biológico y social;
b. la población y la comunidad como objeto de su acción para promover, proteger y recuperar su estado de salud;
c. un conjunto de disciplinas científicas centrales (epidemiología, administración y gestión de los servicios de salud, promoción y protección de la salud, medicina preventiva, ciencias sociales y del comportamiento) que aportan la evidencia científica para el ejercicio de las competencias específicas de la salud pública;
d. disponer de elementos conceptuales, metodológicos y operativos que garantizan su capacidad de análisis e intervención a través de procesos asistenciales, sociales, económicos y políticos;
e. operar a través de servicios vinculados al sector público, mediante acciones de gobierno basadas en la evidencia científica y los principios éticos.

---

## 2. Conceptos básicos

---

El proceso histórico de la construcción científica y social de la salud pública ha elaborado un lenguaje propio o conjunto de conceptos, surgidos en función al progreso científico de las diferentes disciplinas que la componen permitiendo entrever la posibilidad de control de la enfermedad en la comunidad así como homologar los criterios utilizados. Así tenemos:

- 1. Salud.** Es un concepto idealista, en expresión de la paradigmática definición de la OMS “*la salud como estado de bienestar físico, psíquico y social*”. Para la medicina, es una experiencia individual que no implica acción tal como lo expresa de forma concluyente Leriche al considerarla “*la vida en el silencio de los órganos*” (citado por Canguilhem 1971). Para la Salud Pública, la *salud (lo normal)* se

contrapone a la enfermedad (*lo anormal*) a la que niega; es, también un objetivo enmarcado en un contexto histórico-social al estar en función de la capacidad de producir salud.

2. **Enfermedad.** Es un concepto médico que enlaza la medicina con la salud pública. Define el estado de estar enfermo legitimando la intervención sobre el enfermo y sobre la comunidad. Será tratado con mayor extensión más adelante.
3. **Riesgo.** El concepto médico de etiología tiene un carácter multidimensional, por ello en salud pública se prefiere hablar de riesgo. Definido, por la Real Academia Española de la Lengua, como "*contingencia o proximidad de un daño*", En epidemiología su aplicación se corresponde con el de contingencia "*cosa que puede suceder o no*" al considerarlo como la probabilidad de que "*un acontecimiento ocurra*" (Last 1983), diferenciando entre el riesgo relativo ( o razón de riesgos) que mide la fuerza de la asociación, no siempre causal; y el *riesgo atribuible* fracción etiológica. Debemos diferenciar entre:
  - a. *Predictor*, reduce los determinantes a variables biológicas. Es un concepto usado en medicina preventiva, al igual que la epidemiología de riesgos (Haglund 1985).
  - b. *Determinante*, son "*factores que provocan un resultado*" describiendo la existencia de una asociación entre uno o varios determinantes con la enfermedad (M. Susser 1991).
4. **Problemas de salud**, definidos en términos de: enfermedad, de diferentes gradientes de salud, de la capacidad de su control, etc.- son identificados mediante interpretaciones o lecturas socialmente aceptadas, de manera que la tipificación de los problemas de salud y la orientación de la acción, depende del modelo empleado para diferenciar lo que es sano y enfermo. Esta representación, tanto individual como colectiva, depende de la experiencia de la propia comunidad y de su aceptación o rechazo. Tiene naturaleza práctica, ya que existe la capacidad de atenderlo y existe una solución posible, es decir es resoluble. Esto no es un actitud neutra ya que implica definir el campo formal en que nos movemos, es decir, como entendemos el problema y cómo lo abordamos.

**5. Proceso de enfermar.** En salud pública, los determinantes son estructurales y, por ello, tienen un significado social y su estudio se aborda mediante los procesos de enfermar. En este caso, la enfermedad no es sólo una entidad nosológica sino la manifestación biológica de un complejo proceso social. en el que la realidad social y biológica están integradas, se interactúan y se modifican, considerándola una respuesta biológica históricamente determinada en una formación social. Ello exige, en la construcción de los modelos causales, establecer los criterios de observación, análisis y jerarquía de los diferentes niveles de organización de la materia viva - molecular, tisular, orgánico, individual, social-, identificando sus relaciones causales en cada nivel y su enlace entre los diferentes niveles.

*Si consideramos a la enfermedad como la respuesta biológica históricamente determinada en una formación social, quiere decir que la realidad social y biológica están integradas, interactúan y se modifican*

### 3. Salud pública y sociedad.

La formulación de la salud pública en los términos que acabamos de exponer, tiene sus raíces históricas en el *determinismo ambientalista* hipocrático, concretamente en su marco explicativo sobre la enfermedad, que al plantear una posición de sometimiento a la naturaleza, limitaba la práctica sanitaria del Estado a la mera defensa ante las epidemias, la regulación de la higiene urbana, y la elaboración de normas de conducta individual, (orientadas exclusivamente para la nobleza).

Deberemos esperar a los siglos XV y XVI, para que la transformación del Estado haga surgir la primera formulación moderna de la Salud Pública, la *Policía Sanitaria* (G. Rosen 1984). La consolidación de la *Monarquía Absoluta* y el creciente peso político de las ciudades; la aparición de las primeras formas de la economía capitalista, con el nuevo valor de las personas, fueron cambios básicos que dieron origen del estado moderno. El *Mercantilismo* y su versión alemana el *Cameralismo*, es la denominación del nuevo marco económico, que alumbró grandes transformaciones políticas y sociales, referidas a la nueva concepción de la sociedad, a su organización, a su relación con el Estado, especialmente la identificación de sus objetivos con los de la sociedad, y al desarrollo del aparato administrativo estatal. El poder político del monarca se identificó con la grandeza y riqueza del reino, lo que hizo necesario tener un conocimiento

*Deberemos esperar a los siglos XV y XVI, para que la transformación del Estado haga necesaria la primera formulación moderna de la Salud Pública, la Policía Sanitaria (G. Rosen 1984)*

exhaustivo de la población, de sus actividades y de su estado de salud mediante el uso de los registros, parroquiales o civiles, que dieron lugar a las primeras estadísticas vitales y sociales (nacimientos, defunciones). Así se aplicaron nuevos postulados teóricos y prácticos de la administración del estado, abriendo nuevas posibilidades de intervención – *Policía Sanitaria*- que, sin cuestionar el marco del ambientalismo hipocrático, se orientaron a la mejora de la salud de la población, mediante acciones dirigidas al control de las epidemias, inspección ambiental y alimentaria, ordenación de la profesión sanitaria y prestación de la asistencia médica a la población indigente, así como la prestación de servicios como la protección a la salud materno-infantil, la nutrición y consumo de tóxicos y la higiene individual.

La formulación más paradigmática de la *Policía Sanitaria* correspondió a Johann Peter Frank<sup>1</sup>, que la definió como: "un método de defensa para proteger a los hombres y a sus ayudantes, los animales, contra las consecuencias perjudiciales de las mayores aglomeraciones" (Lesky 1984, 149). La estructura de su obra ofrece un claro exponente de la doctrina y ámbito de preocupación de la *Policía sanitaria*: casamiento y reproducción; relaciones sexuales y sus infecciones; nutrición, vivienda y vestido; instituciones de seguridad, accidentes y delitos; sobre la muerte; y, sobre el arte de curar en general y las instituciones de educación médica.

La propuesta de Frank, propia del *Cameralismo*, quedó pronto limitada por las transformaciones sociales y políticas de la Revolución Francesa, concretamente el reconocimiento ilustrado de los derechos de los ciudadanos, que los hizo iguales ante la ley, y que inició la democratización de la sociedad; así como por la revolución industrial, iniciada en 1750, y que dio lugar a cambios sociales, económicos y tecnológicos. Estos cambios se manifestaron por la desintegración de la antigua estructura gremial (sustituida por la fábrica como nueva forma de organización del trabajo) y por la progresiva mecanización de la agricultura, dando lugar a la aparición de un nuevo agente social - la *clase obrera*- surgida a partir de incorporación en el mercado del trabajo industrial de los excedentes de mano de obra artesanal, campesina, así como a los indigentes, cuya integración en el mercado de trabajo requirió la aplicación de

<sup>1</sup> *Que como ya sabemos estableció la relación entre pobreza y enfermedad*

las nuevas y secularizadas leyes de beneficencia cada vez más restrictivas. Esta nueva clase social, representó un cambio cualitativo de las relaciones de trabajo, especialmente por su capacidad de organizarse en sindicatos. Estos cambios se generaron en medio de grandes contradicciones. Por un lado mejoraron las condiciones generales de vida a través del salario obrero y su capacidad de consumo; las condiciones de trabajo y su regulación; las prestaciones sociales y sanitarias; la enseñanza obligatoria; y, sin ser exhaustivos, la organización de los servicios sociales, o la consolidación del espacio urbano como nuevo agente político y económico. Pero generó, igualmente, nuevos riesgos relacionados con las nuevas formas de organización social, trabajo, consumo, uso del espacio, etc.. Así, el capitalismo industrial generó, en su inicio, explotación, precarias condiciones de vida y, en consecuencia, enfermedad y muerte precoz. Posteriormente, debido a la lucha constante de la clase obrera, mejoró las condiciones de vida, especialmente a partir de la creación de la seguridad social y el resto de componentes del Estado de Bienestar.

Por eso, las nuevas formulaciones de la salud pública – la higiene pública- no se hicieron desde la tranquilidad del debate científico sino desde la confrontación social, con mayor radicalismo en el Continente Europeo que en el Reino Unido, donde el reformismo de Bentham dio lugar al *Movimiento Salubrista*, base de la moderna salud pública a través de la obra de Chadwick, Farr, Snow, etc.. En el continente, coherente con la radicalismo burgués y la fuerza de los movimientos obreros, dominaron las posiciones radicales, concretamente el movimiento de los médicos alemanes. Virchow, uno de sus representantes más carismáticos, consideraba a la “*medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala*” (G. Rosen 1984, 213). Estas posiciones respecto a la función reguladora del Estado, marcó las diferencias entre el modelo anglosajón, mayor poder local y menor del Estado, y el continental, más intervencionista, con estructuras administrativas más centralizadas y menos participativas. No se oculta la complejidad de las formulaciones y la variabilidad de su aplicación, debido a la enorme diferencia de las propuestas descritas. Por ello, las estrategias formuladas – médicas o sociales- se dieron, en muchos casos, en medio de controversias y tensiones, muchas veces alejadas de la evidencia científica y del marco social en el que se generaron los problemas o se intentó aplicar las medidas sanitarias.

*Por eso, las nuevas formulaciones de la salud pública – la higiene pública- no se hicieron desde la tranquilidad del debate científico sino desde la confrontación social, con mayor radicalismo en el Continente Europeo que en el Reino Unido*

A finales del siglo XIX, (G. Rosen 1984), las estrategias para el control de la enfermedad formuladas desde la salud pública, derivaron de las dos formas de interpretar el proceso de enfermar:

- a. la salud de la población depende de la salud de los individuos, a los que se culpabiliza de su enfermedad. La estrategia, se manifestó con mayor fuerza a finales de siglo XIX, centrándose tanto en la atención como en la modificación de los hábitos y comportamientos individuales para preservar la salud, formulando propuestas morales y/o conductistas, precedente de la actual formulación de los estilos de vida saludables.
- b. la salud de la población es una materia de interés directamente público, justificado por la observación de la evidente relación de las condiciones sociales y económicas con el estado de salud y de enfermedad de la población. Consideraciones que estuvieron presentes en las formulaciones de Virchow, Neumann y otros médicos radicales, y que Rosen (1984) resumió en:
  - i. la salud de la población es una materia de interés directamente social;
  - ii. las condiciones económicas y sociales tienen un importante efecto en la salud y la enfermedad, por lo que deben ser sometidas a investigación;
  - iii. las acciones que deben tomarse para promocionar la salud y combatir la enfermedad son tanto sociales como médicas.

*En el primer tercio del siglo XX, existía en Europa una clara conciencia acerca de que la enfermedad, ya individual ya colectiva, era una cuestión social*

En el primer tercio del siglo XX, existía en Europa una clara conciencia acerca de que la enfermedad, ya individual ya colectiva, era una cuestión social. Grotjhan proponía, en su Patología Social, el concepto de enfermedades sociales. Sin embargo ese pensamiento encontraría fuertes dificultades para su posterior desarrollo. Estas fueron (Martínez Navarro 1993):

- a. La fuerte tendencia a la abstracción que caracterizaron ambas posiciones, aquella que prima la intervención sobre los individuos y la que incide en la comunidad. Criterios

morales, éticos, de autorresponsabilidad, etc., fueron las propuestas del pensamiento individualista. Por el contrario, la explotación, la miseria, la urbanización, etc., fueron los criterios utilizados por el pensamiento social. Igualmente, abstractas eran las soluciones propuestas. En el primer caso, medidas de mejora de tipo asistencial social o higiénico-preventivas, y medidas correctoras como la educación culpabilizadora, que escondían posiciones moralistas y voluntaristas. En el segundo caso, las medidas propuestas estaban centradas en el cambio del sistema productivo, la lucha contra la explotación de clase, etc.

- b. La necesidad de establecer la articulación entre el mundo social y el biológico. Relativamente fácil desde las posiciones ambientalistas, a través de la teoría Miasmática como fue la explicación de epidemia que hizo Virchow, pero más difícil desde posiciones modernas. En este sentido, Grotjhan (Gebhardt 1984) hizo un intento de sistematización de las relaciones de causalidad entre la enfermedad y las condiciones sociales en función de: i) crear o favorecer la predisposición patológica; ii) ser vehículo de los condicionamientos patológicos; iii) transmitir gérmenes patógenos; e, iv) influir en el desarrollo de la enfermedad.
- c. La debilidad del desarrollo metodológico a pesar de las continuas argumentaciones a favor de la utilización de materiales y bases estadísticas. Sólo la incorporación de conceptos cuantitativos como estrato social, realizada por Teleky (G. Rosen 1984), o de la desigualdad, proporcionó alguna de las bases para su desarrollo metodológico. Esta debilidad se hizo más evidente en relación a la consistencia que tuvo el desarrollo del estudio de la enfermedad desde las ciencias naturales. La teoría del contagio y la genética de poblaciones aportaron explicaciones de la ciencia natural de gran impacto.
- d. La desaparición, o mejor el debilitamiento, del Movimiento centroeuropeo de Medicina Social, de orientación marxista, en evidente conflicto con el nazismo alemán.
- e. Y, el impacto negativo del lisenkoísmo (Young 1984) en el desarrollo de la biología, no sólo soviética, que dificultó, probablemente, la articulación del pensamiento biológico con el social.

Estas razones, que requieren un estudio más detallado, serían las causas que retrasaron la cristalización de las explicaciones sociales en Epidemiología. De hecho, ésta se retomaría a partir de los años sesenta, desde posiciones mucho más firmes tanto en su perspectiva de responsabilidad individual como colectiva, centrándose en los estudios de desigualdad, los modelos de condiciones de vida y los estudios de cambios históricos.

#### 4. Salud Pública y ciencia.

Como ya se indicó, la salud pública está conformada por un conjunto de disciplinas científicas, concretamente la biología, medicina, estadística, economía, ciencias sociales, ambientales y otras, que proporcionan los conocimientos científicos para mejorar la salud colectiva. Tiene, pues, existencia práctica, al haber capacidad para atenderlo y para aplicar soluciones posibles, es decir es resoluble. Esto implica definir el campo formal en que nos movemos, cómo entendemos la enfermedad y cómo la abordamos.

La ciencia buscaba, desde los siglos XVII y XVIII, conseguir la mayor objetividad posible en la observación dentro de un marco inferencial concreto, con la finalidad de "*poder sacar a la luz cierto orden existente en los hechos*" (Wartofsky 1981, 163) y expresarlo de forma abstracta, aspectos necesarios para conseguir niveles altos de coherencia y consistencia en el seno de la comunidad científica. El cambio de paradigma – superación de la visión hipocrática de la enfermedad – consistió en considerar al cuerpo humano (Foucault 1977) como el *espacio* geométrico en el que se localizan anatómicamente los signos indicativos de la enfermedad y valorar su evolución *temporo-espacial*, proporcionando de este manera una visión diacrónica de la enfermedad. Al considerar la localización espacial y la evolución temporal de la lesión, y establecer sus relaciones, ordenándolas y relacionándolas entre sí, hizo identificables las distintas entidades nosológicas y los criterios de especificidad - etiológica, epidemiológica, clínica, inmunológica y terapéutica-, haciendo posible la identificación científica de la enfermedad. *Observación y experiencia* (experimento) fueron las bases de la nueva ciencia. Ello hizo que la enfermedad fuese considerada desde la perspectiva médica y biológica, mientras que los

postulados sociales fueron parcialmente relegados, debido al nazismo que frenó el importante movimiento alemán de la medicina social. Éste movimiento sí tuvo su continuidad en las Américas, especialmente en Centro y Sudamérica, y no fue retomado en Europa hasta las décadas centrales del siglo XX.

---

#### **4.1. La perspectiva médica de la enfermedad.**

---

Es el concepto central de la medicina. La enfermedad es "*un estado (mejor dicho, un conjunto de estados), de un ente, a saber, de un organismo de alguna especie*" (M. Bunge 1980, 238) que cambia en función del tiempo – estar enfermo, curarse, empeorar, etc.- y del espacio (niveles de organización del organismo). Requiere, asimismo, una abstracción conceptual, un constructo, formado a partir del conjunto de signos y síntomas que constituye la entidad clínica para ser aceptado por la comunidad científica. Es, por tanto, un esquema general que explica, predice y controla al enfermo. Su dimensión es biológica, incluyendo la psicológica, y se percibe, como una experiencia individual, una sensación subjetiva determinada culturalmente por "*estar enfermo*", es decir padecer una dolencia o un mal, que se manifiesta por el dolor, la percepción del cuerpo (Canguilhem 1971) o la alteración de las funciones cotidianas, pero esta percepción no es suficiente para ser aceptada de acuerdo a las exigencias de la ciencia moderna. Para Enghelhardt (1981), la enfermedad es un modo de analizar ciertos fenómenos con propósitos de diagnóstico, pronóstico y terapéutica.

Considerada ontológicamente, la esencia de la enfermedad es el *cambio*, que se produce en los diferentes niveles - molecular, celular, tisular u orgánico- del organismo vivo, como consecuencia de una acción externa (agresión), o de una excitación, que se muestra como una respuesta del organismo – reactiva o adaptativa- con la intención de curar. Es, por tanto, un estado del individuo en el que domina la acción, ya sea natural, "*reacción generalizada del organismo con intención de curación*", ya terapéutica – o preventiva- a través del diagnóstico clínico, en este caso legitimando la intervención médica. Es pues, un esfuerzo del organismo para recuperar el equilibrio roto en su relación con el ambiente, en el que la intensidad de la estimulación determina los niveles de variación fisiológica.

Cuadro 2

<b>VISIÓN ONTOLÓGICA:</b>
La esencia de la enfermedad es el cambio que experimenta la persona como consecuencia de una acción externa mediante la relación causa-efecto. Lo patológico es consecuencia de una acción externa, una excitación, que producirá:
a. un cambio molecular, celular, tisular, del órgano. Es una visión dinámica;
b. un proceso de adaptación que se manifiesta como una reacción generalizada con intención de curación. La intensidad de la estimulación determina los niveles de variación fisiológica, hay una continuidad entre lo fisiológico y lo patológico. Puede limitarse a un órgano o extenderse a la totalidad del organismo;
<b>VISIÓN EPISTEMOLÓGICA:</b>
La enfermedad como constructo necesario para la decisión clínica que legitima la acción terapéutica.
a. Se define en términos cuantitativos: lo normal y lo patológico.
b. es un esquema general para explicar, predecir y controlar las diferentes dimensiones de la condición humana. La respuesta del organismo requiere una acción terapéutica.

Este proceso de cambio no se interpreta como una ruptura - tal como hizo la medicina clásica (ruptura de la armonía interna del organismo) - sino como una continuidad entre lo fisiológico y lo patológico. Comte basándose en Broussais, elaboró una teoría de la enfermedad basada en la intensidad de la excitación (dosis) del organismo y en la variabilidad de la respuesta, en función a los límites de la naturaleza. La tesis fue considerar que las diferencias en el estado de salud y de enfermedad dependen de la intensidad de la excitación, siendo la patología una fisiología extendida o ampliada (Canguilhem 1971). Claude Bernard creó las condiciones para la identificación de lo normal y lo patológico, al introducir los argumentos controlables, los protocolos de experimentación y los métodos de cuantificación

de los conceptos fisiológicos. Estamos ante lo que Sigerist denominó la *teoría de las relaciones entre lo normal y lo patológico* que considera que “*los fenómenos patológicos solo son, en los organismos vivos, variaciones cuantitativas, según el más y menos, de los respectivos fenómenos fisiológicos*” (citado por Canguilhem 1971). La diferencia entre lo normal y lo patológico se estableció, por tanto, en términos cuantitativos, criterios estadísticos, de manera que lo patológico fue considerado en función a su desviación de los valores normales. Esto significó definir, en un esquema que va de lo normal a lo patológico, un estado ideal de normalidad (salud) y considerar patológico (enfermedad) su desviación cuantitativa del límite natural.

Así, la incorporación de los conceptos de tiempo-espacio, como criterio para medir e interpretar las transformaciones observadas en la evolución de la enfermedad, permitió pronosticar su evolución y evaluar su tratamiento; pero también permitió identificar las bases para su prevención y control, legitimando la acción del médico, en la intervención individual sobre el enfermo, así como la acción del Estado en el control colectivo de la enfermedad.

---

#### **4.2. La enfermedad desde la perspectiva de la salud pública,**

---

La enfermedad es un concepto que describe (denota) el *hecho de estar enfermo*, manifestado a través de signos y síntomas, y lo relaciona (*connota*) con un *riesgo* (biológico y/o social), trasladando la acción desde el individuo a la comunidad. De esta manera, enlaza la medicina con la salud pública, proporcionándole, a esta última, una *guía científica* para, en primer lugar, medir su impacto en la comunidad; segundo, planificar, orientar, gestionar y evaluar los servicios de salud, garantizando su equidad, su eficacia y su eficiencia; y por último, decidir las estrategias para la mejora de la salud de la comunidad y evaluarlas.

La *denotación*, se refiere al conjunto de signos y síntomas que la describe, como la entidad genérica natural que es, reduciendo la salud pública al dominio de lo biológico (incluyendo lo psicológico) principalmente con estrategias de base individual,

esto es la persona como unidad de intervención. En su dimensión comunitaria, su impacto en la población lo objetivamos a través de su medición: *incidencia, prevalencia, letalidad, impacto*, como mediciones básicas. Ambas abstracciones, son necesarias, para guiar científicamente la acción en la elección de aquellas situaciones que deben ser consideradas como problemas de salud pública, en términos de magnitud, gravedad, vulnerabilidad y atención. Bajo esta concepción, la enfermedad es el objeto central de la salud pública, orientando su acción a la prevención de la enfermedad y, principalmente, a la gestión de la atención al enfermo, incorporando racionalidad en el proceso de toma de decisiones. La Salud Pública, asume por ello, un carácter subsidiario de la atención médica.

Respecto a la demanda asistencial, en las sociedades de baja mortalidad, está determinada por los cambios orgánicos y psicológicos producidos en los individuos debido *envejecimiento* de la población y a la *cronificación del enfermo*. El *envejecimiento* de la población produce un aumento real de la población anciana, especialmente de *alto riesgo*, mientras que la cronificación incrementa el deterioro orgánico, motriz y psicológico así como la duración de los cuidados y tratamientos. Su medición es a través de la *pirámide de población, la esperanza de vida y de los indicadores años potenciales de vida perdidos, tasa de envejecimiento y tasas de dependencia, años de vida libre de enfermedad crónica, discapacidad y deficiencia*.

El mayor impacto de ambos factores –*envejecimiento y cronificación*– ha sido el cambio en la demanda de atención médica y social y en la formulación de las políticas de atención médico social y de prevención secundaria y terciaria. Ello, ha transformado el tradicional modelo médico, basado en el diagnóstico y tratamiento, en un modelo basado en la atención continuada al enfermo, especialmente en la atención primaria, como núcleo asistencial básico, que centraliza, a largo de la vida del paciente, la mayor parte de las actividades asistenciales y establece el enlace con la familia, la comunidad y los servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Martínez Navarro n.d.). Estos cambios en la estrategia médica son complementarios a los sobrevenidos por la políticas públicas redistributivas del Estado del Bienestar, en concreto el acceso generalizado de la población a los servicios asistenciales públicos, que requieren

formas eficientes de organización de la asistencia, lo que conlleva el fin de la medicina artesanal, basada en la relación directa médico-paciente como únicos agentes, y pasar a sistemas de gestión de la asistencia (introduciendo los modelos de gestión económica), que se configuran como agentes intermediarios entre los enfermos y los profesionales –médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos, etc.. La gestión territorial de los servicios de salud responde, en este esquema, al modelo de gestión empresarial, donde se aprecia no solo su carácter intermediario entre médico y paciente, sino su carácter dominante de la gestión en la atención médica.

La otra dimensión, la *connotación*, relaciona el estado de enfermo con su exposición al riesgo, o riesgos, acontecido en un tiempo pretérito, dándole significado causal, si se produce el cambio, esto es la enfermedad. Ésta es una relación asimétrica al haber, entre causa y efecto, un tiempo - de latencia o incubación- para su manifestación. En este caso, la enfermedad, es un suceso que ocurre en un instante temporal determinado, percibido como la manifestación final de un proceso causal, generado por una cadena de sucesos causalmente relacionados (Wartofsky 1981, 429). La cuestión estriba en si éste es solo una realidad biológica o es, también, una realidad social.

La dimensión biológica de la enfermedad, fortalecida por el desarrollo de la biología y la medicina en los siglos XVIII-XIX, hizo que se vinculase al conocimiento del estado normal del cuerpo humano (fisiología) la alteración patológica (entidad nosológica) y la especificidad etiológica. Para el mundo científico, la naturaleza era concebida causalmente ordenada y reducible a las construcciones de la física matemática (Wartofsky 1981) y la forma de obtener conocimiento con validez científica era a través de generalizaciones inducidas a partir de la experiencia<sup>2</sup>, lo que permitió identificar las regularidades y establecer predicciones, era el llamado positivismo espontáneo de los científicos (Kolakowsky 1988). Para ello, fue necesario, en primer lugar, que la causalidad fuese explicada como una necesidad de la razón, construida a partir del pensamiento racionalista de Galileo, Descartes y Spinoza, quienes identificaron la causa con la razón; y, en segundo lugar, considerar al espacio y al tiempo absolutos, como dimensiones en las que situar y ordenar los fenómenos

<sup>2</sup> Pero excluyó el estudio de la vida y de la sociedad humana de la posibilidad de aplicar el modelo causal, al producirse como finalidades y obedecer a normas finalistas.

observados, posibilitando el orden de sucesión de los fenómenos. Este modelo unilineal, basado en el modelo galileo-newtoniano, posibilitó la explicación causal, al considerar que entre la causa y el efecto se dan las condiciones para establecer una inferencia experimental, a partir de la presencia o ausencia de variables. Su combinación nos permite clasificarlas como causa necesaria y/o suficiente. Este modelo rechaza los datos no mesurables y no actuantes, es decir aquellos que no producen cambios. Su aplicación, dio carta científica a la epidemiología superando la teoría miasmática, cuya capacidad explicativa estaba agotada por las observaciones de tipo epidemiológico (Henle y Snow), inmunológico (Panum), etiológico (Budd y Koch) que la negaban. Son las anomalías del paradigma dominante de Kuhn (1979).

La identificación de los agentes etiológicos relacionados con las "nuevas" entidades clínicas, confirmaron hipótesis causales contrastadas experimentalmente, en aplicación del método experimental – observación y experimento- de Claude Bernard, que desarrolló en la fisiología<sup>3</sup>. Este modelo, cuyo resultado más paradigmático – para la salud pública- fue la formulación de los *Postulados de Koch* (1875), no solo sentó las bases científicas para la identificación de la etiología de las enfermedades, sino que permitió formular sobre una base científica moderna la *Teoría del Contagio*, que explicó la transmisión de la enfermedad infecciosa de acuerdo con el modelo unilineal y unicausal - *agente etiológico, reservorio, ambiente, huésped* proporcionando una *guía científica* explicativa para el control individual y comunitario de la enfermedad infecciosa, cerrando la discusión, que ocupó todo el siglo XIX, entre contagionistas y no contagionistas. La Teoría del Contagio proporcionó una base científica para la investigación epidemiológica basada en la identificación – directa o indirecta- del agente etiológico en cada uno de los eslabones de la cadena de transmisión, así como para su control, basada en la ruptura de la citada cadena mediante acciones sobre cada uno de sus eslabones. El modelo unicausal, no se ajustaba a la complejidad de la cadena causal y de los factores asociados a ella, por lo que se vio pronto limitado en su capacidad para explicar la producción de la enfermedad, tanto infecciosas y, sobre todo, las enfermedades no infecciosas o carenciales.

<sup>3</sup> Dando lugar, a mediados del siglo XIX, a la "higiene privada" como disciplina curricular de los estudios de medicina, donde la enfermedad era explicada en clave fisiopatológica

La física einsteniana aportó otra visión del tiempo-espacio, que dejó de ser absoluta, -es decir no son independientes tal y como lo entendía la física newtoniana- para ser relacional determinado por un suceso que acontezca en él. Esto se concreta (M. Bunge 1985, 717) en la existencia de *hechos u objetos concretos*, que son cosas que pertenecen a la realidad, y que podemos observar<sup>4</sup>, cuyas extensiones son: *acontecimiento o suceso* (algo que tiene lugar en el espacio-tiempo en un breve lapso) y *proceso* (secuencia ordenada de sucesos, en el que cada elemento determina el siguiente), percibiéndose el hecho como un fenómeno (o experiencia). De esta manera, se procede a la construcción causal de aquello que acontece en el tiempo-espacio, siempre que la unión de dos elementos produzca un cambio (*suceso causal*) y que en la cadena de sucesos éstos estén causalmente relacionados (*proceso causal*). Para Wartofsky (1981, 433), en la secuencia causal, la relación causa-efecto en función al tiempo se establece, entre otras condiciones, porque: (a) la relación causa-efecto es *asimétrica*, ello significa que hay una mínima distancia entre la causa y el efecto, (enfermedad, epidemia, etc.) percibiéndose un tiempo después del hecho causal, es decir hay una *transmisión causal*; (b) el proceso causal es, en relación al tiempo, direccional. Los criterios de causalidad establecidos por Hill<sup>5</sup> (1965) y Susser<sup>6</sup> (1988) recogen estas condiciones, además de la plausibilidad biológica de la hipótesis causal, la necesidad de establecer la relación causal en el mismo nivel de organización biológica y, ésta es la dificultad, enlazarlo con el siguiente nivel y jerarquizar los sucesos causales (M. Susser 1991).

En la década de 1960, Morris (1967) incorporó, como síntesis explicativa de la producción de la enfermedad, los conceptos de *estilo y de modo de vida* en la formulación de su modelo compuesto por la constitución genética, el ambiente y el comportamiento del individuo. Este modelo acepta la interdependencia entre la enfermedad y las variables sociales y económicas, aceptación que forma parte, por otro lado, de la tradición del pensamiento epidemiológico. En realidad, en Morris se expresó la síntesis de los conocimientos sobre la interrelación de los seres vivos y el ambiente;

---

4 La representación abstracta de esto es mediante un diagrama tridimensional - tiempo, espacio y suceso- en la que representamos "punto y líneas del universo de Minkowski"

5 Fuerza de la asociación, consistencia, especificidad, temporalidad, gradiente viológico, plausibilidad, coherencia, experimento y analogía.

6 Probabilidad, secuencia temporal, dirección: fuerza, especificidad, consistencia, eficacia predictiva y coherencia (teórica, factual, biológica y estadística)

de la variabilidad genética a partir de la distinción entre genotipo y fenotipo; y de los estilos de vida, utilizados en sociología como un concepto descriptivo o analítico de la estratificación social, con dos componentes interdependientes (Abel 1991), uno de elección individual, es el *componente conductual (life conduct)* y el otro definido como *condición estructural (life chances)*.

En este modelo, la genética ocupará el lugar que la microbiología tuvo en la teoría del contagio, dando plausibilidad biológica a la relación causal. La identificación de las variables asociadas a la enfermedad - determinantes, causas componentes, condiciones, etc.- se hará mediante la aplicación de los postulados inductivistas del empirismo-lógico, enunciados en los años 30 por el Circulo de Viena<sup>7</sup>, y las lógicas filosófica y estadística, para la aceptación o rechazo de la hipótesis causal. La discusión acerca de la validez de la inducción, tal como proponía el Circulo de Viena o la negación de esa capacidad por Popper y los falsacionistas, para quienes el método deductivo proporciona conocimiento científico, marcó el debate de la epidemiología de final de siglo. En este contexto, la incorporación de las leyes estadísticas significó aceptar, también, su significado causal (en coherencia con la plausibilidad biológica) como señala Wartofsky (1981, 397) "*la ley estadística actúa como una ley causal al caracterizar una distribución que en conjunto afecta a los sucesos individuales, como si la propia distribución fuese un suceso causal (complejo, pero singular) que interactuase con sus propios elementos*". Todo ello, sentó las bases para el desarrollo de la *epidemiología de riesgos*, que incorporó la visión probabilista de la relación causa-efecto, sustituyendo al determinismo implícito en los modelos epidemiológicos sobre enfermedades infecciosas, así como la escasa capacidad explicativa de la teoría del contagio en las enfermedades no transmisibles.

La estrategia de la Salud Pública, que se fundamentó en el modelo de Morris citado más arriba, sitúa al individuo como el objeto de la prevención, mediante estrategias biológicas (marcadores biológicos) y de estilos de vida (comportamiento), lo que se traduce por el desarrollo de actividades de atención médica - prevención, curación y rehabilitación- y de gestión de la atención al enfermo, aspectos que son considerados prioritarios. Y, en la evidencia científica aportada por la epidemiología y sus

<sup>7</sup> MacMahon, incorporó, en la epidemiología, los criterios inductivista de Stuart Mills como guía para la construcción e las hipótesis causales

constructos (*riesgo relativo, riesgo atribuible, odds ratio*) como medidas de asociación causal. Responden a estos criterios, las políticas de salud que se formulan desde la Organización Mundial de la Salud (Salud para Todos en el año 2000); la propuesta de los Campos de Salud de Lalonde, en Canadá; o las contenidas en la Nueva Salud Pública o en la Salud de la Nación, en el Reino Unido. En conjunto, la formulación, a partir de la década de 1980, de la Promoción de la Salud, sobre una concepción individual de la enfermedad, que la creciente participación de la población en las políticas sanitarias no han conseguido corregir.

Si aceptamos que la enfermedad es un proceso biológico integrado en un proceso social, estamos ante un proceso histórico-causal que se manifiesta como un objeto biológico, histórico y social. El carácter histórico del proceso significa totalidad, abstracción, estructura y esencia. Y el carácter social está determinado por la estructura de clases de la sociedad lo que produce una expresión de grupo, en función a la distribución desigual del riesgo según las clases sociales, y una expresión individual por la pertenencia de la persona a esa clase social, y al papel que éste tiene en el conjunto de la sociedad conformando todo ello estructuras de enfermar complejas y jerarquizadas. La función de la epidemiología es la reconstrucción de la cadena de sucesos causalmente relacionados y jerarquizados. La estrategia de la epidemiología, en este paradigma, es analizar los hechos a partir del suceso, ya que *"en la ciencia los acontecimientos desempeñan dos papeles: tomados como unidades en un nivel superior, se convierten en los objetos de análisis propio de un nivel inferior o más profundo"* (M. Bunge 1985, 718) y (b) la reconstrucción del proceso causal, a partir de mediaciones, que van desde el nivel de lo:

- a. *singular*, primera síntesis, caracterizando en agregados individuales los *estilos de vida*, estableciéndose las relaciones empíricas entre la enfermedad y sus riesgos;
- b. *particular*, segunda síntesis, caracterizando las *condiciones de vida* del grupo o clase social al que pertenece el enfermo o grupo de enfermos. Requiere el estudio del proceso histórico de conformación social y de la reproducción específica de las diferentes estructuras (urbana, trabajo, cultura, económica) relacionadas con el grupo ;

*Si aceptamos que la enfermedad es un proceso biológico integrado en un proceso social, estamos ante un proceso histórico-causal que se manifiesta como un objeto biológico, histórico y social*

*La función de la epidemiología es la reconstrucción de la cadena de sucesos causalmente relacionados y jerarquizados*

- c. *general*, tercera síntesis, es el *modo de vida* del conjunto de la sociedad, correspondiendo al proceso general de reproducción social.

de esta manera, la causalidad “no es un proceso unilineal de acciones y reacciones entre objetos sino una evolución intrínseca de la dinámica de los contrarios, debiendo percibir tras la apariencia de un objeto o conducta la presencia de fuerzas y elementos contradictorios”.

Para la salud pública la enfermedad es una manifestación de las contradicciones del desarrollo de una sociedad y su control está, por tanto, en función de la capacidad del sistema social para intervenir en las causas estructurales de la enfermedad – producidas en el proceso concreto de reproducción social- y no sólo en las biológicas, mediante la legislación, las políticas sociales y sanitarias, la eliminación de las desigualdades y el esfuerzo colectivo de la comunidad en la consecución de una sociedad saludables.

## 5. La práctica de la salud pública.

La salud pública, es reconocida de muy diversas formas - una ciencia, un conjunto de disciplinas científicas, una serie de técnicas, un sector político-técnico del estado, entre otras formulaciones- su ubicación, su práctica y su visibilidad por lo que difiere de unos países a otros. En su concreción, hemos de verla como una organización en continua evolución, en función a las características de cada formación social, determinando su grado de desarrollo y alcance, el hecho de que se den en ella:

- a. El reconocimiento de los derechos políticos de la población, especialmente el reconocimiento de la ciudadanía, los derechos laborales y otros que culminaron en el reconocimiento del derecho a la salud.
- b. El carácter social del Estado, su concreción en el Estado del Bienestar, reforzando su carácter redistribuidor de la renta, e incorporando la atención social y médica, así como garantizando un crecimiento educativo, urbano y ambiental sostenibles.

La salud pública, es reconocida de muy diversas formas - una ciencia, un conjunto de disciplinas científicas, una serie de técnicas, un sector político-técnico del estado, entre otras formulaciones- pero su ubicación, su práctica y su visibilidad difiere de unos países a otros

Por estas razones, su ubicación y su práctica corresponde a uno de los sectores político-técnico del Estado – es su responsabilidad-, que utiliza un saber científico y, preferentemente, técnico, dependiendo su capacidad de acción de las posibilidades y orientaciones de la acción de gobierno, así como de las condiciones socioeconómicas dominantes (Menéndez, 1992), siendo uno de los elementos estratégicos para la realización de las políticas sociales y sanitarias.

---

## 5.1. Salud Pública. Modelos

---

A través del proceso histórico descrito la salud pública ha mostrado un elevado grado de coherencia al responder a las necesidades de la población mediante la combinación del conocimiento científico y la acción de gobierno. Así mismo, al ser la enfermedad el eje conductor de su práctica, se han conformado dos modelos. En el primero, al dominar la *denotación*, -el daño-, su práctica se dirige prioritariamente, a las medidas de prevención de la enfermedad y a la gestión de la atención médica, es lo que se conoce como *modelo médico*. En el segundo, al dominar la *connotación*, -lo relacional- su práctica se centra en los procesos sociales de determinación de la enfermedad, es el *modelo social*. Estas son las principales características de ambas modelos de la práctica de la Salud Pública (Menéndez 1992):

*la salud pública ha mostrado un grado de coherencia al responder a las necesidades de la población mediante una combinación de conocimiento científico y acción de gobierno*

1. **Modelo médico**, es el dominante. Asume su cientificidad a través de lo biológico, al constituirse a partir de la enfermedad como entidad genérica natural y del sujeto como unidad de intervención. Esta orientación de su concepción y su práctica reduce lo colectivo a historia natural y/o a la suma de los individuos, por ello:
  - a. *Saber*, se constituye a partir del reconocimiento de la enfermedad/atención/prevención en términos de saber y organización técnica a partir de las ciencias médicas.
  - b. *Sector*, político-técnico que estuvo y está en manos de la práctica médica o de técnicos que asumen perspectivas médicas.
  - c. *Práctica*, se caracteriza por:

- i. aproximaciones metodológicas ahistóricas y asociales,
- ii. trabajar con conglomerados de sujetos y no en conjuntos sociales, tomando como marco de referencia los estilos de vida.
- iii. limita la capacidad de intervención sobre las condiciones estructurales de la enfermedad,
- iv. domina la lógica asistencial frente a la de salud pública incluyendo los principios – generalmente aceptados- de equidad, prevención y calidad.

2. **Modelo social**, es el emergente. El proceso salud/enfermedad es un complicado conjunto de condiciones creadas, en su mayoría, en cada formación social que determina los atributos – salud o enfermedad- de los individuos a través de su clase social.

- a. *Saber*, debe reconocer la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad y no meramente los biológicos.
- b. *Sector*, es un sector político-técnico que debe desarrollar sus intervenciones sobre conjuntos sociales con importantes desigualdades y conflictos de intereses, cuyas contradicciones generan la enfermedad como proceso colectivo.
- c. *Práctica*, se caracteriza por:
  - i. Intervenir técnicamente sobre los procesos socioculturales que afectan a la salud.
  - ii. Aplicar, también, metodologías histórico-causales,
  - iii. Actuar sobre las causas estructurales del proceso salud/enfermedad y no solo sobre sus consecuencias.
  - iv. Trabajar sobre colectivos sociales actuando, como marco de referencia de su práctica, sobre las condiciones de vida,

Cuadro 3

<b>Marco Biologista,</b>
Vinculada a la experiencia del enfermo - como ente que sufre la dolencia o el mal- y a las causa que lo produce. Se reduce a la dimensión biológica y busca restaurar la salud y corregir los problemas que ésta produce al enfermo y a su entorno inmediato.
<b>Marco Social,</b>
Es una respuesta biológica – y psicológica- históricamente determinada por el proceso de reproducción social. Su dimensión es social, dominando la situación de clase social y el lugar que éste ocupa en el conjunto de la sociedad. Por ello, la expresión individual está determinada por su pertenencia a un grupo social y al papel que éste tiene en el conjunto de la sociedad.

## 5.2. Orientación y niveles de intervención de la salud pública.

La práctica de la salud pública se caracteriza por el desarrollo de actividades orientadas a la población, aplicadas a través de los órganos de gobierno mediante medidas específicas para cada uno de los planos sociales:

1. *Individual*, es el punto de confluencia de las actividades de atención médica – curativa y preventiva- con las actividades orientadas a las modificaciones del comportamiento y a los estilos de vida. El individuo, como unidad de análisis e intervención, es el objeto de atención prioritario, y la atención primaria el espacio propio para la aplicación de:
  - a. Cuidados y atención médica, preventiva y curativa.
  - b. Servicios personales a grupos vulnerables.
2. *Comunitaria*, es el punto de confluencia de las actividades de promoción y protección de la salud y su enlace con la atención primaria, así como con otros servicios comunitarios.

Requiere el desarrollo de acciones interdepartamentales, con especial énfasis en los gobiernos locales. La población y sus clases sociales son el objeto de estudio, y el espacio de aplicación son las áreas de salud, con la finalidad de aplicar actividades dirigidas a:

- a. Servicios de salud no personales (vigilancia en salud pública, sanidad ambiental, intervención comunitaria, etc.)
- b. La población como nivel específico de análisis y de intervención.
- c. La coordinación interdepartamental, como forma de introducir la salud en todas las políticas.
- d. La participación de la población, a través de los gobiernos locales, sindicatos, asociaciones de vecinos, etc. *Global*, para el conjunto de la sociedad. La complejidad de la intervención implica la coordinación de los diferentes departamentos de la administración pública, con la *finalidad de formular, aprobar e implementar* las políticas de salud; legislar; establecer sistemas de la salud de la población y evaluar las intervenciones sanitarias. En cualquier caso estos son los productos de la intervención sanitaria:
- e. Regulación y legislación para controlar los problemas de salud de la población.
- f. Formular, presupuestar y desarrollar las políticas de salud.
- g. Planificar acciones seleccionadas.
- h. Investigación, desarrollo e innovación.
- i. tasas y subsidios.
- j. información, educación y comunicación.

Pero, la práctica de la salud pública es un espacio de contradicciones y tensiones entre los niveles descritos, no sólo por la dialéctica entre intervenciones de base individual o comunitaria, sino por la distinta percepción de los problemas de salud, especialmente,

en la elección de las prioridades de intervención. Los criterios de prioridad son diferentes según el nivel de aplicación, así como en relación a las prioridades generales de gobierno. En el marco de la administración las tensiones más evidentes se generan en la relación cotidiana entre los niveles técnico y de decisión. Éste es un problema de enorme importancia, siendo los principales puntos de conflicto, según Frenk (1992): *la priorización de la intervención; la percepción distorsionada por parte del nivel de decisión acerca del conocimiento producido; las diferencias reales entre tiempo político y tiempo científico; el uso del lenguaje y accesibilidad a los resultados; la percepción diferente sobre el producto final - para el científico es un fin en sí mismo, para el decisor debe de formar parte de una decisión-; y, por último, la integración de los resultados - el decisor requiere una información integrada que le permita tomar decisiones, el científico los desagrega.*

---

### **5.3. Las funciones esenciales de la salud pública**

---

Existe un consenso, más o menos generalizado, acerca de que las funciones propias de los servicios de salud pública; de que ésta es un componente de la administración del Estado; y de que sus intervenciones forman parte de las acciones de gobierno. La Organización Panamericana de la Salud (OPS 2002) ha identificado 11 funciones esenciales:

- 1. seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud en la población;*
- 2. vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública;*
- 3. promoción de la salud;*
- 4. participación de los ciudadanos en la salud;*
- 5. desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública;*
- 6. fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública;*
- 7. evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;*

8. *desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública;*
9. *garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivos;*
10. *investigación esencial para el desarrollo y la aplicación de soluciones innovadoras en salud pública;*
11. *reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud.*

*Éstas han sido recogidas en España, tanto en nuestra legislación como por la comunidad científicas. Así tenemos:*

1. Desarrollo legislativo:

- a. *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional (16/2003), identifica un conjunto de 8 funciones y prácticas que se ofrecen a la población desde los servicios del Sistema Nacional de Salud (cartera de servicios): información y vigilancia epidemiológica; promoción de la salud; protección de la salud; prevención de las enfermedades y de las deficiencias; vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la administración sanitaria competente; promoción y protección de la sanidad ambiental; promoción y protección de la salud laboral; promoción de la seguridad alimentaria.*
  - b. *Ley general de salud pública (33/2011), considera que las funciones de la salud pública son: vigilancia en salud pública; promoción de la salud; prevención de los problemas de salud pública y sus determinantes; prevención de enfermedades; gestión sanitaria; protección de la salud de la población; salud laboral; evaluación del impacto en salud; sanidad exterior; sistemas de información sanitaria; y planificación y coordinación; investigación.*
2. Comunidad científica: las sociedades científicas de nuestro país, concretamente las de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), Epidemiología (SEE), Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) y Medicina Preventiva

y Salud Pública (SEMP SAP), elaboraron una propuesta de competencias, recogidas en el denominado *Consenso de Maó sobre Competencias Profesionales en Salud Pública (2001 -02)*, como una respuesta a la crisis de la salud pública, mostrando su interés en consensuar las funciones y conocimientos necesarios para el buen hacer en la práctica de la salud pública *“conscientes de su papel en la institucionalización de la salud pública en España y de la necesidad de incrementar la credibilidad de los profesionales de salud pública ante la sociedad”*, donde se recogen las siguientes funciones:

- a. *“Valorar las necesidades de salud de la población, lo que significa comprender y medir los determinantes y los problemas de la salud y del bienestar de las poblaciones humanas en su contexto social, político y ecológico*
- b. *“Desarrollar las políticas de salud, lo que significa contribuir a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud*
- c. *“Garantizar la prestación de servicios sanitarios, lo que significa proporcionar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiariedad, seguridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios de salud”.*

Todas las funciones indicadas son coincidentes tanto con la propuesta de las once funciones básicas de la Organización Panamericana de la salud, como de otros organismos internacionales. En su conjunto, responden al paradigma dominante – modelo médico- siendo las funciones formuladas una mezcla de los conocimientos científicos, obtenidos a través de las disciplinas científicas que componen las áreas de conocimiento de la salud pública, y del dominio de las estrategias de intervención médica, frente a las sociales, subordinadas al considerar a la enfermedad como de un hecho biológico.

---

#### **5.4. Las áreas de conocimiento.**

---

La salud pública, tal como hemos visto, no es un cuerpo científico cerrado, sino que reúne a un conjunto de disciplinas científicas, que tienen una dimensión académica y una dimensión práctica, lo que da una variabilidad de formas de aproximación a la salud pública: marco conceptual, competencial, áreas de conocimiento;

etc.. Todas ellas, indican que nos encontramos ante una actividad profesional basada en principios científicos e instrumentales. En este contexto, la salud pública no es, por tanto, un cuerpo científico cerrado sino un conjunto de disciplinas científicas que tienen una dimensión académica y una dimensión práctica.

Sus **áreas de conocimiento** clásicas son: *biestadística; epidemiología; administración de servicios sanitarios; planificación y gestión en salud pública; promoción de la salud; ciencias del comportamiento y educación para la salud; protección de la salud (salud ambiental y laboral); y, medicina preventiva*. Pero, los nuevos desarrollos teóricos y metodológicos; la introducción de conceptos como “*contrato*” o “*participación*” en alguna de las definiciones ya citadas; y los nuevos marcos políticos, como el estado de bienestar, derecho a la salud como expresión de ciudadanía, etc.; tienen su respuesta en la progresiva incorporación en las escuelas de salud pública de nuevas disciplinas, de acuerdo a las recomendaciones realizadas por:

- a. la Public Health Faculty/Agency Forum (Potter, et al. 2000) que identifica 6 disciplinas a incorporar en los programas de formación: *análisis, comunicación, política sanitaria y planificación de programas, cultura, ciencias básicas y financiación y gestión*, desarrollando cada disciplina un conjunto de 39 competencias “universales”.
- b. El Institute of Medicine de los EE.UU, en su 2º informe *Who Will Sep the Public Healthy?*, incluye 8 nuevas áreas necesarias para el desarrollo del paradigma ecológico: *comunicación, investigación comunitaria participativa, competencia cultural, ética, genómica, salud global, informática y legislación*.

Pero, el desarrollo de las diferentes áreas de conocimiento de la salud pública ha sido espectacular desde mediados del siglo pasado. Esto ha hecho, que cada una de sus áreas haya asumido un nivel creciente de autonomía respecto a la salud pública, de manera que su reconocimiento se hace en función a la visión de cada una de las áreas. Ello puede entrañar el riesgo de una pérdida del objetivo de la salud pública, en conjunto, a favor del área específica.

Cuadro 4

Estados Unidos de América	Unión Europea	España
Bioestadística	Bioestadística	Bioestadística
Epidemiología	Epidemiología	Epidemiología
Administración Servicios Sanitarios	Políticas de Salud y Gestión	Administración de Servicios Sanitarios
Práctica de la Salud Pública y Gestión de Programas		Promoción de la Salud y Educación Sanitaria
Ciencias del Comportamiento y Educación para la Salud	Promoción de la Salud	Gestión de Programas
Nutrición		Nutrición
Medicina Preventiva		Medicina Preventiva
Salud Ambiental	Salud Ambiental	Salud Ambiental
Salud Ocupacional	Salud Ocupacional	Salud Ocupacional
Laboratorio		
Toxicología		
	Teoría de la Salud Pública	Teoría de la Salud Pública
		Seguridad Alimentaria

*La salud pública no es patrimonio profesional de nadie, es como hemos visto una actividad colectiva, en la que la producción de conocimiento y la intervención es responsabilidad de "muchas categorías profesionales y ocupacionales, distribuidas a lo largo y ancho de la estructura del sistema"*

### 5.5. El ejercicio profesional y sus competencias.

La salud pública no es patrimonio profesional de nadie, es como hemos visto una actividad colectiva, en la que la producción de conocimiento y la intervención es responsabilidad de "muchas categorías profesionales y ocupacionales, distribuidas a lo largo y ancho de la estructura del sistema" (OPS). Sin embargo, la

hegemonía del paradigma biomédico hace de los médicos la profesión hegemónica, a pesar del contexto multiprofesional en el que se mueve y de la evidencia de que las áreas de conocimiento de la salud pública y las nuevas competencias tienen un contenido que no se obtiene en su mayoría en los estudios específicos de medicina. Este carácter multiprofesional y el hecho de que su práctica adquiriría cada vez mayor autonomía respecto a la medicina fue expresado frecuentemente desde principios del pasado siglo (Potter, et al. 2000):

- a. Rosenau (1915) manifiesta que la complejidad creciente de la formación en salud pública fue debida a la progresiva incorporación de disciplinas como la medicina preventiva, la ingeniería sanitaria, la estadística vital, la epidemiología, la higiene industrial, etc., y su progresiva separación de la medicina, concluyendo *“se reconoce lentamente que la formación recibida por un MD, siempre en nuestras mejores escuelas, no es adecuada para trabajar. La sanidad o Higiene se está convirtiendo en una profesión separada [de la medicina]”*.
- b. Winslow la consideraba como *“una profesión dedicada al servicio de la comunidad lo que implica el esfuerzo cooperativo de una docena de diferentes disciplinas. El hecho de que los médicos, dentistas, enfermeras, ingenieros, educadores, microbiólogos, estadísticos y nutricionistas estén juntos en nuestras escuelas es de incalculable valor”*.

En España, el marco formativo es insuficiente para la formación de los cuadros profesionales interesados en la salud pública. Nuestra legislación mantiene una visión reducida de las profesiones dedicadas a este ámbito, que tradicionalmente se reconocía por su ingreso en la función pública, en los llamados cuerpos de sanitarios tales como de la Sanidad Nacional, de la Inspección de los servicios sanitarios del INSALUD, o de los servicios municipales y de las diputaciones, necesitando una posterior formación especializada para los funcionarios. Esta situación ha cambiado, al regularse tanto la ordenación profesional del sector – ley de ordenación de las profesiones sanitarias- como la formación específica de los médicos por el sistema de residencia (especialista en medicina preventiva y salud pública), ahora anterior a la entrada al mercado de trabajo. Sin embargo, a efectos laborales no existe la consideración de

que son profesionales de la salud pública todas aquellas personas que están trabajando en unidades administrativas y técnicas de salud pública. Es evidente la necesidad de definir las profesiones integradas en su ámbito laboral, identificando tanto aquellas que conforman el núcleo de la misma como aquellas otras que realizan actividades de soporte de la salud pública.

Cuadro 5

### Competencias profesionales

- **Básica**  
 “proporciona la comprensión fundamental de lo que es y para qué es la salud pública”. Deben dominarla todos los trabajadores de salud pública
- **Transversal**  
 “aporta conocimientos generales y específicos, aptitudes y destrezas en áreas que permitan el desempeño de una o más funciones”. Deben dominarla varias categorías de profesionales y técnicos
- **Técnica**  
 “proporciona conocimientos técnicos, aptitudes y destrezas necesarias para desempeñarse en el cumplimiento de una función especial, programa o área determinada de aplicación”

OPS, 2002: La salud pública en las Américas

OPS (2002)	Documento Consenso Maó (2003)
Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud en la población	Valorar las necesidades de salud de la población, lo que significa comprender y medir los determinantes y los problemas de la salud y del bienestar de las poblaciones humanas en su contexto social, político y ecológico
Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública	
Promoción de la salud	Desarrollar las políticas de salud, lo que significa contribuir a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud
Participación de los ciudadanos en la salud	
Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	
Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública	Garantizar la prestación de servicios sanitarios, lo que significa proporcionar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiariedad, seguridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios de salud.
Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	
Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	
Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivos	
Investigación esencial para el desarrollo y la aplicación de soluciones innovadoras en salud pública	

Este debate sobre las profesiones integradas en la salud pública ha ido dando paso a otro más objetivo, al centrarse no en las titulaciones necesarias para trabajar en estos servicios sino en las competencias que deben tener los profesionales que en ellos trabajan. Es decir, lo importante es la capacidad de resolver la complejidad y diversidad de los problemas que atiende la salud pública, considerando, no solo, el conocimiento de las áreas de sus disciplinas científicas, así como de las competencias y habilidades exigibles a los profesionales

Este debate sobre las profesiones integradas en la salud pública ha ido dando paso a otro más objetivo, al centrarse no en las titulaciones necesarias para trabajar en estos servicios sino en las competencias que deben tener los profesionales que en ellos trabajan. Es decir, lo importante es la capacidad de resolver la complejidad y diversidad de los problemas que atiende la salud pública, considerando, no solo, el conocimiento de las áreas de sus disciplinas científicas, así como de las competencias y habilidades exigibles a los profesionales, así:

- a. El documento de consenso de Maó, ya citado<sup>8</sup>, planteaba que su objetivo es *“identificar las competencias nucleares que debe poseer todo profesional de salud pública, independientemente del ámbito donde desarrolle su actividad profesional (administración, hospital, área de salud, universidad, empresa, etc..) y de la actividad que desarrolle (vigilancia, gestión, protección, promoción, docencia, investigación, etc..), considerando que la formación de los profesionales sanitarios está excesivamente centrada en las actitudes y no en las aptitudes, definiendo al profesional como “orientado a la consecución de los objetivos, sea capaz de persuadir y convencer, tenga iniciativa, desarrolle un pensamiento conceptual y analítico, mantenga un grado elevado de autoconfianza y tenga una notable capacidad de comprensión interpersonal y para cooperar y trabajar en equipo”.*
- b. La Agencia de salud pública de Canadá (2008), considera que el núcleo central de las competencias del personal adscritos a los servicios de salud pública son las siguientes: *“análisis y asesoramiento sobre los problemas de salud; programación, planificación, implementación y evaluación de las acciones en salud pública; capacidad para establecer relaciones interinstitucionales, comunicación, etc.”.*
- c. Y, por último, y sin ser exhaustivo, la administración sanitaria del Reino Unido (Public Health Development 2010) considera como competencias específicas de la salud pública *“monitorizar la salud de la población e identificar sus necesidades; desarrollar programas para reducir riesgos y programas de cribado en la población; control de las enfermedades transmisibles; promoción de la salud; etc.”*

<sup>8</sup> El Documento de Consenso sobre Competencias en salud Pública, elaborado en Maó (Menorca)

## Conclusiones

La construcción de la salud pública es, pues, un proceso complejo caracterizado por las orientaciones, tensiones y variaciones que se manifiesta en las formas históricas que asume la reproducción social en cada formación social y que se manifiesta en:

- a) el reconocimiento de la ciudadanía, como valor político y legal del individuo, en una sociedad más democrática y equitativa, garantizando su derecho a la salud;
- b) el desarrollo de las instituciones sociales, científicas, políticas y sindicales que participan en el proceso de organización y orientación de los servicios públicos;
- c) el desarrollo de las formas de participación social en el proceso de toma de decisiones, lo que exige la progresiva socialización del conocimiento científico - sustituyendo a las creencias populares- y proporcionar racionalidad a las políticas sanitarias.

y es que la salud pública es un componente básico del estado, especialmente del Estado de Bienestar, el cual considera a la salud como un derecho de los ciudadanos y al conocimiento científico como un bien social, debiendo dotarse de capacidad para aplicar, en beneficio de la comunidad, los conocimientos científicos en las políticas y estrategias sociales y de salud.

Cuadro 6

La construcción de la salud pública es, pues, un proceso complejo caracterizado por las orientaciones, tensiones y variaciones que se manifiesta en las formas históricas que asume la reproducción social en cada formación social y que se manifiesta en:

a) el reconocimiento de la ciudadanía, como valor político y legal del individuo, en una sociedad más democrática y equitativa, garantizando su derecho a la salud;

b) el desarrollo de las instituciones sociales, científicas, políticas y sindicales que participan en el proceso de organización y orientación de los servicios públicos;

c) el desarrollo de las formas de participación social en el proceso de toma de decisiones, lo que exige la progresiva socialización del conocimiento científico- sustituyendo a las creencias populares- y proporcionar racionalidad a las políticas sanitarias.

y es que la salud pública es un componente básico del estado, especialmente del Estado de Bienestar, el cual considera a la salud como un derecho de los ciudadanos y al conocimiento científico como un bien social, debiendo dotarse de capacidad para aplicar, en beneficio de la comunidad, los conocimientos científicos en las políticas y estrategias sociales y de salud.

## Referencias bibliográficas

1. Abel, Th. «Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings.» *Soc.Sci.Med.* 32, nº 8 (1991): 899-908.
2. Beltrán, Miguel. *La realidad social*. Madrid: Tecnos, 1991.
3. Bottasso, Franco, Mario Desideri, y Pietro Santacroce. «Modello informativo del sistema.» En *La politica dell'informazione nel sistema socio-sanitario. ipotesi teoriche e sperimentazione*, de VV.AA. Florencia: Le Monnier, 1979.
4. Buck, Carol. «Popper's Philosophy for Epidemiologists.» *International J. Epidemiology* 4, nº 3 (1975): 159-167.
5. Bunge, M. *Epistemología*. Barcelona: Ariel methodos, 1980.
6. Bunge, Mario. *La investigación científica*. 2ª edición. Barcelona: Ariel, 1985.
7. Canguilhem, George. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina editores, 1971.
8. Detels, Roger, y Breslow. En *Oxford Textbook of Public Health*, editado por Roger Detels, Robert Beaglehole, Mary Ann Lansang y Martin Gulliford. Oxford University Press, 2005.
9. Engelhardt, H. Tristram. «The Concepts of Health and Disease.» En *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary perspectives*, editado por Arthur L. Caplan, H. Tristram Engelhardt y James J. McCartney. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1981.
10. Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*. 3ª edición. Traducido por Francisca Perujo. México: Siglo XXI editores, 1977.
11. Frenk, J. «La nueva salud pública.» En *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, editado por Organización Panamericana de la salud. Washington: Organización Panamericana de la salud, 1992.
12. Gebhardt, B. «La "Soziale Pathologie" de Alfred Grothjan y su influencia en la medicina social inglesa y norteamericana.» En *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*, de E. Lesky. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo, 1984.
13. Haglund, Bo J.A. *A cross-sectional study as a tool for the community diagnosis process with special reference to cardiovascular risk factors*. Estocolmo: Almqvist&Wiksell International, 1985.

14. Hill, A.B. «The Environment and Disease: Association or Causation?» *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 58 (1965): 295-300.
15. Kolakowsky, Leszek. *La filosofía positivista. Ciencia y filosofía*. Madrid: Cátedra, 1988.
16. Kuhn, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. 1ª edición. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.
17. Last, John M. «A Dictionary of Epidemiology.» Editado por *International Epidemiological Association*. (Oxford University Press) 1983.
18. Lesky, E. «Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía, 1790).» En *Medicina Social. Ensayos y testimonios históricos*, editado por E. Lesky, traducido por José María López Piñero. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
19. —. *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
20. Mahner, M, y M Bunge. *Fundamentos de Biofilosofía*. México: Siglos XXI editores, 2000.
21. Martínez Navarro, Ferran. «Atención primaria.» *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1982,56:907-921.
22. —. «Epidemiología Social.» *III Encuentro Marcelino Pascua*. València, 1993.
23. Menéndez, E. L. «Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible.» En *La crisis de la salud pública: reflexiones paea el debate*, editado por Organización Panamericana de la salud. Washington: Organización Panamericana de la salud, 1992.
24. Morris, J. N. *Uses of Epidemiology*. 1967.
25. OPS. *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington: OPS, 2002.
26. Potter, M. A., Ch. L. Pistella, Cl. Fertman, y V. M. Dato. «Needs assessment and a Model Agenda for Training the Public Health Workforce.» *Am. J. Publ. Health* 90 (2000): 1294-96.
27. *Public Health Agency of Canada*. «Core competencies for public health in Canada.» 2008. [www.phac.gc.ca](http://www.phac.gc.ca).

28. *Public Health Development. Review of the Regulation of Public Health Professionals DH/public Health. Public Health Development, 2010.*
29. Rosen, G. «Análisis histórico del concepto de medicina social.» En *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, editado por E Lesky. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo, 1984.
30. Rosen, G. «El Cameralismo y el concepto de policía médica.» En *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*, editado por E Lesky. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo, 1984.
31. Rosen, G. *A history of Public Health. 2ª edición.* Baltimore: The John Hopkins University Press, 1993.
32. Rotman. *Causal Inference.* Massachusetts: Epidemiology Resources, 1988.
33. Samaja, Juan. *Epistemología de la salud. reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* Buenos Aires: Lugar editorial, 2004.
34. SEE-SESPAS. «Competencias en Salud Pública. Consenso de Maó.» Maó, 2002.
35. Susser, Mervin. «Falsification, Verification and Causal Inference in Epidemiology: Reconsideration in the Light of Sir Karl Popper's Philosophy.» En *Causal Inference*, editado por Kenneth J. Rothman. Massachusetts: Epidemiology Resources Inc., 1988.
36. Susser, Mervyn. *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud.* Traducido por Antonio Garst. México: Fondo de cultura económica, 1991.
37. VVAA. *Las competencias profesionales en salud pública. Documento de Consenso.* .
38. Wartofsky, Marx W. *Introducción a la filosofía de la ciencia. 3ª edición.* Madrid: Alianza Universidad, 1981.
39. Winslow, C.-E A. «The Untilled Fields of Public Health.» *Science LI*, nº 8 (1920): 23-37.
40. Young, R. «Lysenkoismo.» En *Diccionario del pensamiento marxista*, de T. Bottomore. Madrid: Tecnos, 1984.