

LA SALUD COLECTIVA Y LOS DESAFÍOS DE LA PRACTICA

Jairnilson Silva Paim

Las formas en que las sociedades identifican sus problemas de salud, buscan su explicación y se organizan para enfrentarlos varían históricamente y dependen de factores determinantes estructurales económicos, políticos e ideológicos. En ese sentido, el campo de la salud pública, que viene evolucionando desde el paso del feudalismo al capitalismo, y especialmente desde la revolución industrial recibe la influencia de esos factores determinantes sociales y sufre transformaciones en función de nuevas relaciones entre la sociedad y el Estado, particularmente en lo que atañe a la manera de reaccionar frente a los problemas de salud de los individuos y de la población.

Si por salud pública se entiende una práctica social que, por lo tanto, no está exenta de la influencia de la estructura social, resulta difícil examinarla desde un punto de vista general como algo que se extiende en forma uniforme y universal en los distintos países. En vista de que la salud pública, como práctica, está vinculada al conjunto de las prácticas que componen la estructura, se comprende que cada formación social engendre su propia salud pública. Esto aunque lo haga en los marcos generales de las relaciones internacionales a los cuales está sometida y según la dinámica interna de las relaciones sociales predominantes en un contexto particular.

Estas reflexiones iniciales son necesarias no solo para subrayar el carácter histórico y estructural de la salud pública, como campo del saber y de la práctica, sino especialmente para presentar un enfoque que no se someta en forma acrítica al modelo de salud pública institucionalizado en los países desarrollados. Dicho modelo; partidario del liberalismo económico según el cual la acción estatal tendría un carácter supletorio de

aquello (y solamente de aquello) que el individuo y la iniciativa privada no fuesen capaces de hacer, reserva las medidas sanitarias consideradas de alcance colectivo a la esfera del Estado, mientras que las dirigidas a los individuos quedan comprendidas en el ámbito de la medicina privada. El sometimiento a tal ideología podría perjudicar teóricamente el análisis y, en la práctica, comprometería la lucha contra los graves y complejos problemas de salud del continente. Esto no significa suponer que el Estado por sí solo sea capaz de responder en forma efectiva a los problemas. La índole y las formas de la intervención estatal en el campo de la salud varían y es justamente sobre la base de la comprensión de las nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad que se puede examinar la situación actual y las tendencias de la salud pública en los países de la Región.

En ese contexto, por salud pública se entenderá básicamente el "*campo de prácticas*". Nos interesa pues un conjunto de prácticas cuyo objeto lo constituyen las necesidades sociales de salud^{2,5} independientemente del tipo de profesional o de organización. En ese sentido, se recurre en forma preliminar a la propia denominación del campo: *salud pública*, o sea, la atención a la salud del público⁴. Por lo tanto, nada que se refiera a la salud del público puede ser ajeno a este campo.

La preocupación por la salud pública, a pesar de las variaciones conceptuales, ha llevado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a fomentar distintas iniciativas y coordinar diversos esfuerzos en la Región de las Américas, entre los cuales se destaca el análisis de áreas críticas: formulación de políticas, economía y financiamiento del sector, sistemas de información y desarrollo de la epidemiología, desarrollo tecnológico, servicios de salud y recursos humanos^{3,6}.

Al referirse a los problemas relacionados con la práctica de la salud pública, Ferreira⁷ destaca la necesidad de reexaminar el objeto de la

*Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía. Investigador I-B del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

formación frente a la perspectiva de la conjunción del nuevo saber y la nueva práctica. Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud de 1988, el autor enumera los propósitos del desarrollo de dirigentes en el campo de la salud:

- garantizar para la salud una posición destacada en el contexto del desarrollo social;
- promover la práctica de la epidemiología integral;
- conseguir que los servicios de salud extiendan la cobertura a toda la población;
- avanzar en la comprensión de las relaciones entre economía y salud;
- establecer una relación más adecuada entre formación profesional y mercado de trabajo; y
- racionalizar el desarrollo y la utilización de tecnologías en salud y garantizar una mejor calidad de la atención⁷.

El alcance de estos propósitos indica que los desafíos para la salud pública en el presente y en el futuro no se limitan al profesional de salud pública ni al campo institucionalizado tal como se conoce en muchos países. Tales desafíos se extienden a toda la organización social, desde la producción, distribución y consumo de bienes y servicios hasta las formas de organización del Estado y sus aparatos en sus relaciones con la sociedad, incluida su cultura. El propósito de este artículo es analizar algunos conceptos y propuestas que permitan evaluar la situación actual y ciertas tendencias de la salud pública, especialmente en la Región de las Américas.

MEDIDAS DE SALUD PUBLICA: FACTORES ESTRUCTURALES DETERMINANTES Y ANÁLISIS CRÍTICO

Las medidas de salud pública, desde su origen en la transición del feudalismo al capitalismo, están vinculadas a dos elementos persistentes: participación estatal y preocupación por lo colectivo. En realidad, tras las intervenciones consideradas técnicas, encaminadas al mantenimiento de la salud de la colectividad, la salud pública expresa una tensión entre el Estado y la sociedad, entre las libertades individuales y las responsabilidades colectivas, y entre los intereses privados y públicos. La extensión y profundidad de dichas intervenciones depende de la dinámica de cada sociedad, sobre todo teniendo en cuenta sus vínculos concretos con las instancias económicas, políticas e ideológicas.

Los estudios de Foucault²⁹ sobre la medicina del Estado, la medicina del espacio urbano y la medicina laboral como formas históricas de intervención en la salud de la colectividad ilustran distintos órdenes de determinación de las medidas de salud pública en formaciones sociales. Del mismo modo, los trabajos de Rosen¹⁶ sobre la salud pública en Europa, y en los Estados Unidos los estudios de García⁵⁰ con respecto a la intervención estatal en el campo de la salud en América Latina de 1880 a 1930 y las investigaciones realizadas en Brasil sobre la salud durante la Vieja República⁵¹ señalan los factores determinantes económicos, políticos e ideológicos capaces de explicar las medidas de salud pública adoptadas en dichos contextos.

Por consiguiente, no es la simple existencia de un problema de salud en el ámbito de la colectividad lo que lo convierte en objeto privilegiado de las medidas de salud pública. Tales medidas dependen de una determinada lectura de la realidad sanitaria efectuada por el Estado por medio de sus aparatos y funcionarios, teniendo en cuenta las repercusiones económicas del problema, las presiones políticas en el sentido de enfrentarlo y las percepciones manifiestas en la sociedad, ya sea sobre la existencia del problema o sobre su superación. En ese sentido, el análisis

supone un marco teórico de referencia capaz de orientar la comprensión de las relaciones entre el Estado y la sociedad en las formaciones sociales en que predomina el modo de producción capitalista.

Las medidas de salud pública durante el surgimiento del capitalismo se centraban en el control demográfico (fomento de la natalidad, y registro y cuantificación de las muertes y nacimientos), la elaboración de leyes y la fiscalización por medio de la policía sanitaria, y la realización de obras públicas de urbanización y saneamiento^{16,29}. Tras la llamada "era bacteriológica", tales medidas se dirigieron contra los agentes (desinfección, inmunización, etc.) y contra los vectores (lucha contra los mosquitos). Cada conocimiento adquirido en el campo de las enfermedades infecciosas y parasitarias representaba para la salud pública una exigencia y una posibilidad de intervención técnica⁵⁵. Este modelo operativo de práctica de salud⁵⁶ demostró cierta eficacia justamente en una época en que la medicina individual (privada o filantrópica) tenía poco que ofrecer para la protección y recuperación de la salud de la población.

En los países capitalistas, el desarrollo alcanzado por la medicina clínica y la cirugía durante el siglo actual, vinculado a todo un complejo médico-industrial volcado a la producción y el consumo de medicamentos y equipo, permitió establecer nuevos nexos entre la medicina individual y los determinantes económicos, políticos e ideológicos. A la vez restringió las medidas de salud pública al control de enfermedades específicas, la atención de grupos especiales (salud materno-infantil) y la asistencia a la población no amparada por el seguro social y carente de recursos para sufragar los gastos de los servicios médico-hospitalarios. En consecuencia, "durante las primeras décadas de este siglo, la salud pública se presenta como la acción de mayor vitalidad, mientras que la atención médica predomina únicamente a partir de 1940"³.

La dicotomía entre medidas curativas y preventivas, prevalente en los países que organizaron los servicios de salud conforme a la lógica del mercado^{37,5*}, encontró respuestas distintas en las sociedades que organizaron sistemas nacionales de carácter universal e igualitario^{9,8*}. En las sociedades que optaron por la socialdemocracia o por el socialismo fue posible redimensionar el concepto y la práctica de la salud pública, orientán-

dola hacia el carácter integral de la atención, la racionalización de los procedimientos y la complementariedad de las medidas de carácter individual y colectivo. En ese contexto, la salud pública puede entenderse como salud del público, salud de todos, salud para todos, incluso antes del año 2000.

En América Latina, la crisis de la salud, como parte de la crisis social, generó contradicciones diversas. Estas propiciaron la evolución de un pensamiento crítico relativo al fenómeno salud/enfermedad en las poblaciones como proceso social^{40-41,42} y a las prácticas de salud desde el punto de vista de su vínculo con las demás prácticas sociales^{43,44}.

Cuando se reconoce la salud-enfermedad como proceso social y se trata de incorporar la dimensión social e histórica de los individuos en la colectividad, eso no significa dejar de lado la dimensión biológica de esos individuos como materia integrante de la naturaleza, ni pasar por alto los elementos físicos, bioquímicos y moleculares de ciertas patologías. Tal como explica Castellanos²⁴,

Esta complejidad de la naturaleza se expresa en fenómenos, en cada uno de los cuales, de una manera u otra, están presentes los procesos físicos, químicos, biológicos y sociales (...) no es comprensible que la conformación de la mano, del cerebro o de todo el cuerpo de cada hombre este subordinada a los procesos sociales que lo rodean en la actualidad, a menos que se reconstruyan los procesos que hicieron posible el surgimiento tanto de las características biológicas como de los procesos sociales peculiares del hombre contemporáneo. De la misma manera, no es posible comprender correctamente la relación entre los procesos biológicos y sociales frente a un fenómeno de salud y enfermedad concreto si no se reconstruye la existencia del mismo y sus manifestaciones biológicas y sociales. Esos procesos están contenidos en el complejo movimiento de reproducción de los individuos y sus diferentes formas de organización social (grupos, clases, formaciones económico-sociales).

REDIMENSIONAMIENTO TEÓRICO DE LA SALUD PÚBLICA: ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

Como ya se dijo, la salud pública, como campo del saber y de intervención sobre la reali-

dad de la salud, trajo aparejados desde su origen y desarrollo histórico dos elementos relativamente persistentes: la atención a lo colectivo, si bien con una conceptualización insuficiente, y la vinculación al Estado, supuestamente representante de los intereses generales de la sociedad. Si se ponen de relieve únicamente esos elementos, se pueden admitir tantos conceptos de salud pública cuantos conceptos existan sobre lo colectivo/social.

Los distintos movimientos de reforma en el campo de la salud que marcaron la historia de los países occidentales (el sanitarismo inglés, la medicina social de Francia y Alemania, la higiene en Europa, la medicina preventiva, comunitaria y familiar en los Estados Unidos y en América Latina)^{13, 4M8} trajeron aparejados conceptos de salud y sociedad que requerían bien la contención o bien la ampliación de la participación del Estado en la promoción, protección y recuperación de la salud. Por ser movimientos ideológicos, sustentaban conceptos de salud/enfermedad y de sus factores determinantes, e ideas acerca de las relaciones del Estado y sus aparatos con la sociedad, aunque no siempre las hacían explícitas. Es relativamente reciente el trabajo teórico encaminado a delimitar el componente ideológico contenido en esos discursos y en las prácticas correspondientes y a obtener conocimientos científicos capaces de fundamentar mejor las medidas sanitarias en sociedades concretas,

A partir de los estudios de Rosen¹⁶, Foucault²⁹ y García⁴⁹, se observó en Brasil y en el resto de América Latina una producción teórica importante que reconoce los vínculos de las prácticas de la salud con la totalidad social. En ese sentido, la contribución de las ciencias sociales al estudio de la salud⁵⁰ fue fundamental para alcanzar el grado actual de sistematización de los conocimientos en ese campo. Los trabajos de Arouca¹⁵, Donnángelo⁴⁵ y Gongalves^{36, 51}, entre otros^{25, 52}, han permitido una reconceptualización de la medicina en la sociedad y una revisión del campo de la salud pública. Asimismo, los estudios de Laurell⁴² y Breilh⁴³, como representantes de la corriente de la epidemiología social en América Latina, fomentaron nuevas investigaciones sobre las enfermedades en la sociedad, volviendo a plantear cuestiones relativas a la planificación en el campo de la salud y al desarrollo de las medidas sanitarias. Al volver a adoptar la categoría laboral como elemento central del estudio

de la salud, esos estudios proporcionaron enfoques pertinentes tanto para el análisis de la producción y de la distribución de las enfermedades en la sociedad (procesos de producción y reproducción social) como para el estudio del proceso de trabajo en la salud (prácticas de salud).

Al analizar las relaciones entre salud y estructura social, en muchos de esos trabajos^{25*36, 43} se toma como referencia central el concepto de *práctica*. Esto significa considerar sus elementos o momentos constitutivos: el objeto de trabajo, los medios de trabajo y el trabajo en sí (actividad humana), y especialmente las relaciones sociales en cuyo marco se realiza el trabajo^{33, 51}. Por consiguiente, las prácticas de salud, como prácticas sociales, constituyen la estructura social, y la investigación de la naturaleza o especificidad de sus elementos o momentos⁵¹ puede abrir caminos conceptuales y metodológicos interesantes.

Con esa perspectiva, uno de los conceptos que requiere una mayor explicación es el de estructura social. Según Pereira⁴⁴,

al igual que todo y cualquier modo de producción, el modo capitalista es concebido como la articulación de una infraestructura con una supraestructura, y tales expresiones no se emplean como metáforas. La infraestructura está formada por *prácticas sociales infraestructurales* (pleonismo intencional) y la supraestructura está formada *por prácticas sociales superestructurales* (pleonismo también intencional). Además de prácticas, la infraestructura y la supraestructura contienen, como otro elemento propio, *objetos* materiales y no materiales comprendidos en esas prácticas (...). Al poner de relieve las *prácticas* en relación con los *objetos* comprendidos en ellas, se obtiene, con cierta simplificación, el objeto que se busca apropiarse por medio del proceso de conocimiento, constituido por *prácticas* sociales estructuradas. No obstante, en esa apropiación cognoscitiva, el adjetivo estructurado se transforma en sustantivo: estructura de las prácticas sociales. En otras palabras, la estructura como elemento constitutivo del objeto a ser apropiado cognoscitivamente asume, en el proceso de conocimiento, el papel de concepto que dirige la inteligibilidad de las prácticas (sociales) infraestructurales y supraestructurales vinculadas entre sí".

Esta interpretación es fundamental para comprender la dimensión estructural e histórica de las prácticas de salud y, en el caso particular de la salud pública (prácticas estructuradas sobre la base "colectiva"), descubrir sus límites y posibilidades. Tal como lo advirtiera Gonçalves⁵¹ en relación con la práctica médica, hay que cuidar de no suponer

una deformación de la práctica por las determinaciones sociales, como si práctica y estructura fueran conceptos que especificaran realidades enteramente independientes, cuya posterior articulación se daría de tal forma que pudieran verificarse 'grados de adecuación': la adecuación de la práctica a la estructura, que podría ser aprehendida por las modificaciones que en su organización interna provocan las necesidades de reproducción de la estructura, y la adecuación de la estructura a la práctica, que se expresaría, por ejemplo, en las reformas políticas e institucionales que permiten utilizar las virtualidades de la práctica en forma más eficaz.

Si las prácticas de salud constituyen la estructura social, no hay manera de aferrarse a las supuestas distorsiones o deformaciones:

la práctica crítica en el campo de la salud forma parte del conjunto de prácticas que promueven en el mismo tiempo histórico la modificación global de la estructura (en cuyo caso no hay una 'liberación' que promover, sino que se trata, en amplia medida, de una creación) o es sólo una crítica parcial⁵².

Este es uno de los desafíos que se plantean para la salud pública en el tránsito al nuevo milenio: La posibilidad de redimensionar su objeto, sus instrumentos de trabajo y sus actividades, considerando su articulación con la totalidad social, reabre alternativas metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo de la salud.

En América Latina, el trabajo teórico realizado durante los últimos veinte años permitió redefinir el campo de la salud pública (diferenciándolo del modo en que es concebido tradicionalmente en Europa y en los Estados Unidos) mediante una crítica de los proyectos sucesivos de recomposición de las prácticas de salud elaborados en los países occidentales. De esa manera se fue delineando un campo del saber y de la práctica denominado *salud colectiva*.

Según Teixeira⁵³, se trata de un "campo de producción de conocimientos que tiene como objeto las prácticas y el saber en materia de salud, referidos a lo colectivo como campo de relaciones sociales estructurado, donde la enfermedad adquiere significación". Abarca también un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones de salud y en las instituciones de investigación vinculadas a distintas corrientes de pensamiento resultantes de proyectos de reforma en el campo de la salud⁵⁴. En el caso brasileño, ese movimiento se aproxima a la propuesta de democratización de la salud⁵⁵ y constituye un subconjunto del movimiento sanitario⁵⁷. Dicho movimiento, de carácter más amplio, abarca, además de prougonistas institucionales, sindicatos, entidades de salud, organizaciones populares, grupos religiosos y partidos políticos, entre otros.

La salud colectiva, como movimiento, tiene en el Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y en la Asociación Brasileña de Estudios de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO) sus principales representantes colectivos. Abarca la corriente teórico-crítica de la *medicina social, o preventivismo*, reproducida por departamentos de medicina preventiva y social de varias facultades de medicina, y la *tendencia racionalizadora*, representada por la salud pública institucionalizada, tanto en su expresión sanitarista como en su versión modernizante vinculada a los programas de extensión de la cobertura (PEC) y a la asistencia médica de la seguridad social^{55,58}.

Por consiguiente, en Brasil, al igual que en el resto de América Latina, la designación de salud colectiva adquiere, a parir de la década de los setenta, una connotación más amplia que la consagrada salud pública. Incluye la medicina social, o sea, "una corriente de pensamiento que surgió originalmente como contestación crítica al pensamiento de la salud pública dominante"⁵² y refleja el desarrollo de las ciencias sociales en el campo de la salud. El surgimiento de cursos de posgrado innovadores en México y en Brasil parece que ofreció condiciones "para que se diera legitimidad a la medicina social como disciplina"⁵⁹. Por lo tanto, en los años setenta existían, según García⁵⁹, "tres tipos de estudios de posgrado en ese campo, que reflejaban distintas corrientes, empleadores y organismos patrocinantes": las escuelas de salud pública, las escuelas

de posgrado o pasantías de medicina preventiva y social, y un tipo especial que resulta "de un prolongado intento de separación entre la medicina preventiva y social, por una parte, y la salud pública y la medicina social, por la otra"⁵⁹.

En el caso brasileño, al criticar a los movimientos ideológicos de la medicina preventiva, la medicina comunitaria, la medicina familiar y el sanitarismo institucional, la corriente de la medicina social terminó por concillarse con una expresión menos comprometida con los proyectos de reforma médica originados en los Estados Unidos: la salud colectiva. Esta designación, que se utilizó para denominar el primer encuentro de cursos de posgrado en Brasil⁶⁰, representó la ruptura con el modelo docente y de investigación formado y controlado por la Fundación Rockefeller en el ámbito de uno de esos cursos, y la búsqueda de un marco conceptual alternativo para el conjunto de los cursos. En ese evento se debatió la propuesta de organización de la entidad que congregaría al conjunto de los cursos de posgrado en ese campo, tanto los vinculados a las escuelas de salud pública como los que integraban los departamentos de medicina preventiva y social. En encuentros subsiguientes se adoptó el estatuto y, en 1980, se fundó ABRASCO en Brasil. Asimismo, la reunión de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) en Caracas representó, en el ámbito latinoamericano, la confluencia de iniciativas de las escuelas de salud pública y departamentos de medicina preventiva y social que contaban con programas de posgrado, así como un enfrentamiento entre los enfoques sistémico e histórico-estructural de las investigaciones sobre servicios de salud⁶¹.

Sobre la base de dichos comentarios, el uso de la denominación salud pública en el presente texto se referirá en adelante a "un nuevo saber y una nueva práctica"⁷, correspondiente así al mismo significado de salud colectiva como campo del saber y de la práctica. Se entiende que, en la medida en que se establezca un marco teórico común⁶², la salud pública podrá "recibir la contribución de disciplinas sociales y 'médicas', como la epidemiología, la higiene y el saneamiento"⁶³.

Donnangelo¹, al analizar las investigaciones realizadas en Brasil en el campo de la salud colectiva durante la década de 1970, estableció "una delimitación aproximada del campo, no

por medio de definiciones formales y sin referencia a la especificidad que adquirió, en la sociedad brasileña, un conjunto determinado de prácticas relacionadas con la cuestión salud". Supuso que "la posición que ocupa la salud colectiva en el contexto de las prácticas sanitarias brasileñas se expresa actualmente en un conjunto de tendencias a ampliar y transformar su espacio de intervención o, similarmente, su campo del saber y de la práctica".

En ese estudio, la autora advierte que tales tendencias "no afectan substancialmente la dominación de la medicina asistencialista individual", cuya "estructura de conocimientos y prácticas ha permanecido relativamente resguardada de los efectos de la reordenación económica y político-ideológica". Eso no significa que la práctica médica sea ahistórica, "sino justamente porque es en esa forma específica que se articula históricamente en el conjunto de la vida social".

En el caso de las prácticas llamadas salud colectiva,

la multiplicidad de objetos y de campos del saber correspondientes—desde las ciencias naturales hasta las ciencias sociales—no es indiferente a la permeabilidad aparentemente más inmediata de ese campo a las inflexiones económicas y político-ideológicas. A pesar de que el compromiso con la noción de lo colectivo es genérico e impreciso, implica la posibilidad de compromisos con manifestaciones particulares histórico-concretas de esa misma colectividad¹.

En esa forma, Donnangelo reconocía que esas prácticas,

siendo susceptibles al mismo orden de alteraciones en la producción, distribución y consumo de servicios que afectan a la medicina individual, se encuentran, también en términos de sus estructuras del saber, en condiciones de poner en acción alternativamente múltiples posibilidades en respuesta a condiciones histórico-sociales específicas¹.

Aun en disciplinas como la epidemiología, volcada tradicionalmente al empirismo, una "Verüente innovadora surge en torno a la adopción de un pensamiento científico emancipador que rompió las ataduras conceptuales y políuicoideológicas de la salud pública posiüvista y fenomenológica de América del Norte y Europa"⁶⁴. Esta verüente realiza una revisión crítica de los concep-

tos de salud/enfermedad en la sociedad según la definición de la OMS, poniendo de relieve los siguientes aspectos: su carácter general, su condición ahistórica, su fuerte vínculo con las tesis desarrollistas y las explicaciones de la sociedad del tipo del círculo vicioso, y su desconocimiento de las enormes diferencias existentes en la sociedad^{15-*}. Cuestiona además, la noción de "complejo salud-enfermedad" como si fuera una escala entre cuyos límites cualquier persona o población quedaría encuadrada. En esa vertiente innovadora se recurre a categorías alternativas de análisis tales como trabajo, proceso de trabajo, reproducción social y clases sociales, entre otras, y se realizan investigaciones encaminadas a explicitar los niveles de análisis y mediaciones en una conquista progresiva de rigor metodológico para explicar mejor la producción y distribución de la salud/enfermedad en sociedades concretas^{10,41,42}. Esa trayectoria tropieza con obstáculos no siempre epistemológicos. En ese sentido, Barreto¹⁷ se refiere a problemas conceptuales y metodológicos y a "factores externos a la disciplina, relacionados con cambios en el equilibrio político de América Latina, incluidas las restricciones al financiamiento de investigaciones con este marco de referencia".

En el caso de la planificación, tras el esfuerzo conceptual y metodológico representado por el desarrollo de la técnica CENDES*/OPS, limitado por un enfoque microeconómico y tecnocrático de la programación en el campo de salud, se realizaron nuevas contribuciones a la comprensión del proceso político en el campo de la salud y de sus relaciones con otros procesos sociales, llegándose a disponer de una guía para la formulación de políticas de salud¹¹. El debate y la crítica intensos en lo que atañe a la planificación en el campo de la salud en América Latina^{61,62} han propiciado el desarrollo de un pensamiento estratégico en materia de salud, especialmente por medio del enfoque propuesto por Testa⁶⁵ y la "planificación situacional" de Matus^m. El primero proporciona elementos teóricos y conceptuales para el análisis de la estructura del poder en el sector salud. También agrega al diagnóstico de salud, generalmente de tipo administrativo, los componentes estratégico e ideológico en los niveles del estado de salud, la situación epidemiológica, los servicios y el sector, a fin de ofrecer una base que oriente los cambios en la salud vinculados a la transformación de la totalidad

social. Matus^m reflexiona sobre el acto de planificar, entendido como el cálculo que precede y preside la acción, y reconoce que los distintos protagonistas sociales ofrecen distintas explicaciones para la situación de la salud y disponen de distintos proyectos frente a los problemas. Traza el "flujograma de situaciones", donde se sitúan los hechos, las acumulaciones y las reglas básicas, formando las llamadas fenoestructura y genoestructura (analogías referentes al fenotipo y al genotipo) en los niveles general, particular y singular. Describe los momentos explicativo, normativo, estratégico y táctico-operacional del proceso de planificación, y ofrece elementos para comprender el "triángulo del gobierno", o sea, la propuesta de gobierno, la gobernabilidad y la capacidad de gobierno. Actualmente, los adelantos teóricometodológicos propiciados por la planificación estratégica y situacional han fomentado la formulación de orientaciones técnicas y la experimentación con ciertos procedimientos en situaciones concretas^{26,62}.

Por último, en el ámbito de las ciencias sociales hay una producción teórica importante, tal como lo señala Nunes⁷⁰. Además del apoyo a la comprensión de los nexos entre salud y estructura social, una parte de esa producción ha sido fundamental para el estudio de las políticas públicas, las instituciones, los movimientos sociales, etc. En la elaboración del "nuevo saber" en el campo de la salud colectiva se han abordado temas tales como la crisis del estado de bienestar y las políticas neoliberales^{65,66}, las tendencias de la medicina social⁶⁷, la crisis económica y la política social⁶⁸, y el Estado y la burocracia en relación con la salud⁶⁹, entre otros⁵².

Al poner de relieve estos tres conjuntos de conocimientos que componen el campo de la salud colectiva, evidentemente se dejan de lado otros adelantos conceptuales y metodológicos en campos importantes, como la educación para la salud⁷⁰, la formación de personal⁷¹⁻⁷⁵, la epistemología^{74,76}, entre otros, que han contribuido también al redimensionamiento teórico del campo.

*Centro de Estudios del Desarrollo y Sociales, Universidad Central de Venezuela