

# Tendencias y teorías en salud pública

Álvaro Franco G. \*

## Resumen

El presente artículo analiza algunas teorías y modelos en salud pública, entendida esta como un campo de conocimiento en transformación transdisciplinar. La discusión sobre teorías de salud nos ha llevado a diferenciar escuelas y corrientes de pensamiento cercanas a la salud pública y a la epidemiología. Este debate atiende diferentes concepciones ideológicas y políticas, responsables de las grandes contradicciones y disímiles aproximaciones epistémicas de la salud-enfermedad. Se concluye sobre la necesidad de modelos que propendan

por enfoques estructurales, integrales y políticos de la salud pública, en que confluyan métodos y técnicas de las ciencias biológicas y naturales, pero fundamentalmente los valores y principios de las ciencias sociales, junto con los razonamientos y actuaciones políticas. Se destacan la nueva salud pública, la medicina social y la opción holístico-social.

## Palabras clave

Salud pública, teoría, modelos, tendencias

---

## Tendencies and theories in public health

### Summary

This article analyzes some theories and models in public health understanding it as a knowledge field which is under transformation. The discussion on health theories has focused us into differentiation of schools and trends of thought close to public health and epidemiology. This debate implies different ideological and political conceptions which are responsible of major contradictions and dissimilar epistemological approaches to the health-disease issue. The conclusion aims to the necessity of models that tend to structural, integral and po-

litical approach on public health by which methods and techniques of the biological and natural sciences come together, but taking into account the values and principles of social sciences along with reasonable and political performances. The new public health, social medicine and the holisitc-social options are underlined.

### Key words

Public health, theory, models, tendencies

---

\* Médico, doctor en salud pública, ex decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, profesor titular de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: afranco@guajiros.udea.edu.co

## Introducción

La salud pública se constituye poco a poco en una transdisciplina autónoma, en el sentido de un conjunto de proposiciones articuladas dentro de un cuerpo teórico y sujetas a verificación empírica y confrontación política, más allá de lo que han venido planteando prestantes estudiosos de este saber,<sup>1</sup> quienes la han dejado reducida a un campo del conocimiento y a un ámbito para la acción. Es válido reconocer que la salud pública ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas, que buscan la convergencia interdisciplinaria.

El método de la salud pública debe partir de enfoques integradores y estructurales de las ciencias, la filosofía y la política que garanticen a la acción humana la consecución de una verdadera transformación social, en la permanente búsqueda del bienestar, la democracia y el desarrollo humano sustentable. Implica, por lo tanto, una comprensión profunda de las teorías en salud pública,<sup>2,3</sup> innovar la respuesta social de esta área académica y dotar de poder a la praxis sanitaria, colocándolas más allá de la frontera del conocimiento de las disciplinas aisladas y del desarrollo de los sistemas de salud. Adicionalmente, el método de la salud pública debe contribuir a la generación de habilidades políticas para la reconstrucción de la salud pública y propiciar espacios éticos incuestionables para la participación ciudadana.

La investigación constituye el eje fundamental sobre el cual debe girar el desarrollo de la salud pública, pero no puede ser solo eso. Debe superar los estudios descriptivos y basados en la indagación de rutinas o la búsqueda de información empírica para la acción inmediata o para dar cuenta de datos; debe ante todo enfocarse en la generación de conocimientos e inteligencia en salud pública, requiriendo de hipótesis fuertes y preguntas profundas, con capacidad explicativa e interpretativa de la realidad, única forma de avanzar en la ciencia y en la práctica transformadora.

Este trabajo hace énfasis en estas dos cuestiones fundamentales, propiciando una exploración permanente en el campo de la salud pública y de las disciplinas conexas acerca de métodos, teorías, modelos y enfoques que nos permitan llegar a una visión auténtica de la producción intelectual en salud pública. El propósito es analizar algunas teorías y modelos que, históricamente, hayan surgido como expresiones y construcciones propias de la salud pública, que hayan contribuido a perfilar un núcleo académico disciplinar. Ayudará a esta tarea el recorrido por disímiles enfoques de la sociedad y la salud, en los dos últimos siglos, los cuales —desde la perspectiva metodológica e ideológica— han afectado la práctica sanitaria.

No se desconocen nuevas concepciones en torno a la salud, surgidas tras la irrupción del neoliberalismo, en el seno de organismos supranacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS). Sus enfoques han impulsado reformas sustanciales en los sistemas de salud y en la práctica de la salud pública. Aunque para ellos pueden constituir una “nueva salud pública”, en este trabajo se interpretan como limitaciones impuestas desde afuera al desarrollo de la salud pública y, por lo tanto, no se incluyen como teorías. En el mismo sentido, solo “las funciones esenciales de la salud pública” (formuladas entre 1990 y 2000 por expertos internacionales) muestran una tendencia de renovación, a lo cual se alude en algunos de los capítulos de este ensayo, pero no se caracterizan como una nueva teoría.

## Apuntes para un marco epistémico en salud pública

Responder a la pregunta de si existen teorías y modelos en salud pública no es tan fácil como pudiera parecer a los primeros deseos de los salubristas. En primer lugar habría que diferenciar que existen teorías y modelos desde diferentes disciplinas para abordar temas de salud, que no necesariamente significan abordajes teóricos desde la salud pública o que pudiéramos llamar, sin más análisis, *teorías o modelos en salud pública*. En segundo lugar, es necesario establecer una segunda delimitación con los modelos o teorías sobre sistemas de salud,<sup>4</sup> que algunos académicos toman indistintamente, sin que representen exactamente todo lo que se le puede pedir a una teoría explicativa de la salud pública. De ahí que convenga puntualizar en algunos aspectos:

1. Es necesario delimitar las teorías y modelos en salud pública de aquellas que han enfocado la salud como objeto de estudio particular, pero externamente a la racionalidad de un área académica más global como puede ser la salud pública. Es el caso de algunas interpretaciones, aunque afortunadas, de autores que lo hacen desde la filosofía o la medicina (por ejemplo, Gadamer,<sup>5</sup> Ilich<sup>6</sup> o Canguilhem<sup>7</sup>), pero sin dar cuenta de un objeto colectivo e integrador de la salud. Las teorías y modelos en salud pública deben mantener simultáneamente unos enfoques conceptuales y metodológicos coherentes con el objeto de la salud poblacional.
2. Es necesario diferenciar teorías y modelos de salud pública de teorías y modelos de sistemas de salud. De manera simplista algunos caen en esta desviación, haciendo clasificaciones o estableciendo algunas taxonomías para poder comparar los sistemas de salud, con fines evaluativos. No podemos negar su

importancia, pero considerarlos como si eso fuese la salud pública o los modelos de salud pública no deja de ser un pobre reduccionismo, parecido a otro más frecuente, en el que se incurre al considerar los servicios de salud como si fuesen los sistemas de salud.<sup>8,9\*</sup> La salud pública es mucho más que todos ellos, más holística.

3. También hemos sido muy dados a considerar como modelos en salud pública algunas de las formas de atención sanitaria, con sus connotaciones históricas: el modelo biomédico, el médico social, el epidemiológico, el ecológico, que son más enfoques disciplinares de tipo académico. Otra forma de denominarlos los caracteriza como modelo social, familiar o comunitario, que enfatizan solamente en las formas de intervención de la práctica sanitaria. Así, por ejemplo, el modelo comportamental, propio de una de las escuelas más recientes de la promoción de la salud preconiza intervenciones en la salud basadas en cambios en los estilos de vida, perspectiva esta de corte anglosajón que ha dejado de lado otros enfoques en promoción de la salud de mayor alcance y efectividad, como han sido los modelos canadiense, europeos o, incluso, latinoamericanos. Como puede inferirse del ejemplo, no bastaría un solo enfoque para plantear una teoría o modelo en salud pública.

### Sobre teorías y modelos

Según algunos autores,<sup>10, 11</sup> se entienden los modelos como representaciones de la realidad mediante aspectos o elementos esenciales. También, se entiende la teoría como la sistematización de un determinado conocimiento, organizado de tal manera que pueda replicarse en otras circunstancias o sobre objetos similares. Las teorías tratan de representar la realidad pero sin la solidez y el dominio de una época de pensamiento, como suele suceder con los paradigmas. De ahí que sea importante diferenciar concepciones de modelos, teorías y paradigmas. Así, las teorías, echan mano de diversos objetos, técnicas y pronósticos de la realidad o interpretaciones

\* Usualmente, los sistemas de salud se han clasificado como: sistemas segmentados, sistemas nacionales, sistemas privados, sistemas públicos, entre otros, hasta llegar al más reciente concepto de *pluralismo estructurado*, redefinido por los apologistas neoliberales con el afán de hacer sistémico lo imposible para tratar de explicar o negar la fragmentación que ha dejado el mercado en las reformas de servicios de salud durante los últimos 15 años. Más recientemente, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en 1996, ha establecido una clasificación que va en la dinámica de las reformas, así: sistemas segmentados, sistemas intensivos en el uso de contratos, sistemas públicos integrados y sistemas públicos administrados de contratos.

de la misma; también de concepciones de la práctica acompañadas de sus formas de instrumentación. Esta diversidad conceptual depende de distintas ideologías y de las relaciones que los individuos establecen con la realidad: diferencias que se evidencian en la praxis y en los marcos epistémicos.

Las teorías buscan soluciones a problemas propios de una disciplina y de su objeto de conocimiento; como tal, en salud pública deben enfocar los problemas relacionados con la vida, la salud y la manera de enfermar y de morir de las poblaciones. Una teoría en salud pública debe dar cuenta de la salud de la población, pero no solamente la de los individuos en particular, o de las meras relaciones interpersonales, o de grupos aislados, o de las relaciones del proceso de atención médico-paciente (como pudieron ser las teorías de Ilich<sup>12</sup> en los años sesentas); debe, ante todo, referirse al resultado colectivo de las intervenciones sanitarias. Algunas de ellas son más del ámbito de la medicina, que trata sobre el individuo y la enfermedad; o de la psicología, basada en formas de comunicación o en enfoques cognitivos. Más concretamente, la salud pública debe enfocar lo “público de la salud”, que no significa ni un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni la consideración de los problemas más frecuentes en salud, ni un componente gubernamental,<sup>†</sup> sino “un nivel de análisis, a saber el nivel poblacional”.<sup>13</sup> De aquí se desprende que las teorías en salud pública no podrán ser meras respuestas con métodos y objetos de una disciplina de apoyo, en particular. Deben propender por la construcción del objeto de conocimiento. No obstante, las teorías en salud pública engloban objetos complejos y utilizan concepciones holísticas de la salud poblacional, subsumiendo otra serie de teorías o modelos particulares, individuales o grupales o de disciplinas aisladas que participan en el campo de la salud pública.

Otros autores de renombre en salud pública<sup>14, 15</sup> al hacer aproximaciones desde la concepción de Kuhn<sup>16</sup> sobre paradigmas,<sup>‡</sup> resaltan el papel de la estructura sanitaria de la ciencia, los modelos y ejemplos compartidos en una comunidad científica y las creencias, valores y compromisos de esa comunidad. Es decir que, además de razonamientos teóricos, tienen en cuenta otro tipo de aspectos, como los modelos prácticos. Esos paradigmas y teorías en salud pública están articulados a la práctica política y social en consonancia con los modos de vida de una comunidad dada.

† Estas han sido connotaciones que, cotidianamente, se le han dado a la salud pública, generando confusiones, en esa búsqueda permanente de su identidad como disciplina social.

‡ Se los entiende como conceptos de causas que dominan una ciencia dada en un período dado del tiempo.

Así, Breilh<sup>17</sup> incluye —en el modelo que propone— la dimensión ontológica (una forma de recorte del objeto salud y su interpretación), la dimensión epistemológica (formas de relación sujeto-objeto y su cosmovisión) y la dimensión praxiológica (una concepción de la práctica y el posicionamiento frente a la estructura de poder), dimensión novedosa pero cercana al concepto de Foucault sobre el poder y la salud. En consecuencia, para Breilh,<sup>18</sup> los temas en salud pública deben referirse a una teoría de la necesidad, los derechos humanos relacionados, las formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes, los preceptos y los mecanismos de la seguridad humana, cuestiones étnicas, raciales, de género y sociales de inequidad y poder.\*

También se pueden repensar estas teorías a la luz del concepto foucaultiano de *episteme*:<sup>19</sup> “reglas generales” o “presuposiciones epistémicas inconscientes que rigen el discurso general de la cultura” en un momento histórico dado.<sup>20</sup> Son, por lo tanto, formas de pensamiento relacionadas con el poder, incluyendo sus recorres ontológicos, sus puntos de vista, sus implicaciones prácticas y el posicionamiento en cada época.

En resumen, la salud pública es un área de controversia, tanto desde la perspectiva ideológica como metodológica y desde su concepción epistemológica relacionada con la praxis (ético-política), de ahí que sea necesario hablar más detenidamente de las contradicciones entre los enfoques, las teorías y los modelos condicionados por la perspectiva ideológica.

### La salud pública como ciencia

Una discusión, quizá de mayor trascendencia, se ha dado en torno a la salud pública como ciencia,<sup>21</sup> a lo cual conviene dedicarle algunas líneas. Diversos autores se han preguntado si existen o no ciencias de la salud, o si la salud pública es una ciencia. Se ha hecho la separación entre ciencias naturales y ciencias sociales, se ha hablado de *ciencias modernas y no ciencias, o pseudociencias*. Dentro de estas últimas estaría relegada la salud pública, considerada solo como una construcción ideológico-política; o, finalmente, se niega la existencia de las ciencias naturales al mismo tiempo que la de las ciencias sociales, admitiéndose solo la existencia de discursos y metarrelatos y argumentando que el único saber posible es el de la deconstrucción de los discursos.<sup>22</sup>

\* Estos temas han ganado espacio en las discusiones más recientes en Latinoamérica y en Europa. Deben constituir ejes de estudio de un programa académico de alto nivel en salud pública, acompañándose de los marcos epistémicos correspondientes y de los métodos de investigación e intervención política y práctica.

Esta discusión se puede dirimir con Samaja,<sup>23</sup> quien entre las opciones anteriores trae la siguiente proposición que nos permite llegar a alguna claridad inicial:

No es posible una ciencia de la salud en el sentido de “ciencia natural”, pero sí es posible una ciencia social de la salud, en la medida en que la salud o la enfermedad no son [...] *hechos del mundo de las cosas reales o naturales*, sino hechos del campo de las relaciones sociales: *de las valoraciones subjetivas* que los actores hacen sobre los hechos, y de las *situaciones de poder* que ellos encarnan. La salud es un valor y no un ser.

En consecuencia, el objeto de estudio de la salud y, por extensión, el de la salud pública, es en esencia “el de las interacciones sociales y campos de poder”; aunque otros interpretan que se puede soslayar el tema de la ciencia cuando se cae en el terreno del poder y de los actores sociales. En salud, a pesar de los planteamientos anteriores, basados en Samaja, aún es difícil aceptar como un hecho la separación entre lo natural y lo social y entre lo real y lo discursivo.

En síntesis, este marco epistémico plantea<sup>24</sup> que una teoría de la salud estaría constituida por los diversos espacios de valoración y regulaciones de los problemas que se presentan en el curso de la reproducción del ser social en todas sus formas de sociabilidad humana: la bio-comunal, la socio-cultural, la ecológico-política y la economía societal. Lo cual presupone varios enfoques y tendencias, como los que se describen en este artículo. Se quiere decir con esto que según la interpretación que se tenga de la ciencia y el acercamiento que se haga a los procesos políticos de la sociedad, se establecerá uno u otro modelo teórico para explicar la realidad de la salud pública, aunque se pueden traslapar varias concepciones en este intento de generar modelos y teorías.

### Entre la teoría y la acción en salud pública

Podríamos iniciar identificando conceptualmente la salud pública de acuerdo con pensadores clásicos en esta área de conocimiento, algunos de ellos proclives a la práctica y otros, a la teoría. Sir Donald Acheson, uno de los autores más reconocidos en el ámbito de la salud pública europea, retoma a C. Winslow y define la salud pública como ciencia y arte: “La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”.<sup>25</sup> Más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos trae esta definición de salud pública: “El esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter

público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio actuaciones del alcance colectivo”.<sup>26</sup>

Aunque algunos otros enfoques apuntan a la práctica, incluyen en su definición marcos conceptuales más amplios, centrandos su objetivo en los individuos, en los servicios de cuidados individuales o colectivos o en el ambiente y la comunidad. Frenck, por ejemplo, dice que “la esencia de la salud pública es que se adopte una perspectiva basada en grupos de personas o en poblaciones, como un campo del conocimiento y como una esfera para la acción”.<sup>27</sup>

En general, los tratadistas han apuntado a que la salud pública es práctica y ciencia, pero otros más han agregado que la salud pública es un arte<sup>28</sup>, otros que la salud pública es una actividad profesional<sup>18, 23</sup> y, más allá, que la salud pública es ética, ciencia y política, es decir, “el resultado social de la relación dialéctica entre tres elementos, ciencia, ética y voluntad política”.<sup>29</sup> Esta última concepción ha entrado con fuerza en los últimos años, tanto en Europa como en Latinoamérica, en respuesta a quienes desconocen el derecho a la salud y desplazan los objetivos sociales de la salud pública.

Se destacan, así, dos vías para la interpretación de los hechos en salud pública: la teoría y la acción, basada esta última en la práctica y en el arte.

### La perspectiva teórica

Son muchas las corrientes de pensamiento y escuelas que defienden una teoría o proponen modelos teóricos en salud pública:<sup>30</sup> desde las teorías miasmáticas hasta las demográficas; los modelos mecanicistas y los basados en el bienestar; los modelos tradicionales (biomédico y socio-ecológico); los aportes en las áreas biológicas y sico-sociales o comportamentales, entre estos, los enfoques de la promoción de la salud también referidos atrás.

Al respecto, Cabrera,<sup>31</sup> de la Facultad Nacional de Salud Pública, hace un esfuerzo por sistematizar algunos modelos y teorías,\* enfatizando en aquellos basados

\* Análisis existencial (Binswanger, 1957), preventivo en salud (Leavell y Clark, 1958), creencias en salud (Hochbaum y Rosenstok, 1958), cambio organizacional (Bennis, Benne y Chin, 1961), sociedades abiertas (Nyswander, 1967), territorios de salud (La Framboise, 1973), campo de salud (Lalonde, 1974), locus de control en salud (Wallston y Wallston, 1976), psicosocial del comportamiento (Kar, 1978), acción en salud (Tones, 1979), salutogénico (Antonovsky, 1979), transteórico del cambio (Prochaska, 1979), médico preventivo de educación (Vouri, 1980), precede (Green y Kreuter, 1980), indicadores positivos de salud (Catford, 1983), ecológico de salud (Hancock, 1984; McLeroy, 1988), determinismo recíproco del cambio (Baranowski, 1990), triesférico de promoción (Tannahill, 1990), precede-proceed (Green y Kreuter, 1991), alianzas promotoras de salud (Gillies, 1995), análisis estratégico-HELPSAM (Haglund, 1996).

en el comportamiento y en la comunicación social, que pueden servir de apoyo a algunos campos de la salud pública, especialmente en promoción y educación en salud, pero no todos son propios de esta área de conocimiento.

Susser,<sup>32</sup> por su parte, menciona las siguientes teorías relacionadas con un determinado paradigma, que han dominado por buen tiempo el pensamiento científico en salud en los últimos dos siglos: la teoría del miasma, la teoría del germen y la teoría multifactorial del riesgo. Otros analistas encuentran una secuencia histórica en estas teorías, dependiendo del interés público por los métodos de la salud pública para llenar las expectativas sociales de mejorar de la salud; así se describen oleadas de la salud pública alternadas con los métodos de la medicina clínica: movimiento sanitarista (1850), teoría del germen (al final del siglo XIX), la higiene (en la primera parte del siglo XX), la era terapéutica (1950) y la nueva salud pública (en 1980-90),<sup>33</sup> y habría que agregar la genómica (período que comienza).

Es importante entender que en las teorías o pensamientos actuales en salud pública prevalecen algunas de las concepciones anteriores o mezclas de las mismas, aunque ello no se haga explícito por parte de sus defensores.

### La perspectiva de la acción

La acción en salud pública recoge, por un lado, la práctica profesional y, por otro, los movimientos sociales encaminados a solucionar los problemas de salud de las gentes y a remover o incidir en los determinantes sociales de la salud. Se ha aceptado mucho por parte de la mayoría de los autores concebir la salud pública como “la respuesta organizada de la comunidad para promover, proteger y restablecer la salud de la población”. O como la entiende la OMS: “Los esfuerzos organizados de la sociedad para desarrollar políticas de salud pública, promover la salud, prevenir enfermedades y trabajar por la existencia de la seguridad social en el marco del desarrollo sostenible”, o “el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restaurar su salud cuando esta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, cultural y laboral”, propia de otro tratadista europeo.<sup>34</sup>

Recientes concepciones sobre las funciones esenciales de la salud pública<sup>35</sup> también están enfocadas en la práctica y la acción sanitaria, más que a cualquier otro interés epistemológico o cognoscitivo. En algunos momentos se hace énfasis en una u otra estrategia, dependiendo de la forma de intervención o acción que se



defienda: promover la salud, prevenir la enfermedad y curar la enfermedad, así como la abogacía (*advocacy*), la defensa de la salud pública, la comunicación, la mediación, las acciones políticas, la vigilancia, la investigación, la educación en salud y la capacitación, entre otras.

## Entre ideología y ciencia

¿La salud pública es más ideología que ciencia, o más ciencia que ideología? No es el objeto de este ensayo resolver tan apasionante dilema, pero no hay duda de que en salud pública resulta tan importante pensar en la ciencia como en las corrientes ideológicas que la atraviesan.

Desde este ángulo, habría que mencionar otros enfoques e hipótesis en salud pública: el funcionalista y positivista, el constructivista y microcultural, el marxista y estructuralista, el interaccionista, etc. Y, más recientemente, los derivados de sinergias disciplinarias como el *embodiment*<sup>36</sup> y la teoría ecosocial\* y otras corrientes transdisciplinarias. Aflorarán así, en contraposición al funcionalismo, los enfoques basados en el interaccionismo y las concepciones culturales, aquellos que se apoyan en la participación y en la acción de las propias comunidades investigadas o intervenidas. En el mismo sentido, en América Latina, siguiendo la corriente de Fráncfort, fue muy intensa al final del siglo pasado la discusión entre métodos empírico-analíticos, métodos hermenéuticos y la investigación acción participativa.† Lo mismo ocurrió con la discusión entre métodos cualitativos y cuantitativos. Después de todo, habría que agregar las concepciones integrales y holísticas, a las cuales hemos hecho referencia en algunos párrafos anteriores.

Pero no basta solo con explorar corrientes definidas o teorías completamente consolidadas y estructuradas. También hacen parte del bagaje histórico de la salud pública hipótesis de trabajo relevantes en esta área del conocimiento como las desarrolladas por los siguientes autores:

\* El concepto de *embodiment* pretende explicar la manera como se incorporan en el cuerpo biológico las circunstancias materiales y sociales del mundo en que vivimos, desde antes de nacer hasta la muerte; cómo las historias individual y social atraviesan las maneras de existir, enfermar y morir. La teoría *ecosocial*, por su parte, integra el razonamiento biológico-social con la perspectiva histórico-ecológica.

† Al respecto, en el debate introducido por Jaime Breilh acerca de la medicina social en América Latina, se da cuenta de estos tres enfoques que constituyen reales teorías en salud pública, sobre las cuales habría que definir el trabajo futuro de orden académico y en relación con la praxis sanitaria. Más adelante se amplía en este ensayo.

- Mckeown, en la misma perspectiva de Ilich<sup>37</sup> (para quien las actividades de la profesión médica constituían un componente importante dentro de los problemas de salud), al estudiar la práctica médica concluye que los cuidados médicos poco aportan a la salud, y que más bien pueden producir daños. Mckeown deduce de sus estudios para Inglaterra y Gales que en orden de importancia para mejorar la salud y disminuir la mortalidad influyen los siguientes factores: “La limitación del tamaño familiar [...], el aumento del aporte de los alimentos [...], factores ambientales [...]”; y en último lugar deja las medidas preventivo-terapéuticas.<sup>38</sup> Sus ideas, más que un hito, son consideradas las bases teóricas de la *nueva salud pública* de Asthon.<sup>39</sup>
- Sigerist<sup>40</sup> y otros autores le aportaron a una nueva concepción de la medicina y de la salud pública.
- Los informes sobre condiciones de vida de los trabajadores en Inglaterra y en Alemania (Prusia) en la mitad del siglo XIX, de E. Chadwick<sup>41</sup> y R. Virchow, respectivamente. El primero dio origen a la primera ley de salud pública británica en 1848 y el segundo, a la medicina social europea.
- El informe Black,<sup>42</sup> también sobre desigualdades en la salud de Inglaterra y Gales, desigualdades entre clases sociales (fundamentalmente estas), género y grupos raciales.
- El informe Lalonde,<sup>43</sup> de Canadá, en una novedosa perspectiva para la salud de los canadienses propone realmente una nueva visión sobre la prevención médica. Constituye un informe de salud pública orientado a las políticas públicas y se convierte en un hito para una *nueva salud pública*.
- También la Estrategia de Salud para Todos del año 2000 (OMS),<sup>44</sup> refrendada en 1981 por la 34.ª Asamblea Mundial de la Salud, marca un paso importante en la salud pública global.

## La relación medicina y política

Siguiendo con el dilema ideología-ciencia, encontramos las relaciones de la salud pública con la medicina y la política. La salud pública ha dependido históricamente de la medicina, por lo menos en los dos últimos siglos, e incluso actualmente con la importación de nociones y prácticas “basadas en la evidencia” (salud pública basada en la evidencia, por extensión de la medicina basada en la evidencia). No puede olvidarse en este debate la afirmación de Molina: “La salud pública es hija de la medicina y del movimiento social del siglo pasado”,<sup>45</sup> y antes, Rudolph Virchow en *La Reforma Médica* de 1848, en Prusia, expresaba la visión de la relación política y salud al sentenciar que “la medicina es una

ciencia política, y la política no es más que medicina a escala social”.

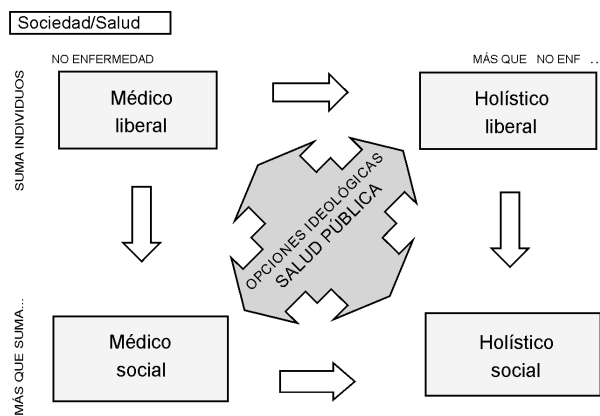
Contrariamente a la perspectiva de quienes ven en la salud la búsqueda de la verdad en el terreno empírico, está la de quienes ubican la salud pública en el campo de los valores y los principios, es decir, que la salud pública se ubica en el otro polo, en el de las disciplinas políticas. Históricamente, la salud pública ha pasado por estadios médicos-políticos, denominados según Álvarez-Dardet<sup>46</sup> como *opciones ideológicas* (véase figura).

Estas opciones están basadas en una doble polisemia, según Nijhuis y Van der Maesen: polisemia salud/sociedad.<sup>47</sup> Para quienes derivan la salud de la medicina, esta se encarga de la “enfermedad” y la salud pública, de la “no enfermedad”; pero habría otra lógica política, más propia de la salud pública, que la concibe como “más allá de la no enfermedad”.

Analicemos el otro concepto polisémico, lo social: desde la perspectiva liberal, el mundo está basado en el individuo, así, la medicina atiende “individuos” y la salud pública, la “suma de individuos”. Por otro lado está la concepción estructural de la sociedad que lleva a entender el objeto de la salud pública constituido por algo “más que la suma de los individuos”.

Si cruzamos estos dos ejes de la polisemia, se obtienen los modelos descritos en la figura, donde cada modelo está representado por diferentes escuelas o corrientes de desarrollo de la salud pública, históricamente y con énfasis en el siglo xx. A continuación se ubican diferentes escuelas y enfoques de la salud pública en esas opciones ideológicas:

- *Médico liberal*. Basado en la “no enfermedad” y centrado en lo individual. Ha sido la concepción de la epidemiología clínica, la medicina preventiva y la educación sanitaria.



Estadios médico-políticos de la salud pública

Fuente: Adaptado de Álvarez-Dardet C. Proyecto docente-investigador. Alicante: Universidad de Alicante; 2001

- *Holístico liberal*. “Más que no enfermedad”, individual. Ha sido la concepción del *risk* factorial, la educación para la salud y la promoción de la salud (Estados Unidos).
- *Médico social*. “No enfermedad”, colectivo. Ha sido la concepción de la medicina comunitaria, la epidemiología crítica y la epidemiología social
- *Holístico social*. “Más que «no enfermedad»”, colectivo. Ha sido la concepción de la educación popular (empoderamiento), la promoción de la salud (Europa, Canadá), la *nueva salud pública*, la ecoepidemiología, la teoría ecosocial, la teoría salutogénica y la *medicina social*.

Aunque la práctica de la salud pública se mueve de un modelo a otro, pueden darse varias opciones prácticas y superponerse varias concepciones ideológicas.

### Algunas de las tendencias en la perspectiva actual Del modelo médico biológico al preventivista y al ambientalista

Podemos remontarnos en la búsqueda de teorías y modelos en salud pública hasta encontrarnos con el *modelo médico clásico*, que encarna como ninguno el *modelo biólogo*. Este enfatiza en las dimensiones biológicas frente a las socioculturales, excluyendo a estas últimas de su papel en la generación de la enfermedad y por ende de las respuestas que pueda dar la sociedad en este campo.

Este modelo entra en crisis al final del siglo XIX, pero se fortalece con el *modelo hospitalario* que mantiene su hegemonía durante el siglo XX. Se basa en la atención de la enfermedad particular de los individuos y pasa de lado por el proyecto colectivo del *higienismo* del siglo XIX, que pudo interpretarse como el modelo alterno.\*

A ese modo de articularse el hospital, la atención privada (primaria) a los enfermos y el papel de los médicos como expertos en política de salud se le ha denominado *modelo médico clásico*.<sup>48</sup> Su hegemonía y orígenes datan del siglo XVIII, y está atado en un momento al principio de beneficencia y luego al de bienestar, siendo homologado por esta vía por el Estado. Asimismo, la intervención asistencial del Estado pretendía la legitimación de la clase política.

Por su parte, la idea *sanitarista*, *miasmática* y *ambientalista* se mantuvo durante la segunda mitad del siglo XIX, influyendo en las políticas públicas. Nuevas teorías *ecologistas* y *ambientalistas* reaparecen al final

\* De hecho, los modelos alternos han subsistido frente a los modelos hegemónicos, bien como contradicción frente a estos o como práctica que se resguarda en alguna comunidad.

del siglo XX,<sup>49\*</sup> dando un salto cualitativo con respecto al higienismo del siglo XIX. Han sido importantes al final del siglo las reuniones de Oslo (1968), Río de Janeiro (1992), Sundsväl, Suecia (1991) o los programas de Río de Janeiro y el Protocolo de Kioto,<sup>50</sup> que han hecho énfasis en el tema ambiental.

Posteriormente al siglo XIX, la *teoría del germen* se impone en las prácticas curativas, pero esencialmente en las preventivas (inmunizaciones específicas, por ejemplo). Esta atraviesa gran parte del siglo XX y hace crisis después de su segunda mitad. Sin embargo, la introducción de la terapéutica a mediados del siglo XX conduce a reforzar el *modelo médico biólogo*, al igual de lo que hizo el hospital en siglos pasados.

Este ciclo oscilatorio de teorías y modelos se ve de nuevo fortalecido por nuevas estrategias y prácticas sociales como las preconizadas por Alma Ata (URSS, 1978), con la *atención primaria en salud*, y Ottawa (Canadá, 1984), fundamentada en las políticas públicas, en los estilos de vida y en la participación ciudadana.

Al final del siglo XX, una nueva fase de este ciclo se ve llegar con la *genómica* y el desarrollo de la *teoría biomolecular*, que refuerzan el modelo biólogo; no obstante, llama la atención sobre las nuevas dimensiones sociales, éticas y políticas que afloran en el terreno de la salud, responsables ellas de cambios teóricos, en la causalidad de la enfermedad y de soluciones prácticas.

Estos modelos tratan de coincidir con las tendencias históricas del pensamiento en salud pública. Frenk,<sup>51</sup> en tal sentido, los ubica así: el *modelo higienista y preventivo* en el siglo XIX, basado en el enfoque familiar de vida sana y “moral del cuerpo”,<sup>†</sup> es desplazado por el modelo “biomédico” durante la era microbiológica y terapéutica; de nuevo el *modelo higienista-preventivista* resurge en el siglo XX, basado en los programas tendientes a cambiar los estilos de vida y en la promoción de la salud (que lleva a la *nueva salud pública*); el *modelo socio-médico*, que explica los fenómenos de la salud en la sociedad en distintas épocas no es exactamente asimilable a la *medicina social*; y finalmente, incluye el *modelo ecologista*.

### De la nueva salud pública‡

Mientras tomaba fuerza la teoría del germen (modelo biólogo), la idea sanitaria con su planteamiento ambientalista seguía influyendo en las políticas públicas en Europa en el siglo XIX, como se vio en el capítulo anterior. Pero también llegó la era terapéutica (introducción

de la insulina y las sulfamidas) en los años treinta del siglo XX, que dominó hasta los años setenta las políticas públicas en Europa hasta que vino la crisis por la escalada de los costos.

Con la aparición de la *atención primaria en salud* (APS) y el desarrollo comunitario, concomitantemente con las teorías de Mckeown (1976),<sup>¶</sup> se da, según Ashton,<sup>52</sup> un hito importante para el surgimiento de la *nueva salud pública*, la cual define como: “Un enfoque que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas de tipo personal; su interés está puesto en las políticas públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud”.

Además de lo descrito atrás por Asthon o Lalonde, adalides de este nuevo enfoque, recientemente otros autores también defienden la *nueva salud pública*<sup>53</sup> asociándola con las estrategias planteadas en la carta de Ottawa<sup>54</sup> y relacionándola con el concepto de *ciudades sanas* de la OMS, de 1986 (proyecto europeo par el desarrollo de la promoción de la salud). No obstante, plantea que “por supuesto la nueva salud pública no es ‘nueva’ ya que todas o cada una de sus facetas han hecho parte de otras prácticas”,<sup>55</sup> como los movimientos de servicios de salud personales, actividades de voluntariado, mejoras ambientales y políticas de apoyo en las ciudades. Pero de todas formas es importante destacar estas prácticas como expresiones de otro modelo o teoría en salud pública, o de una perspectiva alterna al modelo médico biólogo o al modelo preventivista epidemiológico, dado que pondera los componentes de la salud pública al buscar la mejora de la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales.

El nuevo enfoque europeo y canadiense de promoción de la salud, basado en ciudades y espacios sanos, ha enfatizado en las políticas públicas y trasciende las actividades comunitarias y de proyectos intersectoriales aislados,<sup>56</sup> más allá del enfoque estatal o gubernamental. Quienes han defendido la estrategia de *ciudades sanas*<sup>57</sup> suministran la visión política necesaria y el imaginario para la *nueva salud pública*, con herramientas como la defensa de la salud, la capacitación y la mediación.

Para algunos autores europeos que también propugnan por una nueva salud pública,<sup>58</sup> es prioritario para el enfoque de esta corriente definir algunos límites a las relaciones que la salud pública establece con el Estado. Se aduce para ello que la relación clásica de la salud pública con el Estado, o la que detenta con la pobla-

\* Para algunos, Dubos es el principal exponente.

† Siguiendo la interpretación de Foucault.

‡ A la nueva salud pública y a la medicina social se les dedica un capítulo aparte, por su contribución al debate actual de la salud pública, aunque con las limitaciones de espacio de este artículo.

¶ Estas mostraban que la disminución de la mortalidad se debió en Inglaterra y Gales (1840-1970) a factores socio-ambientales y comunitarios, antes de que aparecieran las medidas terapéuticas (como el caso de los tuberculostáticos).



ción a través del Estado, tiene un carácter paternalista y vertical. Como alternativa se plantea una relación de la salud pública con el Estado, mediada por la población o, mejor aún, relacionarse con la población sin la intermediación del Estado. Es una crítica fundamentalmente a la salud pública como acción gubernamental y al carácter partidista que puede tomar la práctica sanitaria. Hace un llamado a no confundir la autoridad sanitaria (ejercicio del gobierno) con la práctica profesional de la salud pública, recomendando mayor independencia con respecto al poder político.

Existe una especial escisión del Estado y del poder político con la salud pública, que no atiende los requerimientos técnicos de los salubristas; estos, a pesar de sus herramientas de vigilancia e intervención en salud pública, se sienten impotentes frente a la ineficacia del Estado para mejorar la salud de la población, situación que ha llevado a algunos a retomar la idea de cambiar de enfoque y establecer unas relaciones en la sociedad más efectivas para la salud pública, basadas en nuevos actores, posiblemente, en un ambiente más democrático, para *la nueva salud pública*.

En síntesis, *la nueva salud pública* es un enfoque dentro de esta disciplina que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área, que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil, así como el desarrollo y la participación comunitaria, yendo más allá del enfoque médico biológico y preventivista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas; significa además el renacer de las actividades de promoción de la salud y se interesa por la pobreza y los más vulnerables y por la reorientación de los servicios, pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud, fortaleciéndose, finalmente, con la acción política.

### De la medicina social

Al tratar de diferenciar teorías y corrientes de pensamiento, aparece la *medicina social*, principalmente la perspectiva latinoamericana, que irrumpió con mucha fuerza en el último tercio del siglo xx. Esta se desarrolló por la conjunción de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud con movimientos de trabajadores y estudiantes y organizaciones populares, inconformes con el modelo económico y político implementado en América Latina en los años sesentas y setentas,<sup>59</sup> por un lado, y por otro, influidos por movimientos revolucionarios en algunos países y corrientes del materialismo histórico.

Es necesario aclarar cierta confusión de algunos académicos sobre lo social: no toda teoría que desarrolle o incluya contenidos sociales se puede catalogar como medicina social, dado que esos contenidos pueden ser abordados desde diferentes corrientes de pensamiento o escuelas sociológicas. De ahí que Nancy Krieger,<sup>60</sup> se pregunte sobre la epidemiología si “¿no es, después de todo, *epidemiología social*?”\* La respuesta es: ¡no! De acuerdo con esta precisión, será epidemiología social solo si hace énfasis en la investigación de los determinantes sociales sobre la distribución de la salud, el bienestar y la enfermedad; más, aún, si tiene como eje de análisis la clase social y los patrones de reproducción social. Igual podríamos decir de *la medicina social* y de *la salud colectiva*, en relación con la *clásica salud pública*.

Breilh, uno de los prohombres de esta escuela, lo dice taxativamente: “Una revisión de los paradigmas científicos no puede cumplirse al margen de los condicionamientos más amplios de la sociedad [...] caracterizada por una inmovilidad relativa de la necesidad humana”.<sup>61</sup> De ahí que este intento por definir paradigmas, teorías y modelos en salud pública debe entenderse como un desafío no solamente conceptual sino también político. Se trata, por lo tanto, de preguntarse por las bases conceptuales y de praxis política que sustentan la salud pública. La respuesta estaría mejor dada por unas teorías que por otras. Para quienes estudien este tema o se dediquen a desarrollarlo académicamente será este un reto de mucha monta.

Dentro de esta corriente ha sido importante la discusión sobre los modelos, a partir de la taxonomía de la Escuela de Fráncfort sobre los enfoques empírico-analítico, el hermenéutico y la investigación acción participativa, referidos atrás. Al aplicarlos en salud, proponen otros modelos:<sup>62</sup> *el modelo objetivista empírico y funcionalista*, muy propio de la epidemiología clásica; *el modelo subjetivo culturalista de acción localizada*, opuesto al positivismo y al inductivismo del anterior, prioriza la teoría y se basa en la “interpretación culturalista y micro social” de tipo antropológico, de corte cualitativo, criticado por caer en el relativismo cultural; finalmente, *el modelo praxiológico participativo*, que “coloca la relación dinámica objeto-sujeto como eje del conocimiento e inserta la praxis como sustento y condición de dicha relación” y no como elemento externo (crítica que se les hacen a los otros dos modelos).

\* Para efectos de esta presentación asumimos en el mismo modelo la medicina social, la epidemiología social y la salud colectiva, aunque haya diferencias de matices y una u otra se desarrollen más en un país que en otro.

Ya antes, Juan César García, uno de los pioneros latinoamericanos de medicina social, había hecho algunas aproximaciones filosóficas históricas a estos modelos,\* al hablar de las corrientes de pensamiento en medicina y sociedad,<sup>63</sup> haciéndolos derivar de las corrientes neopositivista, neokantista y materialista (marxista), respectivamente. Estas tres corrientes “se encuentran en la actualidad en una aguda lucha con respecto a la explicación de los fenómenos en el campo de la salud”.<sup>64</sup>

En el terreno político, el primero representa el pensamiento hegemónico universal de estos últimos siglos, que ha incentivado corrientes liberales de pensamiento en salud pública. El segundo ha influenciado las corrientes posmodernas de la salud pública y de la modernización neoliberal. El tercero se presenta como una nueva alternativa a las otras dos propuestas anteriores y considera más relevante partir de los procesos generativos de los fenómenos naturales y sociales que determinan o producen la salud. Este último método vuelve a ser de nuestro interés —no solo político sino también académico— cuando se trata de trazar un eje a la investigación y a la formación en salud pública.

## Conclusión

Las teorías y modelos en salud pública se han sucedido históricamente pero de una manera no lineal; a veces en contradicción y, en otras ocasiones, complementándose en la práctica, pero generando siempre un cuerpo de conocimientos en salud pública que no puede desconocerse por quienes tienen el interés de ir definiendo un ámbito propio, no solo como campo de práctica sanitaria sino, fundamentalmente, como área académica.

La discusión sobre teorías lleva a diferenciar escuelas y corrientes de pensamiento cercanas a la salud pública y a la epidemiología, e implica que se deben destacar teorías, marcos conceptuales, métodos y aún hipótesis que en alguna forma hayan contribuido al desarrollo de la salud pública.

Las concepciones ideológicas y políticas muestran otra dimensión para el análisis y son responsables de las grandes contradicciones y disímiles enfoques epistémicos de la salud-enfermedad, a veces antagónicos, pero con un potencial de transformación y cambio también importante. Su discusión, sin duda, nos ayudará a concretar aún más el problema de las teorías y modelos en salud pública, propiciando la defensa de aquellas tendencias que propenden por aproximaciones más estructurales, integrales y basadas en concepciones polí-

ticas e ideológicas explícitas, que relacionan la teoría con la praxis, que parten de enfoques a escala mayor y estructural de las ciencias, la filosofía y la política y que garanticen a la acción humana la verdadera transformación social.

Se destacan entre ellas, las tendencias discutidas en la medicina social, algunas corrientes en *la nueva salud pública* y algunas otras en la opción holístico-social (estadios médico-políticos).

## Referencias

1. Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. En: Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica; México; 1994. p. 7.
2. Franco A. La salud pública: ciencia en construcción. Rev Fac Nac Salud Pública. 2000;17(2):41-57.
3. Franco A. Los temas de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 2002;20(1):5-7.
4. OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud pública en las Américas. Capítulo 4: Fundamentos de la renovación conceptual. Washington D. C.: La Organización; 2000. p. 47.
5. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 1996.
6. Ilich I. Medical Nemesis. The expropriation of health. Londres: Health Education Council; 1970.
7. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI; 1978.
8. OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Capítulo 4: Fundamentos de la renovación conceptual. Washington D. C.: La Organización; 2000. p. 47.
9. Medici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID/ Centro de estudios Salud y Futuro; 2000. p. 9-26.
10. Kerlinger F. Behavioral research: a conceptual approach. Nueva York: Holt, Rinehart & Wiston; 1979.
11. Vanryn M, Heany c. What's the use of theory? Health Educ Quant 1992;19:315-330.
12. Ilich I. *Op. cit.*
13. Frenk J. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. México: Fondo de Cultura Económica.; 1994.
14. Susser M. Glossary: causality in Public Health Science. JECH 2001;55:376-378
15. Breilh J. Nuevos paradigmas en salud pública. En: Programa de Naciones Unidas para el Ambiente/ OPS/ Reunión internacional. Un enfoque de ecosis-

\* Aunque no los menciona explícitamente, se trata de aproximaciones muy cercanas al empírico analítico, del fenomenológico subjetivo culturalista y del materialista o praxiológico.

- temas para la salud humana: enfermedades transmisibles y emergentes. Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública Fiocruz; 1999.
16. Kuhn TS. The structure of scientific revolution. Chicago: Chicago University Press; 1970.
  17. Breilh J. *Op. cit.*
  18. Breilh J. *Ib.*
  19. Foucault M. Las palabras y las cosas. México: Siglo XXI; 1978.
  20. Breilh J. *Op. cit.*
  21. Franco A. La salud pública: ciencia en construcción. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2000;17(2):41-57.
  22. Derrida J. Citado por: Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina, Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 34.
  23. Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 34-5.
  24. Samaja J. *Ib.* p. 129.
  25. Acheson D. Report of the committee of inquiry into the future development of the public health functions and community Medicine. Londres: HMSO. 1988.
  26. OPS. *Op. cit.*
  27. Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. Salud pública Méx. 1995.
  28. Molina G. Introducción a la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1978.
  29. Álvarez-Dardet C. Proyecto Docente-Investigador. Alicante: Universidad de Alicante; 2001. p. 13.
  30. Cabrera G. Teorías y modelos de la salud pública en el siglo xx. *Colomb Méd.* 2004;35(3).
  31. Cabrera G. *Ib.*
  32. Susser M. Glossary: causality in Public Health Science. *JECH* 2001;55:377.
  33. Álvarez Dardet C. ¿Qué es lo novedoso en la nueva salud pública? *Formación Médica Continuada,* 1994;46(1067):39-42.
  34. Piedrola G, Gálvez R, *et al.* Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Masson; 2001. p. 10.
  35. OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Capítulo 6 Las funciones esenciales de la salud pública. Washington DC: La Organización; 2000.
  36. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(10):693.
  37. Ilich I. *Op. cit.*
  38. Mckeown T. The roll of Medicine. Dream, mirage or nemesis. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust. Citado por: Asthon J, Seymour H. La Nueva Salud Pública. Londres: Masson; 1988. p. 7.
  39. Asthon J, Seymour H. La nueva salud pública. Londres: Masson; 1988. p. 7.
  40. Sigerist H. *Medicine and Human Welfare.* Oxford: Oxford University Press; 1941.
  41. Chadwick E. The sanitary condition of the Labouring population of Great Britain. 1842. Edimburgo: Edinburgh University Press; 1965.
  42. Thosand P, Davison N. Inequalities in health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin; 1982. Citado por: Asthon J, Seymour H. La nueva salud pública. Londres: Masson; 1988. p. 11.
  43. Lalonde M. A new perspective on the health on Canadians. Minister of supply on services. Ottawa: Government of Canada; 1974.
  44. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. EUR/RC 3018. Rev1 WHO. Copenhagen: La Organización; 1991.
  45. Molina G. Introducción a la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1978.
  46. Álvarez-Dardet C. *Op. cit.* p. 47.
  47. Nijhuis HG, Van der Maesen LJ. The philosophical foundations of public health: an invitations to debate. *J. epidemiol. community health. Journal Epidemiology and Community Health* 1994;48:1-3.
  48. Comelles J. La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en salud pública* 1993;3:171-179.
  49. McMichael AJ. The Enviroment. En: *Determinants of health and disease.* p. 195-214.
  50. OPS/OMS. La Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 569. Vol. I y U. Washington; 1998. p. 29.
  51. Frenk J. *Op. cit.*
  52. Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson; 1993. p. 4.
  53. Millio N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. *Revisiones en salud pública* 1993;3:155-167.
  54. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Copenhagen: OMS oficina Regional para Europa; 1986.
  55. Millio N. *Op. cit.*
  56. Millio N. *Op. cit.* p. 163.
  57. Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson, S. A. 1993.
  58. Álvarez-Dardet C. ¿Qué es lo novedoso en la nueva salud pública? *Formación Médica Continuada,* 1994;46(1067):39-42.
  59. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública* 2002;12(2):18-136.

60. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol. Community Health* 2001;55:693-700.
61. Breilh J. *Op. cit.* p. 1.
62. Breilh J. *Op. cit.* p. 8.
63. García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Méd Salud*. 17(4);1983;363-397.
64. García JC. Medicina y Sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Méd Salud*. 17(4);1983;363-397.