

PARTE II

Renovación conceptual de la salud pública



Orígenes y escenarios actuales

1. La salud y la salud pública en la historia

El temor a la muerte o las amenazas a la vida se encuentran en el origen mismo de la sociedad; así pues, era la necesidad de defensa y de protección de los miembros de la tribu frente a las múltiples amenazas la fuerza que los mantenía unidos. En un mundo sin conocimientos científicos, las enfermedades se explicaban como castigos de los dioses y de los espíritus por pecados individuales o colectivos y la salud era considerada como una gracia o recompensa ante un comportamiento virtuoso.

La prevención se logra con la virtud, y la cura con la magia. Esa etapa mágica y mítica dio origen a muchas creencias y valores relativos a la salud que perduraron, con algunos cambios, durante generaciones, siglos y milenios, y que todavía en la actualidad son significativos y, a veces, fundamentales. Uno de estos conceptos heredados y que ha tenido mayor repercusión en la sociedad

ha sido la aceptación de la dualidad y la unión entre el espíritu, alma o mente y el cuerpo; otro, también de suma importancia, es la noción de la relación entre la salud del individuo y la de la comunidad social a la que pertenece.

La introducción de la agricultura estableció nuevas bases materiales y de organización social que revolucionaron la salud colectiva: el suministro más seguro de alimentos y la mejor protección contra los factores ambientales tuvieron, sin duda, un impacto espectacular en el estado de salud con respecto a la era preagrícola.

Según iba aumentando el conocimiento sobre la naturaleza, se incrementaban también las posibilidades de explicación racionales y de las intervenciones sanitarias *científicas*. La fe se iba enriqueciendo con la razón y la filosofía empezaba a convertirse en cultivo del conocimiento.

La salud y la enfermedad iban adquiriendo explicaciones naturales y aumen-

taban las posibilidades de intervención específica, mientras que la medicina se constituyó en campo de conocimiento y en una profesión. La prevención va adquiriendo mayor relevancia por la asociación de la enfermedad con la impureza o *suciedad* y surge la higiene como primera manifestación organizada de protección de la salud. La importancia del medio ambiente en la salud y la enfermedad empezaba a ser reconocida, lo que dio origen a la teoría miasmática de la enfermedad, complementada por la interpretación humoral del funcionamiento corporal. La salud individual y colectiva se fortaleció a través de una cierta asimilación con la belleza, el arte y el cuidado al físico.

Se trata de un modelo de desarrollo ya presente en las sociedades prehistóricas y que aparece en los registros históricos de diferentes civilizaciones.

En las inscripciones etruscas, al principio de los registros históricos (5000/6000 a.C.), ya aparece la práctica de

curar como una actividad social significativa; el Código de Hamurabi (3000 a.C.) cita a los *médicos* y en el antiguo Egipto la *medicina* adquiere una posición definida y una proyección social propia, aunque vinculada y regulada por la religión. Inhotep (2980–2900 a.C.) es el primer médico comprobado históricamente (18 siglos antes de Esculapio) y los papiros Ebers y Smith son los primeros tratados médicos conocidos (el primero, una lista de remedios y rezos, y el segundo, un tratado de cirugía). La salud ya no es exclusivamente magia. Los sistemas de alimentación (silos y distribución) y la preocupación por el medio ambiente y por el cuerpo en la sociedad egipcia de entonces pueden ser también vistos como medidas de *salud pública*.

En Oriente, FU Nsi (China, alrededor de 2950 a.C.) es contemporáneo de Inhotep. El *Nei Ching*, canon de medicina interna, del emperador amarillo, Huang Ti (siglo XXVII a.C.), es también de la misma época que los papiros egipcios. El yin y el yang, la teoría cósmica de los contrarios que se complementan y que aparecen de forma proporcional en el cuerpo humano generando equilibrios —salud— y desequilibrios —enfermedades— es un primer intento de explicación general y universal, no estrictamente religiosa.

Los vedas (India, hacia 2000 a.C.), especialmente en el sistema de medicina Ayurveda, reciben de Dhanvantari, dios de la medicina, la interpretación y las intervenciones mágicas sobre la salud, aunque también recogen el reconocimiento de síntomas y signos de las enfermedades y los remedios para curarlos (especialmente en los ervas). Tanto en China y como en la India el respeto por los difuntos incluía la prohibición reli-

giosa de cortar o mutilar los cadáveres, lo que impidió el desarrollo de los conocimientos sobre anatomía y patología.

Sin embargo, es en Grecia donde ocurre una verdadera revolución del conocimiento, que abarca también a la salud. A partir de la herencia babilónica y egipcia, y quizás también de China y la India, la civilización helénica establece las bases para una transición de la magia a la ciencia. Con el casi mito de Esculapio (hacia 1200 a.C.), dios de la medicina y también médico, se iniciará ese cambio con respecto a la salud. Los templos son también *casas de salud* donde además de por la fe, se ayuda a obtener la curación por medio de dietas, baños y ejercicios que adquieren, a veces, el carácter de preventivos. Se aprovechan las oportunidades de observación y se empieza a hacer uso, aunque de forma embrionaria, de la acumulación de conocimientos. Es, sin embargo, en los siglos V y IV a.C. cuando las condiciones de mayor libertad de pensamiento e institucionales crean el clima para el salto cualitativo dado por la filosofía. Empédocles (siglo Va.C.) complementa la teoría de los cuatro elementos esenciales del universo (agua, fuego, aire y tierra) con la teoría de los humores en el organismo humano. La contribución mayestática de las escuelas filosóficas (Sócrates, Platón, etc.) culmina con la obra de Aristóteles, que también era biólogo, y cubre casi todas las áreas del conocimiento y establece las características esenciales del conocimiento científico y los instrumentos intelectuales y básicos de su producción y validación (*Organon*); y contribuyen también al entendimiento del mundo natural y del hombre (física y metafísica) y de su comportamiento (ética).

Es en el edificio maravilloso de esta explosión de creatividad del genio humano

sobre el que Hipócrates (460–380 a.C.) y sus colaboradores construyen el milagro de la *Colección Hipocrática* (Corpus Hipocratium) sobre medicina y salud. La importancia dada a la observación y a la lógica en el diagnóstico y en la terapéutica es más que fundamento de semiología y de investigación de remedios, es también el origen de la epidemiología y del estudio de la salud pública. En efecto, el texto sobre *aire, aguas y lugares* trata sobre la ecología humana y la relación entre la salud y las condiciones de vida y conduce a la visión del *paciente integral en su medio*; también en este texto se usan los términos *epidemia* y *endemia* para hacer referencia a la presencia de las enfermedades en la comunidad. La cultura helénica se expande con Alejandro Magno y es incorporada a la civilización grecorromana. La Escuela de Medicina de Alejandría (300 a.C.) es un producto y un participante en ese proceso, en el que ya se da importancia a las *ciencias básicas* de la medicina; Herófilo en anatomía y Erasístrato en fisiología son buenos ejemplos.

La contribución más específica de la Grecia antigua a la salud pública es, sobre todo, en el campo de la higiene y en la cultura física del cuerpo humano; salud y belleza se confunden entre sí y se relacionan con la higiene, el bienestar y la potencia física.

Roma se hace sucesora de Grecia. La medicina se expande y se afirma con exponentes como Aulo Celso (30 d.C.), Asclepiades (120 d.C., opuesto a la teoría humoral) y Galeno (160 d.C.), el prototipo del médico tradicional. La contribución de Roma es todavía más importante en el campo de la salud pública, que hasta entonces no se diferenciaba de la medicina y no era más que una expresión eventual de ésta, sobre

todo en caso de calamidades, y practicada por los mismos actores. Roma da a la salud pública un contenido diferenciado de la medicina: abastecimiento colectivo de agua, saneamiento, higiene y limpieza urbanas, baños públicos, hospitales y asistencia pública a los enfermos son aspectos estratégicos establecidos con el propósito de proteger la salud de la población. En muchas ocasiones, además, llegaron a formar parte de la normativa jurídica, se crearon instituciones específicas para su desarrollo y casi siempre estuvieron integrados como prácticas sociales.

En cada experiencia histórica de la antigüedad, la salud estuvo siempre asociada a valores aceptados por las sociedades y sustentados por instituciones que se encargaban de representarlos, así como al conocimiento existente para explicar e intervenir en la vida. El progreso, que resultaba del predominio de los valores positivos y de las instituciones sociales correspondientes, de su capacidad de actuación —conocimiento y medios— y de los liderazgos eficaces, se aceleraba en situaciones de cambio global. Así, fue relativamente lento en el antiguo Egipto y en las civilizaciones orientales y acelerado, históricamente, en las civilizaciones griega y grecorromana.

En los trece siglos que siguen al siglo II d.C., el predominio de valores que sostenían la conformidad y limitaban la creatividad restringió el desarrollo de la salud. En el mundo occidental, el dogmatismo religioso volvió a tener el control de las fuerzas sociales, llenando los vacíos de la decadencia y restringiendo la libertad: la magia volvió a predominar sobre la ciencia, la providencia sobre la actuación, la salvación del alma individual sobre el cuidado del cuerpo y la preocupación por la población. La salud

pública perdió su recién adquirida identidad y la medicina se quedó estancada y hasta retrocedió para ser practicada en el aislamiento de algunos monasterios, o realizada por practicantes vigilados y de clase social inferior.

El progreso se producirá bajo el liberalismo relativo del islamismo, que cuenta con nombres como Avicena en el campo de la química y con la creación de *modernos* hospitales públicos. Asimismo, se producen avances en Oriente: en la India, en el periodo brahmanístico (800 a.C.–1000 d.C.), se elaboran los tratados Carata, Samhita y Susruta, que reinterpretan la teoría humoral incorporando el espíritu y avanzan en una terapéutica dietética y medicinal; en China, se desarrollan materiales médicos, la moxibustión y la acupuntura y ya, para el final del periodo, en el siglo XVI se publica la gran farmacopea. Sin embargo, en Occidente hubo también progresos en relación con las calamidades u otras situaciones críticas. Son ejemplos el código de los leprosos del III Concilio Lateranense (1179) y la introducción de la cuarentena durante la epidemia de peste negra del siglo XIV, a pesar de la vigencia de la teoría miasmática.

El Renacimiento y el mercantilismo, que revolucionaron la creación en las artes y “globalizaron” el mundo, alteraron el orden social y crearon las bases de una nueva revolución cultural y, consecuentemente, científica y productiva para la humanidad. La reposición o el fortalecimiento de valores como la razón y la libertad, captados por el iluminismo, el positivismo y, posteriormente, el utilitarismo y el liberalismo, rompieron muchas de las ataduras que tenía la creación humana y condujeron a un nuevo orden social que favoreció la expansión del conocimiento y la urbaniza-

ción de las sociedades agrarias, conseguida gracias a la industrialización. El impacto sobre la salud fue impresionante y múltiple.

Los efectos adversos de la miseria en los tugurios urbanos o en las minas, originados durante la etapa inicial de la industrialización, fueron recompensados ampliamente con los avances políticos relacionados y con los progresos en el conocimiento.

En efecto, en el plano social, los extremos del nuevo régimen productivo fueron alicientes importantes para el surgimiento del socialismo real, de la democracia social y de los estados de bienestar y, por ende, de las modificaciones en el capitalismo y en el perfeccionamiento de la democracia representativa y del estado de derecho. Condujeron también a la comprensión de las relaciones entre la salud y las condiciones de vida. Por otro lado, la expansión de las fuerzas productivas alentó una revolución científica que está todavía desarrollándose, generando una producción de conocimientos y tecnologías cada vez mayor.

El advenimiento de la microbiología reforzó los postulados de la higiene, sustituyó la teoría de los *miasmas*, estableció una relación causal directa entre enfermedad y agente —la etiología—y, a la vez que se producían los descubrimientos en las ciencias físicas, abrió el camino para el control específico de las enfermedades transmisibles y para el desarrollo de la medicina. Comenzaba así una nueva era para la medicina y la salud pública.

Sin embargo, ha sido en los tres últimos siglos (XVIII, XIX y XX) cuando se han producido los cambios más revolucionarios, como culminación de este pro-

greso iniciado siglos atrás. La hecatombe de la peste negra de 1348 obligó a la aceptación de las causas naturales para la enfermedad y llevó a la introducción de los *sistemas de vigilancia* y de la cuarentena, con lo que la salud pública empieza a readquirir su identidad, que todavía tardará en afirmarse. En el siglo *XVII*, G. Fracastoro, al demostrar el contagio, crea las condiciones para el debate sobre la idea de la prevención. El final del siglo *XVIII* viene con la primera vacuna —de la viruela, Jenner, 1779— y con el carácter precursor del genial Joham Peter Frank y su *método para una política médica completa* en el que propone que los gobiernos deben ser responsables de la salud de sus pueblos. La sistematización exhaustiva que realizó sirvió como base para la reforma llevada a cabo por Bismarck en 1884, que se constituyó en uno de los paradigmas de la organización de los servicios de salud. En la misma época, en Francia, el Dr. Guillotin (1792) proponía con éxito en la Convención Nacional la creación de un comité de salubridad. Unas décadas antes, en 1748, se aprobó, en Suecia, la primera ley sobre la obligatoriedad de la compilación de información sanitaria, seguida por iniciativas similares en otros países. La mejora de la información, la vinculación de la salud con el estado social de las personas (Virchow, Villermé, Chadwick y otros) y los avances científicos, en microbiología, por ejemplo, expanden el alcance y los métodos de la investigación epidemiológica permitiendo así alcanzar progresos aún más rápidos en materia de salud pública.

En una perspectiva general, la Revolución Francesa y la revolución americana transforman la concepción política del mundo y la democracia regresa como idea y forma deseable de gobierno. Esas

manifestaciones supraestructurales responden a las transformaciones aceleradas en el modo de producción, mediante las que se afirman los principios de la propiedad privada de los medios de producción y las bases de la economía de mercado y de la industrialización, que se complementan con regímenes políticos liberal-democráticos. El contexto ideológico y la base productiva estimulan a la creatividad, al conflicto y al cambio.

En efecto, el siglo siguiente, el *XIX*, continúa y extiende el proceso de transformación del anterior y la salud experimenta una verdadera revolución. La *medicina científica* se reafirma con la experimentación (Claude Bernard) y la microbiología (Pasteur y Koch). En Inglaterra, la Comisión para la Ley de los Pobres —*Poor Law Commision*— presenta su informe en 1838, que modifica la vieja ley isabelina de 1601. Asimismo, se crea el Instituto de Salud Pública, iniciativa seguida por otros países europeos en la segunda mitad del siglo. Los sistemas de atención de salud son organizados sobre bases institucionales más sólidas y la salud pública adquiere un estatus definitivo; al mismo tiempo surgieron modelos de organización de servicios de salud y seguridad social que orientaron los sistemas de asistencia durante muchas décadas hasta la actualidad (modelo Bismarck).

El siglo termina con una explosión de avances en el conocimiento de las enfermedades transmisibles (tuberculosis, paludismo, fiebre amarilla, etc.) que, junto con la necesidad de reducir los riesgos sanitarios para el comercio internacional y para la élite nacional, dan origen a intervenciones contra enfermedades específicas, así como a mejoras del saneamiento y la higiene, que, por otro lado, exponen la necesidad de la cooperación

internacional en materia de salud. En efecto, los dos primeros congresos sanitarios internacionales se celebran en París (en 1851 y 1859) y son seguidos por otros, hasta llegar al establecimiento de la Oficina de Higiene y Salud Pública, en 1907. En la Región de las Américas las dos primeras convenciones sanitarias internacionales entre Argentina, Brasil y Uruguay se celebraron en Montevideo en 1873 y 1884, respectivamente, mientras que la tercera tuvo lugar en Rio de Janeiro, en 1887. Esas reuniones precedieron a la primera Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D. C. 1902), en la que se estableció la Oficina Sanitaria Panamericana.

El siglo *XX* es el clímax de este proceso de transformación en aceleración permanente. Las contradicciones del capitalismo dominante engendraron procesos de contraposición en el socialismo —ascensión, guerra fría y fracaso— y de crisis económicas y bélicas que convulsionaron el mundo. Se afirman progresivamente las ideas de pueblo y de sociedad civil como correspondiente social de los derechos humanos, la ciudadanía y el Estado democrático de derecho. La democracia representativa liberal se afirma como régimen político, dominante y legitimador del modo de producción basado en el mercado y en la iniciativa particular. La productividad y la producción se multiplican, movidas por la tecnología y nuevas formas de organización. La riqueza, sin embargo, se concentra y las desigualdades sociales, entre y dentro de las naciones, se acentúan.

El fin del colonialismo a la antigua usanza multiplica el número de países *independientes* y periféricos a la hora del ejercicio del control del poder mundial. Los mecanismos internacionales de debates y la resolución de conflictos me-

dante pactos y organizaciones alejaron las probabilidades de una guerra que llevara a la destrucción mundial, aunque se mantiene un gran número de conflictos de *baja intensidad*. La producción científica y tecnológica es motor y consecuencia de todo el proceso y abre posibilidades a veces impensadas de satisfacer y crear necesidades, al tiempo que plantea importantes interrogantes éticos y sociales. En correspondencia con la concentración de la riqueza y el poder, el conocimiento es también concentrado y selectivo, y la ruptura y la *homogeneización* de la cultura chocan con la multiplicidad étnico-cultural del mundo.

Para la salud y la salud pública, el siglo *XX* ha venido cargado de éxitos sensacionales pero también de dolorosos fracasos. Catapultada por los avances científicos, por el predominio de los valores positivos y por marcos institucionales y de recursos más eficaces, la atención a la salud se ha multiplicado, a la vez que se ha hecho más compleja y eficaz. El nivel de salud de las poblaciones ha aumentado rápidamente en todo el mundo y hemos podido celebrar victorias memorables en el combate contra enfermedades como la viruela y la poliomielitis. Sin embargo, se encuentran enormes desigualdades sociales en el nivel de salud, en la exposición a riesgos y en el acceso a la asistencia necesaria posible.

Los sistemas de atención a la salud se amplían y se hacen más complejos. Su organización adquiere puntos de referencia más diversificados como los modelos del socialismo estatal de Beveridge y, más recientemente, diversas innovaciones y combinaciones. La salud pública, en consecuencia, ha avanzado mucho, pero ha fallado también; ha alcanzado importancia y prestigio a veces, pero igual-

mente ha quedado relegada y presenta omisiones vergonzosas, como las observadas en el ciclo de reformas sectoriales inspiradas en los principios del *Acuerdo de Washington* realizadas en numerosos países en las dos últimas décadas. En el balance global, a pesar de los éxitos, la distancia entre lo posible —no el ideal— y lo realizado ha aumentado y esa brecha se materializa en forma de sufrimiento, discapacidad y muertes evitables que conforman la enorme y vergonzosa deuda social en salud que todavía suma, en la región de las Américas, alrededor de un millón de muertes anuales injustificables y evitables, y millones de años de vida perdidos.

En efecto, la historia de la salud pública en el siglo *XX* está llena de altibajos, especialmente en la región de las Américas, que es ahora el principal objetivo de nuestro análisis. Las tres primeras décadas fueron una continuación del movimiento del final del siglo *XIX* en el que la expansión del comercio y de la capacidad de intervención con el desarrollo de la etiología, impulsaron los esfuerzos de saneamiento, higienización y control de enfermedades, especialmente el paludismo, el cólera y la fiebre amarilla, que afectaban seriamente a los flujos comerciales y migratorios. Con este fin se alcanzaron éxitos significativos, como la construcción del Canal de Panamá (1914), el saneamiento de los principales puertos y la erradicación de la fiebre amarilla en La Habana y en Rio de Janeiro. Institucionalmente, se produjo una importante evolución en los Estados Unidos, donde, en la segunda mitad del siglo *XX*, a partir del Informe Shattuck en Massachusetts, se crearon servicios de salud pública en los estados, con lo que se modificaba la casi exclusiva responsabilidad local que predominaba hasta entonces y se crea el Servicio Federal de

Salud Pública, en 1912, a partir del Servicio del Hospital de la Marina.

La Primera Guerra Mundial no llega a interrumpir este proceso, sino que más bien ofrece oportunidades para el desarrollo de medidas y de conocimientos. En estas primeras décadas se refuerza la vinculación entre la disminución de la pobreza y la mejora sanitaria y tiene lugar la creación de las primeras Escuelas de Salud Pública (Johns Hopkins, Harvard, etc.), iniciativa que se reproduce en América Latina (Sao Paulo, Venezuela, Chile, México, etc.). La salud pública cierra con ello su ciclo de desarrollo institucional creando mecanismos de reproducción autónoma de conocimiento, técnicas y recursos humanos. Algunas organizaciones no gubernamentales empiezan a actuar en el campo de la salud pública, incluso en el ámbito internacional; entre ellas destaca por su carácter pionero la Fundación Rockefeller. La Asociación Americana de Salud Pública (APHA), fundada en 1872, es seguida por otras organizaciones profesionales o científicas con preocupaciones específicas (tuberculosis, cáncer, etc.). En América Latina comienzan a ser creados los ministerios de sanidad (o de salud) y las instituciones públicas de seguridad social, proceso que continúa hasta la década de los años 50.

La Revolución Rusa (1918) y la llegada del socialismo real de estado modifican la realidad política e ideológica mundial e introduce un factor que será muy importante en la evolución política en lo que queda del siglo *XX*.

Los mayores fracasos de la salud pública en esa fase fueron la limitación de su práctica a las condiciones sanitarias, y de higiene y al control de enfermedades transmisibles, a pesar del concepto ya

avanzado de las dimensiones sociales de la salud, y su restringida cobertura, especialmente en América Latina.

La década de los años treinta trae el surgimiento del nazismo y del fascismo, con sus agresiones a los derechos humanos, su intolerancia y su agresividad colonialista, lo que le llevó a su confrontación con las potencias centrales en la Segunda Guerra Mundial. El decenio empieza también con la recesión mundial de los años treinta (Estados Unidos, 1929) que renueva el pensamiento económico para hacer frente a la crisis, incluyendo una ampliación del papel de los estados, y expone la necesidad de una nueva situación institucional que mejore la estabilidad financiera, lo que dará origen a la creación de las instituciones de Bretton Woods al finalizar la guerra. La década de los años cuarenta está marcada por la guerra y, con su final, por la creación de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como por un renacimiento del humanismo. Durante ese periodo, las ciencias experimentan un crecimiento acentuado y la producción económica acelera su diversificación —de organización y de productos— que continuará durante todo el siglo y proporcionará profundas modificaciones en las pautas de consumo, en la manera de vivir y en las expectativas de la población. La salud pública continúa su desarrollo pero, al mismo tiempo, se acentúa su condición de subordinación en relación a la atención médica.

El periodo de los años 50 y 60 empezó bajo los auspicios de los sentimientos de paz y solidaridad tras la hecatombe y la barbarie de la guerra, que luego fueron sustituidos o modificados por *ideologías* de la guerra fría. Fue, sin embargo,

un periodo de reanimación del panamericanismo y de la cooperación regional, especialmente después de la fase crítica de la reconstrucción de Europa.

América Latina experimenta un crecimiento prolongado, expande su proceso de industrialización y el papel del Estado en la economía; la planificación del desarrollo se pone de moda. Al mismo tiempo, los regímenes de facto sustituyen a las democracias incipientes, estimulados por la lucha en contra del comunismo, una tendencia agudizada por la Revolución Cubana. En Los Estados Unidos, la fecundidad de la población está en aumento (es el momento conocido como *baby boom*) y hay una gran expansión de los programas públicos de atención a la salud; se consolida la organización de los servicios públicos de salud (nuevos NIH, CDC, EPA, FDA, etc.) y la transición epidemiológica se completa. En América Latina se consolida una fuerte expansión de la oferta de servicios personales de atención de salud con una reorganización significativa de los sistemas sanitarios. La salud pública consolida la ampliación de sus objetivos, aunque se mantiene en segundo plano entre las prioridades de los gobiernos; sus logros más reconocidos tienen lugar todavía en el control de las enfermedades transmisibles y en el saneamiento básico, como son la iniciativa fracasada de erradicación del paludismo, la erradicación de la viruela y la expansión de la cobertura del abastecimiento de agua y de la eliminación de excretas y desechos. La población latinoamericana alcanza el ápice de su crecimiento natural, gracias a la reducción de la mortalidad con el mantenimiento de altas tasas de fecundidad, y se acelera el proceso de urbanización. La región empieza a convivir con el aumento de las enfermedades

crónicas mientras todavía presenta incidencias altas de enfermedades transmisibles y carenciales. Las escuelas e institutos de salud pública aumentan en número y se articulan para el intercambio y la cooperación.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) experimenta un continuado proceso de crecimiento y atención de su ámbito de actuación. Al final del periodo, la propuesta de salud para todos y la de la atención primaria de salud como estrategia principal aumentan las expectativas de salud pública; sin embargo, la visión estratégica de transformación de la propuesta es minimizada por el énfasis exagerado en el primer nivel de atención y el potencial transformador de la propuesta no es llevado a cabo plenamente.

La década de los años setenta termina con los síntomas de agotamiento de los factores dinámicos de crecimiento del periodo anterior, lo que conduce a la crisis de la deuda externa en América Latina y luego a la década perdida para el crecimiento económico, lo años ochenta. Los Estados Unidos y el Canadá viven también un periodo de turbulencia económica (años setenta y ochenta) con altas tasas de inflación, reducción de las tasas de inversión y de crecimiento de la producción y de la oferta de empleo, y con síntomas evidentes de insatisfacción entre algunos sectores de la población estadounidense, como los problemas de integración racial y la guerra de Viet Nam. El fracaso del comunismo en la Unión Soviética y en otros países conduce progresivamente a la reducción de las tensiones de la guerra fría, cuyo fin simbólico fue la caída del muro de Berlín. En América Latina, la salud sufre los efectos de la crisis económica con reducciones de recursos y los efectos negativos

de las injusticias sociales (concentración de riqueza y desigualdades injustas y evitables que el crecimiento anterior no había mitigado de forma significativa). La violencia política es crítica en algunas zonas y la violencia común está en aumento. La salud pública adquiere una nueva dimensión: *la paz*. Las dimensiones sociales de la salud son enfatizadas y sus relaciones positivas con el desarrollo son puestas en evidencia. Muchos otros actores se preocupan por la salud y por la cooperación internacional en materia de salud, entre los que destacan los bancos internacionales de desarrollo —Banco Mundial y Banco Interamericano— y las denominadas organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones civiles.

El fracaso del *socialismo real* y la crisis de los años ochenta estimulan una vuelta al liberalismo, —conocido como *neoliberalismo*—, cuyos principios básicos generales están reflejados en el llamado consenso de Washington. Ello da origen a la promoción de una serie de reformas sectoriales en salud, simultáneas y/o complementarias de otras, en la economía y en el Estado, que no se preocupan mucho por la salud pública; al contrario, en algunos casos, la ya endeble infraestructura institucional de salud pública es marginada aún más. Sin embargo, se dan algunos éxitos, como la ampliación de las coberturas de algunos servicios, la erradicación de la poliomielitis, la participación de la salud en la lucha por la paz y la consideración de la participación social en el contexto de la redemocratización de los países bajo regímenes totalitarios del período anterior, el énfasis en la promoción de la salud y el creciente reconocimiento real de la importancia de la salud para el desarrollo humano sostenible. La última década del siglo

transcurre en el contexto del nuevo proceso de mundialización y del progresivo consenso sobre la necesidad de reconsiderar y revisar o superar el Consenso de Washington y muchas de sus consecuencias, lo que será tratado en el apartado siguiente de este capítulo.

En los últimos tres siglos (*XVIII*, *XIX* y *XX*), además de recuperar su identidad, la salud pública experimentó profundas modificaciones de sus bases conceptuales y de su puesta en práctica. En el siglo *XVIII*, el siglo de las luces, la profusión de ideas provenientes del iluminismo, el utilitarismo y el liberalismo que tuvieron tanta influencia en la política (Revolución Francesa, naturaleza y organización del Estado, código napoleónico, democracia representativa y capitalismo, entre otras transformaciones de la sociedad) llegaron a la salud pública con un retraso considerable. Los mecanismos que llevan las ideas generales a la práctica de la salud pública fueron desarrollados lentamente, tanto en lo referente al conocimiento, como a las técnicas y a las instituciones. La salud pública quedó restringida a la teoría miasmática y, en su práctica, a actuaciones limitadas de higiene y de control de las epidemias. La Revolución Industrial y el proceso de urbanización que le siguió contribuyeron a apresurar el cambio. El siglo *XIX* llega, en efecto, con una visión ampliada de la salud en sus relaciones con las condiciones sociales, que debilita la hegemonía de la teoría de los miasmas, finalmente desechada con las comprobaciones de los agentes etiológicos microbianos. Los paradigmas principales de la salud pública son hasta la mitad del siglo la dimensión social, especialmente las condiciones de vida y de trabajo, y las consiguientes formas sociales y de organización institucional —el Estado y los seguros— que al

final del siglo son superados, en la práctica, por la etiología específica y su control. En términos prácticos, las nuevas intervenciones en materia de salud pública, estuvieron, como en el pasado, centradas en la definición de reglas y en la vigilancia de su imposición y fiscalización. El siglo *XX* empieza bajo la influencia de los mismos paradigmas con predominio de la preocupación sanitaria y del control específico de algunas enfermedades. La preocupación por la sociedad y por la organización y gestión de los sistemas de servicios adquiere fortaleza en los conceptos para progresar todavía más después de la Segunda Guerra Mundial. Más adelante en este capítulo se debatirán los retos actuales y futuros de la salud pública y, en el capítulo 4, las bases conceptuales renovadas con el fin de lograr una práctica real más eficaz.

En resumen, en los últimos siglos, la conjunción de valores, aunque sólo parcialmente recuperados del humanismo y de la solidaridad, con la expansión del conocimiento y la organización institucional de lo público, ha empujado a la salud y a la salud pública a un proceso de cambio aún más acelerado que ha llevado a éxitos espectaculares. Al final del siglo pasado y a comienzos del presente, el control de enfermedades endémicas fue perseguido bajo el estímulo adicional de los intereses comerciales y del afán de las élites por la protección, lo que implicaba un gran esfuerzo de saneamiento ambiental y de control de vectores, según el modelo sanitario.

La medicina adquirió bases científicas más sólidas y eficaces y la atención médica se expandió rápidamente, en gran medida por la valoración del trabajo, el poder de reivindicación de los trabajadores y el crecimiento de los regímenes de

la seguridad social. Esa expansión acercó la atención médica a la salud pública, entendida ésta también como proceso de organización de la atención a la salud, cuyos costos y complejidad crecientes implican una necesaria dimensión colectiva. Sin embargo, las contradicciones e injusticias persistieron y hasta fueron ampliadas en el proceso. El Estado creó y fortaleció sus organizaciones de salud que recibieron, no obstante, asistencia muy diferenciada entre los países y a lo largo del tiempo. El progreso científico proveyó más y mejores instrumentos de intervención que se concentraron, sin embargo, en la atención individual. Las organizaciones internacionales se dedicaron a la salud de forma creciente, incluyendo más recientemente las instituciones financieras mundiales y regionales. La comprensión de la salud fue cada vez más integral y amplia, y desbordó las fronteras de la atención médica y aun las del llamado sector salud. Aunque las prácticas institucionalizadas no reflejen adecuadamente ese conocimiento, especialmente en el mundo en vías de desarrollo, se cuenta con las condiciones necesarias para evaluar dichas prácticas y los conceptos que ellas implican en relación con las nuevas realidades.

De esta visión resumida de la salud y la salud pública en la historia se pueden destacar algunas conclusiones fundamentales:

1. El carácter social e históricamente construido de la salud y de la salud pública.
2. Su naturaleza acumulativa y de cambio en el devenir de la historia.
3. El progreso en salud se hace por la conjunción de valores socialmente

incorporados en las prácticas sociales, con la expansión de los conocimientos y sus aplicaciones y con la construcción de una infraestructura institucional pública que favorezca el sinergismo entre ellos.

4. La coincidencia de intereses políticamente significativos (económicos, de grupos, etc.) en etapas de expansión y/o de cambio del proceso social de producción y liderazgo adecuado aumentan el poder de la conjunción anteriormente señalada.

En las secciones siguientes se describen, con más detalle, algunos componentes fundamentales para la salud dentro del contexto actual de comienzos del siglo *XXI* y los desafíos a los que se enfrenta la salud pública en la actualidad y en el futuro.

2. El contexto actual

Nunca como en la actualidad, los diversos componentes de la vida social estuvieron tan interrelacionados. Esta interconexión se da en todos los aspectos de la vida humana y aumenta con el desarrollo de las sociedades nacionales y de la sociedad mundial. Una visión de totalidad es cada vez más necesaria para entender las partes en esa especie de unicidad de lo universal o abstracto, y de lo particular o concreto. Determinada y explicada también en este contexto o contextos, el caso de la salud no es una excepción. Entre las varias miradas hacia esos contextos, la nuestra se dirigirá, en este documento, de forma intencionadamente selectiva, a los cuatro conjuntos de fenómenos siguientes, interrelacionados pero diferenciados, que creemos que reflejan la inmensa complejidad de la realidad actual y sus implicaciones

para la salud y la salud pública: La mundialización y sus manifestaciones; los procesos políticos; el medio ambiente y la población, y el desarrollo necesario.

2.1 La mundialización y sus manifestaciones

La nueva mundialización o globalización económica se sitúa en sustitución de la bipolaridad geopolítica y de la confrontación ideológica presente en los años de la guerra fría. Como forma de expresión victoriosa se impone absoluta como *camino indiscutible* de un nuevo orden internacional, y como *doctrina única* para la organización de la producción, imponiendo la liberalización de los mercados en todos los ámbitos a escala planetaria. Las ventajas y las promesas de la adhesión a los principios y directrices del Consenso de Washington hablaban de una nueva era de progreso mundial, cuyos frutos serían compartidos por todos. Esas promesas parecían sólidamente sustentadas por una racionalidad macroeconómica que, por otro lado, no admitía negaciones o reparos, ya que serían tenidos como desviaciones de la buena conducta y serían castigados con el rigor de la exclusión del orden establecido. Las promesas no han sido cumplidas o lo han sido en forma diversa, en general en detrimento de los países en vías de desarrollo. Después de quince años de ajustes y reformas, la mayoría de estos países en América Latina y, en general, en el mundo parece estar en peor situación relativa, y, en algunos casos absoluta, que la que tenían antes. La mundialización, sin embargo, se ha manifestado en todas las dimensiones de la vida, creando situaciones y condiciones nuevas que se presentan de forma permanente o, por lo menos, con perspectivas de larga duración.

A continuación se presentan algunos aspectos que son particularmente importantes para las condiciones de vida y de salud, y que afectan particularmente a América Latina y a los países del Caribe.

a) Ciencia y técnica

La mundialización se apoya en avances científicos y tecnológicos sin precedentes. La productividad y la competitividad se basan fundamentalmente en esos avances, incluyendo las mejoras de gestión que, por otro lado, han reducido la importancia de las ventajas comparativas tradicionales basadas en recursos naturales y mano de obra barata, puesto que el insumo estratégico principal es el conocimiento y la tecnología o la información. Este hecho estimula aun más la concentración selectiva de la investigación y el desarrollo tecnológico hacia la solución de los problemas de los países centrales, hacia las preferencias del mercado y hacia los temas que proporcionan un mayor potencial de rentabilidad, así como favorece el refuerzo de la protección de la propiedad del conocimiento. Esto hace que el acceso a la tecnología y a los productos y servicios resultantes sea más difícil para los países pobres, lo que aumenta su dependencia del exterior, todo ello sancionado en los acuerdos multilaterales. Sin embargo, la ciencia y la técnica son también promesas de rendición social si se ponen al servicio del desarrollo humano y de los valores que lo sustentan. Así pues, para la salud son factores cruciales del progreso que deben ser utilizados de forma ética y socialmente correcta. Para la salud pública, el conocimiento y la técnica constituyen elementos esenciales para su desarrollo, ya que amplían su capacidad de intervención y su eficacia cuando son apropiados y utilizados adecuadamente.

b) Información y cultura

Uno de los instrumentos fundamentales de la mundialización, en la modernidad y en la posmodernidad, es la enorme expansión de la información y de la comunicación, incluidos los medios de transporte. En realidad, la economía moderna y toda la vida actual son posibles gracias a la extraordinaria capacidad de administrar la información: recopilarla, procesarla, usarla y difundirla con diferentes propósitos y en diversas circunstancias. Las realidades virtuales son hoy paralelas a las realidades fácticas y, con frecuencia cada vez mayor, llegan a sustituirlas. La multiplicación del capital financiero debido a la velocidad de su circulación universal y la ampliación de los mercados por la comercialización de las expectativas y de representaciones de activos reales, derivados y futuros, y por las transacciones en Internet, constituyen la esencia misma de la mundialización actual. La fuerza de ese proceso llega a todos los sectores de la sociedad humana y, por tanto, tienen efecto en la cultura, en los valores y en las prácticas que la conforman. Los valores que son de utilidad para los mercados son difundidos universalmente, lo que provoca rupturas culturales y favorece una cierta homogeneización de las culturas. Se trata de un proceso de una importancia decisiva, aunque todavía no está siendo valorado suficientemente.

En efecto, la explosión de información y de propaganda han extendido los hábitos de consumo, las expectativas y los comportamientos requeridos por los mercados. Ello está acelerando una ruptura cultural de grandes proporciones, con la destrucción o sustitución de valores y la reducción de la diversidad y de la identidad culturales. El resultado es la pérdida de parámetros morales y éticos en aras de

un hedonismo materialista, cuyos modelos están más allá de las posibilidades de las sociedades pobres. La desestructuración cultural y las expectativas insatisfechas son factores importantes en la génesis o en el estímulo de conductas socialmente desestabilizadoras: la agresión a sí mismo y a los otros, la desconfianza y el abuso, entre otras. En una escala colectiva, la sustitución de valores virtuosos, tales como la solidaridad y la cooperación, por intereses particulares o de grupo contribuye a la corrupción y a la dominación y marginación de los débiles, o sea, la libertad sin control de los poderosos implica la negación de la justicia y de los derechos humanos fundamentales para muchos. El riesgo de fracturas sociales ha motivado el desarrollo de las ciencias de la conducta que ofrecen herramientas de análisis e intervención más potentes en esa área.

Por otro lado, y tal como ocurre en relación a otros campos de la ciencia y de la técnica, la Información puede ser también el más poderoso instrumento de liberación y de progreso individual y social; puede facilitar la capacitación individual y colectiva, la formación de ciudadanía y la participación y el control sociales de lo público, que son condiciones para la profundización y la expansión de la democracia y el fortalecimiento del estado de derecho. Puede así ser utilizada para la valoración de la diversidad cultural y de la identidad de las naciones, indispensables para la construcción de futuros propios, integrados en un proyecto común de una humanidad solidaria y justa.

c) Mercado, Estado y sociedad

De acuerdo con los principios del nuevo orden mundializado, la secuencia en

que aparecen mencionadas las tres instancias en el título de la presente sección se corresponde con su preeminencia. El mercado se afirma, a pesar de sus eventuales imperfecciones, y tiene las virtudes suficientes para dar todas las respuestas necesarias. El papel del Estado es el de facilitar la actividad del mercado, creando las condiciones favorables para su funcionamiento pleno y absteniéndose de intervenir excepto cuando sea en su favor o en situaciones muy específicas. Y la sociedad es el sustrato para que el mercado y el Estado existan y se justifiquen, y por ello debe organizarse y actuar consecuentemente, con la esperanza de que al final la alianza mercado/Estado sea también socialmente beneficiosa. Los límites evidentes y los fracasos del modelo liberal —o neoliberal— extremo han llevado, sin embargo, al reconocimiento de que algunas de sus características deben ser modificadas.

Un Estado fuerte para una regulación equilibrada reduce la inestabilidad exagerada y la incertidumbre y los efectos destructivos indeseados de la competencia y de los intereses privados sin control; además, el Estado debe ser capaz de cumplir efectivamente las llamadas funciones de Estado (defensa, seguridad pública, justicia, etc.), proveer los estímulos convenientes para la iniciativa privada y crear las condiciones para la atención de necesidades sociales complejas, que conllevan grandes incertidumbres y externalidades en las que los mecanismos de mercado presentan serias imperfecciones, tales como la educación y la salud. Esto contribuye a la estabilidad, la legitimación del régimen político, las mejoras en la distribución y en el ejercicio del poder y el fortalecimiento del mismo mercado y, en consecuencia, a la sostenibilidad del proceso. Pero la revisión debe ir más lejos y ser

más significativa: se reconoce, progresivamente, que un sistema de valores positivos, expresados en las relaciones y prácticas sociales organizadas y apoyadas en instituciones eficaces y sólidas —el capital social— es fundamental para la expansión y solidez de los mercados y del proceso de desarrollo.

Además, la gestión de bienes, cuya generación, uso, beneficios y producción son regionales o mundiales, los llamados *bienes públicos globales* (conocimiento, paz, algunos recursos naturales, reglas y normas internacionales, aspectos de salud, etc.), exige la cooperación internacional, prácticamente imposible sin la participación de gobiernos capaces. Las grandes instancias sociales mencionadas en el título son puestas así, como mínimo, en condiciones de igualdad y se abre la posibilidad de su rearticulación correcta: la primacía de la sociedad servida por su instrumento o institución mayor (el Estado) y por el principal mecanismo o forma de producción (el mercado).

Sin embargo, los términos de este debate se encuentran todavía en una fase fundamentalmente teórica. En la práctica mayoritaria prevalece aun la concepción liberal —o neoliberal— más pura, con algunas limitaciones casuales.

En efecto, la reforma del Estado, por ejemplo, quedó, en general, reducida a la privatización de empresas y de la prestación de servicios, realizada muchas veces con el propósito inmediato de conseguir recursos fiscales adicionales para subsidiar el capital financiero, mediante el servicio de la deuda y las garantías de contratos. La reorientación del Estado hacia las llamadas funciones propias, incluyendo las sociales, y la salud entre ellas, no se ha llevado a cabo

o se ha hecho con muchas limitaciones. En muchos casos, al contrario, la capacidad del Estado en esas áreas ha sido debilitada por la desvaloración y *desmoralización* del servicio público, la falta de estímulo a los funcionarios, el aumento de la incertidumbre y la disminución de los recursos. Es interesante destacar que el discurso de un Estado sin participación en la actividad de producción, que la iniciativa privada del mercado realiza mejor, no se aplica a la intervención financiera: a pesar de los recursos de las privatizaciones y el aumento de la carga tributaria, el endeudamiento público se multiplicó en la mayoría de los países y el servicio de la deuda redujo de forma muy importante el poder de asignación de recursos para las acciones sociales además de comprometer el futuro de la economía, especialmente a causa de la dependencia externa.

Otra dimensión, quizás más importante que la reducción del carácter público del Estado, es la reducción de su influencia como factor de cohesión social y de elemento mantenedor de una identidad nacional. Sometido a las reglas de la interdependencia multilateral y en una situación de inferioridad, el Estado, en los países periféricos, renuncia muchas veces a la soberanía de defender los intereses de su propia nación. La reforma del Estado que asegure el interés público, la democracia, la justicia y la identidad nacional y, por lo tanto, resista a la corrupción y a su propia privatización y sea capaz de garantizar las condiciones de libertad de iniciativa y la estabilidad de los mercados, aún no ha sido conseguida en la mayoría de los países.

d) Iniquidades e injusticias

Las inequidades entre países y dentro de los países en desarrollo están aumen-

tando de forma visible. Los efectos distributivos iniciales de las políticas exitosas de estabilización son contrarrestados con creces por la injusticia social de las políticas macroeconómicas recesivas y que privilegian el capital. Según Wolfensohn,¹ sin tener en cuenta a China, por lo menos aumentó en cien millones el número de pobres en el mundo en los últimos diez años (de 1991 a 2001). El crecimiento insuficiente o la recesión aumentan el desempleo y reducen la remuneración del trabajo; con la disminución de los ingresos, aumentan la pobreza relativa (y, a veces, la absoluta) y las necesidades y demandas de servicios públicos, incluidos los de salud, justamente cuando la capacidad pública de respuesta está disminuida. La pobreza, la desigualdad y la exclusión social amenazan a la estabilidad del nuevo orden y adquieren, en consecuencia, prioridad en el discurso, lo que aumenta las posibilidades de un cambio con orientación social y rostro humano. Las desigualdades sociales entre países son, en su mayor parte, injustas y evitables, impuestas sobre segmentos importantes de la población. Esas desigualdades no sólo son condenables éticamente como una agresión a los derechos humanos, sino que además imponen severas restricciones a las posibilidades de expansión de la producción y de todo el desarrollo; las malas condiciones de vida de los que las sufren constituyen causas primarias y principales de riesgos y problemas de salud y de salud pública.

e) Modelos e instrumentos de organización y gestión

La mundialización se hace evidente también en la forma de actuar en todas

¹ Presidente del Banco Mundial; prólogo a *Calidad del crecimiento*. OPS; 2002. (Publicación, científica y técnica n° 584)

las áreas, desde la forma de gobernar hasta en la administración de programas y unidades productoras de los servicios sociales. La innegable contribución que los instrumentos de la gestión privada y empresarial pueden dar a la administración pública es entendida como el sustituto o la solución universal para todos los casos. En los gobiernos, la indefinición de las funciones públicas y privadas alcanza a la adopción no crítica de métodos de gestión y a una promiscuidad de intereses y actores con resultados casi siempre desastrosos: corrupción, privatización de lo público, debilitamiento institucional, insensibilidad social e ineficacia. La aplicación dogmática de los principios del mercado en la organización de los sistemas de atención a la salud ha tenido como resultado experiencias costosas y socialmente dolorosas en la región de las Américas y, en general, en todo el mundo. Las reformas sectoriales promovidas en muchos de los países latinoamericanos en las últimas décadas padecen las consecuencias de esa orientación, tales como las distorsiones en los objetivos de salud, los subsidios socialmente perversos, el aumento de la desigualdad y de los costos sociales reales y, como consecuencia, la disminución de la eficacia social de los sistemas de salud. En dichas reformas, la salud pública ha quedado marginada o completamente olvidada.

f) Oportunidades perdidas

No hay humanista que no sueñe con una humanidad unida en la que las oportunidades de realización del ser humano sean accesibles para todos y sus derechos fundamentales sean ejercidos universalmente. La mundialización, así entendida, sería un objetivo que debe ser perseguido. Ello incluye, sin duda, la intensificación de los flujos de capital y

del comercio a escala mundial con el fin de aprovechar las oportunidades productivas en todas partes y aumentar la producción haciendo más equitativa la distribución de los beneficios y protegiendo el patrimonio natural común ahora y con vistas a futuro, con respecto a la diversidad esencial de culturas. En definitiva, una sola humanidad con diferentes culturas y maneras complementarias de ser y de vivir.

En cambio, la mundialización actual, predominantemente financiera y comercial, no está contribuyendo a este fin, sino que más bien parece estar ensanchando las brechas y las divisiones. Los flujos del capital se orientan por medio de intereses inmediatos de alta rentabilidad, a veces con efectos funestos en las economías débiles de la periferia y en las costumbres y prácticas sociales y de gobierno. El comercio se rige por medio de reglas asimétricas y de doble aplicación: se liberalizan las transacciones de bienes en los que los países ricos tienen ventajas comparativas, es decir, en los sectores de la industria y los servicios, y se protege o restringe las de aquellos en que los países pobres pueden competir con algún éxito (agricultura y minería). En ambos casos el resultado es, normalmente, un aumento de la exposición y la debilidad externas de los países pobres y, en consecuencia, el aumento de su dependencia y la reducción de sus posibilidades de desarrollo.

La cooperación internacional padece además distorsiones serias. En los foros internacionales abundan las promesas y compromisos que sólo se cumplen en parte, generalmente de acuerdo con la conveniencia o la coyuntura de los países centrales. Los flujos de las transferencias o ayudas voluntarias de los gobiernos centrales son, en la mayoría de los

casos, una fracción de lo prometido (0,3 frente al 0,7 del PIB, como promedio) y parecen estar disminuyendo. Y lo que es peor, el proteccionismo selectivo en los países ricos causa perjuicios a los pobres por medio de la reducción de ingresos del orden de cien a ciento cincuenta mil millones de dólares de los EE. UU. anuales, cantidades mucho mayores —de dos a tres veces— que el volumen de los recursos de cooperación que, además, están sujetos a condicionamientos diversos.²

El uso de bienes públicos globales, en particular los ambientales, implica una distribución regresiva de costos y riesgos en contra de la población mundial que se encuentra en situación de pobreza.

Esas y otras manifestaciones, producto de la asimetría del poder en el escenario mundial, están significando la pérdida de muchas oportunidades para la reducción de la pobreza, para el favorecimiento de un desarrollo auténtico, para el fortalecimiento de la democracia y del respeto a los derechos humanos, en fin, para la realización de un mundo en el que toda la humanidad viva en condiciones de paz, libertad y seguridad.

En síntesis, el proceso ha ignorado la importancia del capital social y del capital humano en los países pobres, la fuerza de la cultura, de las instituciones estables y de los recursos humanos adecuados para un desarrollo integral y sostenible. Todo ello genera inestabilidad, incertidumbre, temor y desconfianza, exactamente lo contrario de lo requerido para las decisiones de inversión y un buen funcionamiento del mercado.

Todos estos aspectos afectan, además, negativamente el desarrollo de la salud y de la salud pública. Persiste aún, en muchos casos, la creencia dogmática de que el mercado es la vía central para la organización de los sistemas de salud en todas las situaciones y de que el Estado sólo debe intervenir cuando el mercado fracasa o no se interesa. Esa creencia, minimizadora de las deficiencias del mercado en salud y de la necesidad de la intervención pública, pone en peligro las ventajas indiscutibles de los mecanismos del mercado para la prestación de muchos bienes y servicios de salud y como complemento correctivo de la actuación pública, aunque siempre bajo su dirección, regulación y seguimiento.

2.2 Los procesos políticos

Los fenómenos comentados en el apartado anterior tienen también su reflejo en el plano político. La gran convergencia y complementación entre liberalismo económico y democracia liberal representativa es la mayor fortaleza de ambos procesos. En las dos últimas décadas, casi todos los países de América Latina y el Caribe reafirmaron, regresaron a o adquirieron un régimen democrático representativo, abriendo así cauces de movilización y participación indispensables para un progreso social efectivo y para la afirmación del estado de derecho en la región. El crecimiento de lo *público no estatal*³ se aceleró y la presencia de agentes sociales nuevos y actuales se acentuó. La multiplicidad de foros, mecanismos e iniciativas de participación directa de la sociedad y de las

³ Se entiende por *público no estatal* a las organizaciones de la sociedad civil con finalidad social sin ánimo de lucro ni de defensa de intereses personales o de grupos especiales privados.

comunidades afianzan la posibilidad de expansión y profundización de la democracia y la ampliación de la legitimidad de la representación y de las instituciones políticas.

Sin embargo, hay indicios preocupantes de que el proceso político está siendo afectado por las distorsiones de los modelos y prácticas vigentes:

- El totalitarismo, inherente al ideologismo de mercado, como suele acontecer con los ideologismos, no es controlado por la doctrina del liberalismo ni por la democracia representativa —el régimen político que legitima el capitalismo—, y subordina el proceso político a la racionalidad económica y, con frecuencia, a los intereses particulares que la representan. Esa inversión o subversión de jerarquía entre los dos campos es facilitada por la desestructuración cultural y el predominio de los intereses sobre los valores. La corrupción, como resultado natural, afecta no sólo a la política, sino también a la gestión.
- Al mismo tiempo, aumenta la brecha o el déficit de legitimidad del proceso político en la medida en que no hay correspondencia entre los que deciden y los que son afectados por las decisiones. En esas circunstancias, las instituciones, las autoridades y sus decisiones, pierden la confianza de la ciudadanía al mismo tiempo que dificultan su desarrollo. El poder político se concentra más y se distancia de la sociedad y de sus necesidades reales.
- En algunos países, los partidos políticos son meras agrupaciones circunstanciales de intereses personales o de grupos reunidos apenas por conveniencia, que no se orientan por pro-

² Alonso, J.A. “Sin respuestas de Monterrey”. Madrid: *El País*, 22/03/02.

gramas o principios y tienen una relación de clientelismo con la población. La ilegitimidad social de sus prácticas contamina todo el proceso político, corrompiendo la representatividad de los representantes, que, en numerosas ocasiones, compran literalmente sus mandatos para defender sus propios intereses.

- Hay una percepción popular creciente de que las instituciones y el Estado están al servicio de unos pocos y de un orden que favorece demasiado los intereses del capital y que sigue las directrices del mercado, en detrimento de la sociedad y de la nación. Esa percepción incluye a la administración de la justicia, lo que pone en peligro la democracia y el estado de derecho y hay muchos hechos que lo demuestran.
- En el plano internacional, la interdependencia opera, frecuentemente, de forma asimétrica, en contra de los países débiles, especialmente en los foros económicos. La renuncia *obligada* o necesaria a la autonomía nacional no viene suficientemente acompañada por mecanismos internacionales justos y eficaces que compensen las desventajas de los más débiles. El desequilibrio de poder refuerza las influencias, muchas veces dirigidas, de las empresas internacionales y del capital financiero. Esto es un punto especialmente importante en un mundo unipolar en el que las decisiones unilaterales del país hegemónico, de difícil predicción porque son tomadas frecuentemente en función de intereses y coyunturas nacionales o bajo el manto incontestable de la seguridad nacional, afectan a todos; la inexistencia de normas equitativas de aplicación universal aumenta la inseguridad de los débiles y, en consecuencia, de todos.

- Todo esto es mucho más preocupante porque sin duda, la normalidad y la fortaleza de la democracia y del estado de derecho son fundamentales para la libertad económica socialmente responsable y para la salud, particularmente la salud pública.

2.3 El medio ambiente y la población

La importancia del medio ambiente para la salud es fundamental y así ha sido reconocido desde la antigüedad. Al mismo tiempo, las condiciones ambientales han sido objetivos prioritarios e incontestables de la salud pública. En las últimas décadas, se ha demostrado la importancia del medio ambiente para el desarrollo sostenible y para las soluciones de naturaleza mundial o regional de muchos problemas ambientales. El tema se ha debatido en varios congresos internacionales (Oslo, 1968 y Río de Janeiro, 1992) y se han aprobado recomendaciones y hasta un detallado plan de actuación (Programa 21 de Río de Janeiro) para la protección universal del medio ambiente.

En el nivel nacional ha habido avances en la prestación de servicios básicos y generales. En cambio, en relación a la contaminación del aire, el agua y la tierra, y al uso racional y la protección de recursos de la biosfera y a los problemas urbanos, el progreso ha sido menor y en muchos casos se observan retrocesos. Los riesgos para la salud continúan siendo numerosos y muy importantes y acaban convirtiéndose en preocupaciones prioritarias para la salud pública. En el plano internacional, la falta de actuación es frustrante; diez años después de la Conferencia de Río de Janeiro, el principal instrumento desarrollado para la puesta en marcha del Programa 21, el Protocolo de Kyoto para un control limitado de la

emisión de gases con efecto invernadero, tiene su ratificación menoscabada por la retirada de los Estados Unidos, el principal país emisor. Sin embargo, la propuesta de considerar los aspectos globales de las agresiones y soluciones ambientales como males o bienes públicos globales o regionales tiene mucha fuerza conceptual y un enorme potencial para influir en las políticas multilaterales de desarrollo y en la cooperación internacional; esto requiere, sin embargo, un extenso desarrollo instrumental y una reorganización institucional, que la comunidad internacional no ha demostrado ningún entusiasmo en realizar. De todo ello resulta que el medio ambiente continuará siendo una fuente principal de riesgos para la salud y una preocupación importante para la salud pública, también a escala internacional.

La población es el referente central de la salud pública y, por tanto, las características demográficas asumen una importancia fundamental para su puesta en práctica. En la región de las Américas, con diferentes grados y ritmos, se está completando la transición demográfica hacia la última fase, la de baja fecundidad y baja mortalidad. En consecuencia, el ritmo de crecimiento vegetativo está disminuyendo, aunque es todavía alto en algunos países. La población total de la región en el año 2001 se estimaba en 841.254.000, de los que 317.195.000 pertenecen a la América de habla inglesa y 524.099.000 se distribuyen por América Latina y el Caribe. Aún con tasas de crecimiento natural más bajas y en descenso, en 2020 habrá 174 millones de habitantes más en la región: 52.600.000 en la América angloparlante y 121.400.000 en Latinoamérica y el Caribe.⁴ Esa población

⁴ Enciclopedia Británica, *Book of the Year*, 2002.

adicional es, en el caso de Latinoamérica, de más del 50% de la población total de 1950. La población regional es ya mayoritariamente urbana (>80%) y lo será todavía más en el futuro; con relación a las necesidades y demandas de servicios de salud, la población rural del pasado prácticamente desaparecerá. Sin embargo, quizás el cambio demográfico más significativo sea el envejecimiento acelerado de la población latinoamericana y, por extensión, de toda la región. El efecto combinado de la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida está invirtiendo la proporción de jóvenes y viejos y de activos e inactivos en la población regional. La pirámide del pasado reciente se transforma rápidamente y va adquiriendo forma de pera: al cabo de una generación la proporción de los mayores de 60 años sobrepasará el 15% de la población total, y superará el 25% en la mitad del presente siglo. Por otro lado, la fecundidad en descenso y la disminución proporcional de mujeres en edad fértil llevarán a tasas de reproducción inferiores al mínimo necesario para mantener la población, lo que ya ocurre en algunos países europeos y asiáticos. El impacto de esta nueva revolución demográfica será profundo y afectará a todos los ámbitos de la sociedad humana; en efecto, es un rasgo significativo de la nueva sociedad, que ya está siendo creada y constituye uno de los principales desafíos para la salud pública y, en general, para los sistemas de seguridad social.

2.4 El desarrollo necesario

La reacción de las sociedades en contra del dogmatismo o el fundamentalismo liberal de mercado está aumentando y es acogida incluso por actores y autores insospechados. No se trata del regreso a

situaciones anteriores, lo que se requiere es el establecimiento de equilibrios necesarios que permitan no sólo el florecimiento de la capacidad creadora de los individuos y empresas, sino también su justa contribución al progreso social, en una complementación sinérgica posible e indispensable. El desarrollo del capital social es una condición fundamental para ello y la salud es uno de sus instrumentos, un componente esencial y una consecuencia deseable. Los cinco principios rectores del desarrollo necesario son: un objetivo centrado en el bienestar y la seguridad humanos, la concentración equilibrada en todos los activos —físico y financiero, humano, social y natural—; la equidad en la distribución de los beneficios, incluida su perspectiva intergeneracional; la participación, y un marco institucional para la puesta en marcha de esos principios con garantías de gobernabilidad.

La búsqueda de un nuevo concepto del Estado, de sus funciones y responsabilidades, y su relación con la sociedad civil y el mercado, son tareas fundamentales destinadas al fortalecimiento del estado de derecho, a la distribución de la justicia, a la seguridad y a la expansión y profundización de la democracia, especialmente en lo que se refiere a garantizar los niveles de justicia social y equidad éticamente deseables y necesarios para un verdadero desarrollo humano. En este sentido, la retórica consensual debe ser expresada en políticas públicas e instrumentos de actuación eficaces para ejecutarlas cabalmente en los países de la región y en todo el mundo y que se verán reflejadas en un desarrollo que asocie el crecimiento económico indispensable en condiciones de estabilidad, con un desarrollo social adecuado y en condiciones de sostenibilidad social y ambiental.

Todo ello debe hacerse bajo el principio básico de la preeminencia de la sociedad, a cuyo servicio se complementan virtuosamente el Estado y el mercado.

3. La salud y la salud pública en el mundo actual

El cambio en el marco económico, cultural y político coincide con cambios en otros condicionantes externos de la salud y en los sistemas específicos de atención a la salud, y en consecuencia, en los problemas y en el estado de salud de las poblaciones. A pesar de los progresos espectaculares observados en las últimas décadas, en los indicadores usuales de salud, la situación es considerada insatisfactoria en la mayoría de los países de la región, plantea desafíos antiguos y nuevos e incluso algunos renovados. En efecto, en los países de la región hay una brecha alarmante entre lo que se ha hecho y lo que se puede hacer con los recursos disponibles en los niveles de desarrollo alcanzados: la mortalidad injustificada y evitable, por ejemplo, excede todavía al millón de defunciones anuales. Por otro lado, los sistemas de servicios de salud presentan varias insuficiencias y deficiencias, reforzadas por un contexto muchas veces más adverso que favorable.

En consecuencia, los desafíos para la salud pública son múltiples y amplios, están en sus factores condicionantes externos del contexto, en los sistemas de atención a la salud, en los riesgos y daños y en el estado de salud de las poblaciones.

3.1 Desafíos en el contexto

Cada uno de los temas debatidos en la sección anterior conlleva riesgos, problemas u oportunidades para la salud pública. En general, los determinantes de

contexto de la salud tienen dimensiones colectivas y son, por lo tanto, objetos insoslayables de la salud pública. La propuesta general de insertar efectivamente a la salud en el proceso de desarrollo, en todas sus dimensiones, y la intervención intersectorial que de ello resulta, es la estrategia central para responder a los desafíos que vienen del contexto. Ello implica también la ampliación del campo de la salud pública, desde la preocupación por los aspectos específicos de la etiología de las enfermedades y los daños a la salud, hasta los mecanismos generales de producción de la salud o de los riesgos que la afectan. En los capítulos siguientes se abordará con más detalles esos asuntos, sin la preocupación, todavía, de examinarlos categóricamente.

3.2 Desafíos relativos a los sistemas de salud

La organización, las políticas y estrategias, la conducción, la financiación, el aprovisionamiento y la gestión de los sistemas de atención a la salud constituyen aspectos de interés público y, por lo tanto, son desafíos también para la salud pública. El carácter público exige que se constituyan sistemas de salud socialmente eficaces —capaces de producir salud— y que generen satisfacción social, bajo la orientación de principios estructuralmente básicos, ética, política y racionalmente establecidos. Entre esos principios se pueden destacar como consensuales en América Latina y en el Caribe (y se puede decir que en toda la región) la igualdad para la universalidad de la atención, la participación social, una financiación solidaria, la eficiencia y la descentralización.

Un aspecto particularmente significativo es la definición adecuada de las funciones y de las relaciones entre lo

público estatal, lo público no estatal y lo privado, y la capacitación del Estado para el cumplimiento de sus funciones, en especial las de rectoría sectorial, que incluye la regulación de todo el sistema, la modulación de la financiación, el aseguramiento de la atención, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) de salud pública y la organización y gestión en lo pertinente a la generación de recursos, del conocimiento, y de la información.

Es también importante la definición de lo que es salud pública en los sistemas de salud y de atención a la salud y de sus mecanismos de actuación, tema central del capítulo siguiente de este documento.

Otro desafío relativo al sistema de salud es el de la utilización de las posibilidades ofrecidas por la ciencia y por la técnica de tal forma que se aproveche al máximo la capacidad de solución de los problemas en cada situación, aunque subordinados a los principios éticos de respeto a la dignidad del ser humano y a sus derechos fundamentales.

Los desafíos éticos van bastante más allá de los planteados en el campo de la ciencia y de la técnica, desde la investigación básica hasta la aplicación del conocimiento y de la tecnología, y están presentes en todos los procesos y momentos de la atención a la salud. E incluso antes, en los procesos de decisión que elaboran políticas públicas y otras normas que afectan a la salud. Van todavía más allá y están presentes en las conductas y relaciones de las personas y grupos de la sociedad, en la medida que las prácticas sociales correspondientes afectan a la salud. Las consideraciones éticas, en resumen, ponen de manifiesto la vigencia de los valores humanísticos que sustentan a la salud pública.

Todos esos desafíos están, al fin y al cabo, vinculados al desafío mayor de la integración de la salud en un verdadero desarrollo humano sostenible para todos los pueblos y países, en el que necesariamente la salud sea, de forma simultánea, componente y finalidad, y pase a ser así uno de sus principales indicadores.

Es tiempo también de modificar muchas de las reformas sectoriales vigentes para que respondan mejor a esos desafíos; y eso es también, por sí mismo, un desafío importante para la salud pública. El cuadro 1 resume las limitaciones de los procesos vigentes y los ejes deseables de una nueva generación de reformas.

3.3 Estado de salud

Como consecuencia de los cambios en sus determinantes, la salud de la población en la región de las Américas se encuentra en diferentes etapas de la transición epidemiológica. En muchos países, las enfermedades infecciosas y las enfermedades características de situaciones de pobreza todavía son problemas considerables, mientras aumenta la importancia de las enfermedades crónico-degenerativas que son las que predominan en otros países. A ello se agregan problemas más recientes, como el sida, problemas resurgentes, como la tuberculosis, y los grandes y crecientes riesgos de la violencia, del abuso de drogas y de la agresión ambiental. Los daños individuales repetidos adquieren dimensiones colectivas y acaban reduciendo las diferencias entre la asistencia individual y la colectiva, o mejor dicho, poniendo de manifiesto el potencial colectivo, por acumulación, de la asistencia individual.

Por otro lado, el avance de la ciencia y de la tecnología provee más y mejores

Cuadro 1 Las reformas del sector de la salud

Limitaciones de los procesos de reforma

- Las motivaciones están centradas en factores económicos.
- La equidad y la salud pública quedan relegadas a un segundo plano.
- La calidad de la asistencia y redefinición de los modelos de atención son marginales.

Ejes de una nueva generación de reformas centradas en la salud de las poblaciones

1. Ampliación de la protección social en salud y asegurar el acceso universal y la igualdad.
 2. Financiación solidaria y eficiente.
 3. Calidad y eficacia de la asistencia.
 4. Promoción de la salud como criterio central del modelo de asistencia integral.
 5. Fortalecimiento de la salud pública en la reorganización de los sistemas de salud.
 6. Fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria.
 7. Desarrollo de los recursos humanos.
 8. Participación y control sociales.
-

instrumentos de intervención y nuevas formas y posibilidades para su uso; se avanza, desde la prevención y el diagnóstico, el tratamiento y el control de las enfermedades, a la promoción de la salud y a la predicción de riesgos y, posteriormente, al condicionamiento eficaz. En efecto, el eje principal de la salud se orienta hacia la promoción, criterio de progresiva relevancia en la organización y gestión de la atención a la salud y de los sistemas correspondientes, así como de la salud pública.

3.4 La necesidad de (re)definiciones

La salud pública convencional se ha vuelto insuficiente para enfrentarse a los desafíos mencionados. Sin duda, el control de enfermedades y el reconocimiento y producción de bienes públicos o de gran externalidad y la realización de actividades reconocidas como responsabilidades del Estado continúan siendo una parte importante del quehacer de la salud pública; estratégicamente, deben incluso conformar la plataforma a partir de la cual se promueva su ampliación hasta abarcar a otros aspectos significati-

vos, dentro y fuera del sector salud, para mejorar la salud de las poblaciones.

La revisión de los conceptos de salud pública, su vinculación con las prácticas sociales significativas para la salud y la identificación de sus funciones esenciales y de los instrumentos para realizarlas son los aspectos de este ejercicio que se analizarán en los capítulos 4 a 7 de esta parte II del libro y que serán estudiados con más profundidad y detalle en cuanto a sus características operativas en las partes III y IV.

3.5 Iniciativas recientes

“La salud pública en las Américas” no es la única iniciativa en este esfuerzo. Otras muchas iniciativas, con intenciones similares, se han desarrollado en los últimos años y algunas varias están actualmente en ejecución, lo que demuestra que la necesidad de esta revisión es generalizada. Sin embargo, citaremos sólo aquellas iniciativas que han inspirado o adoptado más directamente las ideas que queremos analizar:

- a) La experiencia del Canadá con la formulación de políticas de salud y

la reorientación de los sistemas de atención y de promoción de la salud;

- b) El trabajo que se está realizando en los Estados Unidos, especialmente el estudio sobre el futuro de la salud pública llevado a cabo por el Instituto Nacional de Medicina y el proyecto de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades⁵ para la evaluación del desempeño de los servicios esenciales de salud pública, que han servido de base para el desarrollo del componente metodológico de la SPA con miras a la evaluación del desempeño de las FESP.

- c) El estudio Delphi, coordinado por la OMS, sobre las funciones esenciales de la salud pública, y

- d) Los debates promovidos por la OPS/OMS en los primeros años de la década de 1990, iniciativa que se retomó en 1998 y que dio origen al proyecto actual en el que ha tenido un papel muy importante la Asociación de Escuelas de Salud Pública (ALAESp).

La Iniciativa construye su propuesta sobre la base de esos esfuerzos y experiencias antecesoras o concomitantes y se beneficia del abundante y creciente debate, así como de la producción sobre el *desarrollo necesario*, la promoción de la salud, la equidad y la lucha contra la pobreza, especialmente de los acuerdos expuestos en declaraciones o resoluciones de la comunidad internacional y de sus principales organismos.

⁵ NPHSP: National Public Health Performance Standards Program. CDC, Atlanta, EE.UU.

Bibliografía

- Alonso, JA. Sin respuestas de Monterrey. Madrid. *El País*, 22/03/2002.
- Amartya, S. Address to the International Labour Conference. 87ª sesión. Ginebra. En Decent Work, ILO.
- Aristóteles. Poética, Organon, Política e Constituição de Atenas en Os Pensadores. Sao Paulo. Editora Nova Cultural Ltda. 1999.
- Bambas, A. et al. (ed.) Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas. Washington, DC. PAHO 2000.
- Bezruvha, S. Is Globalization Dangerous to our Health?. *West Journal of Medicine* 2000. 172: 332-334.
- Burckhart, J. Historia de la cultura griega. Vol. III. Parte VIII. Sobre la filosofía, la ciencia, y la oratoria. España. Editorial Iberia S.A. 1965.
- Candessus, M. Speech to UNCTAD-10. Bangkok. 12/02/2000.
- CEPAL y UNICEF. Panorama social de América Latina, 1998. Santiago, Chile. 1999.
- Chauí, M. A pastoral de Florença e a guerra de Seattle — as fantasias da Terceira Via. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 19/12/1999.
- Douglas, WB. Sapirie S. y Goon E. Essential Public Health Functions: Results of the International Delphi Study. WHO, *World Health Statistics* 51. 1998.
- Douglas, N. Globalization and Health. Washington DC: Global Health Council. 2000.
- Drucker, P. The Next Society. *The Economist*. Nov. 1st, 2001.
- Encyclopedia Britannica, Macropaedia. Vol. 11 — History of Medicine. Pp 823 - 841. 15ª edición. 1980.
- Encyclopedia Britannica, Macropaedia. Vol. 15 — Public Health Services. Pp 202 - 209. 15ª edición; 1980.
- Fee, E. The Origins and Development of Public Health in the US. Chapter I of Oxford Textbook of Public Health. 2ª Edition. Oxford Medical Publication. 1991.
- Fuentes, C. Democracia latinoamericana: anhelo, realidad y amenaza. Madrid. *El País* 15/05/2001.
- Fukuyana, F. The Great Rupture. The Free Press. 1999.
- Garison, H. x fielding. Historia de la medicina. 4ª edición. México. Editorial Interamericana. 1966.
- Gianotti, JA. Nossa Barbárie. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 3/03/2002.
- Giddens, A. 5 clases: Globalization, Risk, Tradition, Family y Democracy. Reith Lectures Home. BBC Homepage. 1999.
- Habermas, J. Nos limites do Estado. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 18/07/1999.
- Nalón, JJ. Antecedentes y desarrollo de la salud pública en los Estados Unidos. Capítulo 2 del libro Principio de administración sanitaria, segunda edición en español. México. La Prensa Médica Mexicana. 1963.
- Health Canada. Strategies for Population Health — Investing in the Health of Canadians. Ottawa, Canada. 1994.
- Hipócrates. The genuine works of Hipocrates. Birmingham, Ala. The Classics of Medicine Library. 1985.
- Hutton W. Como será o futuro Estado. Brasília. Linha Gráfica e Editora. 1998.
- Jaramillo, AJ. La aventura humana. San José. Editorial de la Universidad de Costa Rica. 1992.
- Kaul, I., Le Louven, K. Global Public Goods: making the concept operational. Mimeo-grafiado. Nueva Cork. PNUD. 2002.
- Kaul, I., Grunberg, I., Stern, MA. Bienes públicos mundiales — cooperación internacional en el siglo XXI. Nueva Cork. PNUD. Oxford University Press. 1999.
- Kliberg, B. ¿Como reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. BID. 2000.
- Krugman, P. Globalización e globobagens: verdades e mentiras do pensamento econômico. Editora Campos. 1998.
- Kurz, R. Totalitarismo Econômico. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 22/08/1999.
- Lawrence, G. Public Health Law in a New Century. Three parts. *JAMA*. Vol. 283. Núm. 21, 22 y 23. junio 2000.
- Legowiski, B., McKay, L. Health Beyond Health Care: Twenty-five years of Federal Health Policy Development. Health Network, Canadian Policy Research Network, Inc. Octubre 2000.
- Macêdo, C. Notas para uma História Recente da Saúde Pública na América Latina. Brasil. OPS. 1997.
- Macêdo, C. A Globalização e a Saúde nos países do Mercosul, apresentação no Seminário A Globalização e a Saúde e o Lançamento do Mercosul, mimeo. Brasília. Ministério da Saúde. Agosto de 2000.
- OPS. Sobre a teoria y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas. Washington DC. OPS. 1993.
- OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington DC. Publicación Científica N° 540. 1992.
- Padovani, H., Castagnola, L. História da Filosofia. 4ª edición. Edições Melhoramentos. 1961.
- PAHO/IDB/ World Bank, Investment in Health — Social and Economic returns. Washington, DC. PAHO. 2001. Publicación científica N° 582.
- PNUD. Informe sobre el desarrollo humano, 1998 (Cambiar las pautas de consumo). Nueva Cork. 1998.
- PNUD. Informe sobre el desarrollo humano, 1999 (Una globalización con rostro humano). Nueva York. 1999.
- PNUD/Chile. Desarrollo humano en Chile, 1998: Las paradojas de la modernización. Santiago. 1998.
- Putman RD. Comunidad y democracia — a experiencia da Italia moderna. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. Editora. 1996.

- Sapirie, S. et al. PHC and essential Public Health functions: critical interactions. Ginebra. CIOMS International Conference. 1997.
- Sachs, J. Helping the World's poorest. Web: Harvard's Center for International Development. 2000.
- Savater, F. Elegir la política. España. Letras Libres. Feb. 2002. Pp. 12 a 15.
- Sigerist, H. Historia y sociología de la medicina. Bogotá, Colombia. Editado por Gustavo Medina. 1974.
- Stiglitz, J. O que eu aprendi com a crise Mundial. Folha de S. Paulo. 14/04/2000.
- Stiglitz, JE. International Financial Institutions and Provision of International Public Goods. European Investment Bank. Papers, Vol. 3, nº 2; 1998.
- Stiglitz, J. La grande Désillusion. Les Echechs de la Mondialisation. París. Ed. Fayard. 2002.
- Taylor, L. Stabilization, Adjustment and Human Development. UNDP. Paper N.º 12. 1999.
- U.S. Institute of Medicine, Division of Health Care Services, The future of Public Health. Washington. National Academy Pres. 1988.
- Veronelli, JC., Testa, A. La OPS en Argentina — Crónica de una relación centenaria. Argentina. OPS. 2002.
- Vinod, T. et al. La calidad del crecimiento. Washington DC. Banco Mundial y OPS. Publicación Científica y Técnica. Nº 584. 2002.
- Wade, RH. The Rising Inequity of World Income Distribution. Finance & Development. Vol. 38. Nº 4. 2001.
- Webster, C. Medicine as Social History: Changing Ideas on Doctors and Patients in the Age of Shakespeare, in Celebration of Medical History Editor Lloyd G. Stevenson. The John Hopkins University Press. 1982.
- WHO. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 79. Nº 9. Special Theme— Globalization 2001.
- Evans, R., Barer, M. Marmor, T., De Grayter, A. eds. Why Are Some People Health and Others Not?. Nueva York. The Determinants of Health of Populations. 1994.
- World Bank. World Development Report, 1998/99 — Knowledge for Development. Oxford University Press. 1998.
- World Bank. World Development Report 1997 — The State in changing World. Oxford University Press. 1997.
- World Bank. World Development Report 1999/2000 — Entering the 21st Century. Oxford University Press. 1999.
- World Bank. DC/2002-16 Poverty reduction and Global Public Goods: issues for the World Bank in supporting Global Collection Action. Sept 2000.