

## LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA Y EL MOVIMIENTO DE LA SALUD COLECTIVA EN LATINOAMERICA. <sup>1</sup>

Naomar Almeida Filho<sup>2</sup>

Jairnilson Silva Paim<sup>3</sup>

Resumen: El presente trabajo es un estudio exploratorio de los fundamentos históricos e institucionales de la así llamada “crisis de la salud pública”, en el contexto internacional actual de globalización económica y cultural. En la primera parte se analiza la retórica de salud en perspectiva histórica, considerando brevemente los principales elementos del discurso de los movimientos ideológicos que históricamente construyeron el campo social de la salud: Policía Médica, Medicina Social, Salud Pública, Medicina Preventiva, Salud Comunitaria, Atención Primaria en Salud y Promoción de Salud. Los autores también sintetizan esfuerzos recientes concertados por la Organización Panamericana de la Salud para debatir la teoría y práctica de la Salud Pública en la región de las Américas, con la convergencia de tres tópicos - reforma sectorial, “Renovación de Salud para Todos” y la “Nueva Salud Pública”. En la segunda parte se presenta una evaluación crítica de la hipótesis de que la Salud Colectiva constituya un nuevo paradigma científico capaz de superar la llamada “crisis de la salud pública”. Con ese objetivo los autores proponen una trama teórica epistemológica con los conceptos de paradigma y “campo científico”, sus derivaciones y aplicaciones potenciales en el campo de salud, así como las demandas por un “nuevo paradigma” compuesto por categorías epistemológicas (tales como complejidad), modelos teóricos (teoría del caos) y formas lógicas de análisis (geometría fractal y modelos matemáticos no lineares). En seguimiento se presenta una breve evaluación de las bases conceptuales del movimiento de Salud Colectiva, que se ha desarrollado en las últimas dos décadas en América Latina, señalando su definición provisoria como un campo científico, siendo a la vez un dominio de conocimiento y un campo de prácticas. Como campo de conocimiento contribuye al estudio de los fenómenos de salud-enfermedad-atención en poblaciones como procesos sociales, investigando la producción y distribución de la enfermedad en la sociedad como parte de la reproducción social y analizando las prácticas de salud como un proceso de trabajo articulado con otras prácticas sociales. Como campo de prácticas, Salud Colectiva focaliza sus modelos o lineamientos sobre cuatro objetos de intervención: políticas, prácticas, tecnologías e instrumentos. Finalmente, se concluye que, aunque no constituye en sí mismo un nuevo paradigma, Salud Colectiva, como un movimiento comprometido con la transformación social de la salud, presenta ricas posibilidades de articulación con paradigmas científicos capaces de aproximarse al objeto salud-enfermedad-cuidado con respeto de su historicidad y complejidad.

---

<sup>1</sup> Proyecto apoyado por la División de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, parcialmente financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Brasil – CNPq (Proceso n° 520.573/95.1).

<sup>2</sup> Ph.D. en Epidemiología. Director del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía. Investigador del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Brasil. <naomar@ufba.br>

<sup>3</sup> Doctor en Medicina. Profesor Adjunto, Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía. Investigador del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Brasil. <jairnil@ufba.br>

## **Primera Parte: ¿ Una “Nueva Salud Pública” o nuevamente la vieja retórica?**

En este final de milenio, la humanidad ha experimentado rápidas y profundas transformaciones en todas las esferas de la vida económica, cultural, social y política. Tales cambios han provocado, por un lado, una cierta perplejidad ante su velocidad y amplitud y, por el otro, un gran esfuerzo de reflexión y acción en el sentido de comprender y explicar lo que pasa, a fin de intervenir sobre la realidad. La internacionalización de la producción, distribución y consumo, juntamente con el avance de las tecnologías de la información, tienen como resultado la globalización de la economía y sus consecuencias macroeconómicas: transnacionalización empresarial, desterritorialización de la fuerza de trabajo, desempleo estructural, entre otras (Banco Mundial 1993; World Bank 1997). Al mismo tiempo se verifica un aumento de las desigualdades entre los pueblos y los grupos sociales, la eclosión de los movimientos nacionalistas, la exacerbación de los conflictos étnicos, la agresión al medio ambiente, el deterioro del espacio urbano, la intensificación de la violencia y la violación de los derechos humanos (Macedo 1992).

En el campo de la salud, el debate sobre sus relaciones con el desarrollo económico y social que marcó la década del sesenta se amplía, en los años setenta, hacia una discusión sobre la extensión de cobertura de los servicios. El reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad para garantizar los cuidados de salud posibilitan la formulación del célebre lema “Salud para todos en el Año 2.000” (SPT-2000). Se busca, de ese modo, incorporar los avances técnicos de la medicina y de la salud pública a costos compatibles, en la expectativa de que para ello sería suficiente definir políticas, estrategias, prioridades y modelos de atención, gestión y organización de servicios capaces de alcanzar las metas de SPT-2000 (WHO 1995).

En tanto la estrategia de atención primaria de la salud se difunde a partir de la Conferencia de Alma Ata, los centros hegemónicos de la economía mundial valorizan el mercado en tanto mecanismo privilegiado para la asignación de recursos y cuestionan la responsabilidad estatal en la provisión de bienes y servicios para la atención de las necesidades sociales, inclusive salud. El “nuevo orden mundial” que se instaura en la década de los ochenta, inspirado en el neoliberalismo, provoca una evidente fragilización de los esfuerzos para enfrentar colectivamente los problemas de salud. Particularmente en los países de economía capitalista dependiente, la opción por el “estado mínimo” y el corte en los gastos públicos como respuesta a la llamada “crisis fiscal del estado” comprometen en mucho el ámbito institucional conocido como Salud Pública (Godue 1998).

Sobre la base de este marco, se constata una “crisis de la salud pública” percibida de modo diferente por los distintos sujetos actuantes en este campo social (Institute of Medicine 1988; Ferreira 1992; Macedo 1992). Para la superación de esa crisis se han propuesto diferentes aportes, cada uno de ellos apuntando a la necesidad de nuevos paradigmas en el “campo de la salud pública”. En este esfuerzo podemos incluir desde las iniciativas de la OPS. de revalorizar la “teoría y práctica de la salud pública” (PAHO 1993), hasta la propuesta de una Nueva Salud Pública (Frenk 1992) como parte del movimiento de renovación de la estrategia “salud para todos” (WHO 1995a), y también la iniciativa del Banco Mundial de debatir las “prioridades en la investigación y desarrollo en salud” (World Bank 1996). En consecuencia, se verifica la necesidad de construcción de un marco teórico conceptual capaz de reconfigurar el campo social de la salud, actualizándolo frente a las evidencias de agotamiento del paradigma científico que sustenta sus prácticas.

Antes de seguir, es necesario hacer aquí una crítica en relación al uso del término “salud pública” como un concepto que se refiere al campo general de la salud en el ámbito colectivo, o sea, a los procesos de salud, enfermedad, sufrimiento y muerte en la sociedad y las respuestas sociales destinadas a manejar tales fenómenos. Como aclararemos más adelante, la designación “salud pública” ha sido utilizada en referencia a uno de los más importantes movimientos ideológicos en el campo de la salud de este siglo, justamente aquél que se encontraba cuestionado en sus bases conceptuales y prácticas. No se justifica, por lo tanto, la metonimia que hace equivalente la fuente de referencia al objeto referido de intervención.

En este texto buscamos comprender ese marco conceptual en tanto cuerpo doctrinario estructurante de un determinado campo científico (y su paradigma dominante) es un ámbito de prácticas. Se trata de un estudio exploratorio de la retórica paradigmática del campo de la salud, consubstanciada en las redes productoras y difusoras de sus elementos ideológicos. Para realizarlo

pretendemos, en esta primera parte, analizar sintéticamente los principales elementos del discurso de los movimientos ideológicos que históricamente construirían el campo social de la salud desde la Segunda Guerra Mundial hasta la actual coyuntura, en la que se procura una renovación de las bases de la salud pública. A continuación, proponemos una evaluación crítica de las posibilidades de articulación de estos movimientos a nuevos paradigmas científicos capaces de apoyar la superación de la difundida crisis de la salud.

## MOVIMIENTOS EN EL CAMPO SOCIAL DE LA SALUD

Proponiendo delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, Frenk (1992) desarrolla una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y subindividual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, en relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y la repuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud - políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud). Este autor considera como campo de aplicación de la "Nueva Salud Pública" las condiciones y respuestas asentadas sobre las bases científicas de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento, teniendo como áreas de aplicación poblaciones, problemas y programas.

Con base en esa concepción, Terris (1992) prescribe cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "Nueva Salud Pública": prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualiza la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos: *"el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante los esfuerzos organizados de la comunidad"*.

A partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, Testa (1992a) reconoce a la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica. La importante contribución de los abordajes etnográficos contemporáneos de la práctica científica, especialmente en el contexto del llamado "giro hermenéutico" (Bibeau 1995), indica que los ámbitos de la práctica humana no se configuran a partir de una estructura racional de base normativa o prescriptiva, ni por la vertiente doxológica (de la doctrina), con el establecimiento de objetivos hetero-regulados, ni por el sesgo epistemológico formal (basado en la diáde teoría-método, a través de formalizaciones). En otras palabras, ni definiciones - incluso aquellas exhaustivas y objetivas como por ejemplo la definición Winslow-Terris, ni estructuras lógicas descriptivas, - como la clasificación de Frenk - son capaces de dar cuenta de lo esencial de los campos científicos y sus respectivos ámbitos de práctica. Pero si las proposiciones de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza" como se puede aprehender a partir de la crítica histórica de Testa, otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica. Por ello, antes de analizar los elementos discursivos de las nuevas propuestas es necesaria una contextualización de las prácticas y de los discursos que, en los últimos cincuenta años, vienen constituyendo el campo social de la salud, así como sus efectos sobre la estructuración de los discursos sociales nacionales e internacionales.

El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo - público - social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Las bases doctrinarias de los discursos sociales sobre la salud emergen en la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa Occidental, en un proceso histórico de disciplinamiento de los cuerpos y constitución de intervenciones sobre los sujetos (Foucault 1966, 1979). Por un lado, la higiene, en tanto conjunto de normatizaciones y preceptos a ser seguidos y aplicados en el ámbito individual, produce un discurso sobre la buena salud francamente circunscripto a la esfera moral. Por otro lado, las propuestas de una Política (o Policía) Médica establecen la responsabilidad del Estado como definidor de políticas, leyes y reglamentos referentes a la salud en lo colectivo y como agente fiscalizador de su aplicación social, remitiendo de esta forma los discursos y prácticas de salud a la instancia jurídico-política (Rosen 1980).

En el siglo siguiente, los países europeos adelantan un proceso macro social de la mayor importancia histórica: la Revolución Industrial, que produce un tremendo impacto sobre las condiciones de vida y de salud de sus poblaciones. Con la organización de las clases trabajadoras y el aumento de su participación política, principalmente en los países que alcanzaron un mayor desarrollo de las relaciones productivas, como Inglaterra, Francia y Alemania, rápidamente se incorporan temas relativos a salud en la agenda de reivindicaciones de los movimientos sociales del periodo. Entre 1830 y 1880 surgen, en esos países, propuestas de comprensión de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social que, en su conjunto, recibieron la denominación de Medicina Social (Silva 1973; Rosen 1980). En síntesis, se postula en ese movimiento que la medicina es política aplicada en el campo de la salud individual y que la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad. La participación política es la principal estrategia de transformación de la realidad de salud, en la expectativa que de las revoluciones populares resultara democracia, justicia e igualdad, principales determinantes de la salud social. Pese a haber sido desbaratado en el plano político, el movimiento de medicina social genera una importante producción doctrinaria y conceptual que proporciona las bases para los esfuerzos subsiguientes de pensar la cuestión de la salud en la sociedad (Arouca 1975; Gaumer 1995; Desrosiers 1996).

En paralelo, principalmente en Inglaterra y los EEUU, se estructura una respuesta a esta problemática estrictamente integrada a la acción del Estado en el ámbito de la salud, constituyendo un movimiento conocido como Sanitarismo (Silva 1973). En su mayoría funcionarios de las recién implantadas agencias estatales de salud y bienestar, los sanitaristas producen un discurso y una práctica sobre las cuestiones de salud basados fundamentalmente en la aplicación de tecnología y en los principios de organización racional para la expansión de actividades profilácticas (saneamiento, inmunización y control de vectores) destinadas principalmente a los pobres y sectores excluidos de la población (Donnangelo 1976; Gaumer 1995). El advenimiento del paradigma microbiano en las ciencias básicas de la salud representa un gran refuerzo para el movimiento sanitarista que, en un proceso de hegemonización, y ya bautizado como salud pública, prácticamente redefine las directrices de la teoría y la práctica en el campo de la salud social en el mundo occidental.

A comienzos de este siglo, con el célebre Informe Flexner, se desencadena en los EEUU una profunda revitalización de las bases científicas de la medicina, que resulta en la redefinición de la enseñanza y la práctica médica a partir de principios técnicos rigurosos. Con su énfasis en el conocimiento experimental de base subindividual, proveniente de la investigación básica realizada generalmente sobre enfermedades infecciosas, el modelo conceptual flexneriano refuerza la separación entre lo individual y lo colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo (Rodrigues Neto 1979). Es en ese contexto que surgen las primeras escuelas de salud pública contando con pesadas inversiones de organismos como la Fundación Rockefeller, inicialmente en los EEUU y en seguida en diferentes países, inclusive en América Latina (Fee 1987). De hecho, las referencias paradigmáticas del movimiento de la salud pública no expresan ninguna contradicción ante las bases positivistas de la medicina flexneriana, conforme se demuestra a partir del proceso de selección de las demandas de subvención destinadas a la institucionalización de los centros de formación de sanitaristas y epidemiólogos de la época (White 1991).

En la década de los cuarenta, como una consecuencia de procesos externos e internos al campo de la salud (por un lado los reflejos sociales de la crisis económica del 29, y por otro lado, el incremento de los costos debido al aumento de la especialización y la tecnologización de la práctica médica) se articulan en los EEUU propuestas de implantación de un sistema nacional de salud (Arouca 1975). Por la acción directa del poderoso *lobby* de las corporaciones médicas de aquel país, en lugar de una reforma sectorial de la salud en los moldes de la mayoría de los países europeos, se proponen cambios en la enseñanza médica incorporándole un énfasis vago en la prevención. En 1952 se realiza en Colorado Springs una reunión de representantes de las principales escuelas de medicina norteamericanas (incluyendo Canadá), punto de partida para una amplia reforma de los currículos de los cursos médicos en el sentido de inculcar una actitud preventiva en los futuros practicantes (Arouca 1975; Desrosiers 1996).

A nivel de la estructura organizativa, se propone la apertura de departamentos de medicina preventiva, sustituyendo las tradicionales cátedras de higiene, capaces de actuar como elementos de difusión de los contenidos de epidemiología, administración de salud y ciencias de la conducta, hasta entonces incorporados en las escuelas de salud pública (Silva 1973; Leavell & Clarck 1976). En esa propuesta, el concepto de salud está representado por metáforas gradualistas y dimensionales del

proceso de salud-enfermedad, que justifican conceptualmente intervenciones previas la ocurrencia concreta de síntomas y señales en una fase pre-clínica. La propia noción de prevención es radicalmente redefinida, a través de una osada maniobra semántica (ampliación de sentido por la adjetivación de la prevención como primaria, secundaria y terciaria) que termina incorporando la totalidad de la práctica médica al nuevo campo discursivo. Que esto haya ocurrido solamente a nivel de la retórica indica solo la limitada pretensión transformadora del movimiento en consideración, efectivamente prisionero en lo que Arouca (1975) con mucha perspicacia denominó “modelo preventivista”.

Con entusiasmo comprensible, organismos internacionales del campo de la salud adhieren de inmediato a la nueva doctrina, orquestando una internacionalización de la Medicina Preventiva ya francamente como movimiento ideológico. En Europa se realizan congresos sobre el modelo Colorado Springs en Nancy (Francia), en el mismo año 1952, y en Gotemburgo (Suecia), en el siguiente, patrocinados por la O.M.S.; en América Latina, bajo el patrocinio de la O.P.S. se organizan los Seminarios de Viña del Mar (Chile) en 1955 y Tehuacán (México) en 1956 (Grundy & Mackintosh 1958; Arouca 1975; Desrosiers 1996).

El éxito de este movimiento en su país de origen es innegable: la única nación industrializada que hasta hoy no dispone de un sistema universal de atención de salud es justamente los EEUU. En América Latina, pese a las expectativas e inversiones de organismos y fundaciones internacionales, el único efecto de este movimiento parece ser la implantación de departamentos académicos de medicina preventiva en países que, ya en la década de los sesenta, pasaban por procesos de reforma universitaria (Silva 1973; Arouca 1975). En Europa Occidental, en países que ya disponían de estructuras académicas de larga tradición y que en la postguerra consolidaban sistemas nacionales de salud de acceso universal y jerarquizados, la propuesta de la Medicina Preventiva no causa mayor impacto ni sobre la enseñanza ni sobre la organización de la atención de salud (Grundy & Mackintosh 1958).

Los célebres *sixties* marcan en los Estados Unidos una coyuntura de intensa movilización popular e intelectual en torno de importantes cuestiones sociales, como los derechos humanos, la guerra de Vietnam, la pobreza urbana y el racismo. Diversos modelos de intervención son probados e institucionalizados bajo la forma de movimientos organizados en el ámbito local de las comunidades urbanas, destinados principalmente a la ampliación de la acción social en sectores de vivienda, educación y salud (particularmente salud mental) reduciendo tensiones sociales en los guetos de las principales metrópolis norteamericanas (Donnangelo 1976). En el campo de la salud se organizan entonces el movimiento de la Salud Comunitaria también conocido como medicina comunitaria<sup>4</sup>, basado en la implantación de centros comunitarios de salud, en general administrados por organizaciones no lucrativas y subsidiados por el gobierno federal, destinados a efectuar acciones preventivas y proporcionar cuidados básicos de salud a la población residente en áreas geográficamente delimitadas (Paim 1975; Lathem 1976).

La propuesta de Salud Comunitaria recupera en forma innegable parte importante del arsenal discursivo de la Medicina Preventiva, particularmente el énfasis en las entonces denominadas “ciencias de la conducta” (sociología, antropología y psicología) aplicadas a los problemas de salud. En ese caso, sin embargo, el conocimiento de los procesos socioculturales y psicosociales se destina no a facilitar la relación médico-paciente o la gestión institucional, como en el movimiento precedente, sino a posibilitar la integración de los equipos de salud en las comunidades “problemáticas”, a través de la identificación y cooptación de los agentes y fuerzas sociales locales para los programas de educación en salud. En un cierto sentido, el movimiento de Salud Comunitaria consigue poner en práctica algunos de los principios preventivistas, focalizando evidentemente en sectores sociales minoritarios y dejando una vez más sin tocar el mandato social de la atención médica convencional (Paim 1975; Donnangelo 1976).

Desde ese punto de vista, el fracaso del movimiento de Salud Comunitaria, artificial y distanciado del sistema de salud predominante en el país de origen, parece evidente. Desrosiers (1996) llega a ser irónico, al comentar que en los Estados Unidos, dado el “*carácter parcial y muchas veces temporario de las experiencias de medicina o salud comunitaria, quedó solamente la expresión (...) en lugar de la salud pública tradicional*”. No obstante, una vez más, los organismos internacionales del campo de la salud incorporaron rápidamente el nuevo movimiento ideológico,

---

<sup>4</sup> Esta denominación se emplea en Europa y Canadá para designar departamentos de medicina preventiva y social, sin ninguna connotación de acción asistencial en comunidades.

traduciendo su cuerpo doctrinario a las necesidades de los diferentes contextos de aplicación potencial (Arouca 1975; Donnangelo 1976; Desrosiers 1996). Con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud, los principios de estos programas comunitarios de salud pasaron a enfatizar más la dimensión de la atención simplificada procurando la extensión de la cobertura de servicios a poblaciones hasta ese momento excluidas del cuidado de salud, principalmente en áreas rurales, siendo de esa manera incorporados al discurso de las agencias oficiales (secretarías, ministerios) de salud. Efectivamente, data de 1953 la definición de los “servicios básicos de salud” de la O.M.S., cubriendo las siguientes actividades: a) atención de salud de la mujer y el niño; b) control de enfermedades transmisibles; c) saneamiento ambiental, d) mantenimiento de sistemas de información; e) educación en salud; f) enfermería de salud pública; g) atención médica de bajo nivel de complejidad. La revisión de esta definición realizada en 1963 por una comisión de especialistas ya integrados en el movimiento de salud comunitaria propone incluir la participación comunitaria en esta relación (Ncayiyana et al 1995).

En América Latina, programas de salud comunitaria son implantados principalmente en Colombia, Brasil y Chile, bajo el patrocinio de fundaciones norte americanas y respaldados por la O.P.S, con la expectativa de que su efecto-demostración podría influenciar positivamente el diseño de los sistemas de salud en el continente. En un plano más general, hace mas de veinte años (1977), la Asamblea Mundial de Salud lanza la consigna *Salud para Todos en el Año 2000*, asumiendo una propuesta política de extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud en base a sistemas simplificados de atención de salud (Paim 1986). En el año siguiente, 1978, en Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, promovida por la O.M.S. , reafirma la salud como derecho del hombre, bajo la responsabilidad política de los gobiernos, y reconoce su determinación intersectorial (WHO 1995a). Además de eso, la OMS establece la Atención Primaria de Salud como estrategia privilegiada de operacionalización de las metas de STP-2000, incorporando implícitamente elementos del discurso de la salud comunitaria. Más tarde, ya en los años ochenta, con el rótulo actualizado de SILOS (Sistemas Locales de Salud) y en el interior de un modelo organizado en distritos sobre la base de niveles jerarquizados de atención, la retórica de salud comunitaria se integra a las primeras iniciativas de reforma sectorial de salud en los países subdesarrollados (Paim 1986).

En 1974, en Canadá, el documento conocido como Informe Lalonde define las bases de un movimiento por la Promoción de la Salud, introduciendo como consigna básica no sólo agregar años de vida sino también vida a los años. Establece el modelo de “campo de la salud” compuesto por cuatro polos: *la biología humana*, que incluye la madurez y el envejecimiento, sistemas internos complejos y herencia genética, *el sistema organizado de servicios*, que contempla los componentes de recuperación, curativo y preventivo; *el ambiente*, que envuelve lo social, lo psicológico y lo físico; y, finalmente *el estilo de vida*, en el cual pueden ser considerados la participación en el empleo y los riesgos ocupacionales, los estándares de consumo y los riesgos de las actividades vinculadas al ocio. Propone como estrategias considerar la gravedad de los problemas de salud, la prioridad de los tomadores de decisión , la disponibilidad de soluciones efectivas con resultados mensurables, los costos y las “iniciativas federales” centradas en la promoción de la salud, en la regulación, en la investigación, en la eficiencia de la atención de salud y el establecimiento de objetivos (Canada 1974).

Sobre la base de estos principios y estrategias, en el contexto de lo que se llamó *revolution tranquile*, se implante en varias provincias de Canadá una red de centros comunitarios de salud y servicios sociales, efectivamente integrados a un sistema de medicina socializada, que representa una síntesis de los modelos de atención precedentes. De acuerdo con Desrosiers (1996), esta reforma del sistema de salud canadiense tuvo como objetivos:

*“reunir los servicios sociales y los servicios de salud bajo la autoridad de un mismo ministerio, llamado Ministerio de Asuntos Sociales, en los mismos establecimientos en el ámbito local, los CLSC (Centros Locales de Servicios Comunitarios), con un equipo pluridisciplinario compuesto de agentes sanitarios y sociales; favorecer una medicina global a partir de la práctica en los CLSC y a través de vínculos estrechos entre clínicos y especialistas de salud pública en el ámbito de los hospitales; finalmente, asegurar una participación importante de los ciudadanos en la administración de los servicios de salud.”*

La Carta de Ottawa (Canada 1986), documento oficial que institucionaliza el modelo canadiense, define los principales elementos discursivos del movimiento de Promoción de la Salud:

a) integración de la salud como parte de políticas públicas “saludables”; b) actuación de la comunidad en la gestión del sistema de salud; c) reorientación de los sistemas de salud; d) énfasis en el cambio de los estilos de vida. Cronológicamente este movimiento corresponde al desmantelamiento del National Health Service de Inglaterra, en la coyuntura del Thatcherismo, y la reforma de los sistemas de salud y seguridad social de los países escandinavos, frente al retroceso de la socialdemocracia en el continente europeo, lo que limita su potencial de expansión, incluso entre los países desarrollados. En los Estados Unidos, en la década de los ochenta, se desarrollan programas académicos levemente inspirados por este movimiento, bajo la sigla HPDP (*Health Promotion Disease Prevention*), indicando claramente la opción por la propuesta mínima de cambio de estilo de vida por medio de programas de modificación de comportamientos considerados de riesgo (como hábito de fumar, dieta, sedentarismo, etc.).

En lo que se refiere a la absorción del discurso de la promoción de la salud por parte de organismos internacionales, podemos hacer referencia al Proyecto Ciudades Saludables de la O.M.S., lanzado con bastante publicidad en 1986 (WHO 1995). Vale todavía mencionar que el Banco Mundial, en conjunto de la Organización Mundial de la Salud, patrocina en 1991 una actualización de los principios del movimiento de Promoción de la Salud, incorporando en él la cuestión del desarrollo económico y social sustentado como importante componente extrasectorial para el campo de la salud (Banco Mundial 1993). Además de eso, en el contexto de la Conferencia Mundial por el Medico Ambiente, conocida como ECO 92, promovida por la ONU en Río de Janeiro, la salud ambiental fue definida como prioridad social para la promoción de salud, dentro de la célebre Agenda 21 (WHO 1995, 1995a).

A esa altura la receta neoliberal es adoptada por los organismos financieros internacionales e impuesta a los países que pretenden insertarse en el “nuevo orden” del capitalismo mundial, sobre todo después de los cambios políticos en del este europeo y los tropiezos del “socialismo real”. Justamente en ese contexto la O.P.S. promueve, a partir de 1990, un debate sobre la crisis de la salud pública, privilegiando una reflexión sobre los conceptos, teorías, metodologías, elementos explicativos, determinantes estructurales, repercusiones operacionales y en las prácticas de salud, y perspectivas futuras para la Salud Pública en sus relaciones con el Estado y la sociedad (PAHO 1992; OPS 1994, 1995). Paralelamente, la O.M.S. patrocina una reflexión articulada sobre las bases de una “Nueva Salud Pública”, organizando un conjunto de seminarios y reuniones sobre formación avanzada, liderazgo institucional, teoría y práctica en Salud Pública (Ncayiyana et al 1995; WHO 1995, 1995a).

## LA “NUEVA SALUD PÚBLICA”

En la actualidad diversos países realizan reformas económicas, políticas y administrativas buscando asegurar algún espacio en la nueva configuración de los mercados mundiales. La reforma del Estado, aunque no suficientemente explicativa, se coloca en la agenda política de gobierno con diferentes espectros político-ideológicos y, en ese particular, emergen propuestas sectoriales como es el caso de salud. En América Latina, muchas de las reformas del sector salud son apoyadas por organismos financieros internacionales, a ejemplo del Banco Mundial, cuyos presupuestos y directivas divergen bastante de los proyectos originales de la reforma sanitaria (Banco Mundial 1993). Por lo tanto, se hace necesario discernir los contenidos sustantivos de cada uno de los proyectos para que, por ejemplo, sea posible comprender las especificidades del sistema de salud canadiense en comparación con el proyecto Clinton para la actualización de complejo de servicios de salud estadounidense, del mismo modo que se hace necesario considerar las diferencias entre la organización de los servicios de salud en Cuba, con énfasis en la atención primaria, y las propuestas de la reforma sectorial de Bolivia y de Colombia.

Pueden visualizarse respuestas pragmáticas a tal “momento de la verdad” (Ferreira 1992), en el caso de América Latina, a través de las propuestas del Banco Mundial que valorizan la eficiencia y la eficacia en detrimento de la equidad mediante políticas de ajuste macro-económico, y en el sector salud, a través de la focalización y de la canasta básica de servicios (Banco Mundial 1993; World Bank 1996). Así, muchas de estas reformas sectoriales no llegan a ser concebidas ni debatidas por las escuelas de Salud Pública u organismos semejantes y, en ciertos casos, no llegan a los mismos ministerios de salud, siendo negociadas directamente entre las agencias financieras y el “área económica” de los gobiernos.

En ese contexto, una reflexión sobre la “Nueva Salud Pública” que procura examinar, de manera crítica y profunda, los determinantes de la “crisis de la salud pública”, pasa a ser identificada peyorativamente como “asunto de sanitaristas”, es decir, de escuelas e investigadores del campo de salud así como de funcionarios públicos con responsabilidades operativas. La correlación de las fuerzas políticas e institucionales vigente mantiene separados del escenario de las reformas de diferentes países no sólo a los trabajadores del sector sino especialmente a los diferentes segmentos de la población que serán “objeto” de esas reformas. Las conquistas democráticas alcanzadas por los pueblos latinoamericanos y caribeños, especialmente a partir de los años ochenta, no fueron suficientes sin embargo para garantizar la *publicitación* (es decir, el control público de las políticas y prácticas institucionales de los respectivos Estados) de sus aparatos y también de sus burocracias.

La línea más pragmática, prescriptiva e intervencionista adoptada por un panel convocado por la O.M.S. para discutir la “Nueva Salud Pública” (WHO 1995), en consonancia con las visiones de representantes europeos y americanos de la Salud Pública, no parece dar cuenta de las dificultades identificadas en la región de las Américas, particularmente en América Latina y el Caribe. En la medida que integran sistemas relativamente estabilizados en los que las reglas de juego cambian lentamente, para ellos la crisis no es estructural y representaría sólo una determinada interpretación de los sanitaristas. proponen así agregar nuevo temas y habilidades al campo de la Salud pública y a su ámbito de prácticas y de instituciones (Ncayiyana et al 1995; WHO 1995a). Sin embargo, este enfoque puede resultar en reformas curriculares de las respectivas escuelas o en reformas administrativas en las instituciones de salud pero, seguramente, es insuficiente para dar cuenta de una política de *equidad, solidaridad y salud*, tal como propone la propia O.M.S. en este fin de siglo (WHO 1995).

Consiguientemente, las instituciones académicas y de servicios en el campo de la salud no pueden ignorar el movimiento que se engendra en torno de la formulación de un política global de salud como componente director del cuerpo doctrinario elaborado en función de una propuesta de “Renovación de la Salud para Todos” (RSPT). De este modo, podrán reactualizar sus concepciones y prácticas acerca de la Salud Pública y, simultáneamente estarán en condiciones de explorar oportunidades de diálogo y de construcción de alianzas entre organizaciones no gubernamentales y organismos de gobierno para enfrentar los problemas de salud. Sin embargo, más que diálogos y alianzas, las instituciones académicas y de servicios pueden producir nuevos conceptos, teorías y prácticas que, en un proceso de “interfertilización ideológica”, serán capaces de influir en la propia doctrina de la RSPT y en la política de salud a ser concebida cuando se celebran 20 años de Alma Ata (WHO 1995).

Ante las dificultades obvias para disponer de una concepción convergente sobre la Nueva Salud Pública, se hace pertinente sistematizar algunas cuestiones preliminares. ¿Cómo ven los actores sociales que responderán a la convocatoria para este debate el campo social de la salud y el perfil del profesional que actuará en los distintos ámbitos de acción? ¿Qué contenidos deben ser privilegiados? Si el campo de conocimiento en salud pública es tan amplio que no comporta un tipo único de profesional para actuar en las instituciones y servicios, ¿cuál es el núcleo básico de conocimientos y habilidades que deberán componer el nuevo perfil profesional en un contexto que incorpora nuevos actores para su ámbito de acción, exigiendo capacidad de negociación, acción comunicativa y administración de conocimientos?

Iniciativas recientes de la O.P.S. enfocadas al liderazgo y la formación avanzada en Salud Pública posibilitarán una discusión amplia de esta cuestión en la Región de las Américas, incluyendo, por lo tanto, Canadá, los EEUU y los países del Caribe. Así, en el período 1987-1988 se procedió al análisis de la infraestructura, privilegiando las siguientes áreas críticas: políticas públicas, sistemas de información y desarrollo de la epidemiología, economía y financiamiento, recursos humanos en salud, desarrollo tecnológico y sistemas de servicios de salud. En los años 1989-1990 se realizaron seminarios para el análisis de la prestación de servicios en lo vinculado a recuperación de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud (PAHO 1992). Finalmente, en el período 1991-1995, la O.P.S. encaminó un ambicioso proyecto para reflexión y crítica sobre la teoría y la práctica de Salud Pública, teniendo como referencia los textos básicos y la reunión del “Grupo de Consulta”, realizada en Nueva Orleans en 1991 (PAHO s/f), culminando en la Primera Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, realizada en Río de Janeiro en 1994 (ALAES 1994).

Esta breve reseña sugiere un clima estimulante de efervescencia teórica y crítica, propiciando pautas de acción capaces de iniciar un proceso de modernización conceptual capaz de sostener una nueva práctica de salud pública. Según Rodríguez (1994), para esta nueva práctica se necesitan

nuevos profesionales, capaces de cumplir diferentes roles, desde una función histórico-política de “rescatar, del propio proceso histórico de construcción social de la salud, los conocimientos, éxitos y fracasos de la humanidad en su lucha por la ciudadanía y el bienestar” hasta una función de agregación de valor a través de la producción y gestión del conocimiento científico tecnológico; desde una función de gerencia estratégica de recursos escasos y mediador estratégico de las relaciones entre las necesidades y problemas de salud y las decisiones políticas hasta una función de advocacy, utilizando el conocimiento “como instrumento de denuncia promoviendo la movilización creciente de la sociedad en demanda de la realización de su potencial de salud y ejercicio del derecho de la ciudadanía”

En esa perspectiva, las escuelas de salud pública deben fortalecer su proceso de *independización*. La Primera Conferencia Panamericana sobre Educación en Salud Pública (ALAESP 1994) propuso la profundización del debate en torno a la transformación de la estructura organizativa de las respectivas escuelas, considerando la pertenencia de la desvinculación administrativa en relación a las Facultades de Medicina. De hecho, el concepto de “espacio transdisciplinar” tiende a desestructurar la idea de facultad o escuela como organización autosuficiente. De allí la propuesta de creación de espacios de excelencia que, a semejanza de las nuevas organizaciones empresarias, funcionen como “redes institucionales con capacidad de agregar valor”. La idea básica es que se desarrollen procesos de formación y capacitación sistemáticos, creativos e innovadores, cuyos éxitos fundamentales serán la investigación y la articulación con los servicios de salud. La producción de liderazgos sectoriales e institucionales pasa a constituir uno de los propósitos básicos de las nuevas instituciones académicas (OPS 1994):

*“Liderazgo sectorial en salud significa la capacidad del sector de transformar la salud en el referente básico para la formulación de todas las otras políticas públicas. La política de salud condicionaría, en gran parte, no sólo comportamientos individuales, sino también acciones colectivas, sociales y políticas. El liderazgo institucional es definido como la capacidad que posee una organización de irradiar valores, generar conocimiento y promover compromiso con esos valores por parte de la población y de otras organizaciones. Una organización líder produce diferencias fundamentales en la comunidad (...). Capacitarse para el liderazgo es por lo tanto, un producto de adquisición de nuevos valores y habilidades, como el desarrollo de nuevos significados de la misión y de la filosofía institucionales. Como el objetivo del liderazgo es promover compromisos públicos con los ideales básicos, el sector o la institución líder se reconoce no sólo por la calidad de sus acciones, sino principalmente por los compromisos que genera en los sectores, instituciones, o actores que lidera”.*

Podemos destacar, en el caso del desarrollo de la Salud Pública en la década de los noventa, su carácter de movimiento ideológico, sea utilizando su brazo académico (ALAESP, por ejemplo) sea accionando su brazo político-ideológico (OPS). Así, la reflexión sobre las posibilidades de incorporación de nuevos paradigmas se inscribe, aunque no de manera integral, en el capítulo de las políticas de salud. Las inflexiones producidas en el campo del saber se encuentran subordinadas a las modificaciones en el ámbito de las prácticas, aunque innovaciones conceptuales y desarrollos disciplinares, científicos y tecnológicos pueda afectar la formulación e implementación de algunas de esas políticas.

No se trata de una determinación mecánica de las políticas sobre el campo, sino en último análisis, una influencia decisiva, ya que es posible concebir situaciones en que productos de ese campo del saber ejercen alteraciones, aunque parciales, sobre la organización de las prácticas de salud.

## NUEVAS DEMANDAS

Las modificaciones del panorama político y social del mundo y de la situación de salud (principalmente la falta de cambios esperados) ponen en jaque las premisas y previsiones de los antiguos modelos. O tal vez el problema sea más profundo, en el nivel no de los modelos y si del paradigma científico que fundamenta este campo de práctica social y técnica (Almeida-Filho 1992, 1997).

Frente a los elementos discursivos y extradiscursivos ligados a la constatación de un agotamiento de los paradigmas vigentes, desafiados por la “crisis de la salud pública”, surgen demandas por “nuevos paradigmas” (Ferreira 1992; Macedo 1992; Ncayiyana et al 1995). En la cuestión particular de los elementos discursivos, cabe destacar los presupuestos de que el desarrollo de la salud supone la exclusión de la enfermedad y que la ciencia y la técnica disponen de un potencial inagotable para superar la enfermedad. Como elementos extra-discursivos de ese debate se encuentran las restricciones económicas que comprometen la capacidad del Estado para sostener, en el largo plazo, el costo creciente de la atención de salud, particularmente la asistencia médica hospitalaria, además del hecho que esta asistencia no garantiza mejor nivel de bienestar o productividad social. Se reconoce, también, la creciente inequidad de los “determinantes de la salud”, sea a nivel singular, relativo a la calidad del ambiente social, sea a nivel general, referente a las disparidades de la distribución de ingreso y poder entre los segmentos sociales (WHO 1995).

Sin embargo, romper con los paradigmas vigentes no significa su rechazo puro y simple. Impone movimientos de crítica, elaboración y superación. Se trata de una construcción en el plano epistemológico al tiempo que se movilizan voluntades en el ámbito de la praxis para alimentar el pensamiento y la acción. Se espera que, al debatir la reforma del sector salud en el contexto de la Renovación de Salud para Todos, se implemente una praxis orientada hacia los “determinantes de salud” a partir de la cual se podría construir un nuevo paradigma de salud. La confluencia de tres temáticas - reforma sectorial, RSPT y “nueva salud pública” se impone por la necesidad de una agenda política común, contemplando tanto los planos doctrinario y conceptual como el plano metodológico operativo.

En conclusión, se hace necesario y urgente discutir la cuestión de la salud en el ámbito público-colectivo-social y las propuestas de acción subsiguientes. En el caso específico de América Latina, la emergencia en los últimos veinte años de un campo que se designó como Salud Colectiva (Paim 1992), permite la identificación de los puntos de encuentro con los movimientos de renovación de la salud pública e institucionalizada, sea como campo científico, sea como ámbito de prácticas, e incluso como actividad profesional. En esa perspectiva, las propuestas de consolidación del campo de la salud como forma de superación de la llamada “crisis de la salud pública” pueden significar una oportunidad para incorporar efectivamente el complejo “promoción/salud/enfermedad/cuidado” en una nueva perspectiva paradigmática, aumentando así la viabilidad de las metas de Salud Para Todos mediante políticas saludables, a través de mayor y más efectiva participación de la sociedad en las cuestiones de vida, salud, sufrimiento y muerte.

## **Segunda parte: Salud Colectiva. Campo abierto a nuevos paradigmas.**

En el momento actual, conforme se señaló en la primera parte de este trabajo, los marcos de referencia de la salud en el ámbito colectivo que dominaron el pensamiento sectorial durante más de medio siglo parecen agotados, encontrando serias dificultades y limitaciones, configurando lo que se denomina la “crisis de la salud pública”. En ese particular, se pueden identificar algunas señales de ese agotamiento; en todas partes, con la creciente tecnificación de la práctica médica y la biologización de los modelos conceptuales se observa un debilitamiento de los discursos “sociales” de la salud: en los EEUU al final de los años ochenta, el informe polémico del *Institute of Medicine* (1988) titulado *The Future of Public Health*, anuncia la caída de prestigio e influencia de las escuelas de salud pública, vaciadas por abordajes individualizantes de la salud, como por ejemplo, el movimiento de la epidemiología clínica; en América Latina, en un momento de despolitización de la cuestión del desarrollo, la salud pública es tomada como un problema de reforma sectorial, cada vez más focalizado dentro de la pauta más amplia de las políticas sociales.

Algunos elementos de análisis de este proceso pueden encontrarse en la coyuntura política global. Por un lado, la falencia del estado de bienestar y del modelo de la seguridad social, determinada por una crisis fiscal, tiene como contrapartida el fracaso del socialismo de Estado (y del modelo de la medicina global socializada), aislado por una crisis de productividad y de incorporación tecnológica. Por otro lado, la receta del neoliberalismo (y del modelo asistencial privatizador total) ha alcanzado resultados mediocres en lo que se refiere a la cuestión social, incluyendo salud, conforme se evidencia en el fracaso de los gobiernos para cumplir las metas de Salud para Todos en el año

2000. No obstante, consideramos que algunos elementos epistemológicos interdisciplinarios, de naturaleza conceptual y metodológico, estructurantes del campo científico de la salud, son fundamentales para la comprensión y superación de los problemas que conforman la “crisis de la salud”.

En esa perspectiva, se hace necesario revisar paradigmas y propuestas de acción, procurando establecer hitos sobre la cuestión de la salud en el ámbito colectivo. En el caso específico de América Latina, la construcción en los últimos veinte años de un movimiento denominado Salud Colectiva ha permitido un diálogo crítico y la identificación de contradicciones y acuerdos con la salud pública institucionalizada, sea en la esfera técnico-científica sea en el terreno de las prácticas. En otras palabras, se trata de considerar, en el ámbito de nuestro interés específicos, las siguientes cuestiones: ¿Podrá el movimiento de Salud Colectiva presentarse como un nuevo paradigma científico, en un sentido rigurosamente delimitado? ¿Qué pautas epistemológicas, teóricas, metodológicas y políticas deben ser activadas para alcanzar cambios paradigmáticos en el campo de la salud? Pragmáticamente, ¿qué modelos de comprensión de la situación de salud podrían producirse? Pero también, qué efectos tendrán tales limitaciones sobre la retórica y la práctica en el campo de la salud?

En esta segunda parte buscamos definir, en primer lugar, a partir de una perspectiva auto-reconocida como pragmática, nuestro referente teórico con el auxilio de los conceptos de “paradigma” y de “campo científico”, señalando sus derivaciones y aplicaciones en el área de la salud. A continuación presentaremos una tentativa de sistematización del marco conceptual de la Salud Colectiva, en construcción en América Latina, situando más particularmente sus potencialidades de constitución de un conocimiento transdisciplinar. En conclusión, pretendemos proponer que este movimiento ideológico puede articularse mejor a los nuevos paradigmas científicos capaces de abordar el objeto complejo salud/enfermedad/cuidado respetando su historicidad e integralidad.

## REFERENCIAL TEORICO

### a) Paradigma y campo científico: aplicaciones en salud.

Se observa cada vez más una ampliación del uso del término paradigma para tratar cualquier tipo de conocimiento humano y, de un modo todavía más ampliado, para referirse a las prácticas sociales de cualquier naturaleza. Actualmente, podemos encontrar desde una equivalencia del paradigma al concepto amplio de campo disciplinar, como en la noción de “paradigma de la salud pública” (Affi & Breslow 1994), hasta un tratamiento más regionalizado del paradigma en el sentido de mera actitud ante una institución, como por ejemplo en los múltiples usos que el término viene adquiriendo en el campo de las ciencias de la gestión (Serva 1993). En un nivel intermedio, en el propio campo de la salud, documentos oficiales de construcción doctrinaria han hecho uso del término en la connotación del modelo o abordaje, como por ejemplo en la noción de “paradigma de atención primaria a la salud” (Ncayiyana et alii 1995). Como indicamos en otra oportunidad (Almeida Filho & Paim 1997), se trata de la utilización indebida de una categoría cuyo sentido encontramos razonablemente establecido en el campo teórico de la filosofía de la ciencia, particularmente en el abordaje de crítica histórica de Thomas Kuhn.

La teoría kuhniana del paradigma científico (y sus variantes) rechaza claramente la significación de sentido común para el término “paradigma”<sup>5</sup>, en la acepción de patrón de referencia o modelo a ser seguido, como por ejemplo cuando se dice que “el sistema de salud inglés es el paradigma de la medicina social”. En el nivel semántico, la categoría paradigma ha provocado una

---

<sup>5</sup> En La Estructura de las Revoluciones Científicas, su obra más divulgada, Kuhn establece dos conjuntos de sentidos para el término. Por un lado, como categoría epistemológica, el paradigma constituye un instrumento de abstracción, una “herramienta” auxiliar para el pensamiento sistemático de la ciencia. En este caso, se trata de una construcción destinada a la organización del razonamiento, fuente de construcción lógica de las explicaciones, firmando?? las reglas elementales de una determinada sintaxis del pensamiento científico, y convirtiéndose así en matriz para los modelos teóricos. Por otro lado, en un sentido más amplio, el paradigma constituye una peculiar visión del mundo, propia del campo social científico. En ese sentido, implica un conjunto de “generalizaciones simbólicas”, generalmente bajo la forma de metáforas, figuras y analogías, configurándose de cierto modo como la subcultura de una determinada comunidad científica.

gran controversia entre los filósofos de la ciencia (Pinch 1982; Leydesdorff 1992). Sin embargo, de todos modos, esta concepción hizo avanzar un abordaje constructivista de la ciencia, proponiendo que la construcción del conocimiento científico no se produce en abstracto, aislada en el individualismo de los investigadores, sino ocurre en forma organizada institucionalmente, en el seno de una cultura, imersa en el lenguaje. La ciencia puede entonces ser vista como social e históricamente determinada y sólo existe en el interior del paradigma. A nivel de la práctica, la ciencia se realiza en el contexto de instituciones de producción socialmente organizadas como en cualquier otro campo de la práctica social histórica (Knorr-Cetina 1981; Latour 1987).

En una perspectiva autodenominada post-kuhniiana, Rorty (1979, 1991), propone una praxiología para la comprensión de la ciencia, rechazando frontalmente las tentativas de tomar la ciencia como una mera construcción ideológica, sino específicamente como un instrumento inevitablemente al servicio de la dominación. En esa perspectiva, la ciencia solamente tiene sentido si se la entiende en tanto práctica, una práctica social que tiene fundamentos particulares, pero que se ejerce en un proceso de diálogo y negociación destinado a la producción de un consenso localizado y datado, basado en una cierta solidaridad de los “actantes” de la comunidad científica (Rorty 1991). Avanzando en la discusión sobre la diáda retórica-práctica como forma privilegiada de comprensión de lo que la ciencia produce y lo que los científicos hacen y proponen hacer, Bahskar (1986) abre un camino interesante de argumentación: se debe tratar la producción científica tal como ella concretamente se da, como un modo de producción, evaluado por sus procesos sus productos.

La producción científica se da en un campo de fuerzas sociales que puede ser comprendido como un espacio multidimensional de relaciones en las que los agentes o grupos de agentes ocupan determinadas posiciones relativas, en función de diferentes tipos de poder (Samaja 1994). En ese particular, Bourdieu (1983, 1989) contribuyó con los conceptos de capital simbólico y campo científico, donde operan determinaciones política y científicas para su constitución. Para este autor, además del capital económico, cabe considerar en el mundo social el capital cultural, el capital social y el capital simbólico. Este último, fundamental para el análisis del campo científico, puesto de manifiesto como prestigio, reputación, fama, etc. sería la fuente estructurante de legitimación de las diferentes especies de capital (Bourdieu 1989). El campo científico constituye un campo social igual a otro cualquiera, con relaciones de fuerza y monopolios, luchas y estrategias, intereses y beneficios, donde todas esas invariantes revisten formas específicas. En esta perspectiva para el estudio de un determinado campo científico se hace necesario (Bourdieu 1983)

“rechazar la oposición abstracta entre un análisis inmanente o interna, que correspondería más adecuadamente a la epistemología y que restituiría la lógica según la cual la ciencia engendra sus propios problemas y, un análisis externo, que relacionaría esos problemas a las condiciones de su aparición”

El paradigma dominante en el campo científico de la salud se fundamenta en una serie de presupuestos que nos acostumbramos a denominar casi peyorativamente como “positivismo”. El positivismo más radical considera que la realidad es la que determina el conocimiento, siendo posible un abordaje inmediato del mundo, las cosas y los hombres (Santos 1989). Además de esto, el paradigma del positivismo opera como si todos los entes constituyeran mecanismos u organismos, sistemas con determinaciones fijas condicionados por la misma posición de sus elementos (Lévy 1987). Una versión ingenua del positivismo todavía asola el campo de la salud, principalmente en su área de aplicación más individualizada, la clínica médica (Almeida Filho 1992). Ante los procesos de salud/enfermedad/cuidado, por ejemplo, la metáfora del cuerpo como mecanismos ( de sus órganos como piezas) ha sido efectivamente muy influyente en la constitución de las llamadas ciencias básicas de la salud.

Conocer, sin embargo, no es sólo exponer el mecanismo del objeto en sus piezas fundamentales, pero sí ser capaz de reencontrar la posición de cada pieza, reconstruir el mecanismos y ponerlo en funcionamiento. En el sentido cartesiano original, el proceso de conocimiento opera en dirección de la síntesis, del re-montaje del objeto reducido, en la tentativa de restaurar su funcionamiento. En esa etapa, la metáfora del mecanismo representa tal vez la forma más simple de dar cuenta del conocimiento en tanto revelación del determinismo del objeto, sin embargo, la ciencia produce metáforas más sofisticadas y eficaces para explicar sus objetos cada vez menos tolerantes a abordajes reduccionistas. Por ese motivo, el paradigma mecanicista termina por encontrar una serie de dificultades institucionales, políticas, históricas, y principalmente epistemológicas, alcanzando rápidamente los límites en su abordaje. El avance del conocimiento

científico rompe las fronteras impuestas por esta forma de práctica científica, que pierde así la posición prestigiosa de fuente de legitimidad basada en una verdad racional.

#### b) Una crisis, nuevos paradigmas

En los diversos campos de la investigación científica, abordajes alternativos indican una clara insatisfacción con el paradigma dominante, configurando tal vez una profunda crisis en la ciencia contemporánea. Se habla de una “matemática de las catástrofes” (Thom 1985), de una “nueva física” (Powers 1982), de una “ciencia de la complejidad” (Morin 1986, 1990), y de una “ciencia postmoderna” (Santos 1989). Prigogine y Stengers (1979) en el ámbito de la biología, se refieren inclusive a la necesidad de una “nueva alianza” para rearticular las bases metodológicas y conceptuales de la ciencia. Este movimiento se integra a una profunda transformación en lo esencial de la práctica científica, o sea, en el modo de construcción de su campo de aplicación. Lo que está siendo fundamentalmente cuestionado es la organización de los campos científicos a través de grandes estructuras abstractas, con alto potencial de generalización, capaces de encuadrar y guiar todo el proceso de referencia empírica. En las ciencias llamadas naturales, esta tendencia se revela por la opción cada vez más predominante entre los científicos de buscar micro-patrones de desorden e indeterminación en vez de concentrarse en elegantes y grandiosos modelos teóricos basados en una expectativa de orden y determinación

El campo científico de la salud también pasa por una profunda crisis epistemológica, teórica y metodológica, una crisis paradigmática, como diría Kuhn (1970)<sup>6</sup>. Además de anomalías y paradojas, los paradigmas tendrían también como signos de crisis *puntos ciegos*, que sus agentes históricos (involucrados en una política institucional) no son capaces de ver.

Aplicando este argumento a nuestro tema y campo, creemos que las “teorías” de la salud, en su actual estadio de desarrollo conceptual, no consiguen concretamente referirse al objeto.... salud. Por ello, los discursos que las fundamentan en tanto práctica de base científica se muestran sinuosos e incompletos; sus formuladores dudan, inventan metáforas, descubren maneras indirectas de hablar sobre salud, sin embargo, su objeto continúa siendo la enfermedad (Nájera 1992). Ni siquiera la colectivización de la enfermedad a través del concepto de morbilidad indica “algo llamado salud”. En síntesis, el objeto “salud” constituye un punto ciego de la investigación contemporánea en el área. Este objeto se ha estructurado a través de una hermenéutica fija, subsidiaria de nociones ya superadas en otros campos científicos de mayor madurez epistemológica, como por ejemplo la doctrina de la causalidad. Resultado: un objeto denominado salud que de hecho se refiere a “enfermedad colectiva”, todavía así tratado de manera parcial y residual como “el riesgo y sus factores”.

Por lo tanto, el desafío más crucial en este momento de discusión de las bases epistemológicas de la salud pública es justamente la cuestión del objeto “salud”. Es necesario avanzar hacia una cierta semiología de este intrigante punto ciego, objeto-modelo potencial de una nueva definición de la salud en sociedades concretas. En este sentido, necesitamos todavía explicitar algunos elementos que pueden caracterizar lo que ha sido llamado nuevo paradigma científico, cuestionando lo que pasa con la ciencia en general.

Una serie de elementos epistemológicos y metodológicos han sido propuestos como tendencia alternativa para la ciencia contemporánea, agrupados bajo el rótulo genérico de “nuevo paradigma”. Para designar el eje principal que unificaría parcialmente las diversas contribuciones en dirección a un paradigma científico alternativo, nos parece más adecuada la denominación de Teoría de la Complejidad, conforme Morin (1990), Lewin (1994) y otros autores. Se trata de una aplicación generalizada de la premisa de que la investigación científica, al contrario del abordaje positivista convencional, debe respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia. En sus versiones más aplicadas, la teoría de la complejidad se presenta casi como un “neo- sistemismo”, actualizando y expandiendo algunas proposiciones de la teoría de los sistemas generales que habían alcanzado una cierta influencia en el panorama científico de los años 50 y 60 (Simon 1969; Buckley 1968).

---

<sup>6</sup> Uno de esos signos de una crisis paradigmática sería, por ejemplo, la paradoja de la planificación de salud, es decir, el hecho de que donde se planifica no siempre se producen cambios importantes o estos no se producen como se esperaba, mientras abundan ejemplos de no planificación y verificación de intensas transformaciones

La característica más deficitaria del llamado “nuevo paradigma” tal vez sea la noción de no-linearidad, en el sentido de rechazo de la doctrina del causalismo simple también presente en el abordaje convencional de la ciencia; esta perspectiva se abre a la consideración de paradojas, intolerables en la epistemología convencional, como por ejemplo la concepción del “orden a partir del caos” (Atlan 1981). Además de eso, un problema teórico fundamental de las diversas perspectivas paradigmáticas alternativas consiste en la posibilidad de pensar que la realidad concreta se estructura de modo discontinuo. Se trata de una manera diferente de manejar la cuestión de la determinación en general abriéndose la ciencia a la posibilidad de la “emergencia” o sea, el engendramiento de lo “radicalmente nuevo” (Castoriadis 1978) en el sentido de algo que no estaría contenido en la síntesis de los determinantes potenciales de un dado proceso.

Por otro lado, la noción de “fractales” parece la más fascinante y de mayor utilidad para el desarrollo de modos alternativos de producción del conocimiento científico en salud. Se trata de una nueva geometría, basada en la reducción de las formas y propiedades de los objetos al “infinito interior”, como por ejemplo la posibilidad de dividir una línea en dos partes iguales, que podrán a su vez ser divididas, y así sucesivamente se mantiene siempre la forma original de una línea dividida por la mitad. En el área de la salud, la propuesta de “modelos eco-sociales” de Nancy Krieger (1994) se funda esencialmente en la aplicación de un abordaje fractal al proceso de construcción del objeto de salud en lo colectivo.

Finalmente, entre las concepciones menos popularizadas de los nuevos abordajes paradigmáticos se ubica la teoría de los conjuntos borrosos” (en inglés “*fuzzy set theory*”). La “borrosidad” es una propiedad particular de los sistemas complejos en lo que se refiere a la naturaleza arbitraria de los límites infra-sistémicos impuestos a los eventos (unidades del sistema) y al propio sistema, en sus relaciones con los super-sistemas (contextos) y respectivos observadores. Se trata de un abordaje crítico de las nociones de límite y de precisión, esenciales a la teoría de los conjuntos que funda la analítica formal de la ciencia moderna (McNeill & Freiberger 1993).

La aplicación de estas propuestas, que a veces no parecen congruentes entre sí, se encuentra en pleno desarrollo, resultando en categorías epistemológicas propias (como parece ser la categoría de la complejidad), nuevos modelos teóricos (como la “teoría del caos”) y nuevas formas lógicas de análisis (como por ejemplo la geometría fractal y los modelos matemáticos no lineares). El presupuesto de base de esta perspectiva es que los abordajes de la complejidad en general serían capaces de producir nuevas metáforas necesarias para comprender y superar el distanciamiento entre mundo natural y mundo histórico, considerando sistemas dinámicos complejos, autorregulados, mutantes, imprevisibles, productores de niveles emergentes de organización (Lewin 1992). A pesar de su evidente potencial renovador, un examen crítico de estos abordaje indica un cierto “riesgo epistemológico”, particularmente para las ciencias de lo social-histórico: se trata de la atrayente posibilidad de matematizar todas las relaciones objeto de la indagación científica, presentando modelos no-lineares como alternativa analítica para los casos que no se apliquen las formas convenciones de explicación.

## SALUD COLECTIVA: CAMPO CIENTIFICO Y AMBITO DE PRACTICAS.

Como punto de partida, podemos entender la Salud Colectiva como **campo científico** (Bourdieu 1983, 1989; Ribeiro 1991), donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto “salud” y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos; y como **ámbito de prácticas**, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como “sector salud”. Asumir la Salud Colectiva como un campo científico implica considerar algunos problemas para la reflexión: ¿Se trata, efectivamente, de un campo nuevo o de un nuevo paradigma dentro del campo de la salud pública? ¿Qué saberes dan soporte al campo y, consiguientemente, a las prácticas de sus actores sociales? ¿Cuáles son los “obstáculos epistemológicos” que dificultan su desarrollo científico? ¿Cuáles los “obstáculos de la praxis” frente a la reorganización de los procesos productivos, la sociedad de la información, la reforma del Estado y de sus nuevas relaciones con la sociedad?

En esta sección se presentarán algunas respuestas provisionarias a estas cuestiones, aunque una profundización de la temática exija un texto de mayores dimensiones.

Originalmente, el marco conceptual<sup>7</sup> propuesto para orientar la enseñanza, la investigación y la extensión en Salud Colectiva en el caso brasileño estuvo compuesto por los siguientes presupuestos básicos, conforme Paim (1982):

a) *La Salud, en tanto estado vital, sector de producción y campo de saber, está articulada a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económica y político-ideológica, poseyendo por lo tanto, una historicidad;*

b) *Las acciones de salud (promoción, protección, recuperación, rehabilitación) constituyen una práctica social y traen consigo las influencias de las relaciones establecidas entre los grupos sociales;*

c) *El objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites de lo biológico y de lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud, y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En ese sentido, el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones;*

(...)

f) *El conocimiento no se genera por contacto con la realidad, sino por la comprensión de sus leyes y por el compromiso con las fuerzas capaces de transformarla.* No obstante la adhesión que tales presupuestos puedan estimular, todavía hoy, cabe subrayar que el desarrollo de la Salud Colectiva, en tanto área de saber y campo de prácticas, en los últimos años permite recontextualizar algunos de esos presupuestos. Así, la definición del "objeto" arriba presentado sugiere entender la Salud Colectiva como ciencia o disciplina científica. En un momento posterior de discusión de ese campo en América Latina, Fleury (1985) llega a definir la Salud Colectiva como "área de producción de conocimientos que tiene como objeto las prácticas y los saberes en salud, referidas al colectivo en tanto campo estructurado de relaciones sociales donde la enfermedad adquiere significación".

Sin embargo, el trabajo teórico epistemológico emprendido más recientemente apunta a la Salud Colectiva como un campo interdisciplinario y no propiamente como una disciplina científica, mucho menos una ciencia o especialidad médica. Es necesario subrayar las influencias mutuas entre ese desarrollo y los movimientos por la democratización de las formaciones sociales latino-americanas, especialmente los procesos de reforma sanitaria desencadenados en algunos países de la región. De hecho, el marco conceptual de la Salud Colectiva, tal como viene siendo construido a partir de la década de los 70, resulta, por un lado, de la crítica a los diferentes movimientos y proyectos de reforma en salud ocurridos en los países capitalistas y, por el otro, de la elaboración teórico-epistemológica y de la producción científica, articuladas en las prácticas sociales.

La constitución de la Salud Colectiva, teniendo en cuenta sus fecundos diálogos con la Salud Pública y con la Medicina Social, tal como se vienen concretando en las últimas décadas, permite una delimitación comprensiblemente provisoria de ese campo científico, en tanto campo de conocimiento y ámbito de prácticas. En tanto campo de conocimiento, la Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos.

En América Latina, y en Brasil en particular, se realiza en las dos últimas décadas un trabajo de construcción de nuevas teorías, enfoques y métodos de la epidemiología y de la planificación en salud, además de investigaciones concretas buscando la aplicación de métodos de las ciencias sociales en el campo de la Salud Colectiva. De ese esfuerzo de reconstrucción teórica han emergido en el campo nuevos objetos de conocimiento e intervención, como los casos de la comunicación social en salud y de la vigilancia en salud. En ese aspecto, cabe referir al desarrollo científico y tecnológico del campo mediante importantes contribuciones en las áreas de Epidemiología Social

---

<sup>7</sup> Entendemos marco conceptual como "la presentación de un fenómeno o acontecimiento atendiendo sólo a sus líneas o características más significativas, de modo de facilitar un cierto nivel de generalidades que lo torna aplicable a situaicones distintas dentro de un área semejante" (García 1971)

(Laurell 1994; Breilh 1990; Barreto 1990; Castellanos 1991; Possas 1989, entre otros), Políticas y Prácticas de Salud (Fleury 1985, 1989; Teixeira & Melo 1995, entre otros), Planificación en Salud (Testa 1992, 1995; Mendes 1993; Schraiber 1990, 1995; Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996, entre otros), y Epistemología y Metodología en Salud (Samaja 1994 1994a; Minayo 1992; Camargo 1994; Castiel 1994, 1996; Ayres 1994, entre otros).

En esa perspectiva, la Salud colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud. Este contempla el desarrollo de actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, la naturaleza de las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños, así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria (Ribeiro 1991). Son disciplinas complementarias de ese campo la estadística, la demografía, la clínica, la genética, las ciencias biomédicas básicas, etc. Esta área del saber fundamenta un ámbito de prácticas transdisciplinar, multiprofesional, interinstitucional y transectorial.

En tanto ámbito de prácticas, la Salud Colectiva envuelve determinadas prácticas que toman como objeto las necesidades sociales de salud, como instrumentos de trabajo distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales, y como actividades intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización. Comprende, por lo tanto, segundo Paim (1992) un

*“conjunto articulado de prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación, informadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud”*

Sin embargo, más que definiciones formales, la Salud Colectiva requiere una comprensión de los desafíos que se planteen en el presente y futuro que trasciendan el campo institucional y el tipo de profesional convencionalmente reconocidos como de la Salud Pública. La posibilidad de redimensionar objeto, instrumentos de trabajo y actividades, considerando su articulación con la totalidad social reabre alternativas metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo de la Salud Colectiva en transición hacia el nuevo milenio. Conforme se destaca en una de las fecundas contribuciones a ese debate (Escuela de Salud Pública/O.P.S., 1993),

*“los avances de la epidemiología crítica, la epidemiología político, los nuevos aportes de las ciencias sociales, la planificación estratégica, la comunicación social y la educación popular han constituido bases fundamentales para la elaboración de nuevos instrumentos de docencia, investigación y cooperación con las organizaciones e instituciones de la sociedad civil y del Estado. La misma experiencia de resistencia y lucha en salud por parte de nuestro pueblo nos ha permitido encontrar en nuestra historia y cultura los elementos fundamentales para el avance de nuestro pensamiento y acción (...). No solamente se necesitan conocimientos para aprehender la realidad, sino también se debe realizar una aproximación gnoseológica distinta con vistas a encontrar en la realidad - además de conocimientos - saberes, deseos, sentidos, proyecciones de lucha y cambio, que constituyen también aspectos fundamentales de la acción humana”*

La superación del biologismo dominante, de la naturalización de la vida social, de la subordinación a la Clínica y de su dependencia del modelo médico hegemónico - cuya expresión institucional en las universidades es su subordinación funcional, política y administrativa a las facultades de medicina - representan elementos significativos para el marco conceptual de la Salud Colectiva. Se hace necesaria, por lo tanto, la identificación de una “nueva positividad” en la articulación de las dimensiones objetiva y subjetiva en el campo social de la salud. La recuperación de la problemática del sujeto no significa la negación de las estructuras, del mismo modo que la definición de un marco conceptual para la Salud Colectiva no implica la adopción de un marco teórico de referencia exclusivo y excluyente. Esto es así, conforme Granda (1994), porque

*“tanto el mundo natural como el mundo social se encuentran determinados y en constante devenir, por consiguiente su diferencia radica en que en el segundo el conocimiento se transforma en conciencia y sentido de la necesidad y necesidad de acción que encubre una potencialidad para la acción; entonces, es necesario*

*pensar que para poder estudiar el proceso de salud/enfermedad se requiere considerar los sujetos sanos y enfermos, no únicamente para explicarlos sino para comprenderlos y conjuntamente construir potencialidades de acción"*

Consiguientemente, el análisis de las relaciones entre las ciencias sociales, la vida cotidiana y las ciencias naturales, al tiempo que examina la constitución de los sujetos sociales puede localizar esa "nueva positividad", tanto en la militancia socio-política como en la incorporación tecnológica (Iriart, Nervi, Olivier & Testa 1994). La valorización de la dimensión subjetiva de las prácticas de salud, de las vivencias de los usuarios y trabajadores del sector ha proporcionado espacios de comunicación y diálogo con otros saberes y prácticas abriendo nuevas perspectivas de reflexión y acción. La revisión crítica de algunas proposiciones tales como "campo de salud" (Dever, 1988), promoción de la salud (Carta de Ottawa- Canada 1984), vigilancia en salud (Mendes 1993), confiere nuevos sentidos para las reflexiones sobre la Salud Colectiva en el continente. El párrafo a continuación (Donnangelo, 1983) ilustra las potencialidades de tales redefiniciones:

*"La variedad y el carácter frecuentemente limitado y limitativo de las conceptualizaciones de lo colectivo/social no invalidan el hecho que las prácticas sanitarias se vean constantemente invalidadas por la necesidad de construcción de lo social como objeto de análisis y como campo de intervención. No deben inducir la suposición de que la vida social concreta termine por volverse mero producto de esas opciones conceptuales. Ella irrumpirá, ciertamente, bajo otras formas, también en el campo del saber, cuando las redes conceptuales y sociales se revelen estrechas frente a la concreción de los procesos sociales"*

La discusión entre las finalidades de las prácticas de salud y su objeto, medios de trabajo y actividades, así como el análisis de las relaciones técnicas y sociales del trabajo en salud como vía de aproximación entre los modelos asistenciales y de gestión, constituyen desafíos teóricos y prácticos para la Salud Colectiva. Esto resulta de una ampliación de los objetos de intervención, a partir de la noción de prevención y atención primaria para los conceptos de calidad de vida y promoción de la salud, como observan Schraiber y Mendes-Gonçalves (1996) en el siguiente párrafo:

*"la atención primaria viene convirtiéndose progresivamente en un complejo asistencial que envuelve difíciles definiciones de tecnología adecuada. No sólo la medicina se desarrolló mucho en sus diagnósticos precoces y definiciones de riesgos genético- familiares, también epidemiológicamente la definición de la situación de riesgo se hizo más compleja. Además de eso, la dimensión de las acciones que promueven directamente la salud, más que acciones de acciones de restauración y prevención, convirtieron a la promoción de salud en un concepto a ser mejor delimitado. Esta noción, mal esbozada en los años 50, aunque ya presente en tanto intención, trae nuevas cuestiones para la asistencia, como por ejemplo una mejor definición del concepto de calidad de vida"*

El fenómeno salud ha sido también concebido como expresión del modo de vida (estilo y condiciones de vida) capaz de explicar, juntamente con las condiciones de trabajo y del medio ambiente, el perfil epidemiológico de la población (Possas 1989). El estudio de la situación de salud según condiciones de vida, ha privilegiado las articulaciones con cuatro dimensiones de la reproducción social: la reproducción biológica donde se manifiesta la capacidad inmunológica y la herencia genética; la reproducción de las relaciones ecológicas, que envuelve la interacción de los individuos y grupos con el ambiente residencial y de trabajo; la reproducción de las formas de conciencia y comportamiento, que expresan la cultura; y la reproducción de las relaciones económicas, donde se realizan producción, distribución y consumo (Castellanos 1991). A partir de ese modelo se puede identificar diferentes espacios y estrategias de intervención sanitaria: a) individuos (espacio singular) - estrategias de alto riesgo; b) grupos sociales (espacio particular) - estrategias poblacionales; c) modelos económicos (espacio general) - políticas de salud (Castellanos, 1987).

En lo que se refiere a las respuestas sociales al fenómeno salud/enfermedad, la vigilancia en salud constituyó una "*práctica sanitaria que organiza los procesos de trabajo en salud, bajo al forma de operaciones, para confrontar problemas de enfrentamiento continuo, en un territorio determinado*" (Mendes 1993). El modelo de la vigilancia en salud contempla el proceso de salud/enfermedad en la colectividad y se funda en la epidemiología y en las ciencias sociales, al contrario del modelo de la historia natural de las enfermedades que privilegia el individuo y la fisiopatología (Leavell & Clark,

1976). Al considerar esquemáticamente daños, indicios de daños y de exposición, riesgos y exposición propiamente dicha y, *last but not least*, las necesidades y determinantes socio-ambientales, la vigilancia en salud permite orientar intervenciones procurando el "control de daños", "control de riesgos" y "control de causas" (determinantes socio-ambientales) (Paim 1993). Abre, por lo tanto, un espacio para una reactualización de la reflexión y de la acción en lo que se refiere a la promoción de la salud y de la calidad de vida. A esse respeito, afirmam Souza & Kalichman (1993):

*"Considerando, por lo tanto, los problemas ya planteados en relación a la distribución ecuánime en el conjunto social de las conquistas que benefician a la vida colectiva, no queda duda de que tal indagación se inicia obligatoriamente por el examen de lo que significará la calidad de vida en el plano colectivo, sin que esto anule las necesidades variadas que se ubican en el plano individual (...). Transformando, a partir de esos cambios, el modelo de organización tecnológica del trabajo en salud, la práctica de la vigilancia se atreverá, a través de él, a la inscripción de otro "modo de andar la vida" en sociedad"*

La adopción de nuevos paradigmas en el campo de la Salud Colectiva en el ámbito de las prácticas se enfrentan, por lo tanto, a diferentes desafíos, en la medida que, de acuerdo con Paim (1992), las acciones en salud de alcance colectivo expresan

*"una tensión entre Estado y Sociedad, entre libertades individuales y responsabilidades colectivas, entre intereses privados y públicos. La extensión y profundidad de esas acciones depende de la dinámica de cada sociedad, sobre todo antes las articulaciones que estable concretamente con las instancias económicas, políticas e ideológicas"*.

Por lo tanto, la Salud Colectiva privilegia en sus modelos o pautas de acción cuatro objetos de intervención: *políticas* (formas de distribución de poder), *prácticas* (cambios de comportamientos, cultura, instituciones, producción de conocimiento; prácticas institucionales, profesionales y relacionales); *técnicas* ( organización y regulación de los recursos y procesos productivos; cuerpos/ambientes); e *instrumentos* (medios de producción de la intervención). De ese modo, más que cualquier otro movimiento ideológico, absorbe la producción de conocimientos inter/transdisciplinarios con gran capacidad de "interfertilización" (Paim, 1987), sea para la realización de sus *funciones esenciales*, sea para el ejercicio de sus *funciones posibles y deseables*. Finalmente en tanto ámbito de prácticas, la Salud Colectiva contempla tanto la acción del Estado como el compromiso de la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables, a través de actividades profesionales generales y especializadas.

Es posible admitir que la crisis de la salud como parte de la crisis social genera contradicciones diversas (Donnangelo, 1983). Los actuales desafíos de la Salud Colectiva no se limitan a la formación profesional, la producción de conocimientos, la renovación conceptual y epistemológica dentro del campo institucional actualmente reconocido todavía como Salud Pública. Tales desafíos atraviesan toda la organización social, desde la producción, distribución y consumo de bienes y servicios hasta las formas de organización del Estado y de sus aparatos en sus relaciones con la sociedad y la cultura.

En fin. la Salud Colectiva, entendida como *"conjunto de saberse que da sustento a las prácticas de distintas categorías y actores sociales frente a cuestiones de salud/enfermedad y de la organización de la asistencia"* (Donnangelo 1983), encuentra sus límites y posibilidades en las inflexiones de la distribución de poder en el sector salud y en una determinada formación social. Subrayar el carácter histórico o estructural de la Salud Colectiva, significa reconocer, teórica y empíricamente, un conjunto de prácticas (económicas, políticas, ideológicas, técnicas, etc.) que toman como objeto las *necesidades sociales de salud*. Representa un enfoque de practicas que no se someten, acriticamente, al modelo de salud pública institucionalizado en los países centrales, sea en tanto tipo profesional o modelo de organización de servicios de salud. La Salud colectiva se preocupa por la salud pública en tanto salud del público, sean individuos, grupos étnicos, generaciones, castas, clases sociales, poblaciones. Nada que se refiera a la salud del público, por consiguiente, será extraño a la Salud Colectiva.

## CONCLUSION: CAMINO ABIERTO A NUEVOS PARADIGMAS

Podemos concluir que, pese a no llenar las condiciones epistemológicas y pragmáticas para presentarse a sí misma como un nuevo paradigma científico, la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, mucho más que cualquier otro movimiento equivalente en la esfera de la salud pública mundial. A partir de estas reflexiones, se constata la afirmación de un campo interdisciplinar, dinámico, renovado y recompuesto a partir de una producción teórica atrevida y consistente, incluso enfrentando diversos interrogantes y dilemas. De hecho, la conjunción de las "crisis de la salud"- científica, económica, social y política - lanza complejos para la Salud Colectiva referidos a qué hacer para articular efectivamente los nuevos paradigmas de la salud para el siglo XXI.

En el ámbito de la producción de conocimiento, el paso más importante será ciertamente reconfigurar el objeto privilegiado "salud". Esto deberá resultar de una aprehensión pragmática del objeto, no en el sentido-común del inmediatismo y sí en el sentido que éste debe alimentar una praxis en vez de constituirse en una mera producción e incorporación de tecnología. Mucho de lo que es un determinado paradigma se puede tomar como una aparente paradoja se debe al hecho de que no nos enfrentamos con un objeto obediente a las determinaciones de la predicción, aquélla de las anticipaciones limitadas y limitantes, rigurosas y precisas. Efectivamente, el objeto de la Salud Colectiva es mucho más tolerante a formas aproximadas de anticipación de su proceso, subrayando la naturaleza no lineal de su determinación o la imprecisión (o borrosidad) de sus límites. Entonces, será plenamente legítimo buscar la superación de la práctica preventiva predictiva??? de esta salud pública que tanto conocemos, tanto en el sentido de su aplicación al individuo en cuanto en su aplicación en general, en dirección a una salud colectiva previsional o, si nos permiten, pre-visionaria, es decir, una salud colectiva capaz de proponer visiones, formas, figuras y escenarios, en vez de predecir algunas pocas medidas y sus pobres efectos.

A nivel teórico, muchos autores ya señalan la importancia estratégica de la reconstrucción del objeto de la Salud Colectiva. Agregariamos que este forma parte de una nueva familia de objetos científicos, construido en tanto objeto totalizado y complejo (Morin 1990; Almeida Filho 1996). Para clarificar esta idea, en otra oportunidad, uno de nosotros propuso una analogía proveniente de un campo científico donde la predicción es por definición relativizada, la meteorología, donde nadie cree en predicciones pero mucho se habla de previsiones. ¿Qué es lo que define un huracán?. No es la medición de la presión barométrica, no es la velocidad de los vientos, no es la variación de la temperatura, no es nada de eso (que se puede estimar con un alto grado de precisión), sino que es todo eso, unificado en una totalidad integral que se reconoce como un huracán, y sin embargo no se reduce a su medición.

Por analogía, por lo tanto, se puede decir que el objeto posible de la promoción salud/enfermedad/cuidado, tal como un huracán, es un objeto de alta complejidad y que sólo se define en su configuración más amplia, ya que tiene facetas, ángulos diferentes y la mirada de cada uno de estos ángulos no nos da acceso a la integralidad de este objeto. Podemos llamarlo "integrales de salud-enfermedad-cuidado" (Almeida-Filho 1996). Los integrales de salud-enfermedad-cuidado pueden ser referenciados tanto como redes de puntos sensibles o metáforas de representación social de enfermedades, tanto como estructuras epidemiológicas, cadenas de causalidad o relaciones de producción de riesgo. En ambos casos, se trata de un objeto por definición complejo y contextualizado, típico del neo-sistemismo de las nuevas aperturas paradigmáticas ya señaladas. La lógica que debe predominar en tales objetos posibles es una lógica múltiple y plural que no se puede expresar de una manera codificada, pero que solamente se puede reconocer por sus efectos.

En el ámbito de los procesos de reproducción (enseñanza/formación) de la Salud Colectiva en tanto campo de conocimiento, se reconoce con facilidad el potencial de la fractalidad como principio organizador de su ámbito de prácticas. Por un lado, en una perspectiva dialéctica, la práctica de la Salud Colectiva será "minimalista" y localizada y al mismo tiempo holística y globalizante. Por otro lado, en una perspectiva pragmática, la Salud Colectiva en tanto ámbito de prácticas se constituirá en un permanente proceso de auto-creación, teniendo como hito fundamentalmente sus efectos concretos sobre la realidad de salud. En este sentido, los procesos de producción-reproducción de este campo podrán cumplir la siguiente pauta de acción:

a) calificar el conjunto de necesidades sociales en salud, entendiéndolas no sólo como carencias sino como "ideas de salud" o, alternativamente, como proyectos de "llegar a ser", esto significa tomar la

salud como “*meta a ser conquistada, como un bien que se adquiere a través de los conflictos y de la lucha de clase*” (Minayo 1991).

b) pensar los diferentes medios y las actividades necesarias (el trabajo propiamente dicho) para atender tales necesidades, aunque no se limiten al conocimiento científico y tecnológico de la Salud Colectiva y de la Medicina (Paim 1992).

c) instaurar nuevas relaciones técnicas y sociales orgánicas a tales prácticas, en un movimiento de producción de hechos capaces de engendrar cambios en la fenoestructuras y en las genoestructuras del campo social de salud, a ejemplo de los procesos de distritalización y municipalización, educación y comunicación social, grupos, de presión, ONGs, productores culturales, entre otros (Paim, 1994).

d) invertir política y técnicamente en los espacios institucionales abiertos por tales propuestas, en la medida en que, en tanto las necesidades de salud están socialmente determinadas, las prácticas de Salud Colectiva son redefinidas teniendo en cuenta el desarrollo de sus instrumentos de trabajo y la instauración de nuevas relaciones internas al campo de la salud (Paim 1992).

En la práctica, esto implica desarrollar programas de educación permanente o continua en Salud Colectiva (Paim, 1993b) en las instituciones que proporcionan servicios de salud, con vistas a recomponer y actualizar constantemente los elementos de las prácticas de salud - los objetos, los medios de trabajo, las actividades realizadas en esas prácticas, y también para que, a partir de esa experiencia democrática, se instauren nuevas relaciones técnicas y sociales en el proceso de trabajo en salud. Más allá de la producción de nuevos objetos de conocimiento y de práctica, se trata también de la creación de espacios institucionales y de movimientos pedagógicos para la constitución de nuevos sujetos sociales en el interior de los mismos servicios de salud.

En los niveles político y socio- cultural de constitución del campo de la Salud Colectiva, será conveniente explorar formas de organización de los sujetos sociales no reducibles a partidos y sindicatos (aunque sin descartarlos), capaces de dar ánimo (vida) a los sueños y esperanzas de crear civilizaciones (o socializaciones) pautadas en el afecto, en la solidaridad, en la libertad, y en la justicia. Conciliar este “mundo subjetivo” con el “mundo social” (Habermas, 1990) a través de una acción política emancipadora puede ser uno de los mayores desafíos para la praxis de la Salud Colectiva en los tiempos actuales. La participación organizada de los grupos sociales, así como el reconocimiento y el estímulo a las iniciativas comunitarias, radicadas en la solidaridad, constituyen posibilidades de redefinición de relaciones sociales que podrán auxiliar en la reducción del sufrimiento humano, en la preservación de la salud, en la elevación de la conciencia sanitaria y ecológica y en la defensa de la vida y mejora de su calidad. No se trata solamente de explicitar valores (democracia, equidad, efectividad, solidaridad, etc.) sino de efectivamente deseñarlos, agregando grupos, clases o segmentos sociales que se comprometan con esta transformación (Paim 1992).

En conclusión, debemos hacer una advertencia en relación a la pretensión, implícita en el título de este ensayo, de apertura para un “nuevo paradigma en salud”. En los campos disciplinarios, sabemos que lo nuevo jamás se establece por decreto. Lo nuevo se construye por la praxis, de la cual por definición no se puede tener una receta como la de un pastel, ni se le pueden imponer direcciones. A lo sumo, será posible experimentar, sin embargo, nada se puede hacer sino constatar que lo nuevo habrá llegado, cuando llegue, a través de sus efectos. Ya que no es posible planificarlo directamente, creemos que una tarea importante es precisamente aumentar la capacidad de los sujetos para reconocer lo nuevo. En relación a esto, hay dos cosas que podemos buscar activamente: Primero, necesitamos desarrollar maneras de reconocer lo nuevo (paradoja uno!), por que si no estuviéramos dispuestos a percibirlo, pasará sin que lo veamos. Segundo, más importante todavía es aumentar la conciencia de la oportunidad de *lo nuevo por la deconstrucción de lo viejo*, es decir, traer la inquietud para los que cumplen lo normal, ponerlos a todos en una situación incómoda ante sus propios procesos de pensamiento. Hay que aprovechar la crisis de los paradigmas para salir de la caparazón de la normalidad. Paradoja dos: es necesario salir para ver las salidas. Y ¿por dónde escapar?. Por la transdisciplinariedad (Almeida Filho 1997). Sin embargo, esta salida se encuentra abierta solamente a los “anfíbios” aquellos capaces de transitar, entre diferentes campos disciplinarios, por los cortes epistemológicos, desde los viejos paradigmas a los nuevos.

## Referências bibliográficas:

1. Afifi A., Breslow L. The Mature Paradigm of Public Health. **Annual Review of Public Health** 15:223-235, 1994.
2. ALAESP. I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. XVI Conferencia de ALAESP **Informe Final**. Rio de Janeiro, agosto de 1994, 67p.
3. Almeida Filho N. **A Clínica e a Epidemiologia**. Rio, APCE-ABRASCO, 1992.
4. Almeida Filho N. **New Concepts and Methodologies in Public Health Research**. Pan American Health Organization - Division of Health and Human Development, Washington, 1996.
5. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** II(1/2):5-20, 1997.
6. Almeida Filho N., Paim J.S. Usos e abusos da categoria 'paradigma' no campo da Saúde Coletiva. V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, **Resumos**, Águas de Lindóia, ABRASCO, 1997.
7. Arouca A. S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. UNICAMP, 1975. (Tese de Doutorado).
8. Atlan H. **Entre le Crystal et la Fumée**. Paris, Seuil, 1981.
9. Ayres, J.R. de C.M. **Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia**. São Paulo, Hucitec, 1996.
10. Banco Mundial. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993. Investindo em Saúde. Indicadores de desenvolvimento mundial**. Rio de Janeiro/ São Paulo, Banco Mundial, 1993, 347p.
11. Barreto, M.L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: Costa, D.C. (Org.) **Epidemiologia, Teoria e Objeto**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, 1990, p. 19-38.
12. Bhaskar R. **Scientific Realism and Human Emancipation**. London, Verso, 1986.
13. Bibeau G., Corin E. From submission to the text to the violence of interpretation. In Bibeau G. and Corin E (Ed.) **Beyond Textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation**. Berlin and New York, Mouton de Gruyter, 1995.
14. Bourdieu, P. O Campo Científico. In: Ortiz, R. (org.) **Pierre Bourdieu**. 1a. Edição, Editora Ática, 1983. 191p. (coletânea Grandes Cientistas Sociais; 39), Cap. 4. p.122-155.
15. Bourdieu, P. **O poder simbólico**. DIFEL/Editora Bertrand Brasil, Lisboa/Rio de Janeiro, 1989, 311p.
16. Breilh, J. Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate. In: Costa, D.C. (Org.) **Epidemiologia, Teoria e Objeto**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, 1990, 137-165.
17. Buckley, W. Society as a Complex Adaptive System. In Buckley, W (ed.) **Modern System Research for the Behavioral Scientist**. Chicago, Aldine, 1968, p.490-513.
18. Canada. **A new perspective on the health of Canadians: a work document**. Ottawa, Ministry of Health and Welfare, April 1974, 76p + anexos.
19. Canada. **Ottawa Charter for Health Promotion: An international conference on Health Promotion**. Ottawa, WHO/Ministry of Health and Welfare, 1986.
20. Castellanos. P.L. **Epidemiologia y Organización de los servicios**. Taxco, México, 15-19 noviembre 1987 (Publicación Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 88).
21. Castellanos, P.L. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud Según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienstar. OPS/OMS, junio, 1991, p.53p.
22. Castiel L.D. **O Buraco e o Avestruz - A singularidade do adoecer humano**. Campinas, Papirus, 1994.
23. Castoriadis C. Science moderne et interrogation philosophique. In: **Les Carrefours du Labyrinthe**. Paris, Seuil, 1978.
24. Desrosiers G. Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique. **Ruptures** 3(1):18-28, 1996.
25. Dever, G.E.A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo, Pioneira, 1988 p.1-24.
26. Donnangelo M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976, 124p.
27. Donnangelo M.C.F. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70. In:ABRASCO, **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**, Rio de Janeiro, 1983, p.17-35.
28. Escuela de Salud Publica. Organizacion Panamericana de Salud. **Salud Publica. Ciencia, Política y Accion** (Memorias de la I Reunion Andina sobre Desarrollo de la Teoria y la Practica en Salud Publica) Quito, 1993, 160p. .
29. Fee E. **Disease and Discovery. A History of the John Hopkins School of Hygiene and Public Health; 1916-1939**. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1987.
30. Ferreira J.R. La crisis. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992, p. 233-36. (OPS - Publicación Científica, 540).
31. Fleury. S. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: Nunes, E.D. (org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas**. Brasília, OPS, 1985, p.87-109.

32. Fleury, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: Berlinguer, G.; Fleury, S.; Campos, G.W.de S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.195-207.
33. Foucault M. **Naissance de la Clinique: Une archeologie du regard médical**. Paris, PUF, 1966.
34. Foucault M. **Surveiller et Punir**. Paris, Gallimard, 1979.
35. Frenk J. La Nueva Salud Publica. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992, p. 75-93. (OPS - Publicación Científica, 540).
36. Garcia, J.C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. **Educ. Med. y Salud**, 5(2):130-164, 1971.
37. Gaumer B. Evolution du concept de la santé publique dans quelques pays industrialisé du bloc occidental de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle aux années 1970. **Ruptures** 2(1):37-55, 1995.
38. Godue C. La Salud em los Procesos de Globalización y de Internacionalización. In: Ahumada C, Hernández A, Velasco M (eds.) **Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos em la era de la globalización**. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 1998, p. 25-46.
39. Granda E. Salud Publica: Sujeito y accion (Grupo de Desarrollo de la Teoria y la Practica en Salud Publica. ESP - Ecuador). I Conferencia Panamericana de Educacion en Salud Publica. XVI Conferencia de la Asociacion Latinoamericana y del Caribe de Educacion en Salud Publica. Rio de Janeiro, 14 al 18 de agosto de 1994. 30p.
40. Grundy F., Mackintosh J.M. **L'enseignement de l'hygiène et de la santé publique en Europe**. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1958.
41. Grupo de Trabajo sobre evolucion de los posgrado en Medicina Social. Relatorio Final. **Educ. Med. Salud**. 26(1):151-71. 1992.
42. Habermas, J. **Teoria y praxis. Estudios de filosofia social**. 2a. ed. Madrid, Ed Tecnos, 1990, 439p.
43. Institute of Medicine. **The Future of Public Health**. Washington, National Academy Press, 1988. 225p.
44. Iriart C, Nervi L., Olivier , Testa M. **Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideologia y profissionalizacion en la Salud Publica**. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994, 218p.
45. Knorr-Cetina K. **The Manufacture of Knowledge. An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science**. Oxford, Pergamon Press, 1981.
46. Krieger N. Epidemiology and the Web of Causation: Has anyone seen the spider? **Social Sciences & Medicine** 39(7):887-903, 1994.
47. Kuhn T. **The Structure of Scientific Revolutions**. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1970.
48. Latham W. Community Medicine: Success or Failure? **The New England Journal of Medicine** 14:18-23, 1976.
49. Latour B. **Science in Action**. London, Open University Press, 1987.
50. Laurell AC. Tendencias Actuales de la Epidemiologia Social. Conferência apresentada no 3er Congreso Panamericano de Epidemiologia, Cordoba, Argentina, Octubre 1994.
51. Leavell, H. Clark, E.G. **Medicina Preventiva**. McGraw-Hill, São Paulo, 1976, 744p.
52. Lévy P. **La machine univers**. Paris, La Découverte, 1987.
53. Lewin R. **Complexity - Life at the edge of chaos**. New York, McMillan, 1992.
54. Macedo, C.G. El contexto. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992, p. 237-43. (OPS - Publicación Científica, 540).
55. Mcneill D, Freiberger P. **Fuzzy Logic**. New York Simon & Schuster, 1993.
56. Mendes, E.V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: OPS **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. Representação do Brasil, Brasília, 1993, p.7-19. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).
57. Mendes Gonçalves, R.B. **Medicina e história. Raizes sociais do trabalho médico**. Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979, 209p.
58. Mendes Gonçalves, R.B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre "razão e planejamento". In: Gallo, E. (org). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, p.13-31.
59. Minayo M.C. de S. Um desafio sociológico para a educação médica. **Rev. Bras. Educ. Méd.** 15(1):25-32, 1991.
60. Minayo M.C. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.
61. Morin E. **La méthode. III. La connaissance de la connaissance**. Paris, Seuil, 1986.
62. Morin E. **Science avec conscience**. Paris, Seuil, 1990.
63. Nájera E. La Salud publica, una teoria para una practica. se precisa su reconstruccion? In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992, p. 123-32. (OPS - Publicación Científica, 540).

64. Ncayiyana D, Goldstein G, Goon, Yach D. **New Public Health and WHO's Ninth Programme of Work. A Discussion Paper.** Geneva, WHO Division of Development of Human Resources, 1995.
65. OPS **Desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Region de las Americas (1990-1995).** Washington, DC. s/d, 84p. (OPS/OMS; original: Español; Distribución: Limitada).
66. OPS **Recursos humanos y sistemas locales de salud** - Washington, DC: OPS, 1994, 80p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos; 99) (Desarrollo y fortalecimiento de Sistemas Locales de Salud; HSS/SILOS - 31)
67. OPS **Orientações Estratégicas e Programáticas: 1995-1998.** Washington, D.C.: OPS, 1995 -VI, 54p. (Documento Oficial; 269)
68. Paim, J.S. Medicina Comunitária. Introdução a uma análise crítica. **Saúde em Debate**, 1:9-12, 1976.
69. Paim, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO, **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil.** Rio de Janeiro, 1982, p.3-1982.
70. Paim, J.S. **Saúde, Crises, Reformas.** Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBa, 1986, 250 p.
71. Paim, J.S. Collective health and the Challenges of Practice In: PAHO. **The Crisis of Public Health: Reflections for the debate.** Scientific Publication no. 540. Washington, 1992, p. 136-150.
72. Paim, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. **Epidemiologia & Saúde.** 4a Ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1993, 540p.
73. Paim, J.S. Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 17(3):7-13, 1993b.
74. Paim, J.S **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994, 80p.
75. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The Crisis of Public Health: Reflections for the debate.** Scientific Publication no. 540. Washington, 1992.
76. Pinch T. Kuhn - The Conservative and Radical Interpretations. **Society for the Social Studies of Science** 7:10-25, 1982.
77. Possas C. **Epidemiologia e Sociedade.** São Paulo, Hucitec, 1989 p.179-234.
78. Powers J. **Philosophy and the New Physics.** London, Methuen, 1982.
79. Prigogine I. Stengers I. **La Nouvelle Alliance.** Paris, Gallimard, 1979.
80. Ribeiro, P.T. A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil. Rio de Janeiro, 1991. 190p. (Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública).
81. Rodrigues Neto E. 1979. Integração docente-assistencial em saúde. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da USP.
82. Rodriguez R. Teoría y practica de la Salud Pública. OPS, 1994. Documento não-publicado de circulação restrita, 28 p.
83. Rorty R. **Philosophy and the Mirror of Nature.** Princeton, Princeton Univ. Press, 1979.
84. Rorty R. Science as solidarity . In: **Objectivity, Relativism and Truth.** Cambridge, Cambridge University Press, 1991, p. 35-45.
85. Rosen G. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Graal, Rio de Janeiro, 1980, p. 77-141, 213-242.
86. Samaja J. **Epistemologia y Metodología.** Buenos Aires, EUDEBA, 1994.
87. Samaja, J. La reproducción social y la relación entre la salud y las condiciones de vida. (Elementos teóricos e metodológicos para re-examinar la cuestión de las relaciones entre salud y condiciones de vida). s/l;s/d., 43p.
88. Santos BS. **Introdução a uma Ciência Pós-Moderna.** Rio, Graal, 1989.
89. Schraiber, L.B. (org.) **Programação em saúde, hoje.** HUCITEC, São Paulo, 1990, 226p.
90. Schraiber, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, 47:28-35, 1995.
91. Schraiber, L.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber, L.B.; Nemes M.I.; Mendes-Gonçalves, R.B. (org.) **Saúde do Adulto. Programas e ações na unidade básica.** HUCITEC, São Paulo, 1996 p.29-47.
92. Serva M. O Paradigma da Complexidade e a Análise Organizacional. **Revista de Administração de Empresas** 32(2):26-35, 1992.
93. Silva, G.R. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, 28(2):31-35, 1973.
94. Simon H. **The Sciences of the Artificial.** Cambridge, MIT Press, 1969.
95. Souza, M.de F.M. & Kalichman, A. O. Vigilância à saúde: Epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: Rouquayrol, M.Z. (org.) **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro, MEDSI Editora, 1993, p.467-476.
96. Teixeira, C.F.; Melo, C. (org.) **Construindo distritos sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo.** HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde. São Paulo-Salvador, 1995, 107p.

97. Terris M. Tendencias actuales en la Salud Publica de las Americas. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992, p. 185-204. (OPS - Publicación Científica, 540).
98. Testa, M. **Pensar em saúde**. Artes médicas/ABRASCO, Porto Alegre, 1992, 226p.
99. Testa, M. Salud Publica: acerca de su sentido y significado. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992a, p. 205-29. (OPS - Publicación Científica, 540).
100. Testa, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo- Rio de Janeiro, 1995, 306p.
101. Thom R. **Paraboles et Catastrophes**. Paris, Flammarion, 1985.
102. White K. **Healing the Schism. Epidemiology, Medicine, and the Public's Health**. New York, Springer Verlag, 1991.
103. WHO. **Renewing the Health-for-All Strategy. Elaboration of a policy for equity, solidarity and health**. Geneva, WHO, 1995, 37p.
104. WHO. **New Public Health and WHO's Ninth General Programme of Work. A Discussion Paper**. Geneva, WHO, 1995a, 48p.
105. World Bank. **Priorities in Health Research & Development**. Report of Ad-hoc committee, 6th. draft, 1996.
106. World Bank. **World Development Report 1997**. New York, Oxford University Press, 1997.